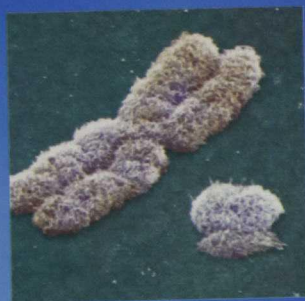


PGS.TS. VƯƠNG TIẾN HÒA

Bệnh học nam giới Với Sinh sản và tình dục





THÔNG TIN TÁC GIẢ

Năm sinh: 1947.

Tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa hệ Ngoại Sản, Trường Đại học Y Hà Nội, năm 1971.

Bác sĩ chuyên khoa II, chuyên ngành Phụ Sản, năm 1995.

Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, năm 2002.

Phó giáo sư, năm 2006.

Nhà giáo ưu tú, năm 2008.

TU NGHIỆP

Đại học Mahidol, Bangkok - Thái Lan (1999).

Trung tâm Y học Boston, Massachusetts - Hoa Kỳ (2004).

CÁC ẢN PHẨM ĐÃ XUẤT BẢN

Tác giả:

1. Sức khỏe sinh sản. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2001.
2. Những vấn đề thách thức trong sức khỏe sinh sản hiện nay. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2004.
3. Một số vấn đề bệnh lý cổ tử cung. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2004.
4. Sản khoa và sơ sinh. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2005.

Đồng tác giả:

5. Bài giảng Sản Phụ khoa. Bộ môn Phụ-Sản, Trường Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1992.
6. Bài giảng Sản Phụ khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2002.
7. Sức khỏe lứa tuổi (Giáo trình sau đại học) Trường Đại học Y Thái Bình. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1998.
8. Phác đồ chẩn đoán và điều trị áp dụng ở tuyến y tế cơ sở. Trường Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1992.
9. Sức khỏe sinh sản - Modul, Tập 1. Bộ Y tế - Ngân hàng thế giới. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2001.
10. Sức khỏe sinh sản - Modul, Tập 2. Bộ Y tế - Ngân hàng thế giới. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2001.
11. Bài giảng bảo vệ sức khỏe bà mẹ - trẻ em. Trường Đại học Y tế công cộng (Tài liệu giảng dạy cho cử nhân YTCC). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2005.
12. Bài giảng sức khỏe sinh sản. Trường Đại học Y tế công cộng (Tài liệu giảng dạy cho cử nhân YTCC). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2005.
13. Tư vấn sức khỏe sinh sản. Bộ Y tế - Viện BVMTSS, 2003.
14. Cấp cứu sản khoa. Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2010.

Đồng chủ biên:

15. Bài giảng Y học gia đình (phần sản phụ khoa và sức khỏe sinh sản). Trường Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2011.

Đồng dịch giả:

16. Y học gia đình. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2004.

Tác giả có trên 60 bài báo khoa học được công bố trong các tạp chí có uy tín của ngành và nhà nước



PGS. TS. VƯƠNG TIẾN HÒA

BỆNH HỌC NAM GIỚI VỚI SINH SẢN VÀ TÌNH DỤC



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2012

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

LỜI GIỚI THIỆU

Ngày nay, khoa học phát triển không ngừng, các chuyên ngành trong lĩnh vực Y học cũng được khám phá sâu hơn, rộng hơn. Chuyên ngành Sức khỏe sinh sản, giới tính và tình dục cũng ngày càng được quan tâm nhiều trong thế giới hiện đại.

Tuy nhiên, những cuốn sách giáo khoa và tài liệu tham khảo, đặc biệt là mảng Nam khoa còn rất ít. Bằng nhiệt huyết và kinh nghiệm 40 năm trong nghề của mình, Phó giáo sư, Tiến sĩ, Nhà giáo ưu tú Vương Tiến Hòa đã mang đến cho bạn đọc cuốn sách *Bệnh học nam giới với sinh sản và tình dục*. Nội dung cuốn sách tập trung vào vấn đề sức khỏe sinh sản nam giới liên quan đến tình dục và một số bệnh lý về sinh sản và tình dục hay gặp ở nam giới.

Cuốn sách này chứng tỏ sự cố gắng và tâm huyết với nghề của PGS. TS Vương Tiến Hòa và rất hữu ích cho các bạn trong thực hành hàng ngày cũng như cho bất kỳ ai cần đến nó.

Xin trân trọng giới thiệu cuốn sách *Bệnh học nam giới với sinh sản và tình dục* đến bạn đọc !.

PGS. TS. NGUYỄN VIỆT TIẾN

Thứ trưởng Bộ Y tế

Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Trung ương



LỜI TỰA

Con người là tổng hòa của cá thể về sinh học và xã hội. Sinh sản và Tình dục là một thực thể không chỉ riêng cho mỗi cá nhân mà còn liên quan chặt chẽ tới quá trình phát triển của xã hội. Nâng cao sức khỏe con người bao hàm cả sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục là nâng cao chất lượng sống và chỉ số phát triển con người, làm cho xã hội ngày càng văn minh hơn.

Trong những thập kỷ qua, phần lớn chúng ta chỉ chú ý đến sức khỏe sinh sản mà chưa quan tâm đúng mức đến sức khỏe tình dục, đặc biệt là ở nam giới. Quan niệm và hành vi ứng xử về sức khỏe sinh sản và tình dục trong xã hội, đặc biệt là ở lớp trẻ hiện nay đang có chiều hướng diễn biến phức tạp, thậm chí có những vấn đề đáng báo động. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến những quan niệm và hành vi lệch lạc trên, trong đó có sự thiếu kiến thức về sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục ngay cả của các đồng nghiệp trong ngành y cũng như ở cộng đồng.

Từ nhu cầu của thực tế, chúng tôi biên soạn cuốn sách này nhằm cung cấp những kiến thức cơ bản và hệ thống về sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục ở nam giới. Nội dung cuốn sách cũng có thể được dùng làm tài liệu giảng dạy hoặc tự đào tạo cho nhân viên y tế ở vùng sâu, vùng xa, đặc biệt cho các nhà xã hội học và chăm sóc sức khỏe cũng như cho mọi người trong cộng đồng.

Do đề cập đến một lĩnh vực rộng lớn bao gồm Nam học, Phụ khoa, Sức khỏe sinh sản, Sức khỏe tình dục và còn liên quan chặt chẽ đến xã hội học, chắc chắn cuốn sách còn nhiều khiếm khuyết, mong độc giả lượng thứ và góp ý để lần xuất bản sau được tốt hơn.

Trân trọng cảm ơn!

Hà nội, ngày 10 tháng 01 năm 2012

PGS. TS. VƯƠNG TIẾN HÒA



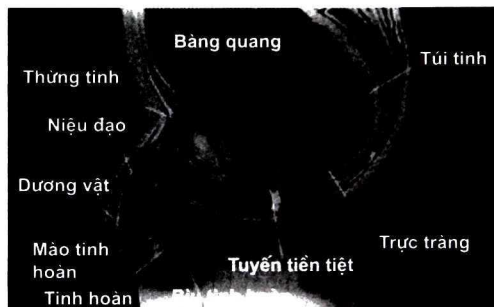
MỤC LỤC

Lời giới thiệu	3
Lời tựa	5
Giải phẫu, sinh lí cơ quan sinh dục nam - Ứng dụng trong sức khỏe sinh sản	9
Quá trình sinh tinh và sự di chuyển của tinh trùng trong đường sinh dục nữ	15
Sinh lí tình dục	23
Rối loạn xuất tinh	29
Suy chức năng tuyến sinh dục và mãn dục nam	43
Chẩn đoán và điều trị rối loạn cương dương	53
Vô sinh nam	65
Các biện pháp tránh thai nam giới	81
Quan niệm của y học cổ truyền với sức khỏe sinh sản và tình dục nam giới	89
Các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục nam	101
Lỗ đài lệch thấp	117
Tinh hoàn ẩn	121
Giãn tĩnh mạch tinh	125
Một số bệnh lí về dương vật	131
Tình dục đồng giới (homosexuality)	145
Rối loạn tình dục	151
Giáo dục tình dục	167
Một số vấn đề về sức khỏe sinh sản ở nam giới	179
Một số vấn đề về giáo dục giới tính	199
Cơ sở khoa học của việc sinh con trai hay gái và hệ lụy của chọn lọc giới	217
Loãng xương nam giới	223



GIẢI PHẪU, SINH LÝ CƠ QUAN SINH DỤC NAM ỨNG DỤNG TRONG SỨC KHỎE SINH SẢN VÀ TÌNH DỤC

Cơ quan sinh dục nam bao gồm tinh hoàn, mào tinh, ống dẫn tinh, ống phóng tinh, túi tinh, thừng tinh, tuyến tiền liệt, và các phần sinh dục ngoài (dương vật, niệu đạo, bìu). Các phần này liên quan chặt chẽ tới chức năng sinh lý, sinh sản và tình dục.



Hình 1.1. Thiết đồ cắt đứng dọc cơ quan sinh dục nam

1. PHÔI THAI HỌC

Tinh hoàn: có 2 tinh hoàn ở 2 bên, đối xứng, là tuyến nội tiết và ngoại tiết. Tinh hoàn nằm trong bìu, mật độ rắn. Tinh hoàn của người Việt Nam có kích thước 4x3x2,5 cm, thể tích trung bình 2-30 ml. Tinh hoàn được bọc trong một bao xơ dày gọi là bao trắng, mặt sau dày lên, lộn vào trong tạo thành trung thất tinh hoàn hay là vật Highmore, là cuống của các ống dẫn tinh đổ vào mào tinh hoàn. Bề mặt tinh hoàn thấy cấu trúc bên trong được chia làm nhiều tiểu thùy (250-300), được phân định bởi các vách ngăn đi từ vật Highmore đến mặt sau của vỏ trắng. Một tiểu thùy có từ 1-4 ống sinh tinh, mỗi ống dài khoảng 60 cm.

Động mạch: động mạch tinh hoàn xuất phát từ động mạch chủ ngay dưới động mạch thận và chạy trong thừng tinh đi đến tinh hoàn. Tại tinh hoàn, động mạch nối với động mạch của ống dẫn tinh, là những nhánh xuất phát từ động mạch chậu trong (động mạch hạ vị). Trên đường đi tới tinh hoàn, động mạch tinh hoàn chia thành nhánh động mạch tinh hoàn trong, động mạch tinh hoàn dưới và động mạch đầu đi tới mào tinh. Chỗ phân nhánh nằm trong ống bẹn (chiếm 31 đến 85%). Khi mổ thoát vị bẹn hoặc thắt ống dẫn tinh dễ chạm hoặc buộc vào các động mạch này, gây chảy máu hoặc thiếu dưỡng, làm giảm chức năng của tinh hoàn. Do nhiều nhánh nối giữa động mạch ở đầu mào tinh, tại đuôi mào tinh là vòng nối giữa động mạch tinh hoàn với động mạch mào tinh, động mạch cơ bìu và động mạch ống dẫn tinh. Các động mạch tinh hoàn đi vào

trung thất và phân nhánh dưới bao trắng, chủ yếu phần trước, giữa và bên của đầu dưới và phần trước của đầu trên. Vì vậy, khi cố định tinh hoàn bằng một chỉ móc vào đầu dưới có thể làm tổn hại các mạch máu nông này, dẫn đến thiếu máu tinh hoàn. Sinh thiết tinh hoàn chỉ nên làm ở mặt giữa hoặc 2 mặt bên cả đầu trên, nơi ít có mạch máu, sẽ làm giảm nguy cơ làm tổn thương đến các mạch máu.

- Tinh mạch: trong ống bẹn, tinh mạch chạy cùng với động mạch và tạo thành 2 hay 3 tinh mạch nhỏ, rồi hợp nhất thành một tinh mạch lớn hơn, dẫn máu trở về tinh mạch chủ ngay dưới tinh mạch thận (đối với bên phải) và tinh mạch thận (đối với bên trái). Các tinh mạch tinh hoàn có thể nối thông với các tinh mạch ống dẫn tinh, tinh mạch cơ bẹn, tinh mạch thẹn ngoài. Vòng nối phong phú này giúp máu lưu thông tốt để làm mát tinh hoàn, bảo vệ tinh trùng, nhưng cũng dễ bị giãn hoặc nếu bị tắc dễ dẫn đến giãn tinh mạch thừng tinh.

- Thần kinh: gồm hai nhánh:

+ Một nhánh xuất phát từ các đám rối thận và động mạch chủ, đi cùng với các mạch máu. Nhánh này thuộc hệ thần kinh tự chủ.

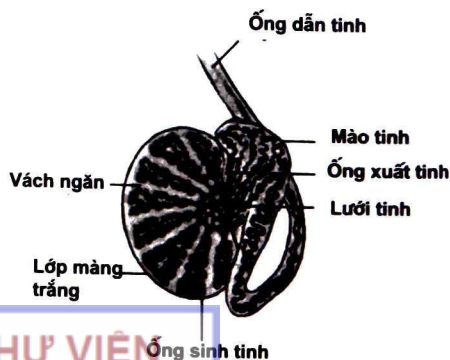
+ Một nhánh phụ khác xuất phát từ đám rối chậu đi kèm với ống dẫn tinh. Nhánh này được ứng dụng để phong bế đám rối chậu nhằm giảm đau khi đau tinh hoàn. Đặc điểm riêng của hệ thần kinh tại tinh hoàn là có một số sợi thần kinh ly hoặc hướng tâm bất chéo nhau, kết nối sang đám rối chậu bên đối diện, vì vậy, bệnh lý một bên tinh hoàn có thể ảnh hưởng đến bên đối diện (như ung thư tinh hoàn hoặc giãn tinh mạch tinh). Nhánh chậu của thần kinh sinh dục đùi cung cấp cảm giác cho lá thành, lá tạng của tinh mạc và các lớp bìu, làm thành nhiều nhánh tận.

2. ĐƯỜNG TINH

Bao gồm mào tinh, ống tinh, túi tinh, ống phóng tinh và niệu đạo.

Trong tinh hoàn, màng đáy của các ống tinh chứa mô liên kết và đàn hồi, có hai loại tế bào là các tế bào Sertoli và tế bào sinh tinh.

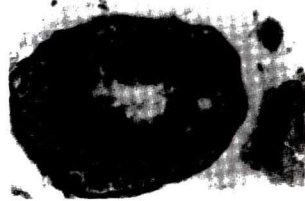
Tế bào Sertoli nâng đỡ và chế tiết các dưỡng chất nuôi dưỡng tế bào mầm và tinh trùng. Tế bào sinh tinh từ tế bào mầm sẽ phát triển và biệt hóa để tạo thành tinh trùng. Trong mô liên kết nằm giữa các ống sinh tinh, có tế bào Leydig tiết ra testosterone.



Hình 1.2. Đường tinh

Ở đỉnh mỗi tiểu thùy, các ống sinh tinh trở nên thẳng và hội tụ lại tại trung thất tạo thành một mạng lưới thông nhau gọi là ống xuất. Có 12 đến 20 ống xuất tập trung thành hình nón và đổ vào mào tinh. Tế bào sinh tinh được hình thành ở các tiểu thùy, có chức năng sản xuất tinh trùng và có nhiều ống sinh tinh. Cùng với mạng tinh, các ống sinh tinh chập lại thành một ống thẳng chạy từ mỗi đầu của tiểu thùy đổ vào mào tinh hoàn tại nón xuất và tế bào sinh tinh được bao quanh bởi các tế bào Sertoli.

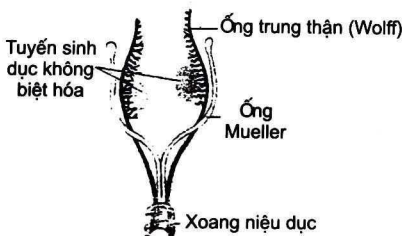
- Mào tinh hoàn: nằm phía sau trên của tinh hoàn do một ống rất dài (tới 6 m) cuộn lại, đầu trong nối với nón xuất, đầu ngoài là ống sinh tinh. Mào chụp lên tinh hoàn giống như một cái mũ lưới trai hoặc như hình mào gà.



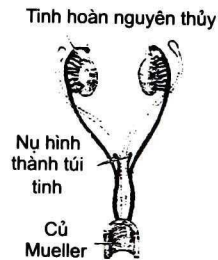
- Ống tinh (còn gọi là tinh quản, ống dẫn tinh), đi từ mào tinh đến ống phóng tinh: dài từ 40-45 cm, rộng 2 mm nhưng lòng ống hẹp (0,5 mm), có thành dày, sờ thấy rắn, nằm trong thừng tinh cùng với động-tĩnh mạch thừng tinh.

Hình 1.3. Mô học của mô tinh hoàn nam giới

Phôi thai học: từ tuần thứ 7, tuyến sinh dục nguyên thủy (gonad) bắt đầu biệt hóa để trở thành nam hay nữ (theo gen di truyền giới tính). Tinh hoàn đi xuống bìu từ tháng thứ 3 và hoàn tất vào tháng thứ 8. Song song với quá trình biệt hóa tinh hoàn, các ống sinh dục cũng biệt hóa: ống trung thận (Wolff) biệt hóa thành mào tinh, ống dẫn tinh, túi tinh và ống phóng tinh. Ống cận trung thận (Mueller) thoái hóa chỉ để lại vài dấu tích là mấu phụ tinh hoàn và túi bịt tiền liệt.



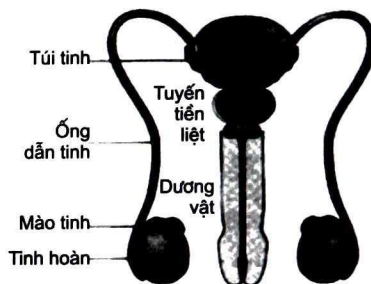
A



B

Hình 1.4. Đường dẫn tinh. A: phôi 8 tuần; B: phôi 10 tuần.





Hình 1.5. Đường đi của ống tinh

Đường đi của ống tinh có thể chia làm 6 đoạn: mào tinh, thường tinh, ống bẹn, chậu hông, sau bàng quang và trong tuyến tiền liệt. Đoạn cuối ống dẫn tinh giãn rộng và thắt khúc nên được gọi là bóng ống dẫn tinh, trong lòng có nhiều túi thừa. Bóng tinh là nơi lưu giữ tinh trùng. Đoạn cuối của ống dẫn tinh kết hợp với ống tiết của túi tinh tạo thành ống phóng tinh, có chiều dài 1,5 đến 2 cm. Tại chỗ bắt đầu của ống phóng tinh, ở mặt sau gần dây tuyến tiền liệt, đường kính ngang của ống từ 1,5 đến 2 cm rồi nhỏ dần đi trong tuyến tiền liệt theo hướng xuống dưới, và ra trước để đổ vào trong niệu đạo bằng hai lỗ nhỏ nằm trên ụ núi.

Mạch máu nuôi ống dẫn tinh là một nhánh của động mạch bàng quang trên, cung cấp máu cho toàn bộ chiều dài ống dẫn tinh, sau đó đi vào mặt trước túi tinh. Máu từ ống dẫn tinh đoạn chậu và túi tinh đổ vào đám rối tinh mạch chậu. Bạch huyết đổ vào các hạch chậu trong và chậu ngoài.

Thần kinh xuất phát từ đám rối thần kinh chậu, kèm theo những dây thần kinh kích thích ly tâm chủ yếu từ đám rối giao cảm hạ vị.

Túi tinh: nằm ngoài ống dẫn tinh, dài khoảng 5 cm, rộng nhất khoảng 2 cm, dung tích 5 ml. Túi tinh là một ống cuộn, có nhiều chỗ phình, được lót bởi lớp biểu mô trụ có chân đế, có lông. Túi tinh và bóng tinh nằm sau bàng quang. Niệu quản chui vào bàng quang ở phía trong, ngang đầu túi tinh. Túi tinh và bóng tinh hợp nhất tạo thành ống phóng tinh có cơ thắt ống phóng tinh.

Thường tinh: là một ống chứa các thành phần từ búi qua ống bẹn vào trong ổ bụng chứa ống dẫn tinh, các động mạch và tĩnh mạch, bạch mạch và thần kinh, vì vậy, khi can thiệp vào thường tinh dễ sang chấn các thành phần liên quan trong thường tinh.

Niệu đạo là một ống nằm trong dương vật, nối từ bàng quang đến lỗ sáo ở qui đầu. Túi tinh đổ vào niệu đạo.

Bìu: được chia thành 2 túi bằng một vách mô liên kết, là tổ chức nâng đỡ che phủ tinh hoàn và giúp điều hòa nhiệt độ tinh hoàn do sự co hay giãn các lớp cơ bìu, rét thì co lại, nóng thì giãn ra.

Động mạch xuất phát từ động mạch đùi, thẹn và thượng vị dưới. Các mạch máu, thần kinh chạy song song với nếp ngang bìu và không vượt qua đường giữa. Mặt sau bìu được cung cấp máu từ các nhánh sau bìu của mạch máu và thần kinh dây chậu vì vậy rất phong phú, dễ bị giãn tĩnh mạch.

2.1. Dương vật

Dương vật có hai chức năng là tiết niệu và sinh dục. Cấu tạo gồm hai thể hang nằm phía trước và một thể xấp nằm phía sau và giữa hai vật hang. Đầu gần của thể hang dính vào xương chậu, có cơ ngồi hang ôm quanh ba mặt của thể hang. Đầu gần của thể xấp dính vào mặt dưới của hoành niệu dục, có niệu đạo màng chui qua và được cơ hành xấp bao phủ. Khi ngã kiểu cưỡi ngựa hoặc thành thuyền, xương chậu bị gãy dễ đứt niệu đạo màng. Đầu ngoài cùng của dương vật được phủ bởi qui đầu. Đầu xa của vật xấp phình to ra tạo thành qui đầu. Niệu đạo nằm trong thể xấp dài 8-9 cm. Mỗi thể được bao bọc một bao xơ gọi là bao trắng. Một bao xơ bọc cả ba tạng này gọi là cân Buck. Dương vật được bao phủ bởi một lớp da lỏng lẻo. Bao qui đầu phủ lên qui đầu, là một tổ chức nửa niêm mạc, nửa da, mặt dưới đẩy lên tạo thành hãm qui đầu.

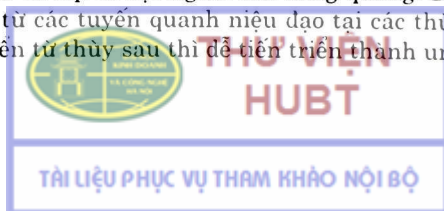
Thể hang, thể xấp và qui đầu bao gồm các vách cơ trơn, có mô cương bao quanh các xoang mạch máu. Một nhánh của động mạch thẹn trong cung cấp máu dương vật cấp máu nuôi dưỡng thể hang và thể xấp và niệu đạo. Da dương vật được cấp máu từ động mạch thẹn ngoài, từ động mạch đùi. Tĩnh mạch đi kèm với động mạch.

Các dây thần kinh tách từ thần kinh thẹn, đi kèm với động mạch và phân nhánh phong phú cho qui đầu. Các dây thần kinh thể hang, xuất phát từ đám rối chậu, chui vào thể hang, phân nhánh vào mô cương để cho ra những nhánh thần kinh giao cảm và phó giao cảm.

2.2. Tuyến tiền liệt

Là một cơ quan tuyến và xơ cơ, nằm ngay dưới bàng quang. Bình thường, tuyến tiền liệt nặng 20 g, dài 2,5 cm bao trùm niệu đạo sau; phía sau có 2 ống phóng tinh xuyên chéo qua, đổ ra sàn niệu đạo cạnh ụ núi, cạnh bên cơ thắt vằn ngoài niệu đạo.

Theo phân loại của Lowsley thì tuyến tiền liệt gồm 5 thùy: trước, sau, giữa, phải bên và trái bên. Nhưng Neal MC. (1972) lại chia tuyến tiền liệt thành 2 phần: phần ngoại vi-trung tâm và phần chuyển tiếp. Một phần thùy trước và một vùng cơ vòng trước tiền liệt. Nằm trong tuyến tiền liệt là rất nhiều sợi cơ trơn xuất phát từ lớp cơ dọc ngoài của bàng quang. Bướu lành tính tuyến tiền liệt phát triển từ các tuyến quanh niệu đạo tại các thùy bên và thùy giữa. Nếu khối u phát triển từ thùy sau thì dễ tiến triển thành ung thư.



Tuyến tiền liệt nằm sau xương mu. Nằm sát cạnh mặt sau trên của tuyến tiền liệt là các ống dẫn tinh và túi tinh. Tuyến được bao bọc trong một màng xơ mỏng, dưới bao xơ là những sợi cơ trơn vòng và mô sợi colagell bao quanh niệu đạo tạo thành cơ vòng không tự chủ. Nằm sâu dưới lớp cơ này là nhu mô tiền liệt, có những ống tuyến thượng bì dẫn lưu vào những ống tiết chính (có khoảng 25 ống), đổ các dịch tiết mà chủ yếu là nằm ở sàn niệu đạo, giữa ụ núi và cổ bàng quang. Các tuyến quanh niệu đạo nằm ngay sát dưới biểu mô thượng bì của của tuyến tiền liệt.

Động mạch tuyến tiền liệt xuất phát từ động mạch bàng quang dưới, động mạch thẹn trong, và động mạch trực tràng giữa (động mạch trĩ). Tĩnh mạch tuyến tiền liệt đổ vào đám rối tĩnh mạch quanh tiền liệt nối với tĩnh mạch dương vật lưng sâu và tĩnh mạch chậu trong (tĩnh mạch hạ vị). Thần kinh tuyến tiền liệt nhận nhiều sợi thần kinh từ các đám rối giao cảm và phó giao cảm.

Tất cả hệ thống giải phẫu của tuyến đều liên quan chặt chẽ, đảm bảo sự hài hòa chức năng sinh lý và tiết niệu, sinh sản và tình dục.

QUÁ TRÌNH SINH TINH VÀ SỰ DI CHUYỂN CỦA TINH TRÙNG TRONG ĐƯỜNG SINH DỤC NỮ

1. GIẢI PHẪU VÀ MÔ HỌC TINH HOÀN

1.1. Tinh hoàn

Cũng như buồng trứng ở phụ nữ, tinh hoàn có 2 chức năng liên quan chặt chẽ với nhau: sinh giao tử (sinh tinh trùng) và tổng hợp hormone sinh dục. Dịch tiết của tinh hoàn và các tuyến phụ khác của hệ sinh dục nam tạo thành một hỗn dịch rất cần thiết cho sự vận chuyển, ổn định và trưởng thành của tinh trùng. Hormon nam, mà chủ yếu là testosterone, có chức năng điều hòa sự phát triển của tinh trùng và hoạt động của các tuyến sinh dục phụ. Ngoài ra, hormon nam còn ảnh hưởng quyết định đến sự phát triển các đặc tính sinh dục thứ phát ở nam giới và một phần hoạt động tinh dục.

Ở người, mỗi tinh hoàn chứa khoảng 400-600 ống sinh tinh. Chiều dài của một ống sinh tinh khoảng 30-80 cm và đường kính ống sinh tinh vào khoảng 150-250 micromet (Liow, 1998). Các ống sinh tinh thường tạo thành những vòng cung nối với nhau ở một đầu, đầu còn lại đổ vào mào tinh. Các ống sinh tinh cuộn lại và được phân bố thành các thùy trong tinh hoàn. Các thùy của tinh hoàn được phân cách nhau bởi các vách xơ. Ở giữa các ống sinh tinh là mô liên kết lỏng lẻo bao gồm mạch máu, bạch huyết, thần kinh và các tế bào Leydig. Tế bào Leydig là những tế bào đảm bảo chức năng nội tiết của tinh hoàn (Mortimer, 1994).

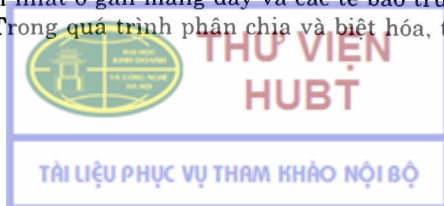
1.2. Ống sinh tinh

Ống sinh tinh là cấu trúc giải phẫu quan trọng, nơi diễn ra quá trình hình thành tinh trùng. Bao gồm các thành phần: màng đáy, biểu mô sinh tinh, các tế bào Sertoli.

- Màng đáy: thành của ống sinh tinh bao gồm các tế bào của lớp biểu mô sinh tinh, bao bên ngoài là màng đáy. Màng đáy phân cách lớp biểu mô sinh tinh và lớp mô liên kết giữa các ống sinh tinh. Màng đáy bao gồm mô xơ và một ít tế bào cơ, vì vậy ống sinh tinh ít có tính đàn hồi.

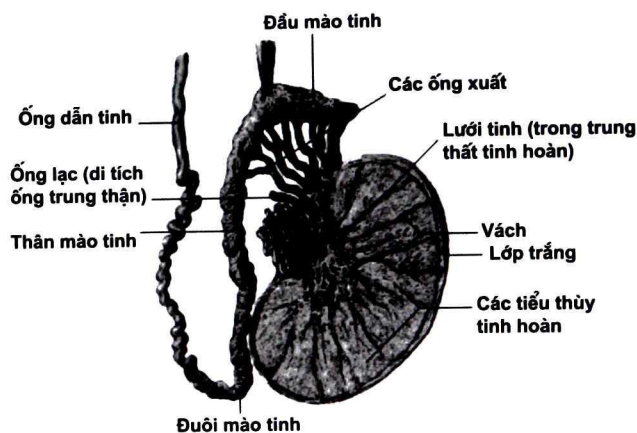
- Lớp biểu mô sinh tinh: là một lớp tế bào biểu mô nhiều tầng có 5-8 lớp tế bào, bao gồm 2 loại: tế bào Sertoli và tế bào sinh tinh. Tế bào Sertoli không phân chia và chỉ gồm một loại tế bào, chúng nằm giữa các tế bào sinh tinh và trải dài từ màng đáy vào đến lòng ống sinh tinh. Tế bào sinh tinh luôn phân chia và bao gồm các tế bào ở nhiều giai đoạn phát triển khác nhau.

Các tế bào non nhất ở gần màng đáy và các tế bào trưởng thành hơn nằm gần lòng ống hơn. Trong quá trình phân chia và biệt hóa, tế bào sinh tinh dần



dẫn di chuyển về phía lòng ống sinh tinh. **Tế bào sinh tinh** gồm 3 loại: nguyên tinh bào, tinh bào và tinh tử.

- Sự liên kết giữa các tế bào Sertoli chia biểu mô sinh tinh thành 2 phần: phần nền và phần ống. Phần nền gồm các tinh nguyên bào và tinh bào non. Phần ống bao gồm các tinh bào và tinh tử. Sự phân cách này tạo điều kiện cho các tinh nguyên bào gián phân và biệt hóa. Các tinh bào non từ phần nền, được sinh ra từ lần gián phân cuối cùng của các tinh nguyên bào, phải vượt qua phức hợp liên kết giữa các tế bào Sertoli để đi vào phần ống.



Hình 2.1. Tinh hoàn và mào tinh hoàn

- Hàng rào máu tinh hoàn: các tế bào Sertoli và phức hợp liên kết giữa chúng còn tạo nên hàng rào máu-tinh hoàn. Hàng rào này đóng vai trò quan trọng trong quá trình sinh tinh. Các chức năng của phần này bao gồm:

- + Nâng đỡ các tế bào sinh tinh.
- + Giúp cho sự vận chuyển của hormon, chất chuyển hóa và chất dinh dưỡng từ ngoài vào cung cấp cho các tế bào sinh tinh.
- + Kiểm soát và hạn chế sự di chuyển của một số phân tử ngoại bào đi vào biểu mô sinh tinh.
- + Thực bào các tế bào sinh tinh bị chết, thoái hóa và các tế bào chất bị thải hồi trong quá trình biệt hóa của tinh tử.
- + Tiết ABP, một loại protein gắn kết với hormon nam. Protein này giúp vận chuyển chủ động testosterone từ bên ngoài vào bên trong ống sinh tinh và tạo nồng độ testosterone rất cao bên trong biểu mô sinh tinh.

+ Tiết các chất điều hòa quá trình gián phân và giảm phân của các tế bào sinh tinh; điều hòa hoạt động chế tiết của tế bào Leydig và chế tiết gonadotropin của tuyến yên.

+ Điều hòa sự di chuyển của các tế bào sinh tinh trong lớp biểu mô sinh tinh và sự phóng thích tinh trùng vào lòng ống sinh tinh.

Hàng rào máu - tinh hoàn phân cách các tế bào sinh tinh đang giảm phân và các tế bào sinh tinh sau giảm phân. Các tế bào sinh tinh sau giảm phân, chỉ xuất hiện trong tinh hoàn sau khi dậy thì, có thể có những kháng nguyên đặc hiệu lạ đối với hệ miễn dịch của cơ thể. Nếu hàng rào máu - tinh hoàn bị phá vỡ do chấn thương hay do phẫu thuật thì tinh trùng sẽ tiếp xúc với máu, khi ấy có thể kích hoạt tạo kháng thể kháng tinh trùng trong máu, dẫn đến vô sinh.

2. QUÁ TRÌNH TẠO TINH TRÙNG

Ở tuổi dậy thì, những tế bào thuộc dòng tinh sinh sản, biệt hóa để trưởng thành qua các giai đoạn từ tinh nguyên bào đến tinh bào 1, tinh bào 2, tinh tử và tinh trùng.

2.1. Tinh nguyên bào (spermatogonia)

Là tế bào đầu dòng của dòng tinh. Trong thời kỳ phôi thai, bắt đầu từ tuần thứ bảy, các tế bào sinh dục nguyên thủy bắt đầu gián phân và biệt hóa tạo ra những tinh nguyên bào. Ngay sau khi tế bào sinh dục nguyên thủy di cư đến mầm sinh dục, tế bào Sertoli mau chóng ức chế sự gián phân và ngăn cản tế bào này giảm phân. Vì vậy, quá trình phân chia, đặc biệt là quá trình giảm phân không xảy ra cho đến tuổi dậy thì. Ở trẻ em và thiếu niên, tinh hoàn lớn lên do tăng sinh tế bào nhưng cho đến tuổi dậy thì, trong lòng ống sinh tinh không có sự biệt hóa nào của tế bào dòng tinh cả. Chỉ từ tuổi dậy thì, lòng ống sinh tinh mới xuất hiện và mới có sự biệt hóa và tiến triển của các tế bào dòng tinh để tạo ra tinh trùng. Tinh nguyên bào nằm ở ngoại vi biểu mô tinh và nằm sát màng đáy, xen giữa màng đáy và tế bào Sertoli, có bộ NST lưỡng bội $2n$ (46, XY).

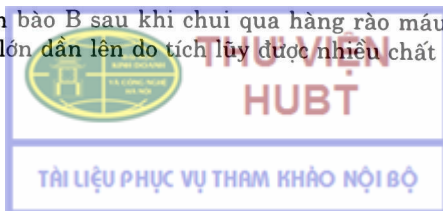
- Tinh nguyên bào chùng (Clermont xếp loại tinh nguyên bào A sẫm màu), có khả năng phân chia nguyên nhiễm để sản sinh ra hai dòng tế bào con: một dòng vẫn giữ nguyên đặc điểm cấu tạo của tinh nguyên bào chùng và có khả năng phân chia để làm nguồn dự trữ sinh sản các tế bào này suốt đời, một dòng tế bào con khác mới sinh sẽ biệt hóa thành tinh nguyên bào bụi.

- Tinh nguyên bào bụi (Clermont xếp loại tinh nguyên bào A sáng màu) không sinh sản, nó biệt hóa thành tinh nguyên bào vảy.

- Tinh nguyên bào vảy còn gọi là tinh nguyên bào B không có khả năng phân chia để sinh sản mà biệt hóa thành tinh bào 1.

2.2. Tinh bào 1 (spermatocyte 1)

Các tinh nguyên bào B sau khi chui qua hàng rào máu-tinh hoàn để vào lớp tế bào Sertoli thì lớn dần lên do tích lũy được nhiều chất dinh dưỡng để tạo



thành tinh bào 1, có bộ NST lưỡng bội $2n$ (46, XY), kích thước 25 micromet, là tế bào có kích thước lớn nhất trong các tế bào đồng tinh, nằm xa màng đáy và cách màng đáy một hàng tinh nguyên bào.

Giai đoạn tinh bào 1 kéo dài 22-24 ngày. Cuối thời kỳ này, các tinh bào 1 phân chia giảm nhiễm I để tạo thành tinh bào 2.

Quá trình phân bào giảm nhiễm này đã tạo nên sự đa dạng di truyền khi tạo ra các giao tử do có thể xảy ra quá trình trao đổi gen.

2.3. Tinh bào 2

Là tế bào đơn bội nhưng chứa 23 nhiễm sắc thể đôi (có hai chromatid). Những tế bào này rất nhỏ và chỉ tồn tại trong một khoảng thời gian ngắn nên rất khó nhìn thấy trong tiêu bản tinh hoàn.

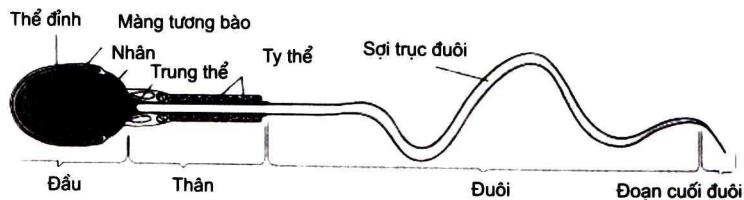
Sau 2-3 ngày, mỗi tinh bào 2 tiếp tục phân chia giảm nhiễm II để cho 2 tế bào tiền tinh trùng.

2.4. Tinh tử (spermatid)

Bộ NST của tinh tử là n (23, X; 23, Y). Như vậy, giảm phân làm số lượng NST giảm một nửa nhưng đủ bộ, khi giao tử đực và cái hợp nhất trong thụ tinh số lượng NST $2n$ sẽ được hồi phục. Theo ước tính, mỗi tinh nguyên bào sẽ cho ra 512 tinh tử. Quá trình sinh sản từ tinh bào 1 thành tinh tử kéo dài 24 ngày. Tinh tử không có khả năng sinh sản mà biệt hóa thành tinh trùng. Trong quá trình này, nhân tinh tử đặc lại, bào tương co lại, hình thành thể cực đầu và phát triển đuôi.

2.5. Tinh trùng (spermatozoa)

Ở nam giới, một nửa tinh trùng có bộ NST là 23, X; một nửa là 23, Y. Giới tính của thể hệ con được xác định bởi loại tinh trùng nào được thụ tinh với noãn. Ở người, từ một tế bào mầm nguyên thủy, phải mất 64 ngày mới cho ra được một tinh trùng trưởng thành.



Hình 2.2. Tinh trùng



Điều hòa tuyến sinh dục nam

Tuyến yên tiết LH và FSH để điều khiển và kiểm soát chức năng hoạt động của tinh hoàn. Tuyến yên chế tiết FSH và LH phụ thuộc vào sự kích thích theo nhịp sinh học của GnRH với nhịp độ 60 phút /lần.

LH là chất chính để kích thích tế bào Leydig sản xuất testosterone. Khi nồng độ testosterone cao sẽ ức chế tuyến yên tiết LH. FSH khởi đầu và duy trì sinh tinh, kích thích tế bào Sertoli. Tế bào Sertoli cũng nằm trong ống sinh tinh, mặt trong màng đáy, bao quanh các tế bào mầm đang phát triển có nhiệm vụ nuôi dưỡng tinh trùng. Tế bào Sertoli tiết ra inhibin là một polypeptid có tác dụng ức chế tuyến yên tiết FSH. Cơ chế feedback là do testosterone (hoặc estrogen) được điều hòa bởi GnRH của vùng dưới đồi là chủ yếu và một phần ở tuyến yên.

3. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUÁ TRÌNH SINH TINH

3.1. Chế độ ăn uống

Chế độ ăn thiếu chất như: vitamin A, vitamin E, một số acid béo, acid amin và kẽm có thể ảnh hưởng trực tiếp lên tinh hoàn và gây giảm sinh tinh. Thiếu vitamin B có thể hưởng đến quá trình sinh tinh do ảnh hưởng trực tiếp lên tuyến yên và gián tiếp lên tinh hoàn (Setchell, 1983). Gần đây, nhiều quan điểm cho rằng các thức ăn hiện đại thường chứa nhiều gốc hóa học có tính estrogenic yếu, nếu tích tụ lâu ngày có thể ức chế sinh tinh. Đây có thể là một trong những nguyên nhân chính của hiện tượng giảm chất lượng tinh trùng của nam giới đang được báo động.

3.2. Nhiễm trùng

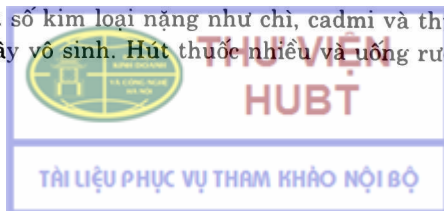
Một số trường hợp vô sinh nam do giảm sinh tinh trùng sau biến chứng viêm tinh hoàn của bệnh quai bị. Biểu mô sinh tinh bị ảnh hưởng hay bị hủy hoàn toàn có thể do tác động trực tiếp của nhiễm trùng, do hiện tượng viêm, tăng nhiệt độ hoặc do phản ứng miễn dịch sau khi hàng rào máu tinh hoàn bị phá hủy (Setchell, 1983).

3.3. Tăng nhiệt độ tinh hoàn

Ở người, nhiệt độ ở bìu thường thấp hơn thân nhiệt khoảng 2°C. Trong trường hợp tinh hoàn không xuống hoặc tinh hoàn ẩn, quá trình sinh tinh sẽ bị ngưng lại. Trong thực nghiệm, người ta thấy cấu trúc mô học của tinh hoàn sẽ thay đổi nếu tinh hoàn không xuống. Sốt trên 38,5°C có thể ức chế quá trình sinh tinh trong thời gian 6 tháng (Tổ chức Y tế Thế giới - WHO, 1987). Ngoài tác dụng ức chế sinh tinh, nhiệt độ cao có thể gây tổn thương ADN của tinh trùng.

3.4. Môi trường sống và làm việc

Nhiễm độc một số kim loại nặng như chì, cadmi và thủy ngân có thể gây giảm sinh tinh và gây vô sinh. Hút thuốc nhiều và uống rượu cũng có thể ảnh



hưởng trực tiếp là giảm sinh tinh. Các thuốc trừ sâu, diệt cỏ có thể gây ảnh hưởng lên quá trình sinh tinh. Đặc biệt, dioxin cũng được ghi nhận có tác động lên quá trình sinh tinh và có thể gây vô sinh. Quá trình sinh tinh trùng rất nhạy cảm với nhiều loại hóa chất có nguồn gốc công nghiệp và nông nghiệp. Mặc dù chưa có các nghiên cứu có giá trị để xác định ảnh hưởng của dioxin trên quá trình sinh tinh của người, nhưng báo cáo của WHO năm 2000 về tác hại của dioxin trên sức khỏe cho thấy dioxin làm giảm số lượng tinh trùng ở chuột thực nghiệm.

3.5. Ảnh hưởng của phóng xạ

Tinh nguyên bào trong giai đoạn phân chia rất nhạy cảm với phóng xạ, trong khi tinh nguyên bào gốc, tinh tử và tinh trùng ít bị ảnh hưởng hơn. Tuy nhiên, nếu tiếp xúc với phóng xạ cường độ cao, tất cả các loại tế bào sinh tinh đều bị ảnh hưởng có thể dẫn đến vô tinh không hồi phục. Gần đây, có báo cáo cho rằng việc sử dụng điện thoại di động cũng có thể ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh trùng.

3.6. Từ trường

Người ta ghi nhận rằng, từ trường với tần số thấp và cường độ cao có thể gây tổn thương quá trình sinh tinh. Từ trường còn được quan niệm là phóng xạ từ trường. Trong môi trường sống hiện nay, từ trường chủ yếu được tạo bởi các thiết bị điện gia dụng, thiết bị điện công nghiệp hoặc đường dẫn truyền điện.

3.7. Các thuốc điều trị các bệnh lý nội khoa

Theo WHO (2000), một số thuốc được ghi nhận có thể ảnh hưởng đến sinh tinh như: hormon, cimetidin, sulphasalazin, spironolacton, nitrofurantoin, niridazon, colchichin.

Các thuốc điều trị ung thư thường ức chế mạnh quá trình sinh tinh. Hầu hết các phác đồ hóa chất điều trị ung thư đều ảnh hưởng nhiều đến quá trình sinh tinh và gây tình trạng vô tinh tạm thời.

3.8. Các bệnh toàn thân

Các bệnh lý toàn thân đều ít nhiều có ảnh hưởng đến hoạt động của tinh hoàn, nhưng nhiều khi không được chú ý. Các tình trạng bệnh lý cấp tính nặng như bỏng, nhồi máu cơ tim, chấn thương, phẫu thuật đều ức chế chức năng tinh hoàn. Suy thận mạn tính dẫn đến rối loạn điều hòa trục hạ đồi-tuyến yên và gián tiếp ức chế chức năng tinh hoàn. Suy gan mạn tính gây rối loạn nội tiết, dẫn đến giảm sinh tinh, teo tinh hoàn, nữ hóa, giảm chức năng sinh hoạt tình dục. Các bệnh lý về đường tiêu hóa, huyết học, nội tiết đều được báo cáo có tác dụng giảm quá trình sinh tinh. Ở những bệnh nhân có bệnh lý ác tính, sinh tinh thường giảm mạnh hoặc ngưng hoàn toàn, chủ yếu do tác động của các phương pháp điều trị ung thư như xạ trị, hóa trị.

4. SỰ DI CHUYỂN CỦA TINH TRÙNG TRONG ĐƯỜNG SINH DỤC NỮ

4.1. Di chuyển tinh trùng trong đường sinh dục nữ

Từ trong lòng các ống sinh tinh tới phần đầu của mào tinh hoàn, tinh trùng được vận chuyển nhờ dòng dịch trong ống sinh tinh và ống mào tinh cuốn đi. Sự vận chuyển, lưu trữ tinh trùng khi tinh trùng qua mào tinh sẽ làm tinh trùng trưởng thành dần về chuyển động và khả năng sinh sản. Thời gian để tinh trùng đi qua mào tinh đến ống dẫn tinh khoảng 10-20 ngày tùy thuộc vào mức độ sản xuất tinh trùng. Sau khi đi qua ống dẫn tinh, tinh trùng tập trung tại nơi dự trữ để chuẩn bị phóng ra sau mỗi lần giao hợp.

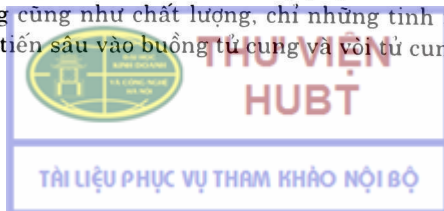
Ở tuổi trưởng thành, hai tinh hoàn có thể sản sinh khoảng 120 triệu tinh trùng mỗi ngày, khoảng một nửa được dự trữ tại đuôi mào tinh, phần còn lại được dự trữ tại ống dẫn tinh. Tại nơi dự trữ, tinh trùng vẫn khỏe mạnh và có khả năng thụ tinh tối thiểu trong thời gian một tháng. Trong thời gian này, tinh trùng được giữ ở trạng thái không hoạt động nhờ nhiều chất có tác dụng ức chế được bài tiết từ hệ thống ống.

4.2. Di chuyển tinh trùng trong đường sinh dục nữ

Khi giao hợp, tinh trùng được phóng vào túi cùng sau âm đạo, là nơi sâu và thấp nhất của âm đạo, pH của tinh dịch khoảng từ 7,2 đến 7,8; trong khi pH âm đạo thường dưới 5,0. Do vậy, ngay sau khi phóng tinh, tinh dịch đông vón cục nhờ các men đông đặc của dịch tuyến tiền liệt tác dụng vào fibrinogen có trong tinh dịch để bảo vệ tinh trùng thoát khỏi môi trường acid của âm đạo và giữ tinh trùng ở vị trí gần cổ tử cung, tránh chảy ngược ra ngoài. Môi trường âm đạo ngay sau đó bị kiềm hóa do pH kiềm của tinh dịch. Sự li giải bắt đầu xảy ra, nhờ tác động của fibronolysin có trong dịch tuyến tiền liệt và giải phóng tinh trùng. Các cơ chế này làm tăng tối đa số lượng tinh trùng vào được đến cổ tử cung.

Với cấu tạo giải phẫu bình thường, tư thế của tử cung ngả trước, cổ tử cung ngấp sâu vào vũng tinh dịch đã tạo điều kiện cho tinh trùng dễ dàng xâm nhập và tiến vào đường sinh dục trên. Bình thường, nhờ có đuôi nên những tinh trùng tự thân di chuyển về phía tử cung với vận tốc 2-4 mm/phút.

Trước ngày phóng noãn, dưới tác dụng của estrogen, niêm mạc ống cổ tử cung tăng chế tiết, làm cho chất dịch cổ tử cung loãng ra và số lượng nhiều, đồng thời lỗ ngoài cổ tử cung mở rộng dần. Sự tăng chế tiết của niêm dịch và độ mở của lỗ cổ tử cung đạt đến cực điểm lúc phóng noãn đã tạo điều kiện thuận lợi cho tinh trùng xâm nhập vào tử cung. Khi giao hợp, do bị kích thích bởi những hành vi sinh hoạt tình dục, tử cung co bóp tạo thành một áp lực âm hút tinh trùng vào buồng tử cung. Càng lên cao của bộ phận sinh dục nữ, tinh trùng càng giảm về số lượng cũng như chất lượng, chỉ những tinh trùng khỏe mạnh, di chuyển nhanh mới tiến sâu vào buồng tử cung và với tử cung.



Trong cơ thể, tinh trùng gặp noãn trong vòi tử cung. Noãn tiết một yếu tố hấp dẫn tinh trùng tạo điều kiện để tăng khả năng thụ tinh. Ít nhất có vài tinh trùng gặp noãn trong một lần thụ tinh nhưng khi thụ tinh trong ống nghiệm thì cần khoảng 50 đến 100 nghìn tinh trùng. Cần nhiều như vậy để đạt khả năng thụ tinh cao nhất. Người ta không biết tại sao trong thực nghiệm lại cần nhiều hơn, có thể là môi trường thực nghiệm không hoàn toàn sinh lý, hoặc trong thực nghiệm khối gò mầm lớn hơn và tinh trùng khó thâm nhập hơn.

4.3. Vai trò của chất nhầy cổ tử cung đối với sự xâm nhập của tinh trùng

Chất nhầy cổ tử cung là một chất lỏng có hai thành phần: thành phần có độ nhớt cao (dạng gel) được tạo bởi một mạng các phân tử lớn có nhiệm vụ quyết định các đặc tính của chất nhầy cổ tử cung và thành phần có độ nhớt thấp (được tạo bởi các chất điện giải, các hợp chất hữu cơ và protein ở dạng hòa tan). Sự thay đổi có chu kỳ về độ đậm đặc của chất nhầy cổ tử cung ảnh hưởng đến khả năng xâm nhập và sự sống còn của tinh trùng.

Tinh trùng có khả năng xâm nhập vào khoảng ngày thứ chín của vòng kinh hai tám ngày và tăng lên một cách từ từ tới thời điểm phóng noãn. Sự xâm nhập của tinh trùng thường bị giảm sau phóng noãn một đến hai ngày. Những tinh trùng di động hướng theo sợi nhầy vào cổ tử cung, ở đó nó dần dần di chuyển vào buồng tử cung và vào vòi tử cung. Cổ tử cung và chất nhầy của nó ảnh hưởng tới tinh trùng như sau:

- Làm tăng khả năng xâm nhập của tinh trùng vào chất nhầy xung quanh thời điểm phóng noãn và làm giảm khả năng này vào những thời điểm khác của vòng kinh.
- Bảo vệ tinh trùng khỏi bị ảnh hưởng bởi các tác nhân có hại trong môi trường âm đạo và khỏi bị thực bào.
- Bổ sung năng lượng dự trữ cho tinh trùng.
- Tinh dịch chứa những chất làm bất hoạt tinh trùng. Chất nhầy cổ tử cung có khả năng loại bỏ yếu tố bất hoạt đó trong tinh dịch. Do vậy, tinh trùng được giải phóng khỏi sự ức chế để thực hiện quá trình phản ứng hoạt hóa hay là tinh trùng có khả năng tạo phản ứng cực đầu. Nếu chất nhầy cổ tử cung có độ nhớt cao (đặc) và có nhiều bạch cầu, tinh trùng thâm nhập vào cổ tử cung kém và mất khả năng hoạt động. Điều này cũng xảy ra khi người vợ có kháng thể kháng tinh trùng.

SINH LÝ TÌNH DỤC

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ SINH LÝ TÌNH DỤC

Tình dục là một phần rất quan trọng trong đời sống của con người. Sự ham muốn tình dục là một phần trong những nhu cầu sinh lý thiết yếu của con người chỉ sau ăn, uống và ngủ. Bản năng này đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì nòi giống và cũng là động lực thúc đẩy sự phát triển của con người. Thành công hay thất bại trong tình dục liên quan chặt chẽ với hạnh phúc hay đau khổ của cá thể cũng như của gia đình. Sinh hoạt tình dục là sự hòa hợp của các yếu tố về sinh lý, tâm lý giữa 2 cá thể với nhau.

Tình dục có hai mục tiêu: mục tiêu sinh sản và mục tiêu không sinh sản, trong đó mục tiêu không sinh sản chiếm đa số trong cả cuộc đời tình dục. Do có sự chỉ huy của thần kinh cao cấp cho nên ở loài người, ngoài những ham muốn tình dục do hormon, còn nhiều yếu tố khác chi phối đến sự ham muốn tình dục. Mọi sự ham muốn tình dục đều bắt nguồn từ cảm xúc tình dục.

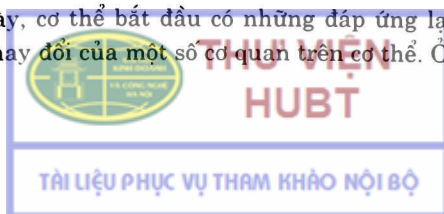
Cảm xúc tình dục nảy sinh khi bị cuốn hút bởi tinh thần và thể chất của bạn tình, gần hoặc xa. Ham muốn hay còn gọi là hứng khởi tình dục phát triển từ cảm xúc tình dục, phụ thuộc vào nồng độ testosterone, các yếu tố bên trong, bên ngoài và ngoại cảnh. Đáp ứng tình dục bị nhiều yếu tố chi phối như tâm lý, hoàn cảnh môi trường và sinh lý bao gồm nội tiết, mạch máu, cơ và thần kinh. Có 4 giai đoạn đáp ứng tình dục bao gồm ham muốn, kích thích, cực khoái và thỏa mãn (thư giãn). Mỗi giai đoạn của đáp ứng tình dục có thể bị ảnh hưởng do tuổi tác, bệnh tật, thuốc men hoặc rượu và các chất kích thích khác cũng như các mối quan hệ cá nhân và thói quen sinh hoạt.

1.1. Giai đoạn ham muốn

Giai đoạn này bắt đầu khi xuất hiện các yếu tố kích thích tác động vào như nhìn các hình ảnh, nghe âm thanh, ngửi hương vị, động chạm hay tưởng nhớ lại một kỷ niệm nào đó. Cảm giác ham muốn có thể khởi động bởi các yếu tố bên trong như tưởng tượng và yếu tố bên ngoài như nhìn sờ, cử chỉ vuốt ve, lời nói âu yếm. Khi vuốt ve, kích thích cơ quan sinh dục dẫn đến hưng phấn thần kinh nhạy cảm với dopamin nằm ở hệ thống limbic trên não làm tăng tiết testosterone và chính hormon này đã ảnh hưởng đến ham muốn của cả nam và nữ. Lúc này, bắt đầu cảm thấy có ham muốn tình dục và hướng đến việc tìm cách thỏa mãn tình dục. Giai đoạn này có thể xuất hiện ở bất cứ nơi đâu, có thể chỉ kéo dài vài một thời gian ngắn trong vài giây nhưng cũng có thể duy trì nhiều giờ.

1.2. Giai đoạn kích thích

Ở giai đoạn này, cơ thể bắt đầu có những đáp ứng lại với các kích thích tình dục bằng các thay đổi của một số cơ quan trên cơ thể. Ở nam giới, dấu hiệu



đáp ứng đầu tiên là cương dương vật. Ngay lúc này, nhịp tim, huyết áp và trương lực cơ đã bắt đầu tăng ở cả nam và nữ. Giai đoạn này có thể kéo dài từ vài phút đến vài giờ. Trong giai đoạn này, bất kì yếu tố tác động nào như tiếng chuông điện thoại, tiếng gõ cửa,... đều là những cản trở, làm gián đoạn kích thích và phải thực hiện lại từ đầu; nếu sự cản trở kéo dài, giai đoạn này có thể bị mất đi.

Giai đoạn kích thích bao gồm những thay đổi về sinh lý, những cảm giác gọi tình chủ quan do hệ thần kinh phó giao cảm chi phối. Những kích thích tình dục làm tăng lượng máu đến cơ quan sinh dục, dồn máu vào các xoang trong vật hang và thể xốp làm cho dương vật cương cứng, tuyến sken ở niệu đạo tiết ra ít dịch nhầy bôi trơn đầu dương vật tạo thuận lợi cho động tác giao cấu. Cơ thể ở trạng thái căng cứng, các cơ căng. Trong khi dương vật cương, các cơ thắt cổ bàng quang co chặt không cho nước tiểu chảy vào niệu đạo. Chất dịch được tiết ra từ 2 tuyến nhỏ đặc biệt (tuyến hành - niệu đạo) được đẩy vào niệu đạo để rửa sạch nước tiểu còn đọng lại trước khi phóng tinh.

Động tác giao hợp được thực hiện trong giai đoạn này kéo dài trong vài phút đến hàng giờ. Ở nam giới, tuyến Cowper cũng tiết dịch và trong dịch tiết này chứa một lượng nhỏ tinh trùng, có thể gây thụ thai. Lúc này, nhịp tim tăng lên rất nhanh, có thể trên 180 lần trong một phút. Nhịp tim ở nam tăng cao hơn nữ đồng thời huyết áp cũng tăng theo. Giai đoạn này thực sự nguy hiểm cho những người có bệnh tim hoặc cao huyết áp.

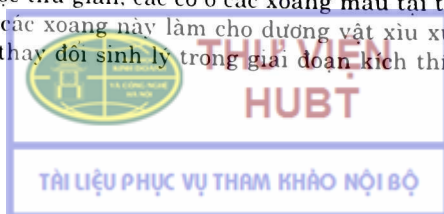
1.3. Giai đoạn cực khoái

Khi kích thích đến cao độ sẽ gây ra hiện tượng cực khoái, đó là giai đoạn giải phóng đột ngột tình trạng căng cơ đã được hình thành trong giai đoạn kích thích và được chi phối bởi hệ thần kinh giao cảm. Trong giai đoạn cực khoái, có những cơn co thắt tự nhiên làm cho các cơ thắt cổ ống phóng tinh mở ra, các cơ của bóng tinh hoạt động, gây hiện tượng phóng tinh.

Đây là giai đoạn đem lại cảm giác cực khoái khi giao hợp. Hiện tượng cực khoái có thể xảy ra đồng thời trên cả 2 đối tượng nam và nữ cùng lúc, nhưng ở nam giới phần lớn xảy ra sớm hơn. Ở nam giới, giai đoạn cực khoái thường xảy ra kèm theo với xuất tinh. Trong một lần sinh hoạt tình dục, nam giới chỉ đạt một lần cực khoái duy nhất. Tinh dịch được phóng ra khoảng 2-4 ml, có màu đục hoặc màu trắng, chứa rất nhiều tinh trùng. Cùng thời gian này, các cơ ở vùng tăng sinh môn, cơ thắt hậu môn và vùng xung quanh xương chậu co thắt góp phần tăng khoái cảm. Huyết áp và nhịp tim giai đoạn này tiếp tục tăng cao hơn nữa. Đây là giai đoạn ngắn nhất, thường chỉ kéo dài dưới 1 phút.

1.4. Giai đoạn thư giãn

Sau phóng tinh, giai đoạn cực khoái qua đi, tình trạng căng cơ được giải phóng làm cơ thể được thư giãn, các cơ ở các xoang máu tại thể hang và vật xốp mở, máu thoát khỏi các xoang này làm cho dương vật xù xuống, mềm ra, mất cương cứng. Những thay đổi sinh lý trong giai đoạn kích thích dần trở về bình



thường. Giai đoạn này đến ngay sau giai đoạn cực khoái. Cơ thể của cả nam và nữ dần trở về trạng thái bình thường: dương vật bắt đầu mềm và rút ngắn kích thước, trở lại như trước khi cương cứng. Nhịp tim, nhịp thở giảm xuống và trở lại tần số trung bình. Cơ thể bắt đầu mệt mỏi, muốn nghỉ ngơi. Giai đoạn này có thể kéo dài đến 30 phút, nhưng thông thường từ 5-10 phút.

Về mặt lý thuyết, sau giai đoạn này, có thể bắt đầu một lần giao hợp khác, tuy nhiên điều này cần phụ thuộc vào mong muốn, sự sẵn sàng và khả năng đáp ứng của mỗi người.

Có sự khác biệt giữa nam và nữ trong các giai đoạn của tình dục:

Giai đoạn kích thích: ở phụ nữ, dấu hiệu quan trọng nhất là âm đạo bắt đầu tiết dịch, cùng lúc đó có sự thay đổi về hình dạng, kích thước âm đạo dài và rộng hơn. Âm vật phồng to, núm vú co săn lại và ngực cũng thay đổi kích thước tăng lên khoảng 25%. Vùng da sinh dục thẫm hơn do căng máu. Một số phụ nữ có thể thấy hiện tượng đỏ da ở mặt cổ do tăng ham muốn tình dục.

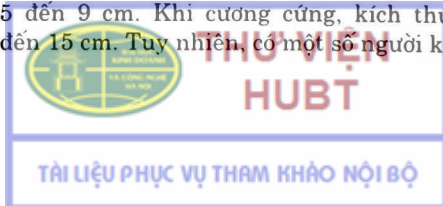
Giai đoạn cực khoái: ở nữ giới tương tự như nam giới, trong giai đoạn cực khoái có cảm giác ấm và lan tỏa ở vùng sinh dục kèm theo hiện tượng co thắt ở 1/3 ngoài âm đạo từ 3-15 lần. Khác với nam giới, phụ nữ có thể đạt nhiều lần cực khoái trong quá trình giao hợp.

Thời gian trung bình một lần sinh hoạt tình dục cũng khác nhau, nhưng điều quan trọng nhất là đáp ứng được nhu cầu của hai người, nghĩa là cả 2 người đều đạt được cực khoái và thỏa mãn. Cảm giác thỏa mãn về tình dục không phụ thuộc vào giới sinh học cố định mà phụ thuộc vào hành vi do giới tâm lý. Ví dụ trường hợp một phụ nữ được giáo dục từ nhỏ như con trai, đã hình thành bản sắc giới nam (tự coi mình là nam), có quan hệ tình dục với bạn tình cùng giới bằng một dương vật giả và vẫn đạt được sự thỏa mãn tình dục cho mình và cho bạn tình... Với những người có khuyết tật ở bộ phận sinh dục ngoài cũng như với những người hoàn toàn bình thường, người ta căn cứ vào cảm giác thỏa mãn tình dục để xác định (và duy trì) bản sắc giới của người đó. Cảm giác thỏa mãn về tình dục phụ thuộc vào cách sống của cá thể (sống theo kiểu nam hay nữ) hơn là vào giới sinh học. Khi không có sự tương ứng giữa hai yếu tố này, ví dụ trường hợp một phụ nữ có giới sinh học bình thường nhưng lại có bản sắc giới là nam thì sẽ thỏa mãn tình dục nhiều hơn và dễ dàng hơn với bạn tình cùng giới là nữ.

2. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM SINH LÝ CỦA DƯƠNG VẬT

2.1. Kích thước dương vật

Dương vật là cơ quan đặc biệt của bộ phận sinh dục nam, vừa để tiện lợi vừa có chức năng sinh dục. Dương vật rất nhạy cảm, đặc biệt là ở quy đầu vì tập trung nhiều dây thần kinh trong cơ thể. Bình thường dương vật chưa cương cứng dài khoảng 5,5 đến 9 cm. Khi cương cứng, kích thước trung bình của dương vật khoảng 9 đến 15 cm. Tuy nhiên, có một số người kích thước dương vật



nhỏ hơn hoặc lớn hơn một chút thì cũng là bình thường, hoàn toàn không ảnh hưởng đến khả năng sinh hoạt tình dục cũng như khả năng có con.

Bảng 3.1. Số đo kích thước dương vật theo một số quốc gia

<i>Quốc gia</i>	<i>Bình thường [Tình trạng xù (cm)]</i>	<i>Tình trạng cương (cm)</i>
Hoa Kỳ	8,8	12,9
Ả Rập	9,3	13,5
Hàn Quốc	6,9	9,6
Malaysia	8,3	12,1
Việt Nam	6,4	11,1

Kích thước dương vật phụ thuộc vào yếu tố chiều cao của cơ thể, di truyền và sự sản xuất đầy đủ testosterone khi ở tuổi vị thành niên trong quá trình phát triển chung của cơ thể. Lúc bình thường, khi dương vật mềm, các xoang máu ở thể hang có hình chữ V, H, X, Y. Khi dương vật bị kích thích bằng cơ học (sờ, nắn, đụng chạm tại chỗ) hoặc các yếu tố tâm lý (nghĩ, nghe, nhìn) thì những sợi cơ trơn của các tiểu động mạch co lại, kéo các vòng chun giãn ra làm cho máu từ các tiểu động mạch tràn vào các xoang máu do vậy dương vật to, dài ra, cứng và thẳng.

Tổ chức Lifestyle Condom (Hoa Kỳ) đã đo kích thước dương vật khi cương cứng của 300 thanh niên trên 18 tuổi: chiều dài trung bình của một dương vật cương cứng là khoảng 15 cm và chu vi trung bình của một dương vật cương cứng là khoảng 12,7 cm, gần bằng chiều dài của âm đạo. Dương vật khi cương có nhiều kích thước khác nhau, chiều dài trung bình là 15,3 cm. Theo một nghiên cứu trên 1.500 nam giới (The Penis Website), chiều dài dương vật trong trạng thái bình thường là 8,4 cm; chu vi trung bình dương vật lúc cương cứng là 12,4 cm; và chiều dài lúc cương cứng là 15 cm. Khi cương cứng, dương vật có thể có nhiều hình dáng khác nhau: người thì cong vòng lên, người lại cong vòng xuống và mức độ dựng cao, thấp cũng khác nhau nhưng nếu dương vật cong quá 30° và gây khó khăn trong khi giao hợp nên phẫu thuật để chỉnh sửa cho dương vật thẳng lại.

2.2. Cơ chế cương cứng và xù dương vật

Cương cứng dương vật là hiện tượng tự nhiên. Khi còn nhỏ, một bé trai đã có những lúc cương cứng và khi dậy thì, hiện tượng cương cứng này xuất hiện nhiều hơn và dễ dàng hơn vì đủ mọi lý do như nghĩ đến bạn gái, khi sợ hãi, lo lắng, muốn đi tiểu, đặc biệt là ngủ dậy vào buổi sáng hay bất cứ lúc nào mà chẳng có lý do cụ thể. Có khoảng 4 đến 5 lần cương dương vật trong một đêm khi ngủ là bình thường.

2.2.1. Cơ chế cương dương vật

Khi có một kích thích hay ham muốn tình dục, cho dù có tác động trực tiếp hay không trên dương vật, thì kích thích này sẽ phát ra một tín hiệu và tín hiệu này từ não được chuyển đến trung tâm gây cương ở tủy sống làm cho trung tâm này hoạt động, sau đó những tín hiệu sẽ được truyền tiếp đến mô cương nằm trong hai thể hang, qua sự dẫn truyền của các sợi thần kinh thể hang. Kết quả là:

- Làm giãn nở các động mạch thể hang, các động mạch nhỏ kể cả động mạch xoắn, do đó máu sẽ được bơm dồn vào các thể hang.

- Các cơ trơn quanh động mạch hang cũng như quanh các thể hang giãn ra, sẽ tạo thành một lực hút làm cho máu đến các thể hang nhiều hơn. Sự giãn của các cơ trơn này là một yếu tố chính trong việc gây cương hay xù dương vật.

- Sự giãn nở của các thể hang làm cho số lượng máu dồn lại càng ngày càng nhiều hơn, do đó làm tăng áp lực trong các hang. Các hang này sẽ dẹt và ép lên các tĩnh mạch vốn có thành mạch máu rất mỏng làm cho nó xẹp xuống, như thế máu sẽ ứ lại không thoát ra được làm cho dương vật cương cứng. Đó là cơ chế gây cương do tĩnh mạch bị chèn ép. Arginin và NO là 2 hoạt chất chỉ huy tiến trình này.

2.2.2 Cơ chế xù dương vật

Lượng máu bị ứ lại trong các hang nếu thoát dần ra được sẽ làm dương vật bớt cứng và xù xuống. Hiện tượng này là do hoạt động co thắt của hệ thần kinh giao cảm, hệ này được kích thích sau khi đạt được cực khoái và xuất tinh. Khi khoái cảm lên tới cực điểm thì có hiện tượng phóng tinh do các cơ nội hang và các cơ thành hang co thắt nhịp nhàng. Sau khi phóng tinh, các bó cơ giãn ra, máu thoát đi bằng đường tĩnh mạch, dương vật mềm trở lại.

2.3. Thời gian trung bình một lần SHTD

Thời gian giao hợp kéo dài từ 7-9 phút được xem là bình thường. Đa số cho là 10 phút. Tuy nhiên thời gian dài hay ngắn là không cần thiết, miễn sao hai người cùng đạt khoái cảm. Thời gian chưa đầy 1 phút, mà cứ lặp lại thường xuyên như vậy, thì được coi là sớm. Có khoảng 30% nam giới (từ 25 đến 50 tuổi) có hiện tượng xuất tinh sớm. Nhiều nghiên cứu ghi nhận: thời gian giao hợp trung bình của phụ nữ Châu Phi là 12,5 phút; phụ nữ Hoa Kỳ là 10 phút (trung bình 8,5 phút); còn phụ nữ Việt Nam và Trung Quốc là 7 phút.

Tuy nhiên, một số tác giả lại lấy qui luật số 9 để tính số lần giao hợp:

- Tuổi 20: $2 \times 9 = 18$ (1 tuần 8 lần).

- Tuổi 30: $3 \times 9 = 27$ (2 tuần 7 lần).

- Tuổi 40: $4 \times 9 = 36$ (4 tuần 6 lần).

- Tuổi 50: $5 \times 9 = 45$ (4 tuần 5 lần).

- Tuổi 60: $6 \times 9 = 54$ (5 tuần 4 lần).



3. NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TÌNH DỤC

- Tuổi tác.
- Sức khỏe chung, những lúc ốm đau, mệt mỏi, uống rượu, vấn đề phạm phòng, kiêng cử khi sinh hoạt tình dục, đường miệng, hậu môn.
- Những yếu tố tâm lý.
- Hoàn cảnh, môi trường.

Thời gian trung bình một lần giao hợp cũng khác nhau, nhưng điều quan trọng nhất là đáp ứng được nhu cầu của hai người, nghĩa là cả 2 người đều đạt được cực khoái và thỏa mãn, cảm thấy thoải mái, không mệt mỏi, không ảnh hưởng đến sức khỏe và khả năng làm việc. Khi đó, thời gian giao hợp dài hay ngắn không thành vấn đề đáng quan tâm trong tình dục. Ngược lại, nếu thời gian giao hợp quá dài sẽ làm cho cả hai người mất nhiều năng lượng, sau giao hợp thấy người mệt mỏi, đau lưng, nhức đầu thì là dấu hiệu không tốt, cần phải điều chỉnh cho thích hợp, đặc biệt khi giao hợp lâu, đường sinh dục nữ sẽ khô, rất, gây khó chịu hoặc đau cho phụ nữ, sẽ trở thành một phản ứng vì như bị tra tấn. Khi đó, người nữ sẽ không còn hào hứng tình dục, giảm ham muốn tình dục thậm chí nếu kéo dài sẽ dẫn đến rối loạn tình dục nặng nề như lãnh cảm hoặc căm ghét và ác cảm với sinh hoạt tình dục.

Người xưa đã đúc kết về sinh hoạt tình dục như sau: người ta thể trạng mạnh yếu khác nhau, tuổi tác, già trẻ cũng khác nhau, nhu cầu tình dục cũng khác nhau cho nên phải tùy theo khí lực của mình mà giao hợp, không nên bắt ép thân thể mình làm quá sức chịu đựng của nó, bắt ép tất tổn hại đến sức khỏe. Đó cũng là nguyên lý chung áp dụng cho tất cả mọi người, mọi trường hợp.

RỐI LOẠN XUẤT TINH

1. SINH LÝ QUÁ TRÌNH XUẤT TINH

Khi đạt đến cực khoái, các cơ thắt ở cổ tử cung mở ra, tử cung co bóp và tinh dịch được phóng ra khỏi tử cung, kết thúc giao hợp. Thời gian từ khi giao hợp đến khi xuất tinh phụ thuộc từng người. Thông thường từ 7 đến trên 10 phút. Một cuộc giao hợp được coi là trọn vẹn khi nam giới đạt được cực khoái và xuất tinh được nhưng đồng thời cũng phải vừa đủ thời gian để cho người phụ nữ có được đỉnh của khoái cảm. Điều này phụ thuộc rất lớn vào thời gian xuất tinh của nam giới.

Thời gian giao hợp của mỗi người phụ thuộc vào khả năng duy trì sự cương cứng của dương vật, khả năng kiểm chế sự xuất tinh. Tuy nhiên, hai khả năng này phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác nhau như thể chất (có ham muốn tình dục, đáp ứng của hệ thần kinh, tăng lưu lượng máu đến dương vật); hoặc là yếu tố tâm lý (căng thẳng lo lắng về cuộc sống, mối quan hệ với bạn tình, lo lắng về bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc mang thai, mức độ an toàn, thoải mái của môi trường quan hệ). Mỗi người là một cá thể riêng biệt về thể chất và tâm lý, do vậy không có một tiêu chuẩn chung nào về thời gian giao hợp. Ở tuổi hoạt động tình dục, trung bình cứ 10 nam giới thì có 2-3 người bị xuất tinh sớm, còn những rối loạn khác thì hầu như ai cũng gặp trong đời sống tình dục.

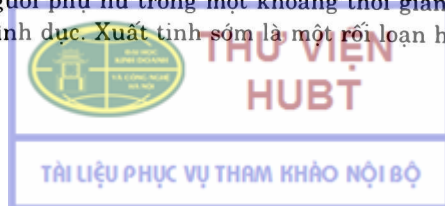
Hầu như tất cả nam giới đều bị rối loạn xuất tinh, tuy nhiên chỉ thoáng qua hay tồn tại thời gian lâu và trở thành một vấn đề trong cuộc sống. Nếu những rối loạn xuất hiện thường xuyên là một vấn đề không bình thường. Rối loạn xuất tinh là một bệnh lý khá phổ biến ở nam giới bao gồm xuất tinh sớm, xuất tinh muộn hoặc không xuất tinh, xuất tinh ngược dòng, xuất tinh đau và ra máu. Xuất tinh sớm gặp chủ yếu ở giới trẻ, trong độ tuổi hoạt động tình dục mạnh. Xuất tinh muộn, không xuất tinh và không đạt cực khoái thường xảy ra ở cả người trẻ lẫn người lớn tuổi. Xuất tinh đau và ra máu có thể gặp ở mọi lứa tuổi và thường là hậu quả hoặc kết hợp với bệnh lý.

2. CÁC RỐI LOẠN XUẤT TINH

2.1. Xuất tinh sớm (premature ejaculation -PE)

2.1.1. Định nghĩa

Xuất tinh sớm là sự mất kiểm soát và duy trì sự xuất tinh, xảy ra chỉ với một kích thích tình dục rất nhỏ, trước, trong hoặc sau khi đưa được dương vật vào được âm đạo người phụ nữ trong một khoảng thời gian rất ngắn, chưa đạt được thỏa mãn về tình dục. Xuất tinh sớm là một rối loạn hay gặp nhất, không



chỉ làm lo âu, ức chế, mất tự tin đối với bản thân người đàn ông mà còn gây ảnh hưởng đến người bạn đời của họ và cả mối quan hệ vợ chồng.

2.1.2. Dịch tễ học và phân loại

Xuất tinh sớm chiếm tỉ lệ khá cao, nhất là ở giới trẻ, đứng đầu trong nhóm bệnh lý rối loạn tình dục ở nam giới, một vài cuộc khảo sát cho tỉ lệ là 29% dân số, là một trong những nguyên nhân gây đổ vỡ hạnh phúc lứa đôi.

Xuất tinh sớm được phân làm hai loại là nguyên phát và thứ phát. Xuất tinh sớm nguyên phát là người từ lúc bắt đầu đời sống tình dục chưa bao giờ kiểm soát được sự xuất tinh. Người bị xuất tinh sớm thứ phát là trước đây họ vẫn có đời sống tình dục thỏa mãn, bệnh mới thể hiện sau này.

Đối với nam giới, xuất tinh là sự kết thúc giao hợp, được tính bắt đầu từ lúc giao hợp đến khi phóng tinh. Có nhiều cách để xác định xuất tinh sớm như:

- Dựa vào thời gian giao hợp: ở mỗi chủng người và ở mỗi nước, thời gian này có sự khác nhau. Ví dụ ở Hoa Kỳ, thời gian giao hợp trung bình là 10 phút; ở Đức là 5-6 phút; thời gian trung bình là 4-7 phút.

- Dựa vào số lần "đập": trung bình từ 8-12 lần, dưới con số này coi như bị xuất tinh sớm.

- Dựa vào thời gian và mức độ đạt khoái cảm của bạn tình: thời gian đạt khoái cảm ở người phụ nữ bình thường có khác nhau, song theo Fisher chỉ có khoảng 27% phụ nữ đạt khoái cảm khi giao hợp kéo dài được 1 phút, 60% đạt khoái cảm khi thời gian giao hợp kéo dài 12 phút. Trung bình phụ nữ cần 6-8 phút để đạt khoái cảm.

Các yếu tố tham gia vào quá trình xuất tinh: có rất nhiều cơ quan liên quan đến việc xuất tinh, bao gồm các cơ quan chính sau đây:

- Vai trò của não: trung tâm điều khiển hệ thống thần kinh tự động là vùng dưới đồi (hypothalamus).

- Vai trò của thần kinh: bao gồm hệ thần kinh giao cảm và phó giao cảm chi phối hoạt động của các tuyến cơ và cơ trơn; hệ thần kinh bản thể chi phối hoạt động của các cơ vân và xương.

- Vai trò của dẫn truyền thần kinh: có rất nhiều dẫn truyền thần kinh liên quan đến sự phóng tinh.

Mặc dù còn nhiều tranh luận nhưng các nhà chuyên môn cũng chia xuất tinh sớm ra làm các dạng, bao gồm:

- Xuất tinh sớm nguyên phát: là bệnh thật sự, nghĩa là lúc nào người đàn ông cũng mắc phải tình trạng này, mặc dù đã kết hôn từ lâu và có cuộc sống gia đình ổn định.

- Xuất tinh sớm thứ phát: là trước đó không bị xuất tinh sớm, nhưng mắc phải sau một thời gian sinh hoạt tình dục bình thường.

+ Giả xuất tinh sớm: những người này thật ra là bị rối loạn cương dương, nhưng cứ tưởng rằng mình bị xuất tinh sớm, bởi có nhiều trường hợp do dương vật cương kém trong lúc giao hợp dẫn đến dễ bị xuất tinh sớm, bắt buộc phải chữa chứng rối loạn cương.

+ Xuất tinh sớm do yếu tố tâm lý: theo Nguyễn Thành Như, thực ra, những người này thời gian giao hợp của họ không phải là ngắn, nhưng do tâm lý (do xem phim, hay do người phụ nữ đòi hỏi nhiều quá hoặc khỏe quá, có những hành vi tình dục quá mãnh liệt) làm nam giới bị kích thích quá mức và phóng tinh nên họ cảm thấy như vậy là sớm quá.

Một số ít trường hợp xuất tinh sớm xảy ra ở người trước đây xuất tinh bình thường. Những trường hợp này thường là do người bệnh bị viêm nhiễm đường tiết niệu - sinh dục hoặc bị rối loạn cương dương dẫn đến hiện tượng xuất tinh sớm, khi điều trị hết viêm nhiễm hoặc hết rối loạn cương dương thì xuất tinh trở lại bình thường.

2.1.3. Nguyên nhân gây xuất tinh sớm

1/ Nguyên nhân tâm lý: được nhiều tác giả đề cập, chủ yếu là sự cân bằng giữa quá trình hưng phấn và ức chế, quá hưng phấn có thể dẫn đến xuất tinh sớm. Nhóm này bao gồm:

- Quá xúc động mà bản thân không thể kìm chế nổi, do một số nguyên nhân:

+ Do hoàn cảnh khách quan khác: phong tục tập quán, tín ngưỡng, mâu thuẫn trong hôn nhân gia đình...

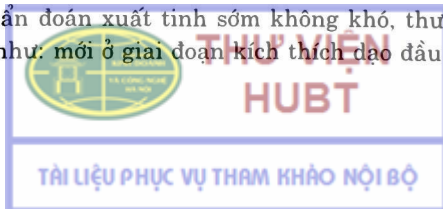
+ Do ám ảnh về sự thất bại trong lần giao hợp lần trước khiến người đàn ông mất tự tin trong các lần giao hợp tiếp theo.

- Một số nguyên nhân khác: ở người lớn tuổi có mắc một số bệnh mạn tính, có suy giảm tình dục, hoặc một nguyên nhân nữa là do thủ dâm.

Ở nhóm bệnh này, nếu được tư vấn sớm và giáo dục về hôn nhân, người bệnh sẽ dần dần ổn định và tự tin hơn, nếu không được tư vấn đầy đủ thì việc xuất tinh sớm sẽ trở thành cố tật, khó chữa.

2/ Nguyên nhân do quá tăng cảm vùng dương vật: như quá tăng cảm các hạch thần kinh giao cảm vùng quanh cơ quan phóng tinh hay do một số bệnh khác làm tăng cảm gân cơ quan xuất tinh như viêm tuyến tiền liệt, trĩ, dò hậu môn, tổn thương tủy sống, tổn thương thần kinh do rượu, thiếu năng sinh dục.

Tóm lại, để chẩn đoán xuất tinh sớm không khó, thường biểu hiện ở các mức độ khác nhau như: mới ở giai đoạn kích thích đầu nhìn, sờ, nghe... đã



xuất tinh hay chỉ mới chạm đầu dương vật vào người phụ nữ đã xuất tinh hoặc ở dạng đưa được dương vật vào âm đạo nhưng mới chỉ vài nhịp đã xuất tinh.

2.1.4. Bệnh sinh của xuất tinh sớm

Cho đến nay vẫn chưa rõ ràng. Đa số các trường hợp xuất tinh sớm không có nguyên nhân và người bệnh biết bị xuất tinh sớm từ lâu, thường là từ lúc bắt đầu biết sinh hoạt tình dục đến bây giờ.

- Nguyên nhân tâm lý: quá nhạy cảm với kích thích tình dục, tâm lý lo sợ xuất tinh sớm, căng thẳng vợ chồng.

- Nguyên nhân thực thể:

- + Dương vật quá nhạy cảm, có sự gia tăng hoạt động của các chất dẫn truyền thần kinh trung ương.

- + Viêm tuyến tiền liệt mạn tính, trĩ, tắc mạch gây đau, nhiễm khuẩn vùng hậu môn, đầy chướng, rò hậu môn tác động lên các xung động hướng tâm từ niệu đạo sau làm giảm ngưỡng phóng tinh qua phản xạ trung gian.

- + Rối loạn nội tiết, suy sinh dục, mãn dục.

Nhiều tác giả cho rằng do tăng nhạy cảm thụ thể serotonin (5-HT_{2C} và 5-HT_{1A}) ở thần kinh trung ương nên đã sử dụng thuốc chống trầm cảm ức chế tái hấp thu có chọn lọc (loại ức chế serotonin) để điều trị xuất tinh sớm.

2.1.5. Chẩn đoán

Chẩn đoán xuất tinh sớm không phải chỉ dựa vào thời gian xuất tinh, mà cần phải có 3 yếu tố:

- Thời gian: ngắn hơn 2 phút, một số tác giả khác theo tiêu chuẩn khác là ngắn hơn 15 giây. Như vậy, thời gian không phải là một yếu tố quan trọng, và rất thay đổi theo nhiều quan điểm khác nhau.

- Không tự kiểm soát được phản xạ xuất tinh, tức là không có khả năng trì hoãn để kéo dài thời gian xuất tinh. Đây là yếu tố quan trọng.

- Cảm giác không thỏa mãn sau xuất tinh: cùng với yếu tố thứ 2, đây là yếu tố quan trọng. Cảm giác không thỏa mãn xảy ra ở cả 2 vợ chồng, gây ra tổn hại đến mối quan hệ vợ chồng.

Về chẩn đoán xuất tinh sớm phải bao gồm đủ 3 tiêu chuẩn sau: luôn luôn tiềm tàng khả năng xuất tinh sớm, giao hợp không kiểm soát được sự xuất tinh và luôn mang nặng áp lực tâm lý trong đời sống vợ chồng.

- Dựa vào bảng câu hỏi để xác định có xuất tinh sớm hay không.



Bảng 4.1. Bảng câu hỏi xác định xuất tinh sớm

Nội dung	Có	Không
Bạn đánh giá thế nào về khả năng kiểm chế xuất tinh của mình?	- Trung bình - Kém	- Cực tốt - Rất tốt - Tốt
Tình huống nào trong những tình huống sau miêu tả đúng nhất mức độ ảnh hưởng của thời gian xuất tinh (TGXT) đối với bạn và bạn tình?	- TGXT làm cho tôi không hài lòng. - TGXT làm cho tôi bạn tình của tôi không hài lòng. - TGXT làm cho cả hai chúng tôi không hài lòng.	Cả hai chúng tôi đều hài lòng.

* TGXT: thời gian xuất tinh (viết tắt tiếng Anh: IELT) là thời gian tính từ khi đưa dương vật vào âm đạo cho tới khi xuất tinh.

2.1.6. Điều trị

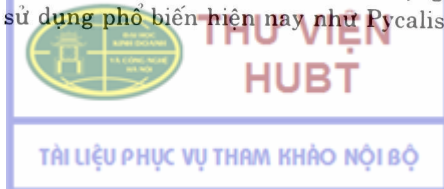
Các bài thuốc y học cổ truyền, dân gian.

Có nhiều phương pháp để điều trị như: kỹ thuật đè ép, kỹ thuật người nam vừa giao hợp vừa cắn nhẹ lưỡi để giảm độ tập trung, phương pháp điều trị kỹ thuật kích thích giao hợp Johnson.

Ngoài các phương pháp như trên, cần thực hành các bước trong điều trị xuất tinh sớm như sau:

Bước 1: nâng cao kiến thức y học về tình dục trong điều trị xuất tinh sớm. Việc nhận thức về kiến thức cơ bản trong sinh hoạt tình dục là việc làm hết sức cần thiết, vì có những hiểu biết cơ bản mới dễ dàng khắc phục được tình trạng hiện tại, có khi chỉ cần có được nhận thức đó thì sẽ khắc phục được tình trạng trên, ví dụ người bị xuất tinh sớm nên kéo dài khúc dạo đầu cho người nữ.

Bước 2: dùng thuốc ức chế men PDE5. Từ nhiều năm nay, con người đã khổ công tìm kiếm bài thuốc công hiệu để khắc phục vấn nạn này như bài thuốc Minh Mạng thang, Nhất dạ lục giao, Tam tinh hải cầu,... nhưng mọi cố gắng đều ít kết quả. Trong những năm gần đây, với tiến bộ của y học hiện đại, khó khăn này ở nam giới đã được cải thiện, lần lượt nhiều phương pháp điều trị và nhiều thứ thuốc ra đời. Đặc biệt, năm 1998, hai nhà hóa học Louis J. Ignarro và Furchgott giải thích cơ chế xuất tinh sớm là do giãn tế bào cơ trơn ở các động mạch dương vật bởi tác dụng của NO qua một chuỗi phản ứng hóa học ức chế men PDE5 gây cương. Với phát minh này, hai nhà hóa học trên đã nhận được giải Nobel Y học. Đây là một mốc son quan trọng, góp phần rất lớn cho điều trị rối loạn cương dương ở nam giới. Các thuốc uống có tác dụng gây cương qua ức chế men PDE 5 được sử dụng phổ biến hiện nay như Pycalis với liều dùng cho



nam giới trưởng thành là 10 mg, có thể tăng liều đến 20 mg và uống trước khi sinh hoạt tình dục từ 30-60 phút. Thuốc có tác dụng kéo dài đến 36 giờ và chỉ cương khi có kích thích tình dục. Vì vậy, thuốc này chỉ sử dụng một lần trong ngày, và việc sử dụng thuốc không bị ảnh hưởng bởi thức ăn. Thuốc có thể có một số tác dụng phụ như nhức đầu, chóng mặt, khó tiêu, sung huyết niêm mạc mũi, đau cơ, đau lưng.

Mục đích của dùng thuốc ức chế men PDE5 trong điều trị xuất tinh sớm là để dương vật có đủ độ cứng hoàn toàn để dùng thuốc của bước tiếp theo, hơn nữa giúp cho người nam có đủ tự tin, khắc phục yếu tố tâm lý.

Bước 3: dùng thuốc giảm mức độ nhạy cảm ở qui đầu, thoa trước sinh hoạt tình dục 15-30 phút, thuốc thường dùng Emla Pomade 2%. Trong những lần đầu dùng thuốc, nam giới dễ bị cương cứng không hoàn toàn, tình trạng này được khắc phục bằng dùng thuốc Pycalis, thuốc cũng có thể gây dị ứng, nên thoa thật ít lần đầu để xem có dị ứng không? Nếu thấy ngứa, mẩn đỏ thì không được sử dụng.

Một phương pháp điều trị cũng khá hiệu quả là kỹ thuật bóp chặt phần cổ dương vật lúc có cảm giác sắp xuất tinh. Kỹ thuật này giúp trì hoãn xuất tinh, phải được thực hiện phối hợp nhịp nhàng giữa 2 vợ chồng mới đạt được hiệu quả. Một kỹ thuật không dùng thuốc khác là động tác giao hợp ngắt quãng cũng tỏ ra khá hiệu quả nhưng đòi hỏi người đàn ông phải tập luyện thuần thục. Nếu chỉ điều trị bằng một số phương pháp tập luyện hoặc tâm lý thì hiệu quả không cao.

Điều trị xuất tinh sớm hiệu quả và không bị tái phát, cần kết hợp và tiến hành song song ba biện pháp:

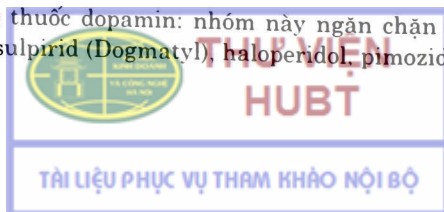
- Cung cấp những kiến thức cơ bản về tình dục học cho bệnh nhân và tâm lý trị liệu.

- Tự tập luyện để kiểm soát phản xạ xuất tinh: hiện nay, có rất nhiều phương pháp tập luyện, nhưng về nguyên tắc chung thì tương tự như những phương pháp cổ điển Stop-Squeeze của Master và Johnson, Stop-Start của Kaplan. Người bệnh được hướng dẫn để nhận biết ngưỡng cảm giác trước xuất tinh và biết tập cách dừng lại trước xuất tinh. Mục đích của các phương pháp tập luyện là giúp người bệnh quen dần với các ngưỡng cảm giác ở dương vật và phản xạ xuất tinh, từ đó dần dần kiểm soát được phản xạ xuất tinh.

Vấn đề điều trị: chẩn đoán xuất tinh sớm không khó nhưng việc điều trị cần phải kiên nhẫn và khám xét ở những chuyên khoa về nam học, có thể tóm tắt một số phương pháp chính về điều trị như sau:

1/ Nhóm dùng thuốc: có 3 nhóm chính bao gồm:

- Nhóm kháng thuốc dopamin: nhóm này ngăn chặn các trung tâm tiếp nhận dopamin như sulpirid (Dogmatyl), haloperidol, pimozid.



- Thuốc giảm đau: làm ngăn cản sự phân hủy serotonin và kháng cholinergic. Một số tác giả cho rằng lượng serotonin tăng có tác dụng ngăn cản xuất tinh. Các loại thuốc này gồm: sertralín, paroxetin, fluoxetin, clomipramin.

- Nhóm benzodiazepin có tác dụng an thần, chống lo âu, hoảng loạn và cũng có tác dụng ức chế xuất tinh mặc dù không nhiều như các nhóm thuốc khác. Thuốc nhóm này có thể kể: lorazepam, alprazolam.

Các thuốc điều trị xuất tinh sớm có nhiều loại và hiệu quả trên từng bệnh nhân khác nhau, có thể kể dưới đây:

- Các chất ức chế thụ thể adrenergic (adrenergic receptor blocker): có tác dụng trì hoãn xuất tinh sớm dựa trên những hiểu biết về hệ thần kinh giao cảm chi phối sự co bóp túi tinh và dòng chảy của tinh dịch đổ vào đường sinh dục. Tuy nhiên, một số báo cáo cho thấy dùng thuốc này có thể làm bệnh nhân xuất tinh không có tinh dịch.

- Kem hoặc thuốc xịt gây tê đầu dương vật (lidocain): thoa hoặc xịt lên đầu dương vật trước khi giao hợp. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới, trị liệu này đạt hiệu quả khá cao, có đến 81% nam giới cải thiện được tình trạng xuất tinh sớm. Tuy nhiên, khi dùng cần nhớ lau sạch thuốc trước khi giao hợp vì thuốc có thể làm tê cứng âm đạo.

- Nhóm thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (selective serotonin reuptake inhibitors- SSRI): dựa vào tác dụng ức chế chất dẫn truyền thần kinh serotonin trên phản xạ xuất tinh nên thuốc điều trị xuất tinh sớm rất hiệu quả. Các thuốc này bao gồm: paroxetin 20-40 mg/ngày, sertralín 50-100 mg/ngày, fluoxetin 20-40 mg/ngày và fluvoxamin 100 mg/ngày. Tác dụng phụ thường gặp là cảm giác khó chịu ở dạ dày, ruột.

- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng clomipramin (tên thương mại Anafranil): làm giảm cảm giác lo âu xuất tinh sớm. Tác dụng phụ là khô miệng và mờ mắt. Các nhà lâm sàng nhận thấy phối hợp clomipramin với sertralín có hiệu quả rất cao trong điều trị xuất tinh sớm.

Cụ thể:

Gabapentin (Neurontin 300 mg/viên): một tuần uống 3 viên, cách ngày. Uống trước giao hợp 3 giờ, những ngày không giao hợp uống vào buổi tối.

Clomipramin 25 mg x 2-3 viên/ngày từ 2 đến 8 tuần.

Paroxetin 20 mg, 1 viên/ngày x 2 đến 3 tuần.

Fluoxetin 20 mg x 1-2 viên/ngày x 4-5 tuần. Tuần đầu 1 viên/ngày, từ tuần thứ 2 dùng 2 viên/ngày.

Sertralín 50 mg x 1-2 viên/ngày x 4 tuần.



Thuốc bôi tại chỗ: gel Xylocain hay Lidocain bôi lên đầu dương vật trước khi giao hợp 20 phút và rửa sạch rồi mới giao hợp.

2/ Các biện pháp làm giảm hưng phấn tại chỗ vùng dương vật.

Vì việc tăng cảm quá mức của dương vật đóng vai trò quan trọng trong việc xuất tinh sớm, vì vậy người ta có thể dùng loại kem Prilicain hoặc xịt lidocain lên dương vật trước khi giao hợp 30 phút cũng có tác dụng kéo dài thời gian xuất tinh.

Đeo bao cao su làm giảm độ nhạy cảm do tiếp xúc của dương vật nên cũng được coi là một biện pháp điều trị xuất tinh sớm. Cũng có thể điều trị bằng châm cứu.

3/Điều trị tâm lý liệu pháp

Một trong những nguyên nhân gây xuất tinh sớm là do sự lo âu, trầm cảm, ám ảnh tự ti..., vì vậy, cần được điều chỉnh tâm lý tốt.

4/Điều trị phẫu thuật

Nhằm làm giảm sự tăng cảm vùng dương vật, các loại phẫu thuật bao gồm:

- Rạch khoanh quanh thân dương vật: phẫu thuật này cắt đứt 80% dây thần kinh cảm giác ngoại vi của đầu dương vật.

- Phẫu thuật cắt bỏ dây thần kinh lưng dương vật làm giảm sự mẫn cảm của dương vật...

2.2. Xuất tinh muộn

Là hiện tượng cuộc giao hợp vẫn được tiến hành bình thường với đầy đủ các điều kiện ham muốn, hưng phấn và khoái cảm cực độ nhưng không có cảm giác phóng tinh được ra ngoài hoặc rất khó xuất tinh, nhiều khi sau khi giao hợp cả giờ đồng hồ mới thấy tinh dịch từ từ chảy ra. Nguyên nhân cũng có nhiều song tập trung ở một số nhóm sau:

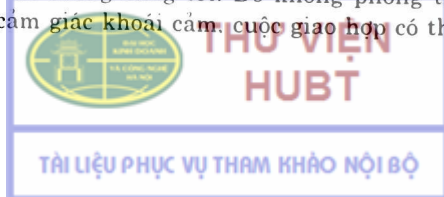
- Tâm lý: ám ảnh, lo âu sợ có thai hoặc do ảnh hưởng của phong tục tập quán, tôn giáo và nhận thức xã hội...

- Giảm độ nhạy cảm vùng dương vật do tổn thương một phần các nhánh thần kinh giao cảm chi phối.

- Do nghiện rượu, ma túy làm giảm hưng phấn tình dục hay do một số thuốc điều trị xuất tinh sớm dẫn đến hiện tượng xuất tinh muộn.

2.3. Không xuất tinh

Là hiện tượng không có khả năng phóng tinh trong quá trình giao hợp mặc dù dương vật vẫn cương cứng tốt. Do không phóng tinh được nên người nam giới không có cảm giác khoái cảm, cuộc giao hợp có thể dừng lại ở bất cứ



lúc nào khi người phụ nữ yêu cầu chú nam giới không hề thỏa mãn. Theo một số tác giả thì không xuất tinh còn được biểu hiện dưới dạng có mộng tinh nhưng khi giao hợp thực sự thì lại không thể nào xuất tinh được.

2.3.1. Nguyên nhân

- Nguyên nhân tâm lý: cảm giác sợ có thai, giảm hưng phấn tình dục (bạn tình thiếu gợi cảm, cảm giác sợ hãi hoặc đang xung khắc với bạn tình).

- Nguyên nhân thực thể: có thể do một số bệnh nội khoa, thuốc, hoặc phẫu thuật ảnh hưởng đến trung tâm thần kinh điều khiển phản xạ xuất tinh hoặc tác động lên thần kinh giao cảm chi phối túi tinh và cổ bàng quang, hoặc tác động lên thần kinh vận động chi phối sàn chậu và dương vật, gây xuất tinh muộn, không xuất tinh và không đạt cực khoái, hoặc do một số bệnh gây chít hẹp niệu đạo đoạn tiền liệt tuyến hoặc viêm tắc gây bí tắc cổ túi tinh hoặc các bệnh gây nhiễu loạn thần kinh giao cảm.

Rối loạn xuất tinh và không đạt cực khoái ở người lớn tuổi thường do hậu quả của phẫu thuật tiền liệt tuyến. Một số thuốc như ức chế alpha (tamsulosin) và ức chế tái hấp thu có chọn lọc serotonin (paroxetin) có thể gây mất cực khoái.

2.3.2. Chẩn đoán

Trước một bệnh nhân bị xuất tinh muộn, không xuất tinh hoặc không đạt khoái cảm tình dục, phải lưu ý tiền sử các bệnh nội khoa và ngoại khoa đã nêu trong phần nguyên nhân gây bệnh. Khi hỏi bệnh cần phải lưu ý các điểm sau:

- Có đủ 3 giai đoạn của một quá trình đáp ứng tình dục không? đó là: ham muốn, các động tác âu yếm gợi tình và cuối cùng mới là xuất tinh.

- Có đạt cực khoái không? Có cảm giác sắp xuất tinh không?

- Mức độ không thỏa mãn khi quan hệ tình dục.

- Khám lâm sàng: kích thước, mật độ hai tinh hoàn (tinh hoàn teo có thể là bệnh lý suy sinh dục, không xuất tinh hoặc xuất tinh rất ít), sờ không thấy ống dẫn tinh hai bên (phối hợp với siêu âm qua trực tràng phát hiện bất sản túi tinh hai bên) trong bệnh lý bất sản ống dẫn tinh hai bên thì thể tích tinh dịch khi xuất tinh cũng rất ít, giúp chẩn đoán phân biệt với bệnh cảnh không tinh trùng do tắc.

2.3.3. Điều trị

- Điều trị triệu chứng:

Các phương pháp kích thích dương vật bằng điện, kích thích rung dương vật, xoa bóp tiền liệt tuyến, cho thấy cũng hiệu quả cho một số trường hợp xuất tinh muộn hoặc không xuất tinh.

- Điều trị nguyên nhân:



Xuất tinh muộn hay không xuất tinh còn có thể liên quan đến một số bệnh nội khoa như tổn thương thần kinh ngoại biên do bệnh tiểu đường. Phẫu thuật cắt giao cảm α (dùng thuốc ức chế giao cảm) cải thiện chức năng thần kinh ngoại biên hoặc kiểm soát đường huyết ổn định ở các bệnh nhân bị tiểu đường góp phần cải thiện tình trạng xuất tinh muộn.

Đa số bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật nạo hạch vùng bụng, tiểu đường biến chứng thần kinh ngoại biên đều có thể cải thiện ít nhiều tình trạng xuất tinh muộn; hoặc dùng thuốc chống trầm cảm 3 vòng như Imipramin, một số báo cáo cho thấy tỉ lệ cải thiện khả năng xuất tinh là khoảng 30%.

Xác định nguyên nhân và điều trị theo nguyên nhân sẽ mang lại hiệu quả cao nhất. Có một số phương pháp điều trị như:

- Dùng thuốc làm tăng quá trình hưng phấn thần kinh, ngược lại với điều trị xuất tinh sớm.
- Phong bế thần kinh đuôi ngựa hoặc châm cứu nhằm điều chỉnh sự cân bằng giữa thần kinh giao cảm và phó giao cảm.
- Giải quyết các nguyên nhân tâm lý.
- Điều trị phẫu thuật, đặt máy phát xung kích thích hoặc tạo hình chỗ tắc.

2.4. Xuất tinh ra máu

Là hiện tượng khi xuất tinh có lẫn máu trong tinh dịch, dễ phát hiện nếu dùng bao cao su hoặc xuất tinh ngoài âm đạo hay thủ dâm. Nguyên nhân thường do viêm nhiễm hoặc các bệnh lành tính hoặc ác tính ở đường sinh dục.

- Viêm túi tinh hay gặp nhất do lao hoặc những mầm bệnh khác gây ra những vết loét trên bề mặt niêm mạc túi tinh, khi xuất tinh túi tinh co bóp làm chảy máu từ các ổ loét.

- Tắc túi tinh hoặc có các nang túi tinh: gây căng dẫn túi tinh lâu ngày làm tổn thương rạn hoặc vỡ các mạch máu dưới niêm mạc thành túi tinh.

- Ung thư tuyến tiền liệt, ống dẫn tinh, tinh hoàn, limpho: máu lẫn vào tinh dịch.

- Dẫn tinh mạch niệu đạo: tinh dịch thường không có máu, chỉ dải máu một bãi sau khi cương dương vật.

- Các bệnh toàn thân: bệnh về máu, bệnh lý gây rối loạn đông máu, tăng huyết áp.

- Do thủ thuật: sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, đặt dụng cụ niệu đạo, sau thất ống dẫn tinh, cắt tinh hoàn, tia xạ trong ung thư tuyến tiền liệt.

2.4.1. Chẩn đoán

- Tinh dịch có màu hồng hoặc đỏ lẫn máu, màu nâu hoặc màu rỉ sắt.



- Xét nghiệm tinh dịch có nhiều hồng cầu.
- Tìm nguyên nhân và chẩn đoán phân biệt.
- Xét nghiệm nước tiểu, và tinh dịch: tổng phân tích, nuôi cấy và phân lập vi khuẩn làm kháng sinh đồ, tìm tế bào bất thường.
- Xét nghiệm để phát hiện lao đường sinh dục.
- Siêu âm qua đường trực tràng để chẩn đoán các bệnh quanh túi tinh và tuyến tiền liệt như dân túi tinh, nang túi tinh hoặc nang ống phóng tinh, sỏi túi tinh, calci hóa tuyến tiền liệt. Nếu nghi ngờ thì siêu âm hoặc chụp cộng hưởng từ túi tinh và tuyến tiền liệt.
- Soi bàng quang phát hiện các bệnh lý trong bàng quang.
- Soi túi tinh khi bệnh kéo dài trên ba tháng không tìm thấy nguyên nhân.

2.4.2. Điều trị nội khoa

Chỉ định cho những trường hợp viêm nhiễm. Nguyên tắc là dựa vào loại vi khuẩn và kháng sinh đồ để điều trị thích hợp với kháng sinh đặc hiệu. Nếu không có kháng sinh đồ thì ưu tiên dùng kháng sinh có tác dụng với nhóm Enterobacteria hoặc Chlamydia (thường gặp ở người trẻ tuổi).

- Nhóm quinolon kéo dài từ 2 tuần đến 1 tháng.
- Kết hợp nhóm sulphamid (bactrim) 480 mg x 2 viên /ngày và doxycyclin 100 mg x 2 viên /ngày x 10 đến 15 ngày.
- Hoặc metronidazol 250 mg x 4 viên/ngày, phối hợp với clindamycin hoặc erythromycin kéo dài trong 2 tuần.
- Kết hợp thêm thuốc chống viêm và cầm máu.

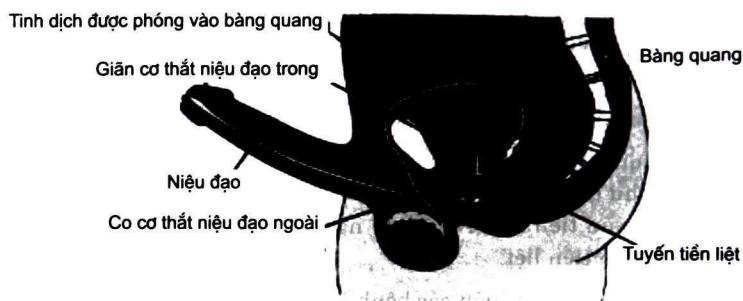
2.4.3. Điều trị ngoại

Nội soi hay mổ mở tùy từng trường hợp, được chỉ định cho các bệnh lý như tắc, sỏi hoặc nang tại túi tinh; ung thư tuyến tiền liệt, ung thư túi tinh hoặc ống dẫn tinh, ung thư tinh hoàn hoặc giãn tĩnh mạch niệu đạo.

2.5. Xuất tinh ngược dòng

Là hiện tượng trong quá trình giao hợp tinh dịch không được xuất ra bình thường mà xuất ngược vào trong bàng quang mặc dù vẫn có cảm giác khoái cảm đầy đủ vì vẫn có cảm giác phóng tinh. Nhưng sau giao hợp, người phụ nữ không cảm thấy có tinh dịch trong âm đạo. Nếu lấy nước tiểu trong bàng quang của nam giới ngay sau khi giao hợp làm xét nghiệm sẽ phát hiện ra tinh trùng và các thành phần được phóng ra từ túi tinh. Đây cũng là một trong những nguyên nhân gây vô sinh từ nam giới.





Hình 4.1. Xuất tinh ngược dòng

Nguyên nhân gây xuất tinh ngược dòng là do tổn thương các sợi thần kinh giao cảm trung gian vùng cổ bàng quang và cơ thắt tuyến tiền liệt, thường gặp trong một số bệnh lý sau:

- Đái tháo đường: do tổn thương các nhánh thần kinh giao cảm tới cổ bàng quang nên có thể dẫn tới không xuất tinh, giảm xuất tinh hay xuất tinh ngược dòng.

- Sau các phẫu thuật cắt bỏ u xơ tiền liệt tuyến, cắt bỏ đại tràng,... và một số biến chứng từ bệnh lý cột sống như thoái hóa, gai đôi, dị dạng; các phẫu thuật vào vùng tiểu khung gây tắc nghẽn dẫn truyền giao cảm cũng gây nên các rối loạn trên.

- Tổn thương thần kinh giao cảm chi phối phản xạ xuất tinh và đóng mở cổ bàng quang. Hậu quả có thể là chấn thương tủy sống, nhất là vùng chùm đuôi ngựa, bên cạnh đó phải kể đến nguyên nhân do phẫu thuật nạo hạch vùng bụng trong điều trị ung thư chẳng hạn, phẫu thuật cắt bỏ tiền liệt tuyến.

- Do thuốc: một số thuốc hủy giao cảm cũng có thể gây xuất tinh ngược dòng do cổ bàng quang không được khép kín trong lúc xuất tinh.

- Các nguyên nhân khác: sau mổ nội soi vùng bàng quang, các bệnh gây xơ cứng cổ bàng quang, các rối loạn co thắt cơ vùng niệu đạo hoặc các nguyên nhân nội tiết trong bệnh khối u tuyến yên làm tăng prolactin máu.

2.6. Các rối loạn xuất tinh khác

2.6.1. Đau khi xuất tinh

Là hiện tượng thay vì khoái cảm khi xuất tinh, bệnh nhân lại đau nhói vùng xương mu, cảm giác này làm người bệnh giảm mất hứng khởi khi giao hợp, lâu ngày dẫn tới tình trạng sợ không dám xuất tinh.

Nguyên nhân:

- Do tắc cổ tử cung làm cho quá trình giao hợp tinh dịch bị xuất tiết không thoát ra được, tử cung bị ứ trệ căng phồng gây đau.

- Do viêm tắc đường dẫn tinh và các cơ quan phóng tinh, khi xuất tinh các cơ trơn của cơ quan phóng tinh co bóp mạnh làm tăng áp lực kích thích vào các ổ viêm nhiễm gây đau.

2.6.2. Di tinh

Là hiện tượng tinh dịch chảy tự nhiên khi không giao hợp. Những trường hợp nặng ngày nào cũng xuất tinh, thậm chí xuất tinh vài lần trong ngày, không có cảm giác khoái cảm. Tình trạng này ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và tâm lý của người bệnh. Loại này cần phải được điều trị.

Nguyên nhân: theo quan điểm của y học cổ truyền thì thường do âm dương bất hòa gây lên di tinh hay do "tâm hỏa thiên vương dục hỏa thăng đặng, hạ nhiều tinh khiêu" gây nên chứng mộng mị, di tinh hoạt tiết. Di tinh thường gặp ở những người có trạng thái tinh thần bất ổn, tình dục thái quá hoặc thể chất yếu gây nên.

Điều trị loại này cần có liệu pháp tâm lý kết hợp với giáo dục tình dục học; đồng thời nâng cao thể chất, tập luyện thể dục thể thao, chế độ ăn uống đầy đủ và bổ sung vitamin cũng như các nguyên tố vi lượng cần thiết.

2.6.3. Mộng tinh

Là hiện tượng xuất tinh trong lúc ngủ, thường do nằm mơ thấy đang quan hệ với một người phụ nữ rồi tự thấy khoái cảm cực độ và xuất tinh như một cuộc giao hợp bình thường.

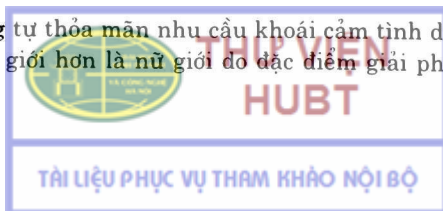
Loại này thường gặp ở thanh niên mới lớn hay ở những người đàn ông còn sung sức lâu ngày không sinh hoạt tình dục với phụ nữ. Hiện tượng này nếu chỉ xuất hiện đôi lần trong tháng thì không ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, tâm sinh lý người bệnh. Nhưng nếu xảy ra liên tục, thường xuyên sẽ gây suy nhược cơ thể, do vậy cũng phải được tư vấn và điều trị giống như di tinh.

Việc hiểu rõ tình trạng bệnh sẽ giúp bệnh nhân có những nhận thức nhất định trong việc phòng tránh đồng thời có sự hợp tác tích cực với thầy thuốc để tìm hiểu nguyên nhân và cách chữa trị nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống.

Cần phân biệt hiện tượng thủ dâm để phân biệt với các hiện tượng rối loạn xuất tinh khác tuy không được xếp vào nhóm rối loạn xuất tinh nhưng cũng rất hay gặp trong cuộc sống.

2.6.4. Thủ dâm

Là hiện tượng tự thỏa mãn nhu cầu khoái cảm tình dục của từng cá nhân, thường gặp ở nam giới hơn là nữ giới do đặc điểm giải phẫu của bộ phận sinh



dục nói riêng, nhất là ở những người sống đơn thân và tuổi dậy thì. Đôi khi người ta có nhu cầu thỏa mãn tình dục một cách bức bách nên phải tự giải quyết bằng tay. Xét về một khía cạnh nào đó thì thủ dâm là một cách giải quyết nhu cầu tình dục khá an toàn và lành mạnh, nhất là trước tình hình dịch AIDS đang lan tràn khắp thế giới, nên một số tác giả lại xem thủ dâm như một hình thức tình dục an toàn đáng khuyến khích. Tuy nhiên, sự lạm dụng nào cũng gây ra nguy hiểm, quá lạm dụng thủ dâm cũng giống như lạm dụng tình dục thái quá sẽ gây mất sức do cơ thể phải tiêu tốn nhiều năng lượng trong quá trình tạo ra tinh dịch và làm loãng tinh dịch. Ngoài ra, một số tác giả còn cho rằng thủ dâm là một trong những nguyên nhân gây xuất tinh sớm và vô sinh.



SUY CHỨC NĂNG TUYẾN SINH DỤC VÀ MÃN DỤC NAM

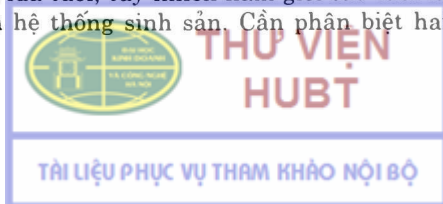
Suy chức năng tuyến sinh dục là hiện tượng giảm hoặc mất hẳn ham muốn tình dục do rối loạn cơ năng hoặc thực thể của hệ thống sinh sản bao gồm cả vấn đề mãn dục ở người cao tuổi hay gọi là mãn dục nam. Thực ra, ở người bình thường, cường độ sinh hoạt tình dục rất khác nhau, do sự khác biệt về thể chất, tính cách, cũng như hoàn cảnh sinh hoạt và công việc. Vì vậy, để khẳng định tình dục có bị suy giảm hay không thì không thể so sánh theo chiều ngang giữa người này và người khác, mà cần so sánh theo chiều dọc của bản thân, nghĩa là so sánh nhu cầu của chính bản thân mình về tình trạng hiện tại với trước đó. Có sự khác biệt rất lớn về tình dục giữa các cá thể, nên không thể đưa ra một tiêu chuẩn cụ thể thống nhất chung cho mọi người. Ngay cả đối với từng cá nhân, tình dục cũng biến đổi rất nhiều, tùy theo tuổi tác, trạng thái tinh thần, tình hình sức khỏe, điều kiện sinh hoạt, tình cảm vợ chồng, cũng như trải nghiệm của bản thân mình. Tuy nhiên, nếu cuộc sống tình dục diễn ra một cách đều đặn khoảng hơn một năm mà nhu cầu tình dục vẫn rất thấp, không có nhu cầu, thiếu hứng thú hoặc không đáp ứng được thì có thể khẳng định là suy giảm chức năng tình dục.

Suy giảm tình dục không chỉ ảnh hưởng tới quan hệ vợ chồng, hạnh phúc gia đình, mà còn là những biểu hiện cụ thể của một số trạng thái bệnh lý, về phương diện thể chất cũng như tinh thần. Vì vậy, cần phải kiểm tra sức khỏe thường xuyên, phát hiện sớm và chữa trị kịp thời chứng bệnh này.

Suy chức năng tuyến sinh dục là một vấn đề ảnh hưởng rất lớn đến SKSS và tình dục đối với nam giới. Thiếu năng sinh dục ở nam giới không chỉ ảnh hưởng đến SKSS và tình dục mà còn liên quan đến nhiều vấn đề khác như sa sút trí tuệ, loãng xương, giảm sự minh mẫn, giảm hiệu quả làm việc, giảm chất lượng sống,... Tuy nhiên, dù là một vấn đề thường gặp nhưng cả thầy thuốc lẫn bệnh nhân thường ngại nói đến vấn đề này. Dù thiếu năng sinh dục ở nam giới không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng lại có thể gây nên những hậu quả rất xấu, làm cho người nam giới mất tự tin, mặc cảm, suy sụp sức khỏe, là một trong những nguyên nhân gây vô sinh, thậm chí có thể dẫn đến tan vỡ hạnh phúc gia đình.

1. SUY CHỨC NĂNG TUYẾN SINH DỤC

Định nghĩa: suy chức năng tuyến sinh dục là hiện tượng các tế bào Leydig và dòng tinh của tinh hoàn giảm sản xuất hormon và tinh trùng, gây nên các triệu chứng lâm sàng hoặc các cơ quan đích của testosterone, có thể khó có thai hoặc vô sinh. Bệnh lý có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải (nguyên phát hoặc thứ phát), xảy ra ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên nam giới cao tuổi thì phần lớn là do quá trình “lão hóa” của hệ thống sinh sản. Cần phân biệt hai loại suy chức năng tuyến sinh dục:



- Suy chức năng tuyến sinh dục hoàn toàn: liên quan đến chức năng nội và ngoại tiết.

- Suy chức năng tuyến sinh dục không hoàn toàn: chỉ liên quan đến chức năng ngoại tiết, còn chức năng nội tiết vẫn bình thường.

1.1. Hậu quả suy chức năng tuyến sinh dục

- Giảm nồng độ testosterone huyết tương.

Những kết quả nghiên cứu khoa học theo những phương pháp đáng tin cậy cho thấy nồng độ testosterone, nhất là loại có tính sinh học và tự do giảm dần theo tuổi tác mặc dù có sự khác biệt về mức độ giữa các cá thể. Sự giảm sút này xảy ra dần dần và ít tuyệt đối hơn sự giảm sút estrogen ở phụ nữ trong giai đoạn quanh mãn kinh. *Sự giảm sút testosterone gây nên một số hiện tượng trong CSSKSS vì số lượng người cao tuổi đang tăng lên trên toàn thế giới và những nhu cầu về cuộc sống chứ không đơn thuần là tuổi thọ đang tăng lên.*

Sự giảm sút testosterone ở tuổi già chắc chắn sẽ gây nên một số triệu chứng như mất ham muốn tình dục, mất khả năng cương dương vật, mất sinh khí, tăng khối lượng mỡ và có thể dẫn đến mất xương và loãng xương. Do hoạt động có tính chất chu kỳ của buồng trứng biểu hiện bởi kinh nguyệt nên người phụ nữ có những triệu chứng báo trước thời kỳ suy giảm về chức năng sinh sản và tình dục. Khác với nữ giới, sự hoạt động của tinh hoàn dù là liên tục nhưng cũng giảm dần theo tuổi tác, vì vậy không có dấu hiệu về sự suy giảm chức năng sinh sản và tình dục một cách rõ ràng mà sự suy giảm này biểu hiện một cách kín đáo và dần dần. Do đó, tình trạng suy giảm này được gọi là "thiếu năng sinh dục ở nam giới" hay tình trạng thiếu androgen một phần của đàn ông lớn tuổi (Partiel androgen deficiency in aging men - PADAM). Tình trạng này còn được gọi là hội chứng "mãn kinh ở nam giới - male menopause hoặc andropause".

Thuật ngữ "mãn kinh ở nam giới" đang được tranh cãi nhiều trong những năm gần đây bởi vì nồng độ androgen giảm liên quan đến tuổi tác, hậu quả sẽ làm rối loạn một số chức năng và hoạt động của cơ thể. Sự thay đổi này xảy ra dần dần và có những thay đổi đáng kể giữa các cá nhân. Người ta cũng nhận thấy các triệu chứng nóng nảy, trầm cảm, không tập trung tinh thần, rối loạn trí nhớ và dễ mệt mỏi, mất ngủ, đổ mồ hôi trộm, ra mồ hôi theo chu kỳ và các rối loạn tình dục. Những rối loạn này cũng có phần giống như các triệu chứng của phụ nữ quanh thời kỳ mãn kinh. Sự suy giảm chế tiết testosterone nằm tại tinh hoàn nhưng một phần cũng do suy giảm sự kích thích của tuyến yên đối với tinh hoàn để sản xuất ra steroid. Mặt khác, ở nam giới cao tuổi, globulin gắn kết với testosterone tăng chế tiết đã góp phần làm giảm sút testosterone sinh học và tự do trong máu.

Sự thiếu hụt androgen được xác định bằng định lượng nồng độ testosterone có tác dụng sinh học. Tuy nhiên, nồng độ này bị ảnh hưởng một phần do bị gắn với kết với globulin tạo thành globulin gắn hormon giới tính (sex hormone-binding globulin - SHBG).



Sự thiếu hụt testosterone được khẳng định khi mà được đo cùng thời điểm với định lượng LH. Nếu kết quả cho thấy nồng độ LH tăng cao nhưng nồng độ testosterone huyết thanh lại giảm thì khẳng định chắc chắn là thiếu năng tình hoàn ở người nam giới có chức năng sinh dục trước đó bình thường.

Trong huyết thanh, testosterone được chuyển hóa thành hai sản phẩm có hoạt tính chính ở mô:

- + Androgen: dưới tác dụng của 5 alphareductase, testosterone được chuyển hóa thành dihydrotestosterone (DHT) có tác dụng chính lên mô đích. Sự chuyển hóa testosterone thành dihydrotestosterone là cần thiết như là một phần trong phương cách tác dụng của androgen.

- + Estrogen: dưới tác dụng của aromatase, testosterone sẽ được chuyển hóa thành estradiol.

Ảnh hưởng của sự thiếu hụt testosterone

Nghiên cứu về tác dụng của testosterone cho thấy sự thiếu hụt testosterone là lý do gây nên những triệu chứng cơ năng đã nêu ở trên. Mặt khác, sự thiếu hụt androgen sẽ gây nên một số những ảnh hưởng đến mô đích như sau:

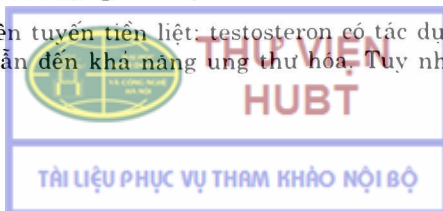
- Ảnh hưởng đến sự chuyển hóa xương: một nhóm các chất chuyển hóa từ androgen có tác dụng chuyển biệt lên tủy xương do người ta cho rằng các tế bào xương có một thụ thể độc nhất đối với các hormon này vì độ đậm đặc của bề xương bị mất dần theo thời gian ở những người bị cắt bỏ tinh hoàn hai bên. Một số kết quả nghiên cứu về hiệu quả testosterone đối với mật độ khoáng xương (BMD) ở những người suy giảm chức năng sinh dục cho thấy, khi họ được điều trị bổ sung testosterone thì BMD tăng lên. Liệu pháp bổ sung testosterone là có lợi trên chuyển hóa xương ở đàn ông lớn tuổi, nhưng điều này chưa chứng minh được ở những người đàn ông bình thường.

- Ảnh hưởng lên trạng thái tinh thần và hành vi: ở nam giới bị suy giảm sinh dục, nếu được bổ sung bằng testosterone thì có cải thiện về trạng thái tinh thần như hăng hái hơn, có cảm giác khỏe mạnh hơn và giảm bớt những trạng thái tiêu cực như lo âu, nóng giận, dễ bị kích động.

- Ảnh hưởng lên chức năng tình dục: androgen là một hormon cần thiết cho ham muốn tình dục bình thường ở đàn ông. Tuy nhiên, mối liên quan giữa nồng độ của androgen và sự suy giảm chức năng tình dục do tuổi tác là một vấn đề phức tạp bởi hành vi của con người chịu sự chi phối của hệ thần kinh trung ương và các nền văn hóa cũng như tri thức của xã hội.

Testosterone ngoại sinh có tác dụng làm tăng sự ham muốn tình dục và cương dương vật ở những nam giới bình thường cũng như ở những người suy giảm tình dục do thiếu năng testosterone nhưng không có hiệu quả đối với những nam giới bị rối loạn chức năng tình dục do mất ham muốn tình dục (lạnh cảm).

- Ảnh hưởng lên tuyến tiền liệt: testosterone có tác dụng làm tăng trưởng tuyến tiền liệt và dẫn đến khả năng ung thư hóa. Tuy nhiên, quan niệm cho



ràng điều trị bổ sung testosterone ở người suy giảm tình dục làm tăng sự phát triển u xơ tiền liệt tuyến và trên cơ sở đó sẽ phát triển thành ung thư cũng đang gây tranh cãi. Dù vậy, người ta cũng khuyến cáo là khi sử dụng liệu pháp bổ sung testosterone thì luôn phải kiểm tra kích thước tuyến tiền liệt bằng siêu âm hoặc khám lâm sàng qua trực tràng 3 tháng một lần hoặc đo kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt. Nếu kháng nguyên này cao hơn bình thường thì không có chỉ định điều trị testosterone. Nếu nồng độ kháng nguyên này tăng lên 2 ng/ml hay tăng thêm 0,75 ng/ml/mỗi năm trong vòng hai năm thì phải ngừng điều trị.

- Ảnh hưởng lên hệ tim mạch: y văn đã công bố rằng testosterone có lẽ là một trong những yếu tố nguy cơ liên quan giới tính đối với bệnh mạch vành của nam giới. Hiện tượng này là do testosterone có thể tác động lên sự kháng lại insulin và sự điều tiết của các chất dẫn truyền thần kinh có tác dụng co mạch hơn là làm tăng lipid gây xơ vữa mạch vành. Nhưng khi đánh giá sự liên quan giữa nồng độ testosterone và mức độ nặng của bệnh mạch vành trong những nghiên cứu gần đây, các kết quả cho thấy: tình trạng giảm testosterone trong máu lại là yếu tố nguy cơ đối với bệnh mạch vành.

- Ảnh hưởng lên hô hấp, thể dịch và chuyển hóa glucose: sử dụng testosterone ở đàn ông bị suy giảm chức năng sinh dục có thể làm nặng thêm các rối loạn hô hấp có liên quan đến giấc ngủ. Những nam giới dễ bị ngừng thở lúc ngủ là những người béo phì, lớn tuổi, bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Khi được điều trị bổ sung bằng testosterone thì nguy cơ về các rối loạn hô hấp ở những người này tăng lên. Người ta cũng nhận thấy rằng, sử dụng androgen cũng gây nên tình trạng giữ nước, làm cho bệnh tăng huyết áp nặng thêm, có thể bị phù và suy tim do ứ huyết. Nồng độ testosterone và SHBG thấp ở nam giới lớn tuổi có liên quan đến sự phát triển của bệnh tiểu đường và những người được điều trị bằng testosterone đều làm giảm sự đề kháng với insulin. Sử dụng testosterone cũng gây giảm nồng độ đường trong máu.

- Ngoài ra, sử dụng androgen sẽ kích thích tế bào gốc đa năng và các tiền hồng cầu nên làm tăng hồng cầu và sẽ làm tăng hematocrit, tăng hemoglobin và sau 16 tuần điều trị có thể làm giảm fibrinogen.

1.2. Nguyên nhân

Có hai loại nguyên nhân gây suy chức năng tuyến sinh dục:

1.2.1. Nguyên nhân tại tinh hoàn

- Bị cắt tinh hoàn do hoạn, bệnh lý hoặc chấn thương, xoắn tinh hoàn.
- Những chấn thương cũ gây dập nát hoặc xơ hóa hoàn toàn tinh hoàn.
- Viêm mạn tính gây xơ teo tinh hoàn, nhiễm virus quai bị.
- Teo tinh hoàn do lạc chỗ trong ổ bụng, ống bẹn, nếp mu.
- Tinh hoàn ẩn (cả 2 bên).
- Bệnh lý: u hoặc ung thư tuyến tiền liệt, sử dụng nhiều testosterone.



- Ung thư tinh hoàn.
- Điều trị bằng phóng xạ.

1.2.2. Nguyên nhân ngoài tinh hoàn

- Hội chứng Turner (45X), hội chứng Turner với chromatin dương tính, hội chứng Turner với chromatin âm tính.
- Các bệnh rối loạn các enzym sinh học.
- Do suy chức năng tuyến yên.
- U hố sọ sau.
- Suy dinh dưỡng.
- Đái tháo đường.
- Suy chức năng tuyến giáp.
- Suy thượng thận mạn (Addison).
- Điều trị bằng hóa trị liệu hoặc xạ trị liệu chữa ung thư.

1.3. Triệu chứng lâm sàng

Có các triệu chứng lâm sàng của giảm testosterone trong máu.

Tinh hoàn teo nhỏ, chắc, xơ hóa, không thấy tinh hoàn trong bìu mà thấy ở bẹn hoặc ở nếp mu.

1.4. Các xét nghiệm:

- FSH, LH, testosterone, prolactin, estradiol.
- Các xét nghiệm về gen: nhiễm sắc thể giới tính X, Y.
- Vật thể Barr.
- Phản ứng di truyền TDF để tìm dấu vết của gen hình thành tinh hoàn.
- Siêu âm bìu.
- Chụp cắt lớp tiểu khung tìm tinh hoàn lạc chỗ.
- Xét nghiệm tinh dịch để tìm số lượng và chất lượng tinh trùng.
- Siêu âm tuyến tiền liệt và tinh hoàn.
- X quang có cản quang chụp ống dẫn tinh xem có tắc ống dẫn tinh.
- 17 cetosteroid nước tiểu (bình thường là 14-52 mmol/24 h).
- Chụp hố yên.
- Sinh thiết khối u để tìm tế bào lạ.

1.5. Chẩn đoán

- Hỏi kỹ về thời kỳ dậy thì, bắt đầu ở tuổi nào?
- Có chấn thương không?



- Có nhiễm khuẩn ở bộ phận sinh dục không?
- Có xuất tinh không?
- Tinh hoàn ẩn một bên hay hai bên.
- Có teo tinh hoàn không?
- Sờ tinh hoàn chắc hay cứng.
- Cần phải khám toàn thân để tìm nguyên nhân.

Gửi xét nghiệm các labo có độ tin cậy cao.

Tùy trường hợp cụ thể để điều trị: nếu trẻ em, mức độ suy giảm yếu có thể kích thích bằng Pregnyl (thay thế LH để kích thích tinh hoàn hoạt động) 1500 đv, tiêm bắp, liều lượng tùy cá thể.

1.6. Điều trị

- Điều trị bổ sung testosterone ở nam giới lớn tuổi.

Bảng 5.1. Các chế phẩm của testosterone

Đường dùng	Tên gốc	Biệt dược	Lợi ích	Bất lợi
Uống	Testosteron Undecanoat Fluoxymesteron Methyltestosteron	Andriol Halotestin Metandren Virilon	Dễ uống, dễ chỉnh liều hay ngưng thuốc, đáp ứng lâm sàng tốt.	- Nồng độ thấp và dao động ở ngoại biên. - Độc cho gan.
Đường tiêm	Testosteron propionate Testosteronphenylprionate Testosteron isocaproate Testosteron deanote Testosteron cypionate Testosteron enathate	Sustanon Depo- testosteron	Giá rẻ	Nồng độ testosterone huyết tương không ở mức sinh lý
Dán ở da bìu Dán nơi khác	Testosteron Testosteron	Testoderm Androderm	Nồng độ testosterone huyết tương bình thường, đáp ứng lâm sàng tốt.	- Phải cạo lông vùng bìu, da bị kích thích, dễ bong miếng dán. - Kích thích da nhiều hơn loại dán ở bìu.

- Các đường dùng testosterone: có ba đường dùng để điều trị bổ sung testosterone.

+ Đường uống: tiện lợi, dễ dùng, dễ điều chỉnh liều lượng và có thể ngưng thuốc khi cần thiết. Nhược điểm: nồng độ testosterone huyết tương dao động, nồng độ ở ngoại vi thấp, một số loại gây độc cho gan.

+ Đường tiêm: đắt tiền, nồng độ trong huyết tương không sinh lý (đạt điểm cao nhanh sau khi tiêm rồi giảm dần trong vòng hai tuần).

+ Đường dán qua da: dạng tinh thể hay gel. Ưu điểm: đáp ứng lâm sàng tốt, sau khi dán 24 giờ, nồng độ ở huyết tương duy trì ở mức bình thường một cách thích hợp. Nhược điểm: đắt tiền, gây kích ứng da nơi dán, phải cạo lông ở da biau khi dán, dễ bị bong.

- Liều điều trị:

+ Dạng uống: liều lượng tùy cá thể. Undecanoat testosterone 40 mg/viên; liều tấn công 3-4 viên/ngày x 30 ngày; liều duy trì 1-2 viên/ngày x 30 ngày.

+ Dạng tiêm: Mesterolone 250 mg/ống/tuần (tiêm bắp); Sustanon 250 mg/ống.

+ Đường qua da: các miếng dán ở da.

- Thời gian sử dụng: thời gian đánh giá hiệu quả của liệu pháp bổ sung testosterone dài nhất là hai năm.

- Theo dõi sự phát triển của tuyến tiền liệt bằng siêu âm hoặc khám lâm sàng qua trực tràng cứ 3 tháng một lần.

- Ngừng thuốc khi có dấu hiệu tăng sinh tuyến tiền liệt, hoặc kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt tăng 2,0 ng/ml hay 0,75 ng/năm.

- Không dùng cho các bệnh nhân bị bệnh mạch vành.

- Cẩn thận khi dùng cho những người nam giới có những nguy cơ về hô hấp có liên quan đến giấc ngủ ở người cao tuổi.

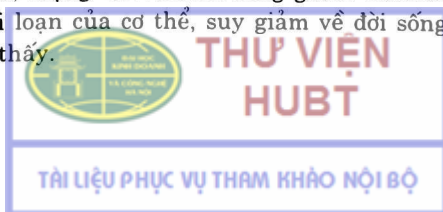
2. MÃN DỤC NAM

Định nghĩa: là một hội chứng sinh hóa kết hợp với tuổi cao và có đặc trưng là thiếu hụt nồng độ androgen huyết thanh kèm hoặc không kèm giảm độ nhạy của gen với androgen. Hội chứng này có thể dẫn đến những thay đổi có ý nghĩa trong chất lượng cuộc sống và ảnh hưởng bất lợi trên chức năng của nhiều cơ quan. Những rối loạn toàn thân ít được chú ý và thường cho là bệnh già, là những biểu hiện theo chu kỳ tuổi tác, thường gặp ở người cao tuổi nhưng cũng rất thường gặp ở người trẻ mà biểu hiện thường gặp nhất ở người trẻ là rối loạn cương dương.

2.1. Sinh lý bệnh học

- Do khiếm khuyết hoặc giảm chức năng trục dưới đồi - tuyến yên. Tuyến yên giảm đáp ứng với GnRH làm tăng số lần xung LH nhưng không đều hoặc giảm biên độ, mất nhịp ngày đêm trong sản xuất testosterone. Người nhiều tuổi dễ bị rối loạn hoặc giảm sự điều tiết của trục này.

- Tuổi càng cao, lượng testosterone càng giảm. Testosterone máu giảm gây ra hàng loạt các rối loạn của cơ thể, suy giảm về đời sống tình dục, các triệu chứng này dễ nhận thấy.



- Các thuốc kháng testosterone như estrogen, corticoid, thuốc chống trầm cảm, tim mạch, thần kinh tinh thần, chữa dạ dày.

- Stress kéo dài, lối sống, nghiện ma túy, thuốc lá, rượu bia.

- Một số bệnh lý: đái tháo đường, suy tuyến yên, các khối u lành và ác tính.

- Thời gian ngắn: người mệt mỏi, thay đổi tâm tính, khó tập trung, giảm sức mạnh và sức bền, giảm ham muốn sinh hoạt tình dục, giảm khả năng và tần suất sinh hoạt tình dục, cảm giác kiệt sức, mất tự tin.

Thời gian dài: rất nhiều vấn đề xảy ra khi mãn dục nam xuất hiện và ngày càng trầm trọng tiến triển cùng với thời gian mãn dục.

2.2. Triệu chứng

- Sức khỏe chung: đau khớp, đau cơ, đổ mồ hôi, cơn nóng bừng đột xuất, cảm giác sức lực cơ yếu đi. Rụng lông, rụng tóc, cảm thấy mệt, thêm ngủ. Cảm giác sức khỏe chung giảm sút, giảm sinh khí, mệt mỏi thể chất, có cảm giác phải tự ép buộc làm việc.

- Thay đổi về thực thể: tăng khối lượng cơ thể chủ yếu là tăng mỡ và tập trung ở bụng và vú cho nên béo bụng và vú to gây hiện tượng béo phì làm tăng nguy cơ tiểu đường, tim mạch nhưng trương lực cơ giảm. Hiện tượng sarcopenia là mất khối cơ và sức cơ xảy ra khi có tuổi làm giảm hiệu suất cơ năng, mất sức về thể chất. Nhiều yếu tố tác động vào sarcopenia như suy tuyến sinh dục khởi phát muộn có vai trò quan trọng, làm giảm sức mạnh và sức bền.

- Tinh thần, trí tuệ: giảm khí sắc, mệt mỏi, thay đổi tâm tính, khó tập trung, cảm giác kiệt sức, mất tự tin, trí tuệ giảm (nhận thức). Tình trạng sung sức chung giảm sút, mất hứng thú làm việc, giảm trí nhớ, dễ bị kích thích nên hay cáu giận, tính khí thất thường, khó tập trung suy nghĩ nên hay quên, dễ bị trầm cảm. Không quyết đoán, không muốn làm việc, không thích đổi mới, bảo thủ, dễ tự ái do dễ bị chấn thương tinh thần nên mặc cảm, stress. Tâm tính: lo âu, lo lắng không rõ ràng, dễ bị kích động, hay cáu gắt, dễ bực bội về những chuyện nhỏ. Cảm giác căng thẳng, bồn chồn không yên, trầm cảm (đẽ buồn, dễ mủi lòng, tính khí thay đổi, cảm giác vô dụng). 21% sống một mình (đơn thân).

- Mất ngủ, khó dễ giấc ngủ, ngủ không ngon giấc, ra mồ hôi nhiều về ban đêm từ ngực lan lên cổ do rối loạn thần kinh thực vật, tương tự như hội chứng bốc hỏa ở phụ nữ.

- Rối loạn về niệu dục: suy giảm tình dục, giảm ham muốn tình dục, giảm khả năng và tần suất sinh hoạt tình dục, rối loạn cương dương, cơ quan sinh dục nhỏ lại, giảm sản sinh tinh trùng, tiểu đêm và nhiều lần. Tình dục: giảm hiện tượng cương dương buổi sáng, giảm khả năng và số lần giao hợp.

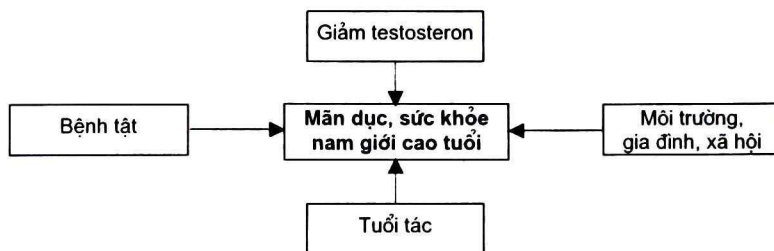
- Do giảm testosterone, cơ thể không hấp thụ được calci, làm loãng xương, thường gặp ở những xương nhẹ, xương cổ tay, cổ xương đùi. Loãng xương làm tăng nguy cơ gãy xương, là nguyên nhân gây ra 30% tổng số gãy xương hông ở

nam giới và tỉ lệ này tăng dần sau tuổi 65. Trong số nam giới gãy xương hông sau một năm, có 53% sống trong trại điều dưỡng, 26% chăm sóc tại nhà.

Mật độ xương giảm dễ ngã, làm tăng nguy cơ gãy xương, đặc biệt là xương đùi và cổ tay. Dưới 70 tuổi, tỉ lệ gãy xương là 15% nhưng ở tuổi > 80 thì tỉ lệ này là 30%.

- Tạo máu giảm, có hiện tượng rụng tóc.

Ngoài những yếu tố thực thể do suy giảm hormon trong cơ thể thì mãn dục nam còn bị ảnh hưởng do các yếu tố ngoại cảnh tác động như môi trường sống và tuổi tác, bệnh tật đã mắc và hiện tại. Tuy những yếu tố này không phải là nguyên nhân trực tiếp nhưng lại rất quan trọng, làm cho hiện tượng mãn dục tăng và với mức độ nghiêm trọng hơn.



Sơ đồ 5.1. Nguyên nhân mãn dục nam

2.3. Chẩn đoán

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng. Chẩn đoán xác định khi có một triệu chứng về tình dục và triệu chứng toàn thân.

- Định lượng hormon sinh dục: LH, FSH, prolactin, testosterone, estradiol. Bình thường testosterone từ 10-35 nanomol/lit.

- Các thăm dò khác như siêu âm, chức năng toàn thân.

- Khám tuyến tiền liệt.

2.4. Điều trị

2.4.1. Các biện pháp điều trị chung

- Chế độ ăn uống, sinh hoạt.

- Tâm lý liệu pháp.

- Quan tâm đến người cao tuổi và tình dục người già:

+ Là những người đã có nhiều cống hiến, chuẩn bị hoặc đã nghỉ hưu nên có nhiều đổi thay về mọi mặt xã hội, gia đình, công việc và thực thể. Đó là bước ngoặt quan trọng dễ làm cho bản thân thấy thiếu tự tin, mặc cảm và cảm giác là người thừa cho nên rất nhiều "tâm sự", là những người dễ nhạy cảm, dễ bị

tổn thương. Vì vậy, người cao tuổi rất cần sự quan tâm, chia sẻ của gia đình và xã hội, đồng thời cần có những công việc thích hợp sau khi nghỉ hưu.

- + Tình dục nên duy trì nhưng phụ thuộc khả năng từng người, sao cho phù hợp, thoải mái nhưng bảo đảm sức khỏe, không gắng sức quá nhiều.

- + Cùng chia sẻ với bạn tình, có sự thông cảm với nhau, nhẹ nhàng nâng đỡ hỗ trợ cho nhau, đặc biệt không được chê trách, vì chỉ cần bị chi phối bởi ngoại cảnh hoặc những cử chỉ, lời nói thì sự cương dương cũng bị ảnh hưởng và không thể tiếp tục sinh hoạt tình dục được.

- + Cần dùng chất bôi trơn để giúp cho việc sinh hoạt tình dục dễ dàng và thuận lợi hơn. Cũng cần phải chú ý rằng, dù tần suất sinh hoạt tình dục không nhiều nhưng vẫn rất dễ bị viêm nhiễm, đặc biệt là dễ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2.4.2. Điều trị thuốc

- Sử dụng một số thuốc làm tăng lượng máu đến thể hang, thể xốp.

- Bổ sung testosterone:

- + Dạng uống: liều lượng tùy từng cá thể: Undecanoat testosterone 40 mg/viên; liều tấn công: 3-4 viên/ngày trong 30 ngày; liều duy trì: 1-2 viên/ngày trong 30 ngày.

- + Dạng tiêm: Mesterolone 250 mg/ống/tuần x 4 tuần (tiêm bắp); Sustanon 250 mg/ống/tuần x 4 tuần (tiêm bắp).

- + Mảnh dán qua da.

- + Kem xoa: Androgel 50 mg/gói, xoa mặt trong đùi hay lưng hoặc bụng trong 30 ngày.

Một số lưu ý khi dùng testosterone:

- + Không ai là quá già để dùng testosterone nhưng việc sử dụng chất này cần do thầy thuốc chỉ định và theo dõi.

- + Testosterone không đánh thức phần con vật ở người.

- + Ung thư tuyến tiền liệt: không được dùng.

- Phì đại tuyến tiền liệt: do thầy thuốc quyết định; nếu dùng cần theo dõi đều đặn nồng độ kháng nguyên đặc hiệu tiền liệt tuyến (prostate specific antigen - PSA) và khám thực thể.

2.4.3. Các biện pháp khác

- Phẫu thuật tạo hình nhằm cung cấp đủ máu cho dương vật.

- Ngoài ra, có thể dùng một số bài thuốc y học cổ truyền, dân gian.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG

Một trong những biểu hiện thiếu năng sinh dục ở nam giới làm suy giảm tình dục là rối loạn cương dương (RLCD), tiếng Anh là erectile dysfunction (ED) hay chứng bất lực. RLCD là hiện tượng bệnh lý không đạt được sự cương cứng dương vật và duy trì mức độ cần thiết để đảm bảo sinh hoạt tình dục bình thường. Tuy nhiên, RLCD cũng do nhiều nguyên nhân khác chứ không đơn thuần là thiếu hụt testosterone huyết tương. Nhiều công trình nghiên cứu về đề tài này đã được thực hiện trên thế giới nhưng phần lớn là tập trung tại các nước Âu Mỹ. Ước tính năm 2000 có tới 300 triệu người trên thế giới bị RLCD trong đó Châu Á có tới 190 triệu người. Hiện nay, số người bị rối loạn cương dương còn cao hơn nhiều. RLCD hay gặp ở nam giới ở tuổi trung niên nhưng thường gặp hơn ở những người cao tuổi, thậm chí gặp cả ở những người trẻ tuổi. Rất nhiều lý do dẫn đến RLCD và tình trạng này tác động lên chất lượng sống không chỉ của nam giới mà cả bạn tình của họ ở những mức độ khác nhau. Thuật ngữ RLCD rất rộng, bao gồm nhiều rối loạn bệnh lý khác nhau nhưng thường được dùng để mô tả tình trạng mất khả năng cương cứng của dương vật để duy trì sinh hoạt tình dục bình thường.

Mặc dù chứng RLCD hay gặp ở nam giới từ 60 tuổi trở lên, nhưng có thể xảy ra bất kỳ ở tuổi nào. Bình thường, đa số nam giới đều bị RLCD ở những mức độ, thời điểm và thời gian khác nhau nhưng nhanh chóng hồi phục. Theo tuổi tác, chức năng sinh lý khi sinh hoạt tình dục cũng thay đổi, đó là một qui luật bình thường: lâu đạt tới trạng thái cương cứng, không đạt đỉnh điểm cương cứng, cần kích thích nhiều và trực tiếp tại chỗ mới đạt được trạng thái cương cứng. Tình trạng cực khoái giảm, số lượng tinh dịch xuất ra ít hơn, thời gian hồi phục giữa các lần cương cứng ngày càng dài hơn.

RLCD được biểu hiện dần dần về mức độ cương cứng và thời gian duy trì độ cương cứng của dương vật do sự giảm thiểu từ từ việc sản xuất hormon sinh dục nam testosterone, nhưng sự rối loạn này đã ảnh hưởng đến chất lượng sống như giảm ham muốn về tình dục, mất khả năng cương của dương vật, mất sinh khí.

Khi bị RLCD hoàn toàn và kéo dài sẽ tác động sâu sắc đến tâm lý nam giới về tự nhận thức hình ảnh của bản thân lẫn cuộc sống tình dục của bạn tình họ. Khi RLCD trở thành một vấn đề nặng nề thì có thể là một nguyên nhân dẫn đến những rối loạn về thể chất và tâm thần cần được điều trị tích cực, đòi hỏi sự kết hợp chặt chẽ giữa người thầy thuốc nam khoa và tâm thần cũng như xã hội học và chuyên gia tâm lý.



1. TẦN SUẤT

RLCD là một hiện tượng khá phổ biến. Năm 1987, Reich P. đã nhận thấy ở các đôi vợ chồng khỏe mạnh bình thường ở độ tuổi trung bình, có tới 40% nam giới và 63% nữ giới có ít nhiều bị rối loạn tình dục. Một nghiên cứu trên 1709 nam giới tuổi từ 40 đến 70 cho thấy, có 1290 trả lời đầy đủ các yêu cầu của câu hỏi, người ta có một số nhận xét về mặt dịch tễ học như sau:

- Tỷ lệ chung về RLCD là: 39% ở tuổi 40, 48% ở tuổi 50, 57% ở tuổi 60, 67% ở tuổi 70.

- Mức độ: 52% có biểu hiện RLCD ở những mức độ khác nhau. Rối loạn vừa chiếm 25%; rối loạn nhẹ chiếm 17%; rối loạn hoàn toàn chiếm 10%.

Nghiên cứu của Bệnh viện Johns Hopkins cho thấy có 18 triệu người Mỹ bị RLCD. Nhưng có tác giả khác lại đưa ra con số 30 triệu, nghĩa là tỷ lệ khá cao trong quần thể. Theo kết quả nghiên cứu được công bố ngày 1/2/2007 của một tạp chí y học Hoa Kỳ, gần 50% nam giới trong nghiên cứu bệnh tiểu đường (một yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch) cũng bị rối loạn chức năng cương dương và gần 90% nam giới bị RLCD cũng có ít nhất một yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch, tiểu đường, cao huyết áp, hút thuốc hoặc cholesterol cao.

2. TRIỆU CHỨNG

Dương vật được cấu tạo bằng hai khối cấu trúc hình trụ nằm song song với nhau gọi là hai thể hang, chạy dọc theo chiều dài của ống dẫn nước tiểu hay tinh dịch (niệu đạo). Khi bị kích thích, các xung động thần kinh làm cho lưu lượng máu dồn về các thể hang tăng lên gấp 7 lần bình thường. Sự gia tăng lưu lượng máu đột ngột này sẽ bơm căng phồng thể hang và tạo nên sự căng cứng dương vật.

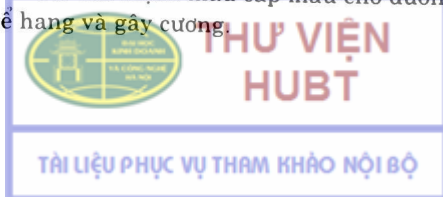
Kích thích tình dục hoặc hưng phấn liên tục sẽ duy trì lưu lượng máu đổ dồn về hai thể hang nhiều hơn và duy trì tình trạng cương. Sau khi phóng tinh hay hết các kích thích tình dục, máu lại thoát ra khỏi các thể hang nhanh chóng và dương vật lại trở về kích thước như trước khi cương cứng.

Quá trình hình thành và duy trì cương dương vật:

Kích thích: kích thích tình dục có được từ các kích thích thị giác, từ sự vuốt ve mơn trớn, từ những lời thủ thủ ngọt ngào hay mùi hương quyến rũ và cảm xúc tình dục.

Đáp ứng của hệ thần kinh: não truyền các kích thích tình dục đến các thần kinh chi phối hoạt động tình dục để kích hoạt quá trình tăng lưu lượng máu dồn về dương vật.

Đáp ứng mạch máu: các mạch máu cấp máu cho dương vật giãn nở ra, dồn máu vào đầy các thể hang và gây cương.



Nếu có những tác động vào một trong ba yếu tố trên hay thiếu sự phối hợp đồng bộ nhịp nhàng giữa các bước thì sẽ gây ra rối loạn cương dương.

3. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

Có rất nhiều yếu tố nguy cơ có thể góp phần dẫn đến rối loạn cương cả về tâm lý lẫn thể chất. Có thể chia làm ba nhóm gây nên tình trạng RLCD: nguyên nhân tâm lý (sẽ ức chế trung ương về cơ chế cương mà không có tổn thương thực thể); nguyên nhân thực thể là do các bất thường hay do tổn thương các mạch máu, thần kinh, nội tiết, thể hang; kết hợp giữa thực thể và tâm lý. Các nguyên nhân và yếu tố trên thường là kết hợp với nhau làm tăng tình trạng bệnh lý.

3.1. Rối loạn tâm lý

Các nguyên nhân tâm lý và thực thể gây RLCD có mối liên hệ tương tác qua lại với nhau. Ví dụ, một rối loạn thể chất nhẹ có thể làm chậm đáp ứng tình dục và tạo ra cho người đó một mối lo lắng căng thẳng về khả năng đạt đến trạng thái cương của mình và sau đó chính sự căng thẳng này lại làm cho rối loạn cương trầm trọng hơn. Nguyên nhân tâm lý phổ biến nhất là stress, căng thẳng và mệt mỏi. Bất lực đôi khi cũng là một biến chứng của các rối loạn tâm lý khác như trầm cảm. Những cảm xúc tiêu cực về bạn tình hay bộc lộ từ phía bạn tình như sự oán trách, thù nghịch hay kém hứng thú cũng có thể là một trong những yếu tố gây rối loạn cương. Ngoài ra, nguyên nhân rối loạn cương còn có thể do nghiện rượu và các thuốc kích thích thần kinh (ma túy). Trên thực tế, RLCD có thể là một trong những dấu hiệu đầu tiên của các bệnh lý tiềm ẩn khác. Stress, căng thẳng lo lắng hay trầm cảm, sang chấn tinh thần nặng.

3.2. Các bệnh mạn tính

Các bệnh lý về phổi, gan, thận, tim, thần kinh và mạch máu mạn tính có thể dẫn tới bất lực. Tương tự, các rối loạn về nội tiết đặc biệt là tiểu đường cũng có thể dẫn đến tình trạng này. Các mảng xơ vữa tích tụ trong lòng động mạch (xơ vữa động mạch) cũng có thể cản trở việc dẫn máu vào các thể hang dương vật và gây nên bất lực. Ở một số người, rối loạn cương có thể do nồng độ hormon sinh dục nam testosterone trong máu thấp (thiếu năng sinh dục nam).

- Những bệnh nhân bị xơ vữa thành mạch chiếm 40% ở những người bị RLCD và thường gặp ở những người trên 50 tuổi. Sự xơ vữa thành mạch đã làm giảm lượng máu đến dương vật gây nên hiện tượng RLCD.

- Bệnh tiểu đường (dù bất kỳ ở dạng nào) chiếm khoảng 50% (từ 28-59%). Tần suất của bệnh phụ thuộc vào tuổi và mức độ nặng, nhẹ của bệnh. Suy thận mạn tính: 45%; suy gan: 28-70%; xơ cứng rải rác: 71%; bệnh Alzheimer 53%; bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: 30%. Ngoài ra, còn có các bệnh khác như tim, mạch, dạ dày, cao huyết áp; các rối loạn nội tiết như thiếu năng tình hoàn,

cường hay nhược tuyến giáp, tăng prolactin máu, giảm testosterone máu (< 10 nmol/L).

- Nghiện các chất kích thích: nghiện rượu, cần sa hay các loại chất kích thích khác có thể gây ra chứng rối loạn cương và giảm ham muốn tình dục. Hút thuốc lá quá nhiều cũng có thể gây RLCD.

3.3. Các tổn thương thực thể

Chấn thương hay phẫu thuật: tổn thương các dây thần kinh chi phối hoạt động cương do các chấn thương vùng khung chậu hay tùy sống có thể gây ra rối loạn cương. Các phẫu thuật điều trị ung thư bàng quang, trực tràng hay ung thư tiền liệt tuyến cũng có thể gây ra rối loạn cương tạm thời. Phẫu thuật ung thư tiền liệt tuyến. Chấn thương cột sống làm tổn thương tủy. Bệnh xơ hóa rải rác từng đám.

- Chấn thương, phẫu thuật, tia xạ vào vùng tăng sinh môn, tuyến tiền liệt, chấn thương cột sống, tùy sống.

3.4. Thuốc và một số yếu tố khác

Có rất nhiều loại thuốc, từ các thuốc chống trầm cảm, kháng histamin đến các thuốc trị cao huyết áp, giảm đau hay trị ung thư tiền liệt, có thể gây ra chứng rối loạn cương do tác động cản trở các xung động thần kinh hay lưu lượng máu đến dương vật. Các thuốc an thần hay thuốc ngủ cũng có thể có ảnh hưởng tương tự.

- Thuốc điều trị tăng huyết áp:

Các thuốc ảnh hưởng đến trung tâm giao cảm như methyldopa, clonidin, rerectin. Thuốc chữa thần kinh trung ương và làm tăng prolactin đã ức chế thần kinh trung ương và làm tăng prolactin.

Thuốc chữa bệnh propalol làm giảm hưng phấn tình dục. Thuốc chẹn beta như propalol làm giảm hưng phấn tình dục.

- Thuốc an thần và chống trầm cảm

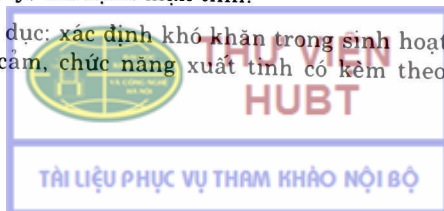
- Các thuốc điều trị dạ dày (cimetidin) và kháng androgen, ketoconazol, cyproteron acetat.

4. CHẨN ĐOÁN RLCD

4.1. Hỏi bệnh

Khai thác về tiền sử bệnh tật, xác định yếu tố nguyên nhân gây bệnh, các sang chấn tâm sinh lý, các bệnh mạn tính.

- Tiền sử tình dục: xác định khó khăn trong sinh hoạt tình dục, diễn tiến, ham muốn, khoái cảm, chức năng xuất tinh có kèm theo rối loạn xuất tinh.



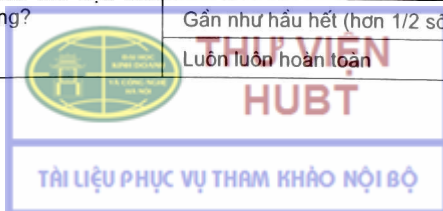
Số lượng bạn tình, mặc cảm, hoàn cảnh tâm lý-xã hội, sang chấn tinh thần về tình dục.

- Hỏi về các dấu hiệu và triệu chứng RLCD:
- + Đôi khi không thể đạt được trạng thái cương cứng hoàn toàn.
- + Không thể duy trì trạng thái cương cứng trong suốt quá trình giao hợp.
- + Hoàn toàn không thể đạt được trạng thái cương cứng.

- Dựa vào Bản chỉ số chức năng cương quốc tế (International index erectile function - IIEF) và Bảng kiểm về sức khỏe ở nam giới để đánh giá tình trạng RLCD. Bản chỉ số chức năng cương quốc tế là một thang điểm đa chiều để lượng giá RLCD, có 15 câu hỏi dựa vào các lĩnh vực như hoạt động tình dục, giao hợp, kích thích tình dục, xuất tinh trong 4 tuần vừa qua.

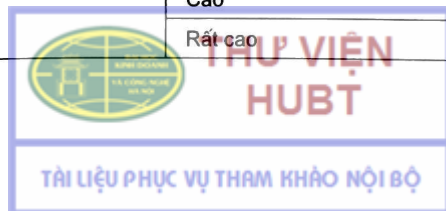
Bảng 6.1. Chỉ số về chức năng cương dương IIEF

TT	Câu hỏi	Trả lời	Điểm
1	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có cương được DV trong lúc SHTD hay không?	Không hoạt động TD/không giao hợp	0
		Gần như không bao giờ /không bao giờ	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần)	3
		Gần như hầu hết (hơn 1/2 số lần)	4
		Luôn luôn hoàn toàn	5
2	Trong 4 tuần lễ qua, khi bạn có cương DV do kích thích TD, dương vật có đủ cương cứng để đưa vào âm đạo không?	Gần như không bao giờ /không bao giờ	0
		Dưới 1/2 số lần	1
		Khoảng 1/2 số lần	2
		Gần như hầu hết (hơn 1/2 số lần)	3
		Luôn luôn hoàn toàn	4
3	Trong 4 tuần lễ qua, khi muốn giao hợp, bạn có đưa được DV vào âm đạo của người phụ nữ không?	Gần như không bao giờ /không bao giờ	0
		Dưới 1/2 số lần	1
		Khoảng 1/2 số lần	2
		Gần như hầu hết (hơn 1/2 số lần)	3
		Luôn luôn hoàn toàn	4
4	Trong 4 tuần lễ qua, trong lúc giao hợp, bạn có duy trì được cương DV sau khi đã đưa vào âm đạo của người bạn tình không?	Gần như không bao giờ /không bao giờ	0
		Dưới 1/2 số lần	1
		Khoảng 1/2 số lần	2
		Gần như hầu hết (hơn 1/2 số lần)	3
		Luôn luôn hoàn toàn	4



TT	Câu hỏi	Trả lời	Điểm
5	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có thấy khó khăn trong việc duy trì cương DV để giao hợp trọn vẹn không?	Không giao hợp	0
		Cực kỳ khó khăn	1
		Quá khó khăn	2
		Khó khăn	3
		Hơi khó khăn	4
		Không khó khăn	5
6	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có tự tin trong việc duy trì cương dương vật không?	Rất ít /không có	0
		Ít	1
		Vừa phải	2
		Cao	3
		Rất cao	4
7	Trong 4 tuần lễ qua, bạn giao hợp bao nhiêu lần?	Không lần nào	0
		1 - 2 lần	1
		3 - 4 lần	2
		5 - 6 lần	3
		7- 10 lần	4
		Hơn 11 lần	5
8	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có thấy thỏa mãn khi giao hợp không?	Không giao hợp	0
		Gần như không giao hợp	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Khoảng 1/2 số lần	3
		Gần như hầu hết (hơn 1/2 số lần)	4
		Luôn luôn hoàn toàn	5
9	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có thấy thích thú khi giao hợp không?	Không giao hợp	0
		Không thấy thích	1
		Không thích lắm	2
		Tạm tạm	3
		Rất thích thú	4
		Cực kỳ thích thú	5

10	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có xuất tinh khi kích thích tình dục không?	Không hoạt động TD/không giao hợp	0
		Gần như không bao giờ /không bao giờ	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Khoảng 1/2 số lần	3
		Gần như hầu hết (hơn 1/2 số lần)	4
		Luôn luôn hoàn toàn	5
11	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có cảm giác cực khoái khi được kích thích tình dục hay giao hợp không?	Không hoạt động TD/không giao hợp	0
		Gần như không bao giờ /không bao giờ	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Khoảng 1/2 số lần	3
		Gần như hầu hết (hơn 1/2 số lần)	4
		Luôn luôn hoàn toàn	5
12	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có thấy ham muốn tình dục không?	Gần như không bao giờ /không bao giờ	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Khoảng 1/2 số lần	3
		Gần như hầu hết (hơn 1/2 số lần)	4
		Luôn luôn hoàn toàn	5
13	Trong 4 tuần lễ qua, sự ham muốn tình dục của bạn gia tăng đến độ nào?	Rất ít /không có	1
		Ít	2
		Vừa phải	3
		Cao	4
		Rất cao	5
14	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có thấy hài lòng với đời sống tình dục của mình không?	Không hài lòng	1
		Hơi hài lòng	2
		Tạm hài lòng	3
		Khá hài lòng	4
		Rất hài lòng	5
15	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có làm người bạn tình của mình hài lòng không?	Rất ít /không có	1
		Ít	2
		Vừa phải	3
		Cao	4
		Rất cao	5



Bảng 6.2. Đánh giá mức độ RLCD theo tình trạng cương dương

Mức độ RLCD	Điểm
Nặng	6-20
Trung bình	21-30
Nhẹ	31-59
Không bị RLCD	60-75

Dựa vào Bảng kiểm tra về sức khỏe tình dục ở nam giới gồm 5 câu hỏi rất ngắn để đánh giá đời sống tình dục trong 6 tháng qua, mỗi câu hỏi được chia từ 0 đến 5 điểm, dựa vào các mức độ đáp ứng từ rất thấp, thấp, vừa phải, cao và rất cao. Bảng kiểm này đơn giản, dễ thực hiện và tiện ích.

Bảng 6.3. Bảng kiểm sức khỏe tình dục nam giới trong 6 tháng qua

1. Bạn ước lượng sự tự tin có thể đạt và duy trì cương dương vật như thế nào?		Rất thấp 1	Thấp 2	Vừa phải 3	Cao 4	Rất cao
Điểm	0	1	2	3	4	5
2. Khi bạn cương dương do kích thích tình dục, dương vật của bạn thường có đủ cương cứng để đưa vào âm đạo không?	Không có hoạt động tình dục	Gần như không bao giờ/không bao giờ	Một vài lần	Thỉnh thoảng	Hầu hết mọi lần	Gần như luôn luôn/luôn luôn
Điểm	0	1	2	3	4	5
3. Trong lúc giao hợp, bạn có thường duy trì được cương sau khi đưa dương vật vào âm đạo không?	Không có giao hợp	Gần như không bao giờ/không bao giờ	Một vài lần	Thỉnh thoảng	Hầu hết mọi lần	Gần như luôn luôn/luôn luôn
Điểm	0	1	2	3	4	5
4. Bạn có thấy khó khăn khi duy trì cương dương để giao hợp trọn vẹn không?	Không có giao hợp	Cực kỳ khó khăn	Rất khó khăn	Khó khăn	Hơi khó khăn	Không khó khăn
Điểm	0	1	2	3	4	5
5. Khi giao hợp bạn có thấy thỏa mãn không	Không có giao hợp	Gần như không bao giờ/không bao giờ	Một vài lần	Thỉnh thoảng	Hầu hết mọi lần	Gần như luôn luôn/luôn luôn
Điểm	0	1	2	3	4	5

Bảng 6.4. Đánh giá mức độ RLCD theo tình trạng sức khỏe

Mức độ RLCD	Tổng điểm
Nặng	1-7
Trung bình	8-11
Nhẹ - trung bình	12-16
Nhẹ	17-21
Không bị RLCD	22-25

Nếu tổng ≤ 21 điểm là có dấu hiệu về tình trạng RLCD.

Phân biệt RLCD do thực thể hay do tâm lý:

- RLCD nguyên phát do nguyên nhân thực thể thường khởi phát từ từ, kéo dài, tác động đến tình trạng cương khi không giao hợp và có thể xảy ra trong mọi tình huống

- RLCD thứ phát do nguyên nhân tâm lý: thường khởi phát đột ngột, xảy ra theo tình huống, mức độ thay đổi theo hoàn cảnh khác nhau và thường không đạt được sự cương cứng hoàn toàn lúc không giao hợp.

- Dấu hiệu cương cứng vào ban đêm hay sáng sớm rất có giá trị để chẩn đoán. Nếu các dấu hiệu này tồn tại và kéo dài thì có thể RLCD do tâm lý.

4.2. Khám lâm sàng

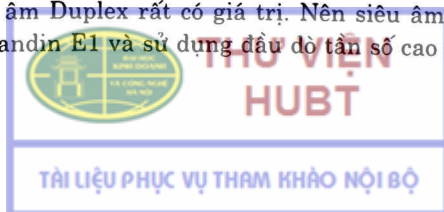
Khám bộ phận sinh dục: kích thước, hình thái dương vật, bao qui đầu, tình hoàn, khám tuyến tiền liệt qua trực tràng. Các đặc tính sinh dục phụ như tình trạng vú to hay bé, lông mu, lông nách, lớp mỡ dưới da. Cần khám các hệ thần kinh, tim mạch, huyết áp.

4.3. Cận lâm sàng và các phương pháp thăm dò khác

- Xét nghiệm định lượng testosterone, FSH, LH, prolactin, lipid huyết thanh, đường huyết.

- Nghiệm pháp đo độ cương ban đêm: để phân biệt RLCD do nguyên nhân thực thể hay do tâm lý. Hầu hết nam giới có từ 4-6 lần cương trong thời gian ngủ 8 giờ. Dùng Erectiometer hoặc Rigiscan có một đầu dò đặt ở gốc dương vật và rãnh qui đầu để ghi lại sự cương dương cứ 20 giây ghi một lần. Đánh giá kết quả sau 2 đêm theo dõi liên tục. Giá trị bình thường khi độ cương $> 70\%$ và có 3-4 lần cương kéo dài trên 10 phút.

- Siêu âm đánh giá mạch máu dương vật: siêu âm Doppler màu động mạch dương vật hoặc siêu âm Duplex rất có giá trị. Nên siêu âm sau khi tiêm chất giãn cơ như prostaglandin E1 và sử dụng đầu dò tần số cao sẽ cho hình ảnh rõ



và đẹp hơn. Bình thường, tốc độ tâm thu > 35 cm/giây; < 25 cm/giây thiếu máu, tắc tĩnh mạch dương vật khi đỉnh tốc độ tâm thu > 30 cm/giây và tốc độ cuối tâm trương là 3-5 cm/giây. Tốc độ cuối tâm trương 3-5 cm/giây có giá trị chẩn đoán tắc tĩnh mạch với độ nhạy là 64% và độ đặc hiệu là 94%.

5. ĐIỀU TRỊ RLCD

Cho đến nay, việc điều trị RLCD vẫn còn nhiều khó khăn và không có thuốc đặc hiệu mà phải sử dụng nhiều liệu pháp phối hợp, phần lớn là điều trị triệu chứng và không có biện pháp điều trị đặc hiệu, vì vậy phải tùy thuộc vào từng bệnh nhân để có chiến lược thích hợp và cụ thể. Trước khi điều trị, cần phải đánh giá các nguy cơ tim mạch để hạn chế những tác dụng không mong muốn hoặc tai biến khi dùng thuốc.

5.1. Các biện pháp chung

- Trước hết, người thầy thuốc cần thảo luận cởi mở với bệnh nhân và bạn tình của họ về các vấn đề có liên quan đến RLCD nhằm loại bỏ những yếu tố nguy cơ và tìm nguyên nhân gây ra RLCD. Việc điều trị phải dựa vào nguyên nhân gây bệnh. Cần phải cung cấp thông tin và giáo dục hoặc là tư vấn cận kề cho bệnh nhân về sức khỏe tình dục, những khả năng và các yếu tố tác động đến quá trình cương dương, cần có sự phối hợp và chia sẻ của cả hai người.

- Tâm lý liệu pháp giúp ích cho người nam giới xóa bỏ mặc cảm, thiếu tự tin có thể cải thiện được mức độ bệnh lý.

- Một chế độ ăn uống, sinh hoạt, lao động hợp lý, không quá căng thẳng về tinh thần cũng như không quá gắng sức; kết hợp nghỉ ngơi, tinh thần thoải mái là một liệu pháp rất quan trọng không thể thiếu được quá trình điều trị.

- Nếu RLCD là hậu quả của chấn thương mạch máu thì phải phẫu thuật để cung cấp đầy đủ lượng máu đến nuôi dưỡng cũng như khi có hiện tượng cương cứng dương vật.

5.2. Một số thuốc có tác dụng cương dương

- Thuốc ức chế PDE5 (enzym phosphodiesterase): mặc dù cơ chế điều hòa phức tạp nhưng nitric oxid có vai trò quan trọng nhất trong sự giãn cơ trơn ở vật hang của dương vật làm cho dương vật cương lên. Nitric oxid được phóng thích trực tiếp từ đầu tận cùng phó giao cảm và từ biểu mô mạch máu khi đáp ứng kích thích tình dục. Thuốc ức chế PDE5 làm tăng hoạt động của guanosin monophosphat (GMP) một hoạt chất có tác dụng giãn cơ trơn, làm cho máu tràn vào vật hang khiến dương vật cương cứng.

- + Sildenafil được giới thiệu năm 1998, biệt dược là Viagra, với hàm lượng 25, 50 và 100 mg. Liều khuyến cáo lần đầu là 50 mg rồi dò liều cho thích hợp. Hiệu quả kéo dài 12 giờ.



+ Tadalafil ra đời năm 2003, biệt dược là Cialis, hàm lượng 10 và 20 mg. Liều khuyến cáo lần đầu là 10 mg rồi dò liều thích hợp. Thuốc có tác dụng sau 30 phút, cao nhất sau 2 giờ, duy trì tới 36 giờ, không bị ảnh hưởng bởi thức ăn.

+ Vardenafil được sử dụng từ 2003, biệt dược là Levitra (viên nén), hàm lượng 5 mg, 10, 20 mg. Liều khuyến cáo lần đầu là 10 mg rồi dò liều cho thích hợp. Thuốc có hiệu quả sau 30 phút sử dụng.

Hàm lượng và thời gian sử dụng tùy thuộc từng cá thể phải thăm khám và theo dõi chặt chẽ. Tác dụng không mong muốn là đau đầu, xung huyết mũi, chóng mặt, đau lưng, đau cơ, bất thường về thị giác. Những tác dụng phụ này chỉ thoáng qua và nhanh hồi phục.

Chống chỉ định sử dụng nhóm thuốc nitrat cùng với nhóm PDE5 vì nguy cơ hạ huyết áp. Nếu bị đau thắt ngực khi đang sử dụng PDE5 thì không dùng nitroglycerin, chờ đến khi hết triệu chứng (24 giờ cho sildenafil và vardenafil), còn khi dùng tadalafil thì phải chờ 48 giờ.

- Thuốc tiêm vào vật hang Caverject

Liều sử dụng từ 5-40 microgam, cương dương vật xuất hiện sau 5-15 phút, thời gian duy trì tùy thuộc liều sử dụng. Tác dụng không mong muốn là xơ hóa dương vật, đau và cương đau dương vật kéo dài.

- Thuốc tác động thần kinh trung ương

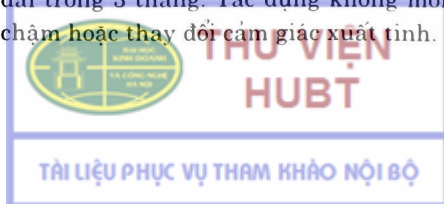
Apomorphin (2003): ngậm dưới lưỡi, là thuốc đồng vận với dopamin có tác động ở hệ thần kinh trung ương, thông qua nhân cạnh não thất ở vùng dưới đồi thị gây khởi phát cương dương vật khi có kích thích tình dục. Tỷ lệ thành công 46-55%. Có thể được chỉ định người bị đái tháo đường, thiếu máu cục bộ cơ tim, trầm cảm. Tác dụng không mong muốn là buồn nôn, nhịp tim nhanh.

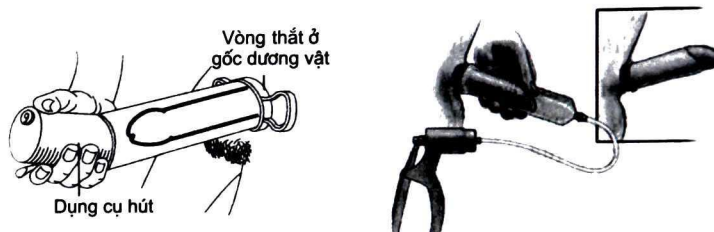
- Dùng nội tiết tố testosterone (Andriol)

* Chú ý đến nguy cơ bị ung thư tiền liệt tuyến ở người có tuổi nếu dùng kéo dài.

5.3. Dụng cụ bơm hút chân không

Chỉ định cho những bệnh nhân bị RLCD kéo dài, hay nguyên nhân do tâm lý, hoặc thất bại với các biện pháp khác. Dùng dụng cụ tạo một áp lực âm lên dương vật làm dương vật cương phồng lên, sau đó dùng một vòng thắt bằng cao su ở ngang gốc dương vật để duy trì sự cương cứng kéo dài. Phương pháp này có hiệu quả cao, tỷ lệ gây dương vật cương cứng đủ giao hợp chiếm đến 90%, thường sử dụng kéo dài trong 3 tháng. Tác dụng không mong muốn là đau, tê dương vật, xuất tinh chậm hoặc thay đổi cảm giác xuất tinh.





Hình 6.2. Dụng cụ bơm hút chân không

5.4. Đặt thể hang nhân tạo

Khi các biện pháp đều thất bại ở những bệnh nhân bị RLCD thực thể, có thể đặt thể hang nhân tạo. Cần tư vấn chu đáo vì phương pháp này có giá thành đắt, dễ bị nhiễm khuẩn. Nếu bị nhiễm khuẩn, phải lấy ra và dùng kháng sinh liều cao. Có thể đặt lại sau khi lấy ra từ 6 đến 12 tháng.

5.5. Các bài thuốc dân tộc hoặc y học cổ truyền

Có thể sử dụng các bài thuốc dân tộc hoặc y học cổ truyền vì có những bài thuốc tỏ ra có tác dụng rất tốt, cải thiện được tình trạng rối loạn này.

Lưu ý: tất cả các thuốc trên đều có những tác dụng đến hệ tim mạch. Vì vậy, không được tự mua thuốc sử dụng mà bắt buộc phải được thầy thuốc chuyên khoa khám bệnh, kê đơn và theo dõi.

VÔ SINH NAM

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Vô sinh nam là vô sinh nguyên nhân do nam giới trong khi chức năng sinh sản của người phụ nữ hoàn toàn bình thường. Vô sinh nam chiếm khoảng 30% các trường hợp vô sinh trên thế giới.

1.2. Nhắc lại sinh lý sinh sản

Tinh hoàn (tuyến sinh dục nam) là một tuyến vừa nội tiết vừa ngoại tiết.

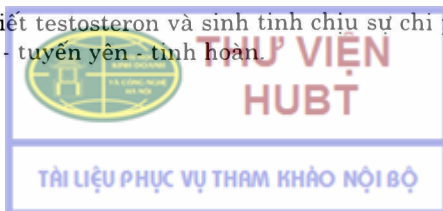
- Chức năng nội tiết: dưới tác dụng của LH tế bào Leydig, tinh hoàn tiết testosterone và testosterone liên quan đến điều chỉnh cơ chế hồi tác dưới đồi - tuyến yên - tinh hoàn.

- Chức năng của androgen (testosterone): hình thành và duy trì đặc điểm sinh dục nam thứ phát từ khi bắt đầu dậy thì, kích thích và duy trì sự phát triển hệ thống sinh sản nam, kích thích sản sinh tinh trùng. Cùng với FSH duy trì biểu mô mầm của ống sinh tinh, kích thích tổng hợp protein cho sự trưởng thành và phát triển khung xương, tham gia vào cơ chế điều hòa trục dưới đồi - tuyến yên - tinh hoàn, tác động đến hành vi giới tính. Trong huyết thanh, testosterone được kết hợp với protein tạo thành phức hợp globulin gắn hormon giới tính [sex-hormone-binding-globulin (SHBG)].

- Chức năng ngoại tiết: tinh hoàn có hai loại tế bào giữ chức năng ngoại tiết. Tế bào Sertoli là những tế bào tiết ra chất nuôi dưỡng và bảo vệ cho tinh trùng như colin, carnitin và kali. Tế bào mầm là những tế bào sinh sản sinh ra nguyên tinh bào, từ nguyên tinh bào chuyển thành tinh bào I (46 nhiễm sắc thể) sau đó giảm phân để trở thành tinh trùng chín muồi, tinh trùng non và cuối cùng là tinh trùng trưởng thành. Quá trình này xảy ra suốt từ ống sinh tinh cho đến mào tinh hoàn và khi được chuyển vào ống dẫn tinh, tinh trùng đã trưởng thành hoàn toàn.

Tế bào mầm của ống sinh tinh sản sinh ra tinh trùng. Từ tinh nguyên bào đến tinh bào gốc dẫn đến tinh trùng chín muồi (nature spermatid) mất khoảng 70-74 ngày. Từ ống sinh tinh đến mào tinh hoàn, tinh trùng phải di chuyển từ 12-21 ngày. Tại mào tinh hoàn, tinh trùng tiếp tục chín và được chuyển vận đến đuôi mào tinh hoàn. Đuôi mào tinh hoàn là vị trí thích hợp nhất cho dự trữ tinh trùng. Nếu không xuất tinh trong một thời gian thì tinh trùng tại đuôi mào tinh mất khả năng thụ tinh và bị thoái hóa.

Quá trình bài tiết testosterone và sinh tinh chịu sự chi phối theo cơ chế hồi tác của trục dưới đồi - tuyến yên - tinh hoàn.



- FSH: tác động trực tiếp vào tế bào mầm ống sinh tinh và tế bào Sertoli.
- LH: tác động vào tế bào Leydig sản xuất ra testosterone, quyết định kiểu hình nam và các biểu hiện sinh dục phụ.
- ACTH: của tuyến thượng thận bài tiết một số androgen để hỗ trợ testosterone.
- TSH: làm tăng tiêu thụ oxy và giúp kích thích sự chuyển hóa của tế bào sinh tinh.

Ở mào tinh hoàn, tinh trùng sống được 32-34 giờ, ở âm đạo sống được vài giờ, ở vòi tử cung sống được 24-72 giờ.

- Tuyến tiền liệt: tiết ra dịch có acid phosphatase, acid citric, kẽm và magiê. Túi tinh tiết ra dịch có fructose, prostaglandin và kali. Tất cả các dịch trên được gọi là tinh dịch vừa để nuôi dưỡng vừa để bảo vệ tinh trùng.

1.3. Sinh hóa tinh dịch

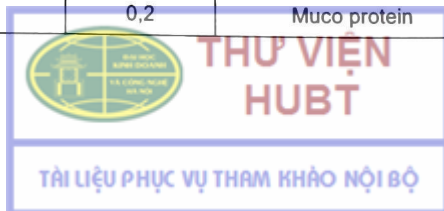
Những chất sinh hóa trong tinh dịch được chia làm 3 loại:

- Loại nuôi dưỡng tinh trùng chủ yếu là fructose được sản xuất ở túi tinh.
- Loại ảnh hưởng đến sự trưởng thành của tinh trùng là glycerophosphorylcolin và cartinin được sản xuất tinh hoàn.
- Loại ảnh hưởng đến sức di động và xâm nhập của tinh trùng là kẽm, acid phosphatase, citrat của tiền liệt tuyến.

Vì vậy, xét nghiệm sinh hóa fructose sẽ cho biết tình trạng túi tinh; cartinin cho biết về mào tinh hoàn; còn kẽm, acid phosphatase, citrat cho biết tình trạng tuyến tiền liệt.

Bảng 7.1. Thành phần sinh hóa của tinh dịch

Nơi sản xuất	Dung lượng (%)	Dung lượng (ml)	Thành phần	Tác dụng
Tinh hoàn			Tinh trùng	
Mào tinh hoàn	7	0,5	Glycero phosphorincolin carnitin (TB 900 nmol/ml)	Làm tinh trùng trưởng thành
Tiền liệt tuyến	20		Phosphatase acid (TB 300 nmol/ml hay 13 micromol/ml) kẽm, Mg (TB 5-23 mg/ml)	Nuôi dưỡng và bảo vệ tinh trùng
Túi tinh	70	2,5	Fructose (TB 13 micromol/ml) Prostaglandin	Nuôi dưỡng và bảo vệ tinh trùng
Tuyến Cooper	3	0,2	Muco protein	Làm trơn niệu đạo



Giảm nồng độ các chất biểu hiện các tuyến phụ của sinh dục bị suy giảm:

- Tuyến tiền liệt và túi tinh chịu ảnh hưởng của androgen.
- Viêm túi tinh làm giảm fructose và giảm khối lượng tinh dịch.
- Viêm tuyến tiền liệt làm giảm acid phosphatase, citrat và kẽm.

Viêm các tuyến phụ của đường sinh dục (đặc biệt là tuyến tiền liệt) là một nguyên nhân gây vô sinh vì làm giảm sự di động của tinh trùng. Carnitin có giá trị để phân biệt tinh hoàn còn bài tiết hay tắc thừng tinh. Khi hai ống dẫn tinh bị thất, nồng độ carnitin từ 900 sẽ giảm xuống còn 300 nmol/ml. Nếu vô sinh do nội tiết, nồng độ carnitin không giảm. Vô sinh do tắc ống dẫn tinh: tắc ở mào tinh hoàn và ống tinh chỉ làm giảm carnitin; còn fructose, phosphatase acid, citrat và kẽm bình thường.

2. PHÂN LOẠI VÔ SINH NAM

Hiện nay có nhiều cách phân loại vô sinh nam:

- Phân loại theo sinh lý tinh hoàn: bất thường do tạo tinh trùng (không sinh tinh trùng), bất thường do bài tiết tinh trùng (hẹp, tắc ống dẫn tinh, phóng tinh ngược dòng).

- Vô sinh nguyên phát - vô sinh thứ phát.

- Vô sinh đối chiếu với tinh hoàn: vô sinh trước tinh hoàn, vô sinh tại tinh hoàn, vô sinh sau tinh hoàn. Sự phân loại đối chiếu với tinh hoàn được công nhận nhiều nhất.

3. NGUYÊN NHÂN VÔ SINH NAM

3.1. Nguyên nhân trước tinh hoàn (còn được gọi là vô sinh do nguyên nhân nội tiết).

3.1.1. Rối loạn chức năng trục dưới đồi - tuyến yên

- Thiếu gonadotropin: là hội chứng Kallmann có tính chất di truyền do vùng dưới đồi không tiết ra gonadotropin nên bệnh nhân có tinh hoàn nhỏ, dậy thì muộn, mất khứu giác. Vì không có GnRH nội sinh nên có thể điều trị bằng GnRH ngoại sinh. Khi tiêm GnRH sẽ làm tuyến yên chế tiết FSH và LH.

- Thiếu LH đơn độc: tinh hoàn lớn nhưng tinh trùng rất ít, vú to. Xét nghiệm FSH bình thường nhưng LH và testosterone rất thấp.

- Thiếu FSH: tính sinh dục phụ bình thường và có tinh hoàn. Nồng độ LH và testosterone bình thường nhưng số lượng tinh trùng rất ít (không có tinh trùng hoặc tinh trùng rất ít). Nồng độ FSH rất thấp và điều trị bằng GnRH ngoại sinh không kết quả.



3.1.2. Rối loạn chức năng tuyến yên

Do khối u ở tuyến yên hoặc do tia xạ hay phẫu thuật làm tổn thương tuyến yên, dẫn đến làm giảm chức năng của tuyến sinh dục cũng như làm giảm tính sinh dục phụ.

- Rối loạn chức năng tuyến giáp thượng thận càng làm giảm chức năng tuyến sinh dục.

- U tuyến yên vi thể hay đại thể có tăng prolactin sẽ làm giảm chế tiết testosterone, LH, FSH, dẫn đến rối loạn sinh tinh, vú to, bất lực và giảm nam tính.

3.1.3. Rối loạn ngoài trục dưới đồi - tuyến yên

- Rối loạn chức năng tuyến giáp: suy hay cường tuyến giáp đều ảnh hưởng đến sinh sản nhưng cơ chế cho đến nay chưa biết rõ.

- Rối loạn nhiều nội tiết: rối loạn chức năng của nhiều tuyến.

- Rối loạn chức năng tuyến thượng thận:

- + Vô thượng thận tiết nhiều estrogen sẽ ức chế vùng dưới đồi, gây suy nhược tuyến sinh dục.

- + Khối u vô thượng thận tiết nhiều androgen 5 hoặc tât bẩm sinh thiếu 21-hydroxylase để tổng hợp cortisol nhưng lại tiết quá nhiều ACTH. Hậu quả là androgen tăng cao ức chế tiết gonadotropin khiến tinh hoàn không phát triển. Khi đó, tinh hoàn có kích thước rất nhỏ, tinh sinh dục phụ nam phát triển, dậy thì sớm, dương vật to. Điều trị bằng cortisol có kết quả nhưng với điều kiện là phải chẩn đoán đúng.

- Rối loạn chức năng gan: xơ gan làm teo tinh hoàn, bất lực, vú to, nồng độ testosterone giảm; LH, FSH, estrogen tăng. Điều trị GnRH có kết quả, vì vậy người ta cho rằng suy gan đã làm rối loạn chức năng trục dưới đồi - tuyến yên.

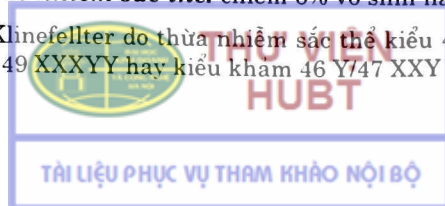
- Bệnh toàn thân gây suy thận (urê huyết cao) làm giảm tuyến sinh dục gây bất lực, rối loạn sinh tinh, vú to, testosterone giảm, gonadotropin tăng, tinh dịch đã có tinh trùng nhưng không chín muồi. Ghép thận sẽ cải thiện được tình trạng trên.

- Bệnh hồng cầu liềm: suy nhược tuyến sinh dục, dậy thì muộn, rối loạn phát triển hệ xương, tinh hoàn nhỏ, số lượng tinh trùng thấp, LH, FSH tăng hoặc giảm hoặc bình thường, testosterone thấp. Vì vậy, khó nhận định bệnh là nguyên phát (do tinh hoàn) hoặc thứ phát (do trục dưới đồi - tuyến yên) hoặc cả hai lý do trên.

3.2. Nguyên nhân tại tinh hoàn

3.2.1. Bất thường về nhiễm sắc thể: chiếm 6% vô sinh nam

- Hội chứng Klinefelter do thừa nhiễm sắc thể kiểu 47 XXY, 48XXXY, 48XXYY, 49 XXXXY, 49 XXXYY hay kiểu khảm 46 Y/47 XXY là loại lưỡng tính giả



nam, không có tinh trùng. Hình thái nam nghiêng về nữ, giảm nam tính và phát triển chậm. Tinh hoàn 2 bên nhỏ, mật độ cứng do xơ hóa hoặc thoái hóa kính, mào tinh hoàn bình thường, dương vật bình thường hoặc nhỏ. Lông mu hình tam giác kiểu nữ, vú to, không đau. Thân hình cao hơn so với cùng lứa tuổi hoặc người trong gia đình, thường dậy thì muộn, chậm phát triển trí tuệ, dễ đồng tính.

- Hội chứng: Reifenstein giống hội chứng Klinefelter nhưng không có NST giới tính với lỗi nhiễm đạo thấp, vô sinh.

- Hội chứng khảm Sandberg 46 XY/47 XXY hoặc hội chứng Ford 46 XX/47 XXY.

- Hội chứng đảo ngược giới tính là một dạng của hội chứng Klinefelter, có NST 46 XX, dáng người thấp hơn bình thường và lỗi nhiễm đạo thấp.

- Hội chứng XYY: tương đối hiếm, thể hình cao lớn quá cỡ, đa số các trường hợp có LH, testosterone bình thường, FSH thay đổi tùy theo mức thương tổn của tế bào mầm, thiếu tinh trùng hoặc không có tinh trùng. Bất thường về tâm thần, có xu hướng chống đối xã hội.

- Hội chứng Noonan hay hội chứng Turner nam có kiểu NST thể khảm XO/XY với nồng độ FSH, LH cao, giảm khả năng sinh sản, tinh hoàn thường lạc chỗ, sinh tinh giảm. Hình thái học giống như Turner: người thấp, cổ bạnh, xương trụ vẹo ngoài, vành tai thấp, có thể mắc bệnh tim mạch bẩm sinh.

3.2.2. Bất thường về cấu trúc mô học và vị trí

- Hội chứng không phát triển tế bào mầm chỉ có tế bào Sertoli: nam tính, LH và testosterone bình thường, FSH thường cao, tinh hoàn có mật độ và kích thước tương đối bình thường, vú không to.

- Teo tinh hoàn và thiếu tinh hoàn: hai tinh hoàn dính với nhau làm một khối trong hố chậu. Mào tinh hoàn tách rời tinh hoàn do phát triển không hoàn chỉnh về phôi thai học hoặc tinh hoàn nữ hóa với NST 46 XY.

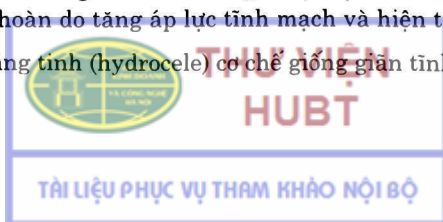
- Bất thường về vị trí: tinh hoàn ẩn hay lạc chỗ từ 2 tuổi trở lên làm rối loạn sản sinh tinh trùng do tinh hoàn không phát triển, tế bào mầm xơ hóa quanh ống tinh, ống tinh thoái hóa, tinh trùng non nhiều và không chịu được nhiệt độ cao quá 34°C.

3.2.3. Những bệnh lý gây rối loạn tuần hoàn

- Phẫu thuật làm xoắn ống tinh hoặc tổn thương động mạch tinh dẫn đến thiếu máu và teo tinh hoàn.

- Giãn tĩnh mạch thừng tinh: làm tăng nhiệt độ tinh hoàn, giảm lượng máu vào động mạch tinh hoàn do tăng áp lực tĩnh mạch và hiện tượng ngược dòng.

- Nang nước màng tinh (hydrocele) cơ chế giống giãn tĩnh mạch thừng tinh.



- Tự miễn dịch kháng lại tinh trùng.
- Tinh dịch thiếu các chất nuôi dưỡng và bảo vệ tinh trùng.
- Viêm tinh hoàn do virus hay vi khuẩn.
- Tinh hoàn bị nhiễm độc: các thuốc chống ung thư làm hủy hoại tế bào mầm và tế bào Leydig hoặc các thuốc kháng androgen như ma túy, thuốc hạ HA, thuốc chống trầm cảm, thuốc điều trị dạ dày. Ngoài ra, tia xạ > 600 rad sẽ tiêu diệt vĩnh viễn tế bào mầm, còn tế bào Leydig có khả năng chịu đựng cao hơn.

3.3. Nguyên nhân suy tinh hoàn

Có 2 hình thái: rối loạn vận chuyển tinh trùng và rối loạn di động về chức năng tinh trùng.

- Giải phẫu: thiếu ống tinh, túi tinh hoặc một phần mào tinh hoàn, ống tinh bị ngắt quãng.
- Viêm nhiễm gây hẹp hoặc tắc mào tinh hoàn hoặc ống dẫn tinh.
- Chấn thương do phẫu thuật: làm tổn thương đến thừng tinh hoặc mào tinh hoàn, triệt sản nam.

3.4. Thiếu năng tinh trùng không rõ nguyên nhân

Theo tiêu chuẩn của TCYTTC (1999): thiếu năng tinh trùng bao gồm các trường hợp tổng số tinh trùng trong mẫu tinh dịch dưới 40 triệu, tỉ lệ tinh trùng di động dưới 50%, tỉ lệ tinh trùng hình dạng bình thường dưới 30%. Đa số các trường hợp vô sinh nam có bất thường ở tinh dịch đồ là không rõ nguyên nhân. Nhiều biện pháp điều trị được đưa ra cho các trường hợp này như: điều trị nội khoa với nhiều thuốc khác nhau, bơm tinh trùng vào buồng tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm và các kỹ thuật tương đương. Tuy nhiên, không có biện pháp nào tỏ ra vượt trội hẳn. Hiện nay, người ta thường áp dụng thụ tinh trong ống nghiệm (có hoặc không có ICSI) cho các trường hợp thiếu năng tinh trùng cho tỉ lệ thành công cao hơn.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Khám lâm sàng

- Hỏi bệnh: cần khai thác kỹ về tiền sử. Hỏi về dậy thì để phát hiện bất thường về sinh dục, tinh hoàn xuống bìu khi nào, các phẫu thuật và chấn thương bộ phận sinh dục. Hỏi tiền sử nhiễm khuẩn, đặc biệt các bệnh LTQĐĐ. Các thuốc sử dụng lâu dài như thuốc hạ HA, hóa chất điều trị ung thư, thuốc điều trị dạ dày (tagamet), thuốc chống trầm cảm. Hỏi về lối sống, tiền sử hút thuốc lá, nghề nghiệp, tình trạng nhiễm xạ, có sử dụng ma túy hay không...

- Khám bệnh: quan sát hình thái học, chiều cao, cân nặng, sinh dục phụ, dương vật.



+ Thăm khám bìu ở tư thế đứng, tư thế nằm: sờ nắn tinh hoàn, đánh giá mật độ, kích thước.

+ Mào tinh hoàn: từ đầu (sát tinh hoàn) đến đuôi (tiếp với thừng tinh).

+ Tìm dấu hiệu giãn tĩnh mạch thừng tinh.

+ Dương vật: kích thước, vị trí, lỗ niệu đạo, mức độ cương cứng, kích thước khi cương và hướng dương vật.

+ Thăm trực tràng để đánh giá tuyến tiền liệt và túi tinh.

+ Các bệnh toàn thân khác.

4.2. Các thăm dò

4.2.1. Xét nghiệm tinh dịch đồ

Là xét nghiệm hàng đầu và cơ bản nhất trong thăm dò vô sinh nam.

- Cách lấy mẫu:

+ Phòng riêng biệt, kín đáo, sạch sẽ nên có phòng vệ sinh để tiện cho bệnh nhân.

+ Loại dụng cụ: bằng thủy tinh hay nhựa không độc, sạch, miệng rộng.

+ Phương pháp lấy mẫu: thủ dâm, lấy bằng tay. Rửa sạch tay trước khi lấy, không nên dùng bao cao su, cũng không lấy bằng xuất tinh ngoài âm hộ vì sẽ mất những giọt đầu chứa nhiều tinh trùng.

+ Thời gian kiêng giao hợp 3-5 ngày, tối thiểu 48 giờ và không quá 7 ngày. Nếu mẫu nghi ngờ nên làm lần 2 cách lần đầu ít nhất 7 ngày.

+ Thời điểm phân tích: càng sớm càng tốt, tối đa < 1 giờ.

- Đại thể: phân tích ở nhiệt độ phòng xét nghiệm.

- Độ li giải: bình thường tinh dịch tự li giải trong vòng 60 phút ở nhiệt độ phòng; trong tủ ấm 37°C, thời gian li giải từ 15-20 phút.

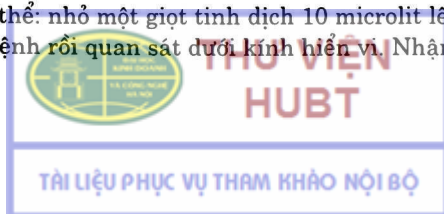
- Màu sắc: đồng nhất, màu xám trắng, đục. Nếu tinh dịch màu vàng là bị lẫn nước tiểu hoặc nhiễm khuẩn, nếu có màu hồng là lẫn máu, nếu loãng là ít hay không có tinh trùng.

- Khối lượng: ≥ 2 ml nên lấy hết lượng tinh dịch, nếu đánh đổ hoặc xuất ra ngoài phải ghi lại.

- Độ nhớt: dùng pipet nhỏ một giọt tinh dịch, bình thường giọt tinh dịch kéo dài < 2 cm.

- pH: 7,2 - 8. Nếu pH ≤ 6 thường gặp ở các trường hợp không có tinh trùng.

- Phân tích vi thể: nhỏ một giọt tinh dịch 10 microlit lên lam kính, đậy 1 lá kính nhỏ lên mẫu bệnh rồi quan sát dưới kính hiển vi. Nhận định các kết quả.



+ **Hiện tượng kết dính:** có kháng thể kháng tinh trùng (yếu tố tự miễn dịch) có thể dính đầu với đầu, đuôi với đuôi. Đa số tinh trùng di động.

+ **Kết thành đám:** tinh trùng chết thành đám và kết dính cùng với các tế bào khác.

+ **Độ di động (tính phần trăm):** thời gian đánh giá không quá 5 phút và theo các mức độ:

A: tinh trùng di động tiến nhanh.

B: tinh trùng di động tiến tới nhưng chậm.

C: tinh trùng di động nhưng không tiến tới.

D: tinh trùng không di động.

Bình thường $A > 25\%$ hoặc $A+B > 50\%$.

- **Số lượng tinh trùng (tính $10^6/\text{ml}$)**

Đếm bằng máy đếm hồng cầu hoặc dùng máy đếm Makler để đếm số lượng cũng như mức độ di động của tinh trùng nhưng máy đắt và không chính xác nếu tinh trùng ít. Tinh dịch phải được pha loãng 1/20 để đếm số lượng tinh trùng. Bình thường số lượng tinh trùng là $20 \times 10^6/\text{ml}$.

- Nếu thấy tế bào hình tròn có thể là bạch cầu hoặc tinh bào non. Nếu lượng tinh bào non $> 1 \times 10^6/\text{ml}$ phải nhuộm bạch cầu để đánh giá.

- **Tỉ lệ tinh trùng sống:** khi nhuộm tinh trùng bằng eosin/nigrosin: nếu tinh trùng sống có màu trắng do không bắt màu. Nếu tinh trùng chết có màu hồng. Tỉ lệ tinh trùng sống có thể dùng để so sánh với tỉ lệ tinh trùng di động để kiểm tra lại. Bình thường, tỉ lệ tinh trùng sống $> 75\%$.

- **Hình dạng tinh trùng (nhuộm bệnh phẩm bằng Papanicolaou).**

+ **Tinh trùng bình thường:** có hình bầu dục dài khoảng 4-5 micromet, cực đầu chiếm 40-70% chu vi đầu, đuôi dài 50 micromet, không xoắn. Tinh trùng trưởng thành không có hạt trong bào tương.

+ **Các loại hình dáng bất thường:**

• **Đầu:** to, nhỏ, nhọn hình kim (không có nhân), tròn do không có cực đầu, hai đầu.

• **Cổ:** không có cổ, cổ dài hay quá nhỏ.

• **Đuôi:** xoắn, ngắn, đuôi kép, gấp gẫy đuôi.

• **Tinh trùng non:** thường hình tròn, to hơn tinh trùng không có đuôi.

• **Tỉ lệ hình dạng bình thường $> 30\%$.**

Các trị số bình thường theo TCYTTG (1999)

Thể tích	> 2 ml
Độ li giải	< 60 phút
pH	7,2 - 8
Mật độ	> 20×10^6 /ml
Di động - A	> 25%
A + B	> 50%
Tỉ lệ sống	> 75%
Hình dạng bình thường	>30%
Bạch cầu	< 1×10^6 /ml

Một số thuật ngữ:

- Normozoospermia: tinh dịch đồ bình thường.
- Oligozoospermia: tinh trùng ít (mật độ < $20,10^6$ /ml).
- Asthenozoospermia: tinh trùng yếu (A < 25% và A+B < 50%).
- Teratozoospermia: tinh trùng dị dạng (hình dạng bình thường < 50%).
- Oligo-astheno-teratozoospermia (OAT): phối hợp cả 3 tình trạng trên.
- Azoospermia: tinh dịch không có tinh trùng.

4.2.2. Xét nghiệm hoạt động tinh trùng trong chất nhầy cổ tử cung (Hubner)

Lấy tinh dịch ở cổ tử cung sau giao hợp một giờ để quan sát số lượng tinh trùng hoạt động. Nếu có trên 10 tinh trùng hoạt động trên một kính trường là tốt. Nếu ít hơn là xấu.

4.2.3. Xét nghiệm nhiễm sắc thể

Tìm vật thể Barr ở niêm mạc để xác định giới tính và làm nhiễm sắc đồ để phát hiện nguyên nhân vô sinh do di truyền hoặc do bất thường về NST như hội chứng Klinefelter.

4.2.4. Định lượng LH, FSH, GnRH, testosterone

Để tìm nguyên nhân vô sinh do rối loạn trục dưới đồi - tuyến yên - tinh hoàn.

- Nếu FSH, LH cao: tinh hoàn bị tổn thương, không hồi phục, không có hy vọng điều trị nội khoa.

- FSH, LH và testosterone thấp: thiếu năng tinh hoàn do nguyên nhân ở trên tuyến yên. Có thể điều trị bằng GnRH.



- FSH, LH và testosterone bình thường: chứng tỏ nội tiết bình thường. Cần tìm nguyên nhân do khối u tuyến yên hơn là nguyên nhân suy tinh hoàn.

4.2.5. Sinh thiết tinh hoàn

Chỉ định cho những trường hợp không có tinh trùng hay thiếu tinh trùng nặng. Lợi ích của sinh thiết tinh hoàn:

- Chẩn đoán phân biệt vô sinh do tổn thương mô sinh tinh trùng và vô sinh do bài tiết.

- Phân định tổn thương mô học của ống sinh tinh tế bào Sertoli và tế bào Leydig.

- Đánh giá sự bất thường về hình dáng và cấu trúc của tinh trùng. Thực hiện sinh thiết tinh hoàn phải vô cảm tốt: gây mê hay gây tê tại chỗ và có thể làm nhiều lần.

- Nhận định kết quả sinh thiết tinh hoàn:

+ Không có tế bào mầm: ống sinh tinh bình thường nhưng không có tế bào mầm, chỉ có tế bào Sertoli với tương bào, đôi khi gặp một vài tế bào mầm thô sơ mà sự gián phân ngừng lại ở các giai đoạn nguyên tinh bào hay tế bào I, nhưng tế bào Leydig vẫn bình thường.

+ Xơ hóa quanh ống tinh rải rác: tế bào xơ hóa phát triển quanh các ống sinh tinh bóp nghẹt các ống sinh tinh bị xơ hóa làm rối loạn sự phát triển chín muồi của tinh trùng. Kết quả là có nhiều tinh trùng bất thường về hình thái và cấu trúc (nhân, đầu, đuôi) dẫn đến tỉ lệ tinh trùng có hình thái bất thường cao. Nhược điểm của sinh thiết tinh hoàn là đau, đôi khi chảy máu và không đếm được số lượng tinh trùng.

4.2.6. Xét nghiệm miễn dịch tìm kháng thể tự miễn kháng lại tinh trùng

Có từ 3-7% nam giới có kháng thể tự miễn kháng lại tinh trùng của bản thân mình. Tự miễn dịch có thể là hậu quả viêm tắc ống dẫn tinh, viêm tuyến tiền liệt, viêm tinh hoàn, sinh thiết hoặc những tổn thương dập nát tinh hoàn hoặc thất, buộc ống dẫn tinh. Cũng có tới 1/3 số trường hợp có kháng thể kháng tinh trùng mà không tìm thấy nguyên nhân. Các phản ứng trong xét nghiệm tìm kháng thể tự miễn bao gồm các xét nghiệm ngưng kết hoặc bất động tinh trùng. Gần đây, có các xét nghiệm tìm kháng thể IgG, IgM, IgA nằm trên bề mặt của tinh trùng; bản thân các kháng thể này không gây vô sinh nhưng khi kết hợp với các nguyên nhân khác sẽ gây vô sinh. Các kháng thể này có thể thấy ở huyết thanh, tinh dịch, trong chất nhầy cổ tử cung. Tỉ lệ có kháng thể kháng tinh trùng cao ở những người bị viêm nhiễm đường sinh dục hoặc phẫu thuật ở vùng sinh dục (30%) và tới 60% ở những người thất ống dẫn tinh.

4.2.7. Chụp ống dẫn tinh tìm vị trí tắc hoặc bán tắc của ống dẫn tinh

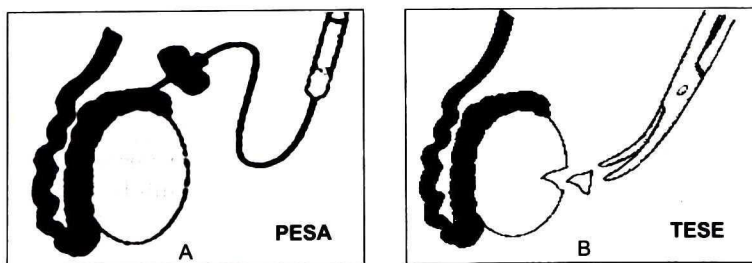
4.2.8. Định lượng các thành phần sinh hóa của tinh dịch

4.3. Thủ thuật chẩn đoán trong tắc ống dẫn tinh

- Chụp ống dẫn tinh qua bìu: rạch da bìu lộ thường tinh, bóc tách ống dẫn tinh khỏi bó mạch hiển vi, phẫu thuật phóng đại $\times 15$, dùng dao vi phẫu thuật rạch ngang ống dẫn tinh đến khi nhận ra lòng ống thì có thể có ít dịch chảy ra. Luồn catheter mạch máu số 24 vào ống dẫn tinh. Bơm thử dung dịch Ringer hoặc natri chlorid trước khi bơm thuốc cản quang. Nếu bơm dễ dàng thì đoạn ống dẫn tinh phía dưới không tắc. Bơm 25 ml chất cản quang qua catheter, sau khi bơm xong thì chụp ngay. Sau chụp, khâu lại vị trí chỗ mở ống dẫn tinh mũi rời bằng chỉ 8/0. Tỷ lệ thành công thấp, có thể bị tắc lại. Tai biến giống như thắt ống dẫn tinh trong đình sản. Hiện nay, thủ thuật này ít được áp dụng.

- Kỹ thuật chọc hút tinh trùng từ mào tinh qua da (percutaneous epididymal sperm aspiration - PESA) là phương pháp ít can thiệp nhất và chẩn đoán tắc ống dẫn tinh chính xác nhất. Thường nếu tắc ống dẫn tinh thì điều trị tiếp theo bằng phối hợp với kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (intracytoplasmic sperm injection - ICSI).

- PESA/ICSI (Percutaneous epididymal sperm aspiration/intra-cytoplasmic sperm injection): chọc hút mào tinh qua da kèm ICSI cho các trường hợp không có tinh trùng do tắc ống dẫn tinh để lấy tinh trùng tiêm vào bào tương trứng. Kỹ thuật này không gây đau đớn cho bệnh nhân, tuy nhiên đòi hỏi phẫu thuật viên phải có tay nghề cao.



Hình 7.1. Thủ thuật chẩn đoán tắc ống dẫn tinh. A: chọc hút tinh trùng từ mào tinh qua da; B: phân lập tinh trùng từ mô tinh hoàn.

- Chọc hút mào tinh vi phẫu (MESA) lấy tinh trùng. Kỹ thuật này phải mở bao tinh hoàn, bộc lộ mào tinh gây đau cho bệnh nhân. Kỹ thuật này hiện nay ít được dùng.

- Chọc hút tinh trùng từ tinh hoàn (testicular sperm aspiration - TESA): xuyên kim vào tinh hoàn, lấy các mẫu ống sinh tinh để tìm tinh trùng. Mẫu thu được sẽ có thể có một lượng rất ít tinh trùng trưởng thành về mặt hình thể có khả năng thụ tinh và có thể có rất nhiều tinh trùng non không có khả năng thụ tinh.

- Phân lập tinh trùng từ mô tinh hoàn (testicular sperm extraction - TESE): xẻ tinh hoàn và cắt lấy những phần mô nghi ngờ còn sinh tinh. Nuôi tinh tử trong môi trường đặc biệt để tạo thành tinh trùng trưởng thành. Tuy nhiên, khả năng thụ tinh với trứng của những tinh trùng này là rất hiếm. Hiện nay, trên thế giới, những em bé sinh ra từ tinh tử vẫn còn là những trường hợp cá biệt, chưa được khẳng định chắc chắn.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Loại trừ các hành vi sinh hoạt tình dục không bình thường

Sinh hoạt điều độ, tạo lối sống lành mạnh, bỏ những thói quen xấu như hút thuốc lá, dùng chỉ hay hạn chế những thuốc ảnh hưởng đến quá trình sinh sản, không mặc quần lót bó chặt, không ngâm vùng bìu trong nước ấm hoặc nóng quá lâu hoặc nước quá nóng, cải thiện môi trường trong lao động nếu nhiệt độ quá cao.

5.2. Điều trị ngoại khoa các trường hợp giãn tĩnh mạch thừng tinh

Phẫu thuật hay làm xơ các tĩnh mạch trong trường hợp giãn tĩnh mạch thừng tinh. Mổ lộn màng tinh trong trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn.

- Cắt bỏ những đoạn thừng tinh bị tắc hoặc hẹp và nối lại thừng tinh.

- Nối lại ống dẫn tinh đã cắt và thắt hoặc cắt do phẫu thuật khác ở vùng bìu làm tổn thương. Vì phẫu thuật nối ống dẫn tinh: chỉ phù hợp với một số chỉ định, nên thực hiện nếu người vợ trẻ tuổi, không có vấn đề về vô sinh.

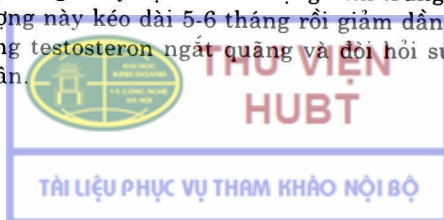
5.3. Điều trị viêm nhiễm

Đặc biệt là do Chlamydia, tránh không để bị nhiễm virus quai bị. Nếu nhiễm virus quai bị, phải nằm nghỉ tại giường 21 ngày tránh biến chứng viêm tinh hoàn dẫn đến xơ tinh hoàn.

5.4. Điều trị bằng nội tiết

5.4.1. Dùng testosterone

Với liều 200 mg/tuần, thấy xuất hiện ngừng sinh tinh trùng ở tuần lễ thứ 4 khi nồng độ testosterone đạt đến 1800 mg. Sau 2-3 tháng, sự sinh tinh trùng hồi phục và có hiệu ứng nhảy vọt nên số lượng tinh trùng có khi tăng đến $30-40 \times 10^6/\text{ml}$. Hiện tượng này kéo dài 5-6 tháng rồi giảm dần. Hiện tượng nhảy vọt này cho phép dùng testosterone ngắt quãng và đòi hỏi sự kiên trì của cả thầy thuốc và bệnh nhân.



- Chỉ định cho những trường hợp vô sinh mà có gonadotropin tương đối bình thường và các tổn thương tinh hoàn có thể đảo ngược: nghĩa là các ống sinh tinh có kích thước bình thường, không bị xơ hóa hay chỉ bị xơ hóa một phần, vẫn còn tế bào Sertoli và trong ống sinh tinh có nguyên tinh bào hoặc tinh bào I, tinh bào II.

5.4.2. Điều trị bằng gonadotropin

- HCG hoặc HMG có tác dụng giống như LH và FSH làm tăng sự sinh sản và di động của tinh trùng.

- Pergonal (75 đơn vị FSH và 75 đơn vị LH) 3 lần/tuần. Cũng có thể dùng GnRH để kích thích tuyến yên tiết FSH và LH. Gonadotropin chỉ có tác dụng với những trường hợp giảm tuyến sinh dục thứ phát.

- Chống chỉ định khi có hiện tượng ngừng sinh tinh hoặc nồng độ gonadotropin cao.

5.4.3. Clomiphen citrat

Là một chất kháng lại estrogen có tác dụng tranh chấp thụ thể của estrogen tại trục dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng nên làm tăng LHRH, FSHRH và gonadotropin sẽ kích thích tế bào Leydig tiết nhiều testosterone để duy trì sự sản sinh tinh trùng.

Trên lâm sàng, clomiphen làm tăng số lượng và di động của tinh trùng và làm giảm số lượng tinh trùng dị dạng. Mặt khác, clomiphen làm tăng hoạt tính của phosphatase acid, tăng nồng độ kẽm và magne trong tinh dịch, tăng khả năng nuôi dưỡng và bảo vệ tinh trùng của tinh dịch.

Liều trung bình: 25-50 mg/ngày x 20-25 ngày, dùng trong một tháng, kéo dài 3-6 tháng. Thông thường liều sử dụng là 20 mg/ngày.

5.4.4. Điều trị nguyên nhân do bị miễn dịch

- Dùng bao cao su khi giao hợp (trừ ngày phóng noãn): để hạn chế tinh trùng gây sản sinh ra kháng thể kháng tinh trùng ở chất nhầy cổ tử cung. Phương pháp này có kết quả tới 50% nếu nồng độ kháng thể ở chất nhầy cổ tử cung thấp.

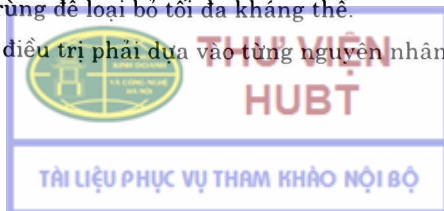
- Điều trị bằng corticoid:

+ Theo Schulman (1982), dùng methyl prednisolon 90 mg/ngày trong 7 ngày, uống song song với kinh nguyệt của người vợ đến đến lúc phóng noãn sẽ cho kết quả.

+ Theo Hans (1981): dùng prednisolon hay dexamethazon 0,5-15 mg/ngày không kéo dài liên tục. Tuy nhiên, liều lượng, chỉ định dùng corticoid cho đến nay vẫn chưa được chuẩn hóa, do vậy điều trị tự miễn là rất khó khăn.

- Lọc rửa tinh trùng để loại bỏ tối đa kháng thể.

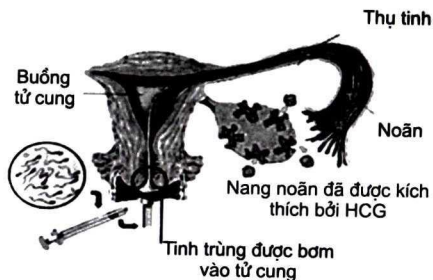
Nói chung, việc điều trị phải dựa vào từng nguyên nhân gây vô sinh.



5.5. Hỗ trợ sinh sản

5.5.1. Thụ tinh nhân tạo bằng bản tinh trùng của chồng (IUI)

Được chỉ định trong những trường hợp: vợ có vòi tử cung thông nhưng chồng bất thường tinh trùng thể nhẹ, hoặc vợ tổn thương ống cổ tử cung (chít hẹp, dị dạng...) và các trường hợp vô sinh không rõ nguyên nhân.



Hình 7.2. Thụ tinh nhân tạo bằng bơm tinh trùng (IUI)

Số lượng tinh trùng di động tối thiểu đưa vào buồng tử cung để IUI có thể thành công được ghi nhận là 1 triệu. Nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ cho thấy, hầu như không có trường hợp nào có thai nếu số lượng tinh trùng di động đưa vào buồng tử cung dưới 2 triệu và tổng số tinh trùng di động tối thiểu trong mẫu tinh dịch ban đầu phải đạt trên 10 triệu. Nói chung, kết quả của IUI thấp hoặc không kết quả nếu thiếu năng tinh trùng vừa hoặc nặng. Tỷ lệ thành công của một chu kỳ điều trị IUI cho những trường hợp thiếu năng tinh trùng nhẹ thường vào khoảng 10%.

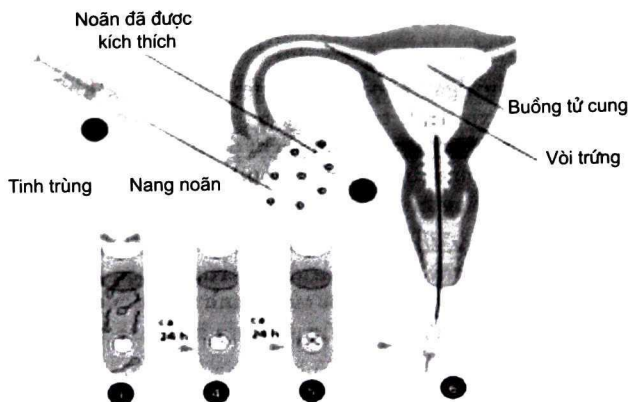
Rối loạn phóng tinh: bất lực, lở đài thấp, dương vật cong, lượng tinh dịch ít, thiếu tinh trùng. Tinh trùng không qua được cổ tử cung, vô sinh không rõ nguyên nhân, nên lấy những giọt đầu của tinh dịch. Nếu sử dụng tinh trùng được lọc rửa thì tỷ lệ thành công sẽ cao hơn. Bình thường, tỷ lệ thành công ở mỗi chu kỳ kinh nguyệt từ 5-7%.

Cũng có thể thụ tinh nhân tạo bằng tập trung vài lần tinh trùng của chồng được bảo quản lạnh bằng nitơ lỏng (-196°C). Khi vợ hành kinh, cứ 3 ngày lấy tinh dịch một lần, như thế tổng cộng 4 lần rồi thực hiện như trên.

5.5.2. Thụ tinh trong ống nghiệm

Dùng thuốc kích thích cho buồng trứng phát triển nhiều nang rồi chọc hút lấy noãn chín của buồng trứng và nuôi tinh dịch đặc biệt cho noãn trưởng thành, rồi nhỏ 1 giọt có khoảng 100.000 tinh trùng/ml vào môi trường có noãn đã phát triển hoặc tiêm 1 tinh trùng vào noãn (ICSI). Sau đó, quan sát phôi phát triển tốt thì đưa phôi vào buồng tử cung.

Nguyên tắc của thụ tinh ống nghiệm là kích thích buồng trứng để nhiều nang noãn phát triển trong một chu kỳ. Chọc hút nang noãn để lấy noãn ra ngoài cơ thể. Cho tinh trùng và noãn tiếp xúc với nhau ngoài cơ thể (trong phòng thí nghiệm). Ở đó, phôi được hình thành và phát triển sẽ được chuyển trở lại buồng tử cung của người phụ nữ.



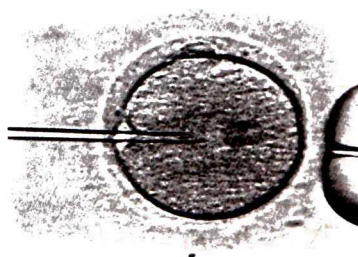
Hình 7.4. Quy trình IVF

Bình thường, cần phải có từ 50.000-100.000 tinh trùng di động để có thể thụ tinh một noãn trong môi trường nhân tạo. Người ta thấy rằng, nếu số lượng tinh trùng di động có được sau khi lọc rửa dưới 0,51 triệu thì tỉ lệ thụ tinh của noãn khi thực hiện IVF rất thấp, đồng thời tỉ lệ không có thụ tinh hoàn toàn và không có phôi chuyển rất cao. Có được từ 0,5-1 triệu tinh trùng di động sau lọc rửa, số lượng tinh trùng di động trong mẫu tinh dịch ban đầu phải đạt tối thiểu 5 triệu/ml, IVF thường chỉ được áp dụng cho những trường hợp thiếu năng tinh trùng nặng hay thiếu năng tinh trùng nhẹ đã thất bại với nhiều chu kỳ IUI.

5.5.3. Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI).

Được chỉ định cho tất cả các trường hợp vô sinh nam, trừ trường hợp không có sinh tinh hoàn toàn. ICSI có thể thực hiện với tinh trùng từ tinh dịch, tinh trùng hút từ mào tinh hay tinh trùng sinh thiết từ tinh hoàn.

Nguyên tắc ICSI: tiêm trực tiếp 1 tinh trùng vào bào tương noãn trưởng thành để tạo phôi.



Hình 7.5. Bơm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI)

Tinh trùng được lấy từ mào tinh và thụ tinh cho noãn bằng kỹ thuật ICSI (PESA/ICSI), hoặc từ tinh hoàn (TESE, MESA).

5.5.4. Các thủ thuật liên quan khác

Đông tinh trùng: những người nam giới trước khi đi xa hoặc điều trị tia xạ, hóa chất có thể gửi tinh trùng trữ lạnh. Cần phân tích chất lượng tinh trùng trước đông để khi rã đông sẽ có những chỉ định thích hợp cho mẫu tinh trùng đó. Nếu chất lượng tinh trùng tốt có thể rã đông sử dụng cho IUI, nếu chất lượng kém cần làm IVF hoặc IVF/ICSI để đảm bảo khả năng thụ tinh giữa tinh trùng và trứng.

Đông trứng: trong ngày chọc hút trứng, nếu chồng không lấy được tinh trùng và không muốn xin tinh trùng của người khác thì phải đông trứng cho người vợ. Ngoài ra, kỹ thuật này còn được chỉ định cho các trường hợp xin trứng mà chưa chuẩn bị niêm mạc tử cung phù hợp hoặc trước khi điều trị tia xạ, hóa chất. Trứng sau khi rã đông muốn thụ tinh được phải làm ICSI.

Cho-nhận phôi, trứng, tinh trùng: có nhiều trường hợp không có tinh trùng hoặc không có trứng. Vì vậy, cần phải dùng trứng hoặc tinh trùng của người cho. Một số trường hợp không có phôi của chính mình mà muốn có con có thể xin phôi hiến.

Tóm lại, vô sinh nam là một trong những nguyên nhân gây nên vô sinh. Trong đó, thiếu năng tinh trùng chiếm đa số các nguyên nhân gây vô sinh nam. Hiện nay, có nhiều phương pháp và kỹ thuật để chẩn đoán và điều trị; kết quả điều trị phụ thuộc rất nhiều vào khả năng sinh sản của người phụ nữ.

CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI NAM GIỚI

Mặc dù các biện pháp tránh thai (BPTT) cho nam giới không phong phú, đa dạng như cho nữ giới nhưng nam giới đóng vai trò quan trọng trong vấn đề sử dụng các BPTT cả cho cả nam và nữ. Ngoài những biện pháp cổ điển, hiện nay, việc nghiên cứu các BPTT bằng nội tiết đang được tiến hành và vẫn còn nhiều tranh luận về kết quả cũng như khả năng thực thi cho cộng đồng.

1. XUẤT TINH NGOÀI ÂM ĐẠO

Còn gọi là phương pháp giao hợp ngắt quãng vì quá trình giao hợp vẫn xảy ra bình thường, chỉ khi sắp xuất tinh mới rút dương vật để phóng tinh ra bên ngoài âm đạo. Vì vậy, phương pháp này còn được gọi là giao hợp không hoàn chỉnh hay là phương pháp rút ra ngoài (withdrawl). Phương pháp này đòi hỏi sự quyết tâm cao của cả hai người nam và nữ bởi vì khi phóng tinh là lúc đạt cực khoái cho cả nam và nữ thì lại rút dương vật ra ngoài. Tuy nhiên, nếu hiểu rõ cơ chế và có sự phối hợp của hai người thì sẽ quen và vẫn đạt được khoái cảm.

- Ưu điểm: dễ sử dụng, rẻ tiền, không mất thời gian chuẩn bị trước giao hợp, có thể thực hiện bất cứ lúc nào.

- Nhược điểm:

- + Không đạt được khoái cảm cho cả nam và nữ.

- + Không rút kịp dương vật ra ngoài âm đạo, dễ có thai vì tinh trùng nhiều ở một, hai giọt đầu tiên được phóng ra, vì vậy phải phóng tinh xa lỗ âm đạo.

- + Quanh ngày phóng noãn, dịch nhầy cổ tử cung nhiều, có thể bám ở quanh âm hộ nên có thể hút tinh trùng và có thể có thai.

- + Nếu giao hợp lần sau thì phải đi tiểu và rửa dương vật vì những tinh trùng ở niệu đạo hoặc dương vật có thể gây có thai được.

- + Đòi hỏi sự thông cảm và kiên quyết của cả nam và nữ.

- + Không tránh được các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Tỉ lệ thất bại của phương pháp này khá cao, do không rút dương vật ra khỏi âm đạo kịp thời, hoặc do phóng tinh gần lỗ âm đạo.

2. BAO CAO SU (CONDOM)

Phương pháp này đã có từ lâu đời và có hiệu quả cao. Hiện nay, bao cao su được sản xuất bằng cao su với chất lượng cao, dai, mỏng, mềm, tiếp xúc truyền nhiệt tốt để không làm giảm khoái cảm khi giao hợp.



Ưu điểm: tiện lợi, dễ sử dụng, rẻ tiền; **tránh được** các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Hiện nay, có nhiều loại bao cao su dành cho nam và nữ, có mùi hoa quả làm tăng tính hấp dẫn.

Nhược điểm: do không quen nên lúc đầu có một số phụ nữ bị dị ứng hoặc kích thích nhẹ. Đôi khi nam giới có cảm giác giảm khoái cảm, nhưng nếu dùng quen thì vẫn đạt được cực khoái. Mặt khác, sử dụng bao cao su có thể làm chậm xuất tinh làm tăng thời gian giao hợp.

Lưu ý: nếu dùng bao cao su mục đích để tránh thai thì có thể mang khi sắp xuất tinh, nhưng có những trường hợp bị ngắt quãng và mất thời gian nên làm mất “tính liên tục” của cuộc giao hợp nên mất hưng phấn và không xuất tinh được. Nếu không rõ bạn tình hoặc để phòng lây nhiễm bệnh thì phải mang bao cao su ngay từ đầu, trước khi giao hợp, không được để dương vật trực tiếp với cơ quan sinh dục nữ vì ngay chỉ tiếp xúc bên ngoài thì các dịch tiết vẫn có thể làm lây bệnh.

Phải rút dương vật ra khỏi âm đạo khi dương vật còn cương, nếu dương vật đã xù thì tinh dịch sẽ tràn qua miệng bao cao su làm cho có thai ngoài ý muốn. Thất bại của phương pháp này là rút bao ra không kịp thời hoặc bao bị rách khi giao hợp, vì vậy, phải kiểm tra chất lượng bao trước khi sử dụng như thời hạn sử dụng, vỏ bao bị rách hay nhàu nát hay không. Nếu nghi ngờ bao kém chất lượng hoặc có nguy cơ rách thì bỏ không dùng.

Cả hai phương pháp trên, nếu nghi ngờ bị thất bại, có khả năng có thai thì nếu chậm kinh 10 ngày phải xét nghiệm để phát hiện có thai.

3. ĐÌNH SẢN NAM

Đình sản nam là một BPTT mục đích không cho tinh trùng gặp noãn bằng thắt cắt ống dẫn tinh. Hiện nay, sử dụng phương pháp thắt ống dẫn tinh không dùng dao, nghĩa là dùng một loại dụng cụ đặc biệt, nâng thừng tinh lên, rồi chọc một lỗ ở da bìu để tìm ống dẫn tinh. Phương pháp này chỉ cần gây tê tại chỗ, thực hiện trong khoảng 7 đến 10 phút và không để lại sẹo dính. Tai biến dễ bị nhiễm khuẩn và chảy máu vùng bìu. Hiệu quả tránh thai cao, không cần nhớ hoặc chuẩn bị khi sinh hoạt tình dục và cũng không ảnh hưởng đến sức khỏe chung và tình dục. Sau khi thắt ống dẫn tinh, phải sử dụng bao cao su trong 20 lần đầu giao hợp sau phẫu thuật hoặc kiêng 3 tháng để không còn tinh trùng nằm trong túi tinh thì mới đảm bảo không có thai.

3.1. Định nghĩa

Triệt sản nam là một biện pháp tránh thai mục đích không theo tinh trùng gặp noãn bằng thắt và cắt ống dẫn tinh. Tuy nhiên, nếu muốn có thai thì có thể nối lại được, nhưng phẫu thuật nối ống dẫn tinh thường khó khăn và cho kết quả không cao.



Trước kia, người ta phải rạch da bìu 2 cm để tìm thường dẫn tinh rồi bọc lỗ ống dẫn tinh để thắt và cắt. Năm 1874, Bác sĩ Li Hungiang, người Trung Quốc, lần đầu tiên áp dụng phương pháp thắt ống dẫn tinh không dùng dao. Nghĩa là dùng một loại dụng cụ đặc biệt, nâng thường tinh lên, rồi chọc một lỗ ở da bìu để tìm ống dẫn tinh. Phương pháp này chỉ cần gây tê tại chỗ, thời gian thực hiện hết khoảng 7 đến 10 phút và không để lại sẹo dính nên được toàn thế giới chấp nhận và sử dụng.

3.2. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định: nam giới tuổi từ 35 trở lên có đủ số con theo yêu cầu mà con bé nhất là 3 đến 5 tuổi, khỏe mạnh. Vì là một biện pháp tránh thai rất khó hồi phục, vì vậy cần phải giải thích kỹ cho khách hàng hiểu. Nếu còn lưỡng lự hoặc băn khoăn thì không sử dụng biện pháp này.

- Chống chỉ định: thoát vị bẹn, giãn tĩnh mạch thường tinh, tràn dịch màng tinh, nhiễm khuẩn đường sinh dục, tiểu đường.

3.3. Thuận lợi và không thuận lợi

- Thuận lợi: hiệu quả tránh thai cao, phẫu thuật một lần tránh thai vĩnh viễn, không cần nhớ hoặc chuẩn bị khi sinh hoạt tình dục, không ảnh hưởng đến sức khỏe chung và tình tục, tác dụng phụ không đáng kể nếu chỉ định đúng và kỹ thuật tốt. Phẫu thuật đơn giản, nhanh, không phải nằm viện.

- Không thuận lợi: phải thực hiện ở cơ sở y tế có đủ phương tiện. Phải được nhân viên có đủ kiến thức và đã được đào tạo thực hiện, khó hồi phục.

3.4 .Tai biến

- Chảy máu: tuy ít xảy ra, nhưng nếu kỹ thuật không tốt thì có thể gây chảy máu và tụ lại ở vùng bìu vì chạm vào hệ mạch máu thường tinh và tĩnh mạch bìu. Điều trị là nằm nghỉ ngơi, dùng silip chặt, nâng cao vùng bìu. Dùng kháng sinh toàn thân vài ngày sẽ hết. Nếu vùng bìu sưng to thêm nghĩa là máu vẫn tiếp tục chảy thì phải mở ra để cầm máu. Khi mở cầm máu, phải được thực hiện ở nơi có đủ điều kiện để thực hiện một phẫu thuật trung phẫu. Nếu khối máu không to lên, sau vài ngày khi đã ổn định thì rạch lấy máu cục, rồi rửa bằng nước oxy già vài ngày sẽ thành sẹo.

- Nhiễm khuẩn: thường gặp do vệ sinh không tốt, vùng bìu nóng, sưng to. Nếu nặng có thể bị sốt. Điều trị kháng sinh liều cao, nằm nghỉ ngơi, dùng silip nâng cao bìu. Nếu tinh hoàn hoặc mào tinh hoàn viêm, cần phải được điều trị bằng kháng sinh liều cao hơn thậm chí là phải tiêm.

- U hạt ống dẫn tinh.



- Sau khi thắt ống dẫn tinh, khách hàng phải được nằm nghỉ ngơi vài giờ. Không đi xe đạp ngay sau phẫu thuật sẽ có nguy cơ chảy máu, nhiễm khuẩn, tránh ngâm nước vùng sinh dục. Tốt nhất là nghỉ ngơi sau 2 ngày có thể trở lại sinh hoạt bình thường. Phải dùng bao cao su khi sinh hoạt tình dục 20 lần đầu tiên sau phẫu thuật vì số lượng tinh trùng vẫn còn nằm trong túi tinh.

- Đánh giá kết quả là tốt khi không có tinh trùng trong hai mẫu xét nghiệm tinh kế tiếp nhau.

Với những người có bệnh lý (nhiễm khuẩn vùng bìu, bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm mào tinh, tràn dịch màng tinh, thoát vị bẹn, u trong bìu, giãn tĩnh mạch trong bìu, rối loạn đông máu) và những người độc thân thì tuyệt đối không được thực hiện triệt sản nam.

Thắt ống dẫn tinh không phải là biện pháp tránh thai duy nhất cho nam giới và cũng không ngăn tránh được các bệnh lây qua đường tình dục. Thắt ống dẫn tinh chỉ có vài phút nhưng nối ống dẫn tinh phải mất 1 tiếng 30 phút với các bác sĩ có tay nghề và chuyên khoa sâu mới thực hiện được. Tỷ lệ thành công tùy theo trường hợp từ 70-90%, nếu triệt sản càng lâu thì tỷ lệ thành công càng thấp. Vì vậy, hiện nay việc thắt ống dẫn tinh không được khuyến khích sử dụng.

4. TRÁNH THAI BẰNG HORMON

4.1. Nghiên cứu sử dụng hormon để tránh thai nam giới

Hiện tại, có thể tạm chia các phương pháp tránh thai nam ra làm ba nhóm: ức chế sự sản sinh tinh trùng, ngăn sự trưởng thành của tinh trùng, và ngăn chặn sự vận chuyển tinh trùng. Trong đó, phương pháp sử dụng hormon với mục tiêu ức chế sinh tinh được cho là có tiềm năng trở thành hiện thực dựa trên những tiến bộ rất đáng ghi nhận gần đây của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGG). Các thử nghiệm đa trung tâm về hiệu quả thuốc tránh thai nam cho thấy phương pháp này làm gián đoạn việc sản xuất tinh trùng nhưng lại không làm mất đi nam tính. Các nhà khoa học Australia đã nghiên cứu một công thức tổng hợp bao gồm việc cấy vào cơ thể 4 tháng một lần hormon sinh dục nam testosterone, và tiêm 3 tháng một lần hormon progesteron DMPA, cũng chính là hormon sử dụng trong thuốc tránh thai của nữ giới. Phương thức tránh thai này giúp ngăn chặn não kích thích việc sản xuất tinh trùng. Phương thức này không buộc người sử dụng phải nhớ uống thuốc hàng ngày như ở thuốc tránh thai nữ giới. Các nhà nghiên cứu đã thử nghiệm thành công nhiều lần trên động vật thực nghiệm.

Cuối thập niên 70, thử nghiệm lâm sàng đánh giá khả năng ức chế sinh tinh bằng hormon đã được triển khai. Thử nghiệm đa trung tâm đầu tiên của TCYTGG bao gồm tiêm bắp 200mg testosterone enanthate (TE) mỗi tuần, không sử dụng biện pháp tránh thai nào. Thử nghiệm này bước đầu đạt một số thành

quá nhất định như: 2/3 trường hợp cho thấy không có tinh trùng (azoospermia), số còn lại đạt thiếu tinh trùng (oligozoospermia) nặng, chỉ có 1 ca có thai trên 137 cặp vợ chồng tham gia, tất cả tuân thủ điều trị và chấp nhận được tác dụng phụ của thuốc. Điều thú vị là người Châu Á đạt tỉ lệ không có tinh trùng cao hơn chủng người da trắng (90% so với 60%).

Nồng độ tối đa androgen trong tinh hoàn là chìa khóa của cơ chế ức chế sinh tinh. Nếu liều testosterone (đơn liều hay kết hợp với những thành phần kháng gonadotropin) đủ để ức chế gonadotropin xuống mức độ thấp, thì chức năng của tế bào Leydig sẽ bị phong tỏa. Tuy nhiên, ranh giới giữa thành công và thất bại rất mong manh. Vì nếu liều kháng gonadotropin quá thấp thì tác dụng ức chế testosterone trong tinh hoàn không đạt được theo ý muốn. Nhưng nếu thành phần androgen quá cao thì sẽ ảnh hưởng lên sự sinh tinh. Trong thực tế vẫn còn những thách thức:

- Thiếu sự đồng đều (để đạt kết quả không có tinh trùng) trong quá trình sử dụng thuốc tránh thai nam. Cụ thể là chủng người da trắng vẫn còn có một nhóm không đáp ứng với điều trị và không đạt được kết quả không có tinh trùng. Các nhà khoa học của TCYTTG đã phân tích nhiều dữ liệu như nhân trắc học, tình dục, sinh hóa nhưng chỉ tìm thấy một số đặc điểm như: những người nam này (đạt được kết quả không có tinh trùng) có tỉ lệ suy giảm sinh tinh và hồi phục sinh tinh rất nhanh, nồng độ FSH trước khi tham gia cao, phản ứng dội (rebound) của gonadotropin sau điều trị kéo dài hơn.

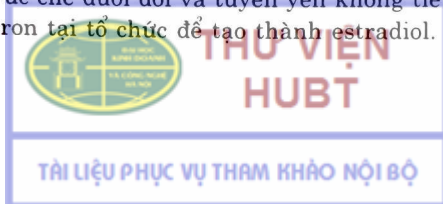
- Các dạng thuốc tránh thai hiện nay vẫn chưa được xác định rõ. Nên dùng đơn liều hay dùng kết hợp, liều dùng, phương thức dùng thuốc thích hợp vẫn còn gây tranh luận.

- Tác dụng phụ ngắn hạn và dài hạn của thuốc cần được cân nhắc kỹ lưỡng. Trong những thử nghiệm gần đây, nguyên nhân khiến người dùng ngưng sử dụng thuốc là: nổi mụn, thay đổi tính khí, hành vi và ham muốn tình dục. Ngoài ra, cần có thêm những nghiên cứu về ảnh hưởng của thuốc lên các bệnh lý tiền liệt tuyến, hoạt động tình dục, tâm lý. Thuốc tránh thai bằng hormon phải dựa trên sinh lý sản sinh tinh trùng.

4.2. Cơ chế điều hòa sản sinh tinh trùng

Tinh hoàn là cơ quan vừa nội tiết, vừa ngoại tiết. Tinh trùng được sản sinh tại các ống sinh tinh do các tế bào mầm và tế bào Sertoli, còn testosterone được sản xuất tại tổ chức kẽ và tế bào Leydig.

Vùng dưới đồi bài tiết hormon GnRH theo nhịp xung và kích thích tuyến yên bài tiết FSH và LH. LH sẽ kích thích tế bào Leydig tiết testosterone. Nồng độ testosterone cao sẽ ức chế dưới đồi và tuyến yên không tiết FSH và LH, tăng sự thơm hóa testosterone tại tổ chức để tạo thành estradiol. Khi nồng độ FSH,



LH thấp sẽ làm cho tinh hoàn không sản xuất tinh trùng. Mục đích tránh thai nam giới bằng hormon là ức chế quá trình sản sinh tinh trùng, làm giảm số lượng, chất lượng và tốt nhất là không có tinh trùng sẽ tránh được có thai. Theo nghiên cứu của TCYTTG, khi mật độ tinh trùng dưới 3.196/ml tinh dịch thì tỉ lệ có thai là 1,4/100 trường hợp trong một năm, tương đương với thất bại của viên thuốc tránh thai.

Khi ức chế được tiết FSH thì giảm được số lượng tinh trùng nhưng vẫn còn khả năng có thai cao. Nếu không chế được FSH và LH thì không có tinh trùng nhưng lại giảm ham muốn tình dục, các tính sinh dục phụ khác, giảm nam tính, vì vậy các hormon ức chế gonadotropin cần phải bổ sung thêm androgen. Hormon tránh thai nam dựa trên các yếu tố: ức chế FSH, LH; giảm nồng độ testosterone trong tổ chức kẽ của tinh hoàn và giảm sinh tinh trùng; bổ sung testosterone để cải thiện tính năng của nam giới. Do vậy, cần bổ sung chất ức chế gonadotropin tương tự như GnRH và một vài steroid khác với đường dùng là uống, dán hoặc tiêm.

- Hormon androgen đơn thuần: loại tác dụng ngắn, phải tiêm hàng tuần là testosterone enanthate; loại tác dụng kéo dài là testosterone buciclate và testosterone undecanoate, hoặc loại tiêm dưới da là 7'-methyl-19-nortestosterone. Nhược điểm là gây tác dụng không mong muốn như tăng cân, cương tức vú, giảm nồng độ HDL.

+ Testosterone enanthate: tiêm bắp hàng tuần liều 200 mg, xét nghiệm 6 tháng sau dùng thuốc không thấy tinh trùng trong tinh dịch, nhưng cũng còn nhiều tranh luận về kết quả.

+ Testosterone buciclate: thời gian bán hủy là 29,5 ngày, cao hơn rất nhiều so với testosterone enanthate (4,5 ngày). Tuy nhiên, còn ít kết quả nghiên cứu về tác dụng của chất này nên chưa đưa vào sản xuất và sử dụng đại trà.

+ Testosterone undecanoate: nghiên cứu từ 1978 dưới dạng viên. Uống liều 240 mg trong 12 tuần, nhưng chỉ có 8 người giảm được tinh trùng ở mức độ không có thai. Có thể do thời gian bán hủy nhanh nên tác dụng kém, ngay cả khi uống 4 lần trong ngày cũng không đủ ức chế bài tiết gonadotropin để ức chế bài tiết tinh trùng. Theo một nghiên cứu tại Trung Quốc, nếu dùng liều 1000 mg dưới dạng tiêm cách 4 tuần cho kết quả 100% không có tinh trùng, còn liều 500 mg thì tỉ lệ này 95%.

- Androgen kết hợp chất tương tự GnRH: sử dụng các chất không có tính androgen để ức chế bài tiết gonadotropin. Các hormon thường dùng là progestin hoặc progestin kết hợp với estrogen hoặc đồng vận hay đối vận của GnRH. Nhưng khi sử dụng dạng này sẽ gây thiếu testosterone. Vì vậy, phải bổ sung testosterone đảm bảo nồng độ tương đương sinh lý để duy trì các đặc tính chức năng nam giới về tâm trí, tình dục và chống loãng xương. Những nghiên cứu

gần đây cho thấy, chất này có nhiều ưu điểm, được chỉ định cho mọi lứa tuổi, chủng tộc; sau khi ngừng dùng thuốc, khả năng sinh tinh vẫn hồi phục.

- Kết hợp với GnRH agonists: mục đích là ức chế tuyến yên bài tiết gonadotropin cho phụ nữ hoặc điều trị ung thư tiền liệt tuyến, còn ở nam giới thì chỉ có testosterone ức chế sản sinh tinh trùng. Khi sử dụng, ban đầu kích thích nhưng sau đó lại ức chế tuyến yên (hiệu ứng down regulation) nên không được sử dụng.

- Kết hợp với GnRH antagonists: ức chế trực tiếp tuyến yên sản sinh tinh trùng. Thuốc có biệt dược là Acycline và phải tiêm hàng tuần, chi phí cao nên không được đưa vào sử dụng.

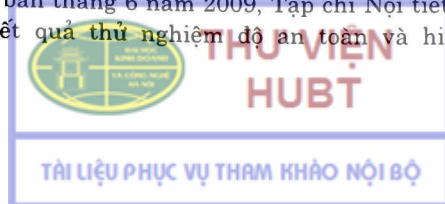
- Androgen kết hợp gestaren: ở phụ nữ, hormon loại gestaren có tác dụng ức chế bài tiết gonadotropin ức chế phóng noãn, còn ở nam giới sẽ ức sản sinh tinh trùng. Có rất nhiều nghiên cứu sử dụng một loại gestaren kết hợp với androgen để tránh thai nhưng chưa đưa ra được những kết quả tin cậy và có thể áp dụng được. Các loại gestaren thường được sử dụng là Depot Medroxy-progesteron Acetat (DMPA), levonogestrel, norethisteron, cyproteron acetat, desogestrel và etonogestrel.

Với áp lực dân số thế giới, nhu cầu có một loại thuốc tránh thai cho nam giới ngày càng trở nên bức thiết. Hiện nay, chưa có một phương thức tránh thai nam giới bằng hormon nào sẵn sàng đưa vào sử dụng trong cộng đồng mà hầu hết là những nghiên cứu thử nghiệm nhỏ, chưa đủ độ mạnh và các nhà nghiên cứu vẫn đang cố gắng thử nghiệm các phương thức khác nhau. Cùng với sự tiến bộ của các ngành liên quan như dược, sinh hóa, sinh lý,... hi vọng những thử nghiệm bước đầu này sẽ sớm tạo tiền đề cho sự ra đời của một loại thuốc tránh thai nam hiệu quả và tiện dụng.

Trên cơ sở đó, hãng Shepherd đã nghiên cứu và cho ra đời một sản phẩm mới có tên là Intra Vas Device hay IVD dựa trên kết quả nghiên cứu qui mô nhỏ sử dụng IVD trong thời gian 2 năm với sự tham gia của 30 nam giới tình nguyện, tất cả những người này đã có đủ số con cần thiết, và muốn được thất ống dẫn tinh. IVD (một gel silicon) được tiêm qua da bìu trực tiếp vào các ống dẫn tinh làm nghẽn ống dẫn tinh để ngăn cản xuất tinh khi giao hợp. Khi cần phục hồi khả năng sinh đẻ, có thể loại chất này ra bằng một kỹ thuật vi phẫu để khâu lại ống dẫn tinh. Đây là biện pháp tránh thai nam tại chỗ, ít xâm lấn, không dùng hormone và có khả năng phục hồi khi cần.

4.3. Tính khả thi của biện pháp tránh thai nam giới bằng hormon

TCYT TG tiến tới thử nghiệm độ an toàn và hiệu quả pha III của thuốc. Vừa qua, trong ấn bản tháng 6 năm 2009, Tạp chí Nội tiết và Chuyển hóa lâm sàng thông báo kết quả thử nghiệm độ an toàn và hiệu quả pha III của



androgen tác dụng lâu dài lên tránh thai ở nam giới trên 1045 cặp vợ chồng từ 10 trung tâm ở Trung Quốc. Kết quả cho thấy, androgen có tác dụng rõ rệt, làm giảm sự sinh tinh. Trong khi chỉ khoảng 5% nam giới không đáp ứng đầy đủ với điều trị, phương pháp này hiệu quả cao trên nam giới có đáp ứng với điều trị, tỉ lệ thất bại tương đương thuốc tránh thai uống dạng kết hợp. Tác dụng ngoại ý bao gồm: tăng cân, nổi mụn,... không có rắc rối nào về an toàn được báo cáo. Khi ngừng dùng thuốc, việc sản xuất tinh trùng trở lại bình thường. Các nhà nghiên cứu kết luận phương pháp này cho hiệu quả tránh thai an toàn, hiệu quả, đáng tin cậy trên đàn ông Trung Quốc khỏe mạnh với tỉ lệ rất cao. Ngoài ra, còn nhiều nghiên cứu khác nữa. Mặc dù chưa thể ứng dụng trên lâm sàng nhưng bước đầu, tiềm năng của phương pháp tránh thai nam bằng hormon đã được chứng minh.

QUAN NIỆM CỦA Y HỌC CỔ TRUYỀN VỚI SỨC KHỎE SINH SẢN VÀ TÌNH DỤC NAM GIỚI

1. CƠ SỞ LÝ LUẬN CỦA Y HỌC CỔ TRUYỀN (YHCT) VỀ SINH SẢN

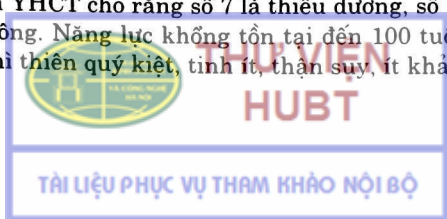
Trên 2000 năm trước đây, đã có lý thuyết kinh điển về quá trình phát triển và thay đổi về sinh lý ở nam giới và phụ nữ. *Nội kinh* là bộ sách kinh điển nhất nói về quá trình phát triển và sinh lý của cả nam và nữ.

Trong quan niệm của YHCT về sinh sản, có một khái niệm hết sức quan trọng, đó là “Thiên quý”. Thiên quý là một khái niệm vô hình nhưng lại có vai trò quyết định trong quá trình phát triển cũng như sinh sản của con người. Thiên quý là một chất có nguồn gốc từ thận tinh, được nuôi dưỡng bằng nguồn các chất tinh tủy, dần dần thành thực, xung thịnh, thúc đẩy và làm cho cơ thể sinh trưởng, sau đó suy giảm dần cho đến khi mất hẳn. Những sách của YHCT từ trước tới nay đều đề cập tới thiên quý bởi đó là khái niệm cơ bản về sinh sản và tình dục. Ở người, khi thiên quý đến sẽ có khả năng sinh con và theo qui luật âm là số 7 và dương là số 8.

Con gái 7 tuổi: thận khí bắt đầu thịnh, răng thay, tóc mọc dài, vú bắt đầu phát triển. Ở tuổi 14 (2 x 7): thiên quý đến, mạch Nhâm thông, mạch Thái xung thịnh, nghĩa là dậy thì, bắt đầu có kinh nguyệt biểu hiện chức năng làm mẹ. 21 tuổi (3 x 7): thận khí đầy đủ, sinh khí tràn trề, hoàn tất sự sinh trưởng, tinh khí tràn trề thích hợp để có con (lấy chồng). 28 tuổi (4 x 7) là thời kỳ sung mãn, phát dục đến cực độ, nhu cầu tình dục cao, đòi hỏi tình dục nhiều. 35 tuổi (5 x 7): thận khí bắt đầu suy kém, mệnh môn hao giảm. Đến 42 tuổi (6 x 7) thì tinh huyết suy giảm, da tóc thay đổi, sinh lực yếu kém, bề huyết bị biến động, hormon suy giảm. Khi 49 tuổi (7 x 7): mạch Nhâm trống rỗng, mạch Thái suy, thiên quý sắp kiệt, tuyệt kinh (hết kinh = mãn kinh).

Đối với nam giới, YHCT quan niệm là dương và theo qui luật số 8, vì lên 8 bắt đầu biểu hiện những phát triển đầu tiên về nam tính. Tới 8 tuổi lần thứ 2 (2 x 8 = 16 tuổi), tinh thông ra (xuất tinh: mộng tinh hoặc giấc mơ ướt), nếu âm dương hòa hợp với nhau thì mới thành hình, nghĩa là sinh hoạt tình dục với con gái thì sẽ có con. 24 tuổi (3 x 8) thận khí đầy đủ, tinh khí tràn trề, sinh trưởng đầy đủ là tuổi lấy vợ có con. Ở tuổi 32 (4 x 8) là tuổi sung mãn, đã có những kiến thức tốt về xã hội để xây dựng sự nghiệp (lập thân) đồng thời cũng sung mãn về tình dục, vì vậy mới có câu tam thập nhi lập. Đến tuổi 56 (7 x 8) thì cũng giống như nữ giới, mạch Nhâm trống rỗng, mạch Thái suy, thiên quý sắp kiệt dẫn đến mãn dục nam.

Những sách của YHCT cho rằng số 7 là thiếu dương, số 8 là thiếu âm cùng cảm nhau mà lưu thông. Năng lực không tồn tại đến 100 tuổi, ở nữ khoảng 49 tuổi; ở nam 56 tuổi thì thiên quý kiệt, tinh ít, thận suy, ít khả năng có con.



2. QUAN NIỆM CỦA YHCT VỀ THỤ THAI

Khi ra đời, con người đã mang trong mình tinh cha - huyết mẹ. Mỗi cá thể đều tồn tại tinh và huyết. Sự giao hòa giữa nam và nữ tạo nên bào thai (con người). Trong cuốn Hải Thượng Lãn Ông Y tông tâm lĩnh, chương Phụ đạo xán nhiên viết: *"Tinh cha huyết mẹ nhân cảm hứng giao hội với nhau, tinh nhờ dương tiết ra, huyết thu liễm tinh, tinh thành xương, đó là muôn vật nhờ căn nguyên làm nguồn gốc. Huyết thì hộ vệ bên ngoài thành bào thai, tinh thì dày đặc bên trong để hóa sinh nuôi dưỡng, đó là muôn vật sinh trưởng nhờ khôn nguyên"*.

Tinh là vật chất cơ bản (tàng ở Thận) để cấu tạo nên cơ thể và dinh dưỡng cơ thể. Trong quá trình phát triển của cơ thể, tinh luôn bị tiêu hao nhưng cũng thường xuyên được bổ sung để duy trì sự sống.

- Tinh tiên thiên: cùng đến với sự sống, bẩm thụ và thiên nhiên, có được do sự giao thoa giữa nam và nữ, là nguồn gốc sinh tồn nòi giống nên còn gọi là tinh tiên thiên, nguyên tinh, chân tinh hay tinh sinh dục.

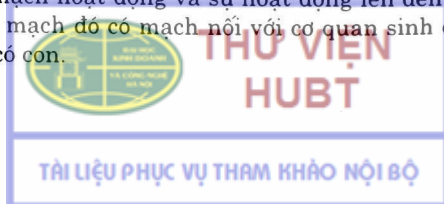
- Tinh hậu thiên: là vật chất tinh hoa có nguồn gốc từ thức ăn do Vị thu nạp, nhờ Tỳ vận hóa để các tạng hấp thụ tạo chất dinh dưỡng để duy trì các hoạt động, nuôi dưỡng cơ thể nên còn gọi là tinh dinh dưỡng, khi dư thừa thì giữ lại ở Thận.

Sinh trưởng, phát dục, sinh đẻ đều là chức năng của Thận tinh và tàng ở Thận nên Thận là Gốc của tiên thiên. Sách *Nội kinh* viết: thận có 2 quả nhưng không phải là thận cả. Bên phải gọi là Thận, bên trái gọi là Mệnh môn. Mệnh môn là nơi tàng nạp, duy trì nguyên khí, con trai chứa đựng tinh khí, con gái ràng giữ Bào cung.

Âm dương giao cấu ngưng kết thành thai, chỗ thai ở gọi là tử cung, một cuống ở dưới, trên phân thành hai ngã, một ngã thông sang tả, một ngã thông sang hữu.

Tinh thắng huyết thì dương là chủ, thụ khí ở ngã bên tả tử cung thì thành hình trai, tinh không thắng huyết thì âm làm chủ, thụ khí ở ngã bên hữu tử cung mà thành hình gái. Sinh trưởng, phát dục, trưởng thành, sinh sản và giảm chức năng sinh sản ở nam nữ liên quan chặt chẽ giữa tạng Thận và 2 mạch Xung, Nhâm.

Khi chức năng các tạng phủ của cơ thể suy giảm sẽ làm mất cân bằng Âm Dương, khí huyết không điều hòa gây nên rối loạn kinh nguyệt, đặc biệt là thời kỳ tiền mãn kinh. Tổn thương thất tình, sợ hãi, cảm hàn làm thận suy dẫn đến yếu tinh huyết, mất cân bằng âm dương, làm rối loạn chức năng Bào cung duy trì bề huyết của Thận dẫn đến rối loạn kinh nguyệt. Giờ thụ thai lý tưởng là giờ tý (11 giờ khuya đến 1 giờ sáng) hay giờ Sửu (từ một tới ba giờ sáng). Khoảng thời gian này can mạch hoạt động và sự hoạt động lên đến tuyệt đỉnh là lúc hai giờ sáng, trong các mạch đó có mạch nối với cơ quan sinh dục. Vì vậy, nếu giao hợp giờ này thì dễ có con.



3. QUAN NIỆM CỦA YHCT VỀ VÔ SINH

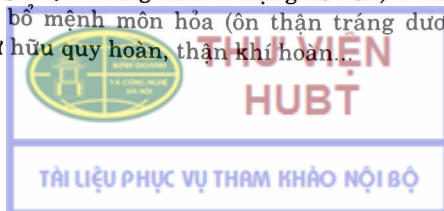
Y học cổ truyền rất xem trọng yếu tố “tiên thiên” và “hậu thiên” trong vấn đề vô sinh. Theo lương y Huỳnh Văn Quang (TP.HCM): “Tiên thiên, đó là sự hấp thụ những tinh huyết của cha mẹ của đứa bé. Còn hậu thiên là thể tạng con người sau khi sinh ra, nhờ vào tỳ vị để phát triển. Quan niệm của YHCT không tách rời từng bộ phận cơ thể, mà xem cơ thể là một khối hoàn chỉnh và có sự tương quan mật thiết với nhau. Khi một bộ phận nào đó của cơ thể bị trục trặc, thì đều có thể gây nên tình trạng vô sinh”.

Tinh tiên thiên và tinh hậu thiên dựa vào nhau cùng tồn tại và tác động qua lại để hoàn thiện chức năng của mình. Tinh tiên thiên làm nền tảng ban đầu (tạo ra mầm sống mới). Tinh hậu thiên nuôi dưỡng, bổ sung cho tinh tiên thiên để cho cá nhân đó có được một tinh khí dồi dào cho sự phát dục và phát triển tâm thể. Hai loại tinh nói trên đều được lưu trữ ở tạng Thận (Thận tàng tinh), do đó đa số những rối loạn về sinh dục, vô sinh đều có nguyên nhân từ tạng Thận (là một hệ thống giải phẫu sinh lý chức năng chứ không phải là hai quả thận theo y học hiện đại).

Trong y học cổ truyền, vô sinh cũng được chia làm hai loại: vô sinh nam và vô sinh nữ. Có 7 nguyên nhân chính gây vô sinh:

- Bẩm thụ tiên thiên bất túc, tinh khí suy nhược (yếu tố di truyền, dị tật bẩm sinh).
- Mệnh môn hỏa suy, tinh khí hư lạnh (rối loạn hormon nam, tinh dịch lỏng, loãng và lạnh, chất lượng và số lượng tinh trùng suy giảm).
- Đàm trọc ứ huyết, trở tắc tinh đạo (các bệnh gây rối loạn chuyển hóa và nội tiết, những yếu tố gây hẹp tắc đường dẫn tinh).
- Tửu thực bất điều, thấp nhiệt hạ chú (ăn uống không điều độ, nghiện rượu, viêm nhiễm đường tiết niệu sinh dục do nguyên nhân nội sinh).
- Tình chí bất toại, can kinh uất trệ (yếu tố gây sang chấn tâm lý, tình thần).
- Cữu bệnh lao quỵện, khí huyết khuỵ hư (mắc các bệnh mạn tính lâu ngày gây suy nhược cơ thể, suy giảm tính dục, suy giảm chất lượng và số lượng tinh trùng).
- Di trọc nội tích, dâm độc thâm nhiễm (viêm nhiễm bộ phận sinh dục, đặc biệt là phần dưới, do nguyên nhân cảm nhiễm bên ngoài).

Bệnh lý thận dương hư với các triệu chứng rối loạn cương, liệt dương, xuất tinh sớm, sắc mặt u ám, xanh xao, người gầy gò thiếu sinh lực, đau thắt lưng, tay chân lạnh, mạch trầm tế hoặc trầm trì và vô lực (nếu kèm theo mệnh môn hỏa hư suy thì những triệu chứng trên sẽ nặng nề hơn). Phương pháp điều trị là bổ thận dương hay bổ mệnh môn hỏa (ôn thận tráng dương), cần những bài thuốc kinh điển như hựu quy hoàn, thân khí hoàn.



3.1. Nguyên lý điều trị vô sinh

Từ xa xưa, việc chữa trị vô sinh rất chú trọng vào vấn đề ôn dương thận khí và điều bổ huyết mạch cho cơ thể. YHCT không can thiệp thẳng vào cơ quan nội tạng của cơ thể, mà lưu ý việc tạo nên sự nhẹ nhàng thư thái, không gây căng thẳng về tâm lý cho người được chữa trị (bởi dễ gây rối loạn cho cơ thể về nội tiết).

Ngoài ra, còn rất chú trọng vào "nguyệt sự" ở người phụ nữ trong chữa trị vô sinh, cũng như chú trọng vào yếu tố "tiên thiên" và "hậu thiên". Bên cạnh đó, còn coi trọng vào việc xoa bóp trị liệu, tập trung vào 4 đường kinh có liên quan (Nhâm, Xung, Đốc, Đới).

Chà xát nhẹ nhàng vùng bụng dưới, vùng sau thắt lưng, dọc cột sống lưng từ trên xuống dưới xương cụt, day ấn các huyệt Thận du (đốt sống lưng thứ 14 đo ra 2 cm), Tỳ du (đốt sống lưng thứ 11), Can du (sống lưng thứ 9 đo ra mỗi bên 2 cm)...

3.2. Điều trị vô sinh theo YHCT

Có cả một hệ thống phương pháp điều trị bệnh vô sinh mang tính tổng hợp. YHCT không quan niệm rằng vô sinh chỉ là sự khiếm khuyết của một bộ phận nào đó trong cơ thể mà điều trị vô sinh là vấn đề điều hòa, điều chỉnh những rối loạn toàn thân mới có thể có kết quả mỹ mãn và dài lâu.

Tóm lại, theo YHCT thì vô sinh thường do mấy nguyên nhân căn bản sau:

Thận khí tiên thiên bất túc (không đầy đủ), tinh huyết hao tổn, thiên quý thiếu thốn, tử cung kém sự nuôi dưỡng dẫn đến không thụ tinh được.

Tỳ bị hư, Thận dương không đủ, cung thai thiếu mất sự âm dưỡng thì không có thai được.

Can bị hư, Thận âm cũng bị hư, tương hỏa ở can quá thịnh dẫn đến cung thai bị nóng, không thụ thai được.

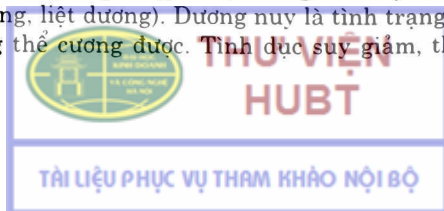
Can bị hư, khí trệ, khí huyết không điều hòa, hai mạch Xung Nhâm không điều hòa.

Tỳ hư, đờm thấp nội sinh, khí cơ bế tắc, hai mạch Xung Nhâm bị trở ngại.

Khi hóa giải được những chứng bệnh trên, kết hợp nâng cao thể trạng thì cải thiện được sức khỏe và cơ thể khỏe mạnh góp phần cải thiện kết quả trong điều trị vô sinh.

4. QUAN NIỆM CỦA YHCT VỀ SUY SINH DỤC NAM

Đối với nam giới, tình dục suy giảm thường có ảnh hưởng tới quá trình khởi phát, cương cứng và phóng tinh, nhưng tình dục suy giảm khác với dương nuy (rối loạn cương, liệt dương). Dương nuy là tình trạng muốn giao hợp, nhưng dương vật không thể cương được. Tình dục suy giảm, thường kèm theo dương



nuy, do không ham muốn hoặc ít hứng thú thường là hậu quả và ảnh hưởng nối tiếp lẫn nhau. Tuy nhiên, người tình dục suy giảm không nhất thiết mắc chứng dương nuy, vì những người bị dương nuy, khi có những kích thích từ phía bên ngoài, như thay đổi quá trình bột khởi, cương cứng lại có thể diễn ra hoàn toàn bình thường.

Trong YHCT, xuất tinh sớm được gọi là tảo tiết. Đây là một trong những tình trạng rối loạn xuất tinh thường gặp nhất, mà có lẽ hiếm có người đàn ông nào không bị mắc một lần trong đời. Tuy nhiên, nếu chỉ thỉnh thoảng hoặc đôi ba lần thì chắc không thành chuyện, nhưng trở thành thường xuyên thì trở thành bệnh lý, cần phải được chữa trị cẩn thận.

4.1. Điều trị suy giảm tình dục

Theo YHCT, hoạt động tình dục có quan hệ mật thiết với trạng thái sức khỏe toàn thân và chức năng của tạng Thận. Từ tuổi 40, âm khí và dương khí trong cơ thể đã giảm quá nửa, vì vậy tình dục giảm sút dần là lẽ tự nhiên. Nhưng nếu tình dục bị suy giảm quá sớm thì lại là triệu chứng lão suy trước tuổi. Tuy nhiên, suy giảm tình dục có thể xảy ra cho cả những người tuổi còn trẻ. Trên lâm sàng, hiện tượng tình dục suy giảm thường gặp ở những bệnh nhân bị suy nhược toàn thân (âm dương khí huyết suy nhược), viêm thận mạn tính, đặc biệt là suy thận mạn tính. Ngoài ra, tình dục suy giảm cũng thường liên quan tới trạng thái bệnh lý, mà YHCT gọi là can uất; nghĩa là tình trạng tình chí không thoải mái, bị ức chế, khiến cho khí huyết mất điều hòa, làm cho can khí bị nghẽn tắc (uất kết) mà gây nên bệnh.

Có nhiều bài thuốc dựa vào chứng bệnh kết hợp với kinh nghiệm lâm sàng hoặc những bài thuốc dân gian hoặc gia truyền chữa trị suy giảm tình dục. Tất cả các bài thuốc đều phải căn cứ vào những chứng trạng, biểu hiện cụ thể, kết hợp lập luận y lý mà sử dụng một trong số các bài thuốc sau:

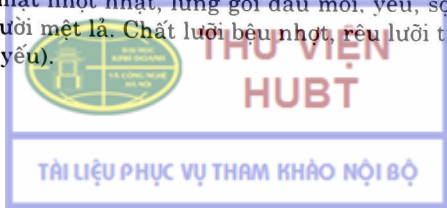
Bài thuốc 1

- Thành phần: Thục địa 12 g, Sơn dược 25 g, Đan bì 10 g, Trạch tả 10 g, Sơn thù nhục 10 g, Phục linh 15 g, Hạt lệ 10 g, Dâm dương hoắc 15 g, Nhục quế 5 g, Thổ ty tử 15 g, Lộc giác giao 15 g (hòa vào sau).

- Cách dùng: Lộc giác giao để riêng, cho các vị thuốc còn lại vào ấm, đổ ngập nước trên mặt thuốc 2-3 cm, đun to lửa cho sôi, sau đó đun nhỏ lửa thêm 20 phút, chắt nước thuốc ra; mỗi thang sắc 2 lần, hợp 2 nước, hòa tan Lộc giác giao (cao sừng hươu) vào nước thuốc, chia ra 2-3 lần uống trong ngày.

- Tác dụng: bổ thận trợ dương, chữa tình dục giảm thoái, ở cả nam và nữ. Với những biểu hiện giảm ham muốn tình dục hoặc chán ghét chuyện chăn gối. Nam giới có thể kèm theo dương nuy, tảo tiết. Nữ giới chậm kinh, kinh huyết ít, sắc huyết nhợt, khí hư (huyết trắng) lượng nhiều và loãng.

Kèm theo sắc mặt nhợt nhạt, lưng gối đau mỏi, yếu, sợ rét, chân tay lạnh, tinh thần uể oải, người mệt mỏi. Chất lưỡi bệu nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch trầm trì vô lực (chìm, chậm, yếu).



Bài thuốc 2

- Thành phần: Bạch thực 15 g, Hương phụ 12 g, Đương quy 12 g, Bạch truật 12 g, Sài hồ 12 g, Phục linh 10 g, Phật thủ 10 g, Hợp hoan bì 10 g, Uất kim 10 g, Cam thảo 6 g.

- Cách dùng: cho các vị thuốc vào ấm, đổ ngập nước trên mặt thuốc 2-3 cm, đun to lửa cho sôi, sau đó đun nhỏ lửa thêm 20 phút, chắt nước thuốc ra; mỗi thang sắc 2 lần, hợp 2 nước, chia ra 2-3 lần uống trong ngày.

- Tác dụng: sơ can giải uất, chữa tình dục giảm thoái ở cả nam và nữ. Với những biểu hiện: lạnh nhạt đối với chuyện chăn gối, thiếu khoái cảm trong lúc sinh hoạt, ngực sườn thường đầy tức khó chịu, chán ăn, tính tình nóng nảy dễ cáu gắt. Nữ giới kinh nguyệt rối loạn, hành kinh đau bụng. Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi trắng, mạch huyền (căng như dây đàn).

Bài thuốc 3

- Thành phần: Đương quy 12 g, Xuyên khung 9 g, Bạch thực 12 g, Thục địa 12 g, Đảng sâm 15 g, Bạch truật 10 g, Phục linh 15 g, Chích cam thảo 10 g, Đại táo 5 trái, Mộc hương 6 g, Sơn dược 20 g, Nhục quế 5 g.

- Cách dùng: sắc và uống như Bài thuốc 2.

- Tác dụng: kiện tỳ ích khí bổ huyết, chữa tình dục giảm thoái ở cả nam và nữ. Với những biểu hiện: lạnh nhạt chuyện chăn gối, nét mặt không tươi, mệt mỏi, hơi thở ngắn, đầu choáng mắt hoa. Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch trầm tế nhược (chìm, nhỏ, yếu).

Bài thuốc 4

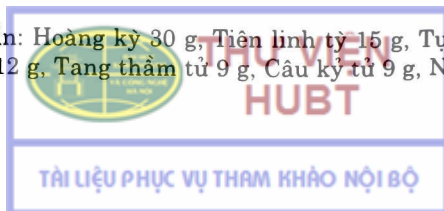
- Thành phần: Nhân sâm (sắc riêng) 10 g, Chích hoàng kỳ 15 g, Đương quy 15 g, Bạch thực 15 g, Xuyên khung 10 g, Thục địa 20 g, Phục linh 15 g, Bạch truật (sao) 10 g, Nhục quế 3-6 g, Chích cam thảo 10 g, Sa uyển tử 15 g, Câu kỷ tử 15 g, A giao (hòa tan sau) 10-20 g.

- Cách dùng: sắc và uống như tương tự Bài thuốc 2; Nhân sâm sắc riêng, cùng với A giao hòa vào nước thuốc sau khi sắc các vị thuốc còn lại.

- Tác dụng: ích khí bổ huyết, chữa tình dục giảm thoái do mắc bệnh lâu ngày hoặc bệnh nặng mới khỏi, ở cả nam và nữ. Với những biểu hiện: tinh thần uể oải, người mệt mỏi, kém ăn, đại tiện nhão, đêm ngủ ra nhiều mồ hôi trộm (đạo hãn), lúc thức mồ hôi tiết ra nhiều nhất là khi vận động (tự hãn), tiếng nói yếu nhỏ, đầu choáng mắt hoa, mất ngủ hay quên, bồn chồn, trống ngực. Lưỡi nhợt có vết răng, rêu lưỡi ít, mạch trầm tế thiếu lực (chìm nhỏ yếu). Nam giới thường kèm theo dương nuy, hoạt tinh. Nữ giới thường kèm theo chậm kinh, lượng kinh huyết ít, hành kinh đau bụng.

Bài thuốc 5

- Thành phần: Hoàng kỳ 30 g, Tiên linh tử 15 g, Tục đoạn 15 g, Hà thủ ô 12 g, Đương quy 12 g, Tang thầm tử 9 g, Câu kỷ tử 9 g, Ngũ vị tử 9 g, Thỏ ty tử



9 g, Phúc bồn tử 9 g, Xa tiền tử 9 g, Ba kích 9 g, Mộc hương 9 g, Trần bì 9 g, Toàn táo nhân 15 g.

- Cách dùng: sắc và uống như Bài thuốc 2.

- Tác dụng: kiện tỳ bổ thận, dưỡng tâm; chữa suy giảm tình dục ở nam giới do tỳ thận lưỡng hư. Với biểu hiện: lạnh nhạt chuyện chăn gối, phóng tinh yếu, bụng trướng, kém ăn, tinh thần mệt mỏi, đầu choáng mắt hoa, tai ù, hay quên, mất ngủ, nằm mơ nhiều, lưng mỏi, gối đau, hoặc kèm dương nuy, tảo tiết, di tinh.

4.2. Điều trị xuất tinh sớm

Xuất tinh sớm là một dạng chung trong hệ thống rối loạn cương dương, được lý giải với nhiều quan điểm khác nhau như người nam không có khả năng làm chậm lại xuất tinh trong một thời gian đủ dài để người nữ đạt được cực khoái hay dựa vào số lần đẩy dương vật vào trong âm đạo. Thời gian trung bình một lần sinh hoạt tình dục của người Việt Nam là 7-11 phút.

Kế thừa những bí kíp của ông cố nội vốn là ngự y trong triều đình Huế, ông nội từng làm Đốc học Thanh Nghệ Tĩnh (cũng từng là thầy thuốc), bố nguyên là Viện trưởng Viện Nghiên cứu YHCT Việt Nam (cụ Cử Thâm) truyền lại, cùng với bản thân dụng công nghiên cứu nhiều năm, ông Hoàng Văn Hùng đã bào chế bài thuốc chữa trị bệnh liệt dương rất công hiệu, đang được các quý ông ở các tỉnh phía Bắc tin dùng. Tuy nhiên, đây cũng chỉ là tài liệu tham khảo chứ không phải là bài thuốc chính thống, vì theo kinh nghiệm của YHCT, phải tùy thể tạng và bệnh lý của người bệnh mà gia giảm thêm thì mới có tác dụng.

1/ Bệnh do mệnh môn hỏa suy, tinh hư lạnh (mạch trầm trì)

Cho uống: Hữu Quy hoàn gia vị. Thực địa: 20 g, Kỳ tử 8 g, Phụ tử 8 g, Hoài sơn 16 g, trọng 8 g, Sơn thù 8 g, Phục linh 8 g, Nhục quế 10 g, Dương quy 16 g, Thổ ty tử 8 g, Cố chỉ 8 g, Ba kích 10 g. Làm cho chân dương khỏe mạnh, kiên cố, ắt sẽ kiên cường.

2/ Bệnh do tiên thiên bất túc, lo nghĩ nhiều làm tỳ, thận tổn thương, gây gò, ốm yếu, mệt mỏi (mạch hư nhược)

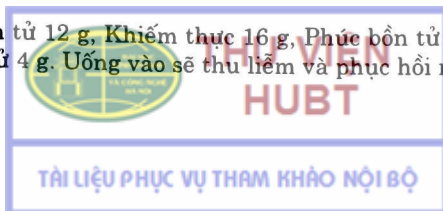
Cho uống: Hắc quy tỳ gia: Hoài sơn, Sơn thù.

Cát sâm 10 g, Hoàng kỳ 16 g, Xuyên quy 16 g, Bạch truật 10 g, Phục thần 12 g, Viễn chí 10 g, Táo nhân 10 g, Cam thảo 6 g, Đại táo 12 g, Mộc hương 3 g, Thực địa 12 g, Hoài sơn 20 g, Sơn thù 10 g, Long nhãn 12 g.

Làm cho ăn tốt, ngủ ngon, sinh cơ lực, làm tiền đề cho sinh khí phát triển sẽ cương cường.

3/ Bệnh do sinh hoạt, sắc dục thái quá, tinh loãng, hoạt tiết niệu (mạch trầm sắc vô lực)

Cho uống: Liên tử 12 g, Khiếm thực 16 g, Phúc bồn tử 8 g, Thổ ty tử 16 g, Kỳ tử 16 g, Ngũ vị tử 4 g. Uống vào sẽ thu liễm và phục hồi rất công hiệu.



Thực hiện nguyên tắc: không "thổi lửa to" đun "nồi nước cạn":

YHCT đã nghiên cứu và kết luận, có nhiều nguyên nhân dẫn đến bệnh dương nuy (liệt dương). Một số nguyên nhân chính: do ăn uống, làm việc, sinh hoạt, rượu chè, sắc dục quá độ khiến thận tinh hư kiệt làm khí suy, sinh ra liệt, hoặc mất khả năng tự chủ, tinh tiết sớm... Nếu thận suy, khí can dương không vững nên khi gặp âm tà xâm lấn tất tinh khí sẽ bị tiêu hao...

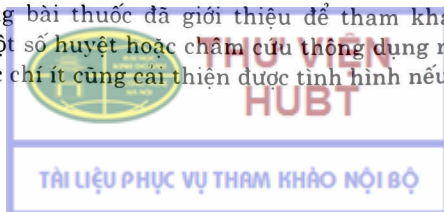
Có một sai lầm hết sức nghiêm trọng là, khi gặp phải căn bệnh này các quý ông thường tìm đến thuốc kích thích mạnh. Hậu quả nguyên khí bị hư tổn dẫn đến suy kiệt. Ví như nồi nước cạn cố tình tăng thêm lửa, nước sẽ sôi bùng lên trong vài giây.

Hiện tại trên thị trường đang lưu hành rất nhiều loại thuốc YHCT, dùng để chữa chứng dương nuy (liệt dương) ở nam giới. Ví dụ như Nhung hươu, Lộc tiên (dương vật hươu), Mã tiên (dương vật ngựa), Ngưu tiên (dương vật bò), Hải mã (cá ngựa), Dâm dương hoắc, Nhục thung dung, Ba kích... Tuy có tên thương mại rất khác nhau, nhưng hầu hết đều sử dụng cùng một số dược liệu có chung một tác dụng bổ thận tráng dương, hay còn gọi là bổ mệnh môn hỏa.

Thực ra, các loại thuốc kể trên chỉ thích hợp với với những đối tượng liệt dương, kèm theo hội chứng mà YHCT gọi là Thận dương hư (còn gọi là Mệnh môn hỏa suy, "Chân dương bất túc, ...). Cụ thể, ngoài liệt dương, còn có những biểu hiện: sắc mặt trắng nhợt hoặc sạm đen; lưng gối tê lạnh, đau mỏi, chịu rét kém, tứ chi lạnh, nhất là chi dưới; tinh thần uể oải, người mệt mỏi; di tinh, tảo tiết (xuất tinh sớm), tinh dịch loãng, ham muốn tình dục giảm. Hoặc kèm theo đau bụng ỉa chảy lúc sáng sớm (ngũ canh tả), phân lẫn thức ăn chưa tiêu hóa; hoặc kèm theo tiểu tiện nhiều lần, tiểu tiện trong dài, tiểu đêm nhiều; hoặc tiểu tiện ít, toàn thân phù sưng; lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng; mạch trầm tế vô lực (chìm, nhỏ yếu). Tình trạng bệnh lý này thường hay gặp nhất ở những người cao tuổi, bị rối loạn cương dương do lượng hormon sinh dục suy giảm theo tuổi tác.

Còn đối với những người bị dương nuy do những nguyên nhân khác, thuốc bổ thận tráng dương không những không có tác dụng, mà còn khiến bệnh càng trầm trọng. Hoặc sử dụng có thể bị mắc thêm một số chứng bệnh khác như chóng mặt, ù tai, tăng huyết áp, phì đại tuyến tiền liệt, miệng khô, lưỡi rát, mất ngủ, sưng họng, chảy máu mũi, táo bón, trĩ. Đặc biệt, không được sử dụng thuốc bổ thận tráng dương đối với những người bị liệt dương do âm hư hỏa vượng với những biểu hiện: người gầy gò, hai gò má ửng hồng hoặc cảm giác sốt nóng về chiều, đêm ngủ thường ra mồ hôi trộm, giữa ngực và lòng bàn chân bàn tay hâm hấp nóng (ngũ tâm phiền nhiệt), miệng háo họng khô, choáng đầu hoa mắt, mất ngủ, tiểu tiện vàng sền, đại tiện táo kết, chất lưỡi đỏ ít rêu, mạch tế sác (nhỏ, nhanh).

Ngoài những bài thuốc đã giới thiệu để tham khảo trên, YHCT còn sử dụng day bấm một số huyệt hoặc châm cứu thông dụng rất đơn giản nhưng kết quả cũng tốt hoặc chỉ ít cũng cải thiện được tình hình nếu làm đúng cách.



1/ Phương pháp thứ nhất

Đòi hỏi phải có sự trợ giúp của bạn tình. Khi người chồng bắt đầu sinh hoạt tình dục thì người vợ dùng hai ngón tay cái bấm mạnh vào hai huyệt Nội quan của người chồng liên tục trong chừng 10 phút. Điều quan trọng của phương thức này là phải xác định đúng vị trí của huyệt, nếu sai thì sẽ không đạt được hiệu quả như mong muốn. Nếu chính xác thì người nam phải thấy xuất hiện cảm giác đau tức, đau tê tại chỗ. Hơn nữa, lực bấm của người vợ cũng phải đủ mạnh để làm phát sinh cảm giác này. Theo các nhà nam học, xuất tinh sớm phần nhiều là do nguyên nhân tâm lý. Thời gian giao hợp được bình thường thì phải có sự thăng bằng nhịp nhàng giữa quá trình hưng phấn và ức chế. Quá nhạy cảm về hưng phấn có thể dẫn tới tảo tiết. Day bấm mạnh huyệt Nội quan sẽ có tác dụng rất lớn trong việc làm giảm bớt sự nhạy cảm không cần thiết này.

2/ Phương pháp thứ hai

Ngoài huyệt Nội quan, còn có thể day bấm một huyệt khác cũng có ý nghĩa tương tự, đó là huyệt Hội âm. Đây là huyệt hội của ba mạch Nhâm, Xung và Ốc, có công dụng điều kinh cường thận, thanh lợi thấp nhiệt, được người xưa dùng nhiều trong trị liệu các chứng bệnh của hệ sinh dục, hậu môn và tiết niệu, đặc biệt là các chứng bệnh như di tinh, hoạt tinh, xuất tinh sớm, rối loạn kinh nguyệt. Khi sinh hoạt tình dục, để phòng chống tảo tiết, người chồng có thể tự mình hoặc nhờ người vợ dùng ngón tay trỏ hoặc ngón tay giữa bấm mạnh vào huyệt Hội âm trong chừng 10 phút. Vì đây cũng là một huyệt rất nhạy cảm nên nếu lực bấm đủ mạnh thì cũng sẽ tạo được tác dụng làm giảm bớt sự hưng phấn nhằm lập lại cân bằng thần kinh, từ đó kéo dài được thời gian giao hợp. Tất nhiên, vì nằm gần hậu môn, nên vị trí này rất cần sự vệ sinh sạch sẽ trước khi sinh hoạt tình dục.

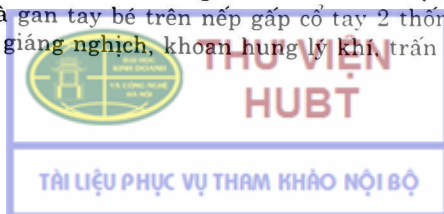
3/ Phương pháp thứ ba: được chia làm hai giai đoạn:

Trước khi sinh hoạt tình dục: người chồng tự mình hoặc có sự trợ giúp của người vợ dùng ngón tay cái hoặc ngón tay giữa tiến hành day bấm các huyệt Khí hải, Quan nguyên, Khúc cốt và Tam âm giao, mỗi huyệt chừng nửa phút. Điểm cần lưu ý là, khi bấm huyệt Khúc cốt phải đạt được cảm giác tê buốt chạy xuống dương vật. Tiếp đó, xoa bụng dưới theo chiều kim đồng hồ chừng ba phút và xát đường trắng giữa dưới rốn trong một phút sao cho nóng lên là được. Tiếp tục day ấn hai huyệt Thận du và Mệnh môn, mỗi huyệt hai phút.

Khi sinh hoạt tình dục: người nữ nắm lấy bao tình hoàn, kéo bao tình hoàn và tinh hoàn xuống 5 đến 10 lần. Người nam tự day bấm huyệt Hội âm như phương pháp thứ hai, đồng thời khi thấy sắp xuất tinh thì co cơ thắt hậu môn và giữ như vậy càng lâu càng tốt.

Vị trí huyệt

- Huyệt Nội quan nằm trên đường kinh tâm bào ở tay, trong khe của gân hai cơ gan tay lớn và gan tay bé trên nếp gấp cổ tay 2 thốn, có công dụng ích tâm an thần, hòa vị giáng nghịch, khoan hưng lý khí, trấn tĩnh chỉ thốn. Gấp



bàn tay vào cẳng tay và nghiêng bàn tay vào trong một chút là sẽ nổi rõ hai gân cơ, từ nếp gấp cổ tay do lên 2 thốn là thấy huyết.

- Huyệt Hội âm nằm ở nút đáy chậu, nơi hội tụ của các nếp da chạy từ hậu môn, phần sinh dục ngoài và hai bên háng tới. Đây cũng là trung điểm của đường nối gốc của âm nang (biu) với giang môn (hậu môn).

- Huyệt Khúc cốt ở bờ trên xương mu, theo đường giữa bụng.

- Huyệt Quan nguyên ở dưới rốn 3 tấc, trên đường giữa bụng.

- Huyệt Khí hải ở dưới rốn 1,5 tấc, trên đường giữa bụng.

- Huyệt Tam âm giao nằm trên mắt cá chân trong 3 thốn, men sau bấp cẳng chân trong.

- Huyệt Thận du nằm ở hai bên cột sống, kẻ một đường nối hai điểm cao nhất của hai cánh chậu, đường này sẽ đi qua móm gai đốt sống thắt lưng 4, từ đây tìm ngược lên xác định móm gai đốt 2, từ móm gai này đo ngang sang hai bên 1,5 thốn là vị trí của huyệt.

- Huyệt mệnh môn nằm ở chỗ lõm dưới đầu móm gai đốt sống thắt lưng 2.

5. VẤN ĐỀ SỬ DỤNG THỰC PHẨM CHỨC NĂNG TRONG SUY GIẢM TÌNH DỤC NAM

Y học hiện đại sử dụng thuốc có tác dụng nhanh nhưng thời gian không kéo dài nên không duy trì được kết quả, mặt khác có thể có những tác dụng không mong muốn. Vì vậy, xu hướng hiện nay là thầy thuốc và người bệnh muốn trở lại với các thảo dược từ thiên nhiên cho lành hơn. Cổ nhân đã có những bài thuốc như: “Minh Mạng thang, “Nhất dạ lục giao, “Tam tinh hải cầu”... Nhưng hươu, Lộc tiên (dương vật hươu), Mã tiên (dương vật ngựa), Ngưu tiên (dương vật bò), Ngọc dương (tinh hoàn dê), Hải mã (cá ngựa), Dâm dương hoắc, Nhục thung dung, Ba kích... và nhiều bài thuốc dân gian chữa bệnh suy nhược tình dục nhưng mọi cố gắng đều đem lại ít kết quả. Phần lớn các kinh nghiệm dân gian này đều là thực phẩm chức năng (TPCN) hoặc tương tự TPCN, nghĩa là sau một thời gian sử dụng bằng đường uống hoặc ăn thì sức khỏe được cải thiện và đương nhiên là khả năng tình dục cũng tăng lên.

TPCN là thực phẩm hoặc sản phẩm (đã chế biến) hỗ trợ hoặc giúp đỡ cơ thể làm tăng cường thể lực hoặc bổ sung một phần các thiếu hụt các chất trong cơ thể bằng các hoạt chất có trong thiên nhiên.

Thuốc là đã được chế biến thành hoạt chất, có cơ chế tác dụng rõ ràng vào một trong những mắt xích gây bệnh nên phải được chỉ định cụ thể.

Hiện nay, có một số TPCN sử dụng cây Bách bệnh hay còn gọi là Bá bệnh, Mật nhân, Hậu phúc nam có tên khoa học là *Eurycoma longifolia* thuộc họ Thanh thất, sống trong những cánh rừng thưa vùng Đông Nam Á. Ở Việt Nam, cây này thấy ở vườn quốc gia Bái Tử long, một số rừng ở Tây Nguyên. Tuy cùng

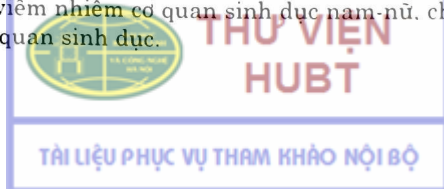
sử dụng loại thảo dược này, nhưng mỗi cơ sở có những bí quyết hoặc công thức chiết xuất khác nhau, vì vậy hiệu quả cũng khác nhau. Tính hiệu quả phải được minh chứng qua các nghiên cứu ứng dụng. Một trong những TPCN sử dụng hoạt chất của cây Bách bệnh này là sâm Alipas. Kết quả nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng cũng như trên thực nghiệm với những thiết kế khoa học, đánh giá các chỉ số lâm sàng như dựa vào Bảng câu hỏi về sức khỏe tình dục và Câu hỏi tính điểm PADAM, hành vi tình dục cũng như định lượng nồng độ testosterone huyết thanh, một số chỉ số sinh hóa về chức năng các tạng, xét nghiệm tinh dịch đồ, đặc biệt là so sánh tác dụng kích thích làm tăng cương dương Viagra. Những kết quả nghiên cứu đã có những kết luận về sâm Alipas (dịch chiết *Eurycoma longifolia*) như sau:

- Tăng sản xuất testosterone trong tế bào Leydig lên đến 129%.
- 62% bệnh nhân tăng hoặc đạt tối đa điểm theo SHIQ như gia tăng ham muốn tình dục, giao hợp thành công.
- 82% bệnh nhân giảm số điểm PADAM bao gồm: cải thiện yếu tố tình dục 91%, yếu tố thể chất 73%, yếu tố tâm lý 82%, vận mạch (bốc hỏa) 52%.
- Tăng dẫn DHEA (dehydroepiandrosteron) chuyển hóa thành testosterone.
- Giảm SHBG (chất gắn kết hormon tình dục globulin) làm tăng nồng độ testosterone.
- Tăng số lượng và chất lượng tinh trùng.
- Tăng ham muốn tình dục, tăng khả năng cương dương và thành công trong giao hợp.
- Tăng sức khỏe toàn diện, tăng sức dẻo dai.
- Không có những tác dụng không mong muốn.

Một loại TPCN cũng đang được sử dụng cho những nam giới bị yếu sinh lý và có tác dụng tốt với vô sinh nam, đó là Linh tự đan. Loại TPCN này dựa vào bài thuốc YHCT có các vị thuốc Keo ong, cao Hoàng B, cao Nhân sâm, cao Bạch tật lê và bổ sung thêm các chất khác là L-arginine, L-carnitine fumarate, kẽm Picolinate, acid folic. Cơ sở của bài thuốc này là dựa vào công dụng của từng thành phần trong thuốc:

+ Keo ong: ong mật hút từ các mầm cây con, nhụy hoa. Hoạt tính là kháng khuẩn tự nhiên, kháng viêm cho nên có tác dụng chống viêm nhiễm đường sinh dục tiết niệu mà viêm nhiễm là một trong những nguyên nhân gây vô sinh. Keo ong còn kích hãm sự phát triển của tế bào khối u lành và ác tính, bảo vệ tế bào, chống lại các gốc tự do, hỗ trợ miễn dịch, tăng dinh dưỡng, tăng sức đề kháng của cơ thể.

+ Hoàng B: thuộc họ cam quýt, vị đắng, tính hàn, vào hai kinh: thận và bàng quang, chống viêm nhiễm cơ quan sinh dục nam-nữ, chống các tổn thương nhiễm khuẩn tại cơ quan sinh dục.



+ Nhân sâm: thuộc họ ngũ gia bì làm tăng thể lực và trí lực, cường tráng thân thể, bổ dưỡng nguyên khí, tác dụng rất tốt đối với đàn ông bị liệt dương, xuất tinh sớm do thiếu sản xuất các hormon sinh dục, dùng trong trường hợp cơ thể suy yếu, kiệt sức, mệt mỏi.

+ Bạch tật lê: thông huyết, cường dương, giải độc, điều hòa nồng độ hormon sinh dục nam. Chất saponin trong Bạch tật lê còn có tác dụng làm tăng sinh tổng hợp testosterone (30-40%) nên cơ thể sẽ tươi trẻ, cường tráng, tăng sinh lực, cải thiện chức năng tình dục, tăng ham muốn, kích thích tinh dục.

+ L-Arginine là tiền chất của polyamin, liên quan đến sự tăng trưởng tế bào, tổng hợp ADN, ARN và protein, chuyển hóa thành nitric oxyd (NO) - một chất quan trọng trong hệ thống miễn dịch và thần kinh, làm gia tăng lượng máu đến cơ quan sinh dục, tăng cường hệ thống miễn dịch, tăng cường khả năng di chuyển của tinh trùng trong đường sinh dục nữ.

+ L-Carnitine là acid amin cần thiết để đảm bảo chức năng bình thường của tế bào tinh hoàn. Lượng L-Carnitine cao trong tế bào tinh hoàn giúp tăng số lượng và khả năng di chuyển của tinh trùng.

+ Kẽm là một nguyên tố vi lượng quan trọng ảnh hưởng tới khả năng sinh sản do làm tăng nồng độ testosterone và tăng khả năng sinh dục của nam giới. Kẽm giúp bảo vệ cấu trúc gen hay nhiễm sắc thể ADN trong nhân của tinh trùng, làm tăng chất lượng tinh trùng, quyết định sự thành công của thụ thai.

+ Acid folic là một vi chất cần thiết cho sức khỏe, đặc biệt với phụ nữ đang mang thai và cho con bú. Nghiên cứu về tác dụng làm tăng số lượng tinh trùng ở 200 nam giới tại Hà Lan, với liều sử dụng là 5 mg acid folic và 66 mg kẽm sulfat/ngày trong 26 tuần cho thấy số lượng tinh trùng tăng 74%.

Do những tác dụng trên, Linh tự đàn được sử dụng rộng rãi trong điều trị vô sinh cho cả nam và nữ.

Việc sử dụng TPCN phụ thuộc vào nhu cầu của từng cá nhân, tuy nhiên phải lựa chọn những loại nào có độ tin cậy cao, sau một thời gian sử dụng phải có tác dụng. Cần phải hết sức cẩn thận vì nhiều bài thuốc không rõ nguồn gốc nhiều khi gây dị ứng lở loét khắp người, suy thận cấp thậm chí dẫn đến tử vong. Điều cơ bản nhất là phải hiểu mãn dục là qui luật của tạo hóa không thể tránh khỏi và không có loại thuốc nào cải lão hoàn đồng được mà chỉ là cải thiện và kéo dài đời sống tình dục. Nếu sử dụng không điều độ hoặc lạm dụng, ví dụ dùng Viagra nhiều khi gây tai biến đột quỵ. Quan trọng là phải sống điều độ, tập thể dục phù hợp với tuổi tác đặc biệt là những bài dưỡng sinh, duy trì mức độ và nhu cầu tình dục hài hòa để giữ gìn sức khỏe, đặc biệt là có sự đồng cảm chia sẻ giữa vợ chồng, gia đình, con cháu và xã hội.

CÁC BỆNH VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC NAM

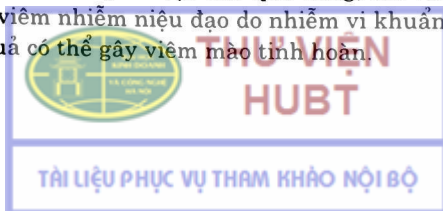
Viêm nhiễm đường sinh dục nam bao gồm viêm tinh hoàn, đường dẫn tinh (cả mào tinh hoàn), túi tinh, niệu đạo, trong đó viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn là gây tổn thương nặng nề nhất và ảnh hưởng sâu sắc đến chức năng sinh sản. Viêm đường sinh dục nam bao gồm viêm đặc hiệu (có nguyên nhân rõ ràng) và viêm không đặc hiệu mà hậu quả cuối cùng là giảm hoặc ảnh hưởng đến chức năng sinh sản và tình dục, ít khi gây tử vong nhưng để lại những hậu quả sâu sắc đến thể chất đặc biệt là về tâm lý và xã hội học. Nếu được phát hiện sớm và điều trị đúng, kịp thời, bệnh có thể hồi phục hoàn toàn không ảnh hưởng đến chức năng sinh sản. Nếu phát hiện muộn hoặc điều trị không tích cực sẽ làm khó có thai hoặc gây vô sinh.

Phát hiện và điều trị các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cả nam và nữ, tốt nhất là tìm nguyên nhân và điều trị tích cực theo nguyên nhân gây bệnh là khoa học nhất. Tuy nhiên, không phải lúc nào cũng tìm được nguyên nhân vì những lý do khách quan như bệnh nhân đến muộn, tự điều trị hay điều trị không đúng làm bệnh trở thành mạn tính, mầm bệnh đã di chuyển sang các cơ quan khác, khó lấy được bệnh phẩm để xét nghiệm hoặc do trình độ kỹ thuật, trang thiết bị và kinh nghiệm của thầy thuốc còn hạn chế. Vì vậy, có những trường hợp phải dựa vào hội chứng tiết dịch để chẩn đoán sơ bộ cũng như điều trị và việc phát hiện bệnh dựa vào hội chứng này rất có giá trị trong cộng đồng.

1. VIÊM MÀO TINH - TINH HOÀN

Viêm mào tinh hoàn là bệnh hay gặp ở nam giới từ 18-50 tuổi, có thể ảnh hưởng tới chức năng sinh sản. Viêm mào tinh hoàn cấp tính có biểu hiện đau và sưng nề vùng mào tinh trong vài ngày. Viêm mào tinh hoàn mạn tính có đặc điểm đau và viêm nhiễm mào tinh hoàn kéo dài trên 6 tuần. Nhiều khi viêm mào tinh hoàn lan sang cả tổ chức xung quanh như tinh hoàn, gây nên tình trạng phối hợp viêm mào tinh hoàn và tinh hoàn.

Căn nguyên gây bệnh viêm mào tinh hoàn chưa rõ ràng. Tuy nhiên, nhiều tác giả cho rằng do sự trào ngược nước tiểu nhiễm khuẩn từ niệu đạo, tuyến tiền liệt qua ống dẫn tinh vào mào tinh hoàn. Một số bệnh như hẹp niệu đạo, u phì đại lành tính tuyến tiền liệt, làm tăng khả năng trào ngược nước tiểu nhiễm khuẩn vào hệ thống ống dẫn tinh. Ngoài ra, đặt dụng cụ niệu đạo là yếu tố nguy cơ cao gây viêm mào tinh hoàn. Mặt khác, viêm mào tinh hoàn cũng thường phối hợp với viêm niệu đạo và viêm tuyến tiền liệt. Vài trường hợp thủ dâm bằng đưa các dị vật như các que hoặc đút que bông, tóc vào niệu đạo, để kích thích dương vật gây viêm nhiễm niệu đạo do nhiễm vi khuẩn hoặc do xước niêm mạc niệu đạo, hậu quả có thể gây viêm mào tinh hoàn.



Viêm mào tinh hoàn có thể do nhiễm khuẩn vùng tiểu khung hoặc tăng sinh môn lan sang từ đường máu hoặc bạch mạch. Những vi khuẩn gây bệnh thường gặp là Escherichia coli, Neisseria meningitide, vi khuẩn lao (đặc biệt ở các nước nhiệt đới như Việt Nam), virus quai bị, các tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục. Viêm mào tinh hoàn thường kết hợp với viêm tinh hoàn có thể xảy đồng thời hoặc là hậu quả của nhau

Triệu chứng: sưng, nóng, đỏ da vùng bìu ngày càng tăng. Tinh hoàn sưng nóng, đỏ, đau. Tinh hoàn to, mềm, nắn đau. Nắn mào tinh hoàn to, mềm, đau. Cần khai thác bệnh sử cẩn thận để chẩn đoán là viêm mào tinh (hoặc tinh hoàn hoặc cả hai) cấp tính hay là đợt bán cấp của của viêm mãn tính và tìm nguyên nhân để điều trị cho thích hợp.

Tiến triển của viêm mào tinh và tinh hoàn:

Nếu không được điều trị hoặc điều trị không thích hợp có thể dẫn đến áp xe hoặc viêm mủ ở bìu, có thể vỡ rò ra da. Đôi khi có thể dẫn đến nhồi máu tinh hoàn do phù nề làm hạn chế lưu lượng dòng máu chảy, đặc biệt gây tắc mào tinh hoặc ống dẫn tinh gây vô sinh thứ phát. Viêm nhiễm nặng cũng có thể làm teo tinh hoàn, suy sinh dục thứ phát và làm giảm hoặc xơ hóa tinh hoàn, dẫn đến không sản xuất được tinh trùng và gây vô sinh.

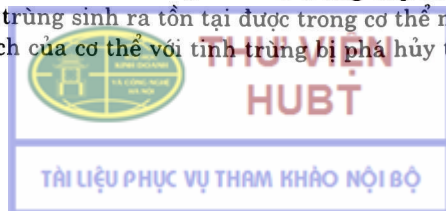
- Khi đường dẫn tinh bị tắc nghẽn sẽ không đưa được tinh trùng về túi tinh nên khi phóng tinh chỉ có dịch túi tiền liệt mà không có tinh trùng

- Mặt khác, khi tắc đường dẫn tinh, tinh trùng vẫn được sản xuất từ tinh hoàn, nhưng không được đào thải ra ngoài, tinh trùng sẽ tự phân hủy và ngấm vào máu. Mặc dù là của cơ thể, nhưng khi những sản phẩm giáng hóa của tinh trùng thấm vào trong máu sẽ trở thành một vật thể lạ mang tính kháng nguyên, cơ thể sẽ sản xuất ra kháng thể kháng lại các tế bào sinh tinh. Vì vậy, đầu tiên là tinh trùng giảm về số lượng và chất lượng, dần dần tinh trùng không được sản xuất nữa dẫn đến giảm khả năng có thai và vô sinh hoàn toàn do không có tinh trùng.

- Viêm nhiễm làm giảm chất lượng tinh trùng và thay đổi tinh dịch. Tinh trùng bị giảm số lượng và chất lượng có thể trực tiếp do viêm nhiễm hoặc gián tiếp do môi trường sống (tinh dịch) bị ảnh hưởng.

- Nếu không được điều trị thích hợp có thể dẫn đến tắc ống dẫn tinh. Mặc dù tinh hoàn có thể sinh tinh trùng nhưng do tắc nên tinh trùng không thể thoát ra ngoài. Hậu quả là trong tinh dịch không có tinh trùng.

- Viêm nhiễm làm hệ thống hàng rào miễn dịch của cơ thể với tinh trùng bị phá hỏng. Tinh trùng đối với cơ thể có thể coi là dị vật. Bình thường, cơ thể có hàng rào miễn dịch để tránh không cho tinh trùng tiếp xúc với hệ miễn dịch của cơ thể, do đó tinh trùng sinh ra tồn tại được trong cơ thể nam giới. Khi hệ thống hàng rào miễn dịch của cơ thể với tinh trùng bị phá hủy thì tinh trùng sẽ bị hệ



miễn dịch của cơ thể nam giới tạo ra kháng thể kháng tinh trùng và tự tiêu diệt tinh trùng của họ.

2. GIANG MAI (SYPHILIS)

Là một bệnh lây truyền qua đường tình dục do xoắn khuẩn giang mai. Bệnh lây truyền chủ yếu là qua đường tình dục, đặc biệt là ở thời kỳ đầu khi có những tổn thương ở bộ phận sinh dục biểu hiện bằng những vết trợt mà thường gọi là săng giang mai.

2.1. Vi khuẩn gây bệnh

Vi khuẩn gây bệnh có hình lò xo xoắn (nên được gọi là xoắn khuẩn) có màu nhạt, phát hiện trên kính hiển vi huỳnh quang có màu đen (*Treponema pallidum* - xoắn khuẩn giang mai) do Schaudinn và Hoffmann phát hiện năm 1905 (hình 10.1 A). Đây là 1 loại xoắn khuẩn hình lò xo có 6-10 vòng xoắn, đường kính ngang không quá 0,5 μ , dài 6-15 μ . Xoắn khuẩn có 3 loại di động: di động theo trục dọc kiểu vận đĩnh ốc, di động qua lại như một quả lắc đồng hồ và di động lượn sóng. Cả 3 loại di động này có thể tồn tại và kéo dài đến 2 ngày ở môi trường ẩm ướt.

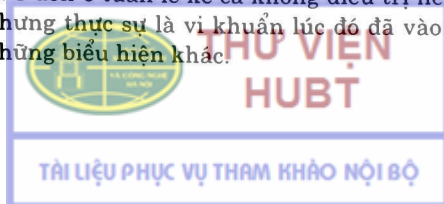
Đường lây truyền: có 3 đường lây truyền chính là lây truyền qua đường tình dục; lây truyền qua đường máu (tiêm truyền máu hoặc tiêm chích ma túy mà bơm kim tiêm không vô khuẩn) và lây truyền từ mẹ sang con (qua rau thai từ tháng thứ 4 trở đi).

2.2. Chẩn đoán

Bệnh giang mai phát triển theo bốn giai đoạn chính: giai đoạn 1, giai đoạn 2, giai đoạn ủ bệnh và giai đoạn 3.

2.2.1. Giai đoạn 1

Khi tiếp xúc nguồn bệnh (sinh hoạt tình dục), khoảng 3-90 ngày (trung bình 21 ngày), sẽ xuất hiện tổn thương da ở các điểm tiếp xúc. Vết loét xuất hiện ở những nơi tiếp xúc với xoắn khuẩn giang mai, thường là ở bộ phận sinh dục như môi lớn, môi bé, âm đạo, cổ tử cung, quy đầu, dương vật hoặc trực tràng (hình 10.1 B). Tổn thương là một dạng loét, nông, hình tròn hay bầu dục kích thước 0,3 đến 3 cm, bờ nhẵn, màu đỏ, không ngứa, không đau, không có mủ nhưng có nhiều dịch. Những tổn thương này có rất nhiều vi khuẩn là giai đoạn cực kỳ nguy hiểm vì mức độ lây nhiễm cao nhất. Đây vết loét thâm nhiễm cứng, kèm theo nổi hạch hai bên vùng bẹn, cứng nhưng cũng không đau. Điều nguy hiểm là những tổn thương này không đau, không gây khó chịu cho bệnh nhân không chú ý hoặc là cho rằng những tổn thương đó là những vết xước do vệ sinh hoặc do sinh hoạt tình dục thô bạo nên dễ bỏ qua. Các triệu chứng trên có thể tự mất đi sau 3 đến 6 tuần lễ kể cả không điều trị nên nhiều người tưởng lầm là khỏi bệnh nhưng thực sự là vi khuẩn lúc đó đã vào máu, bệnh vẫn tiếp tục phát triển với những biểu hiện khác.



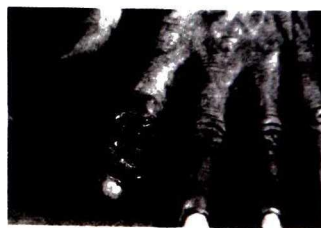


Hình 10.1. A: Xoắn khuẩn giang mai; B: tổn thương giang mai ở vùng sinh dục giai đoạn đầu

2.2.2. Giai đoạn 2

Xảy ra từ 4 đến 10 tuần sau giai đoạn 1. Giai đoạn này có rất nhiều biểu hiện khác nhau, ví dụ như nốt ban đối xứng, màu hồng như hoa đào (đào ban) không ngứa trên toàn thân hoặc tứ chi bao gồm cả lòng bàn tay, bàn chân, hình ảnh đào ban màu đỏ hồng hoặc hồng tím như cánh hoa đào, ấn vào thì mất, không nổi cao trên mặt da, không bong vảy và tự mất đi (hình 10.2). Thường khu trú hai bên mạng sườn, ngực, bụng, chi trên. Đào ban xuất hiện dần trong vòng 1 đến 2 tuần, tồn tại không thay đổi trong vòng 1-3 tuần, sau đó nhạt màu dần rồi mất đi. Một số trường hợp có thể có các mảng sẩn, nốt phỏng nước, vết loét ở da và niêm mạc có kích thước khác nhau: bằng hạt đỗ, đinh gim, hoặc sẩn hình liken, ranh giới rõ ràng màu đỏ như quả dâu, không liên kết với nhau, thường hay bong vảy và có viền da ở xung quanh sẩn, nếu các sẩn có liên kết với nhau sẽ tạo thành các mảng, hay sẩn mảng, khi bị trợt ra, chảy nước, trong nước này có chứa rất nhiều xoắn khuẩn nên rất dễ lây khi tiếp xúc với những bệnh nhân này.

Các triệu chứng khác thường gặp ở giai đoạn này bao gồm sốt, đau họng, mệt mỏi, sụt cân, đau đầu, nổi hạch. Một số trường hợp hiếm gặp có thể kèm theo viêm gan, thận, viêm khớp, viêm màng xương, viêm dây thần kinh thị giác, viêm màng bồ đào, và viêm giác mạc kẽ. Các triệu chứng này thường tự biến mất sau 3-6 tuần.



Hình 10.2. Tổn thương giang mai ở ngón tay

2.2.3. Giai đoạn tiềm ẩn

Giang mai tiềm ẩn được xác định khi huyết thanh dương tính nhưng không có dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh. Giai đoạn này chia làm 2 loại: thời gian tiềm ẩn dưới 1 năm sau giai đoạn 2 (sớm) và thời gian tiềm ẩn kéo dài

hơn 1 năm sau giai đoạn 2 (muộn). Giang mai tiềm ẩn sớm có thể tái phát các triệu chứng bệnh, giang mai tiềm ẩn muộn không có triệu chứng và không lây bằng giang mai tiềm ẩn sớm.

2.2.4. Giai đoạn 3

Giang mai giai đoạn 3 có thể xảy ra khoảng 3-15 năm sau những triệu chứng của giai đoạn 1 và được chia thành ba hình thức khác nhau: giang mai thần kinh (6,5%), giang mai tim mạch (10%) và củ giang mai (15%). Những người bị bệnh giang mai giai đoạn này không lây bệnh.



Hình 10.3. Một số hình thái của bệnh giang mai

- Củ giang mai xuất hiện từ 1-46 năm sau khi nhiễm bệnh (trung bình là 15 năm), có hình cầu hoặc mặt phẳng không đối xứng, màu đỏ như mận, hơi ngả tím, kích thước bằng hạt ngô, mặt độ chắc, ranh giới rõ ràng, các củ giang mai tiến triển không lành tính, nhất thiết hoại tử hoặc hoại tử teo hoặc tạo loét, rất chậm lành và ít lây hơn, sau khi khỏi thường để lại sẹo. Nếu củ, gồm khu trú vào các tổ chức quan trọng và không được điều trị sẽ đe dọa tính mạng bệnh nhân.

- Giang mai thần kinh là bệnh liên quan đến hệ thống thần kinh trung ương. Nó có thể xảy ra sớm, không có triệu chứng hoặc biểu hiện lâm sàng bằng viêm màng não, hay sự phân ly giữa biến đổi dịch não tủy đã rõ rệt nhưng gần như không có triệu chứng lâm sàng. Nếu xảy ra muộn sẽ gây ra viêm màng não, mạch máu não, tổn thương não khu trú hoặc thoái hóa ở não. Giang mai thần kinh thường xảy ra 4-25 năm sau khi nhiễm bệnh. Bệnh có thể gây suy nhược trầm cảm, rối loạn ý thức từng thời kỳ, động kinh, đột quỵ hay gây ra ảo giác đối với người bệnh.

- Giang mai tim mạch thường xảy ra 10-30 năm sau khi nhiễm bệnh. Các biến chứng thường gặp nhất là phình mạch.

2.3. Điều trị

2.3.1. Giai đoạn đầu

Lựa chọn đầu tiên cho việc điều trị các bệnh giang mai không biến chứng là một liều duy nhất penicillin G tiêm bắp. Doxycycline và tetracycline cũng là lựa chọn thay thế, tuy nhiên không thể sử dụng ở phụ nữ mang thai. Ceftriaxone có thể có hiệu quả tương tự như điều trị bằng penicillin.

2.3.2. Giai đoạn biến chứng

Do penicillin G ít xâm nhập vào hệ thống thần kinh trung ương cho nên đối với những bệnh nhân giang mai thần kinh, nên được tiêm penicillin liều cao vào tĩnh mạch tối thiểu là 10 ngày. Nếu bị dị ứng với penicillin thì có thể được sử dụng ceftriaxone thay thế. Điều trị tại thời điểm này sẽ hạn chế sự tiến triển hơn nữa của bệnh, nhưng không thể cải thiện các thiệt hại do bệnh đã gây ra.

Phác đồ cụ thể:

- Nghi ngờ hoặc giai đoạn 1, 2: Benzathine penicillin G 2,4 triệu đơn vị tiêm 2 mũi x 1 lần/tuần trong 3 tuần liên.

Giai đoạn 3: Benzathine penicillin G 2,4 triệu đơn vị tiêm 2 mũi x 1 lần/tuần trong 3-4 tuần liên.

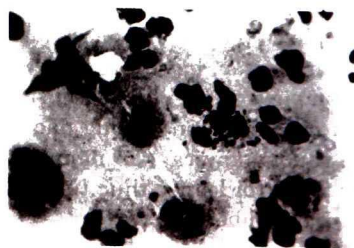
Phải điều trị cho bạn tình theo phác đồ trên. Theo dõi hiệu giá huyết thanh để đánh giá tiến triển và tiên lượng bệnh.

2.4. Phòng ngừa

Hiện nay, vẫn chưa có vaccin phòng ngừa hiệu quả bệnh giang mai. Không nên quan hệ tình dục hay tiếp xúc vật lý trực tiếp với một người bị bệnh để tránh lây truyền bệnh giang mai, có thể sử dụng bao cao su đúng cách, tuy nhiên vẫn có thể không hoàn toàn an toàn. Giang mai không lây qua nhà vệ sinh, các hoạt động hàng ngày, bồn tắm, hay dụng cụ ăn uống hoặc quần áo.

3. BỆNH LẬU

Bệnh lậu là một bệnh lây truyền qua đường tình dục do song cầu trùng gây nên, có tên khoa học là *Neisseria Gonorrhoeae* đó là vi khuẩn có hình hạt cà phê xếp thành từng cặp nên còn gọi là song cầu, có chiều dài 1,6 μ m, rộng 0,8 μ m, trên kính hiển vi, vi khuẩn bắt màu Gram âm, được Neisser tìm ra năm 1897. Lậu cầu rất yếu khi ra ngoài cơ thể, và chết nhanh.



Hình 10.4. Vi khuẩn lậu

ở nhiệt độ thường, ngược lại lậu cầu sống rất mãnh liệt ở môi trường ẩm của cơ thể, cho nên giao hợp vẫn là cách lây bệnh chủ yếu. Tuy nhiên, lậu cầu cũng có thể lây qua vật dụng dùng chung.

Niệu đạo của nam giới dài hơn nữ giới, vì vậy bệnh lậu ở nam giới biểu hiện rõ hơn. Niệu đạo nam giới có chiều dài từ 14-16 cm, được chia làm 2 phần gồm niệu đạo trước và niệu đạo sau, ngăn cách bởi cơ thắt niệu đạo. Niệu đạo trước có nhiều hang, nhiều ngõ ngách đó là nơi trú ẩn của lậu cầu. Niệu đạo sau càng phức tạp hơn cũng có nhiều ngõ ngách, xuyên qua tuyến tiền liệt, thông với túi tinh, ống dẫn tinh, mào tinh và tinh hoàn.

Sau khi xâm nhập vào cơ thể qua niệu đạo, do vi khuẩn có cư trú tại các tế bào biểu mô trụ ở niêm mạc đường tiết niệu, gây phản ứng viêm tại chỗ, kéo theo bạch cầu đa nhân đến để thực bào, từ đó trở thành tổ chức hoại tử trong quá trình viêm, được thoát ra ngoài theo nước tiểu, màu trắng hơi vàng gọi là tiểu ra mủ. Vi khuẩn tiếp tục phát triển và đi dọc theo chiều dài của niệu đạo, đi đến đâu gây viêm đến đó: viêm tiền liệt tuyến, viêm túi tinh, viêm tinh hoàn.

Chẩn đoán: xét nghiệm mẫu dịch tiết từ dương vật, họng, trực tràng (phân ruột già gần hậu môn) nhuộm hoặc nuôi cấy.

3.1. Triệu chứng lâm sàng

Lâm sàng: giai đoạn cấp tính rõ rệt, Thời gian nung bệnh trung bình 3-5 ngày, nhưng có thể kéo dài 2-3 tuần, thời gian nung bệnh càng ngắn thì bệnh càng nặng và thời gian càng dài thì bệnh càng nhẹ hơn.

Bệnh lậu dễ trở thành mạn tính, hẹp niệu đạo (hiện nay ít gặp), tắc đường dẫn tinh, gây vô sinh.

3.1.1. Giai đoạn cấp tính

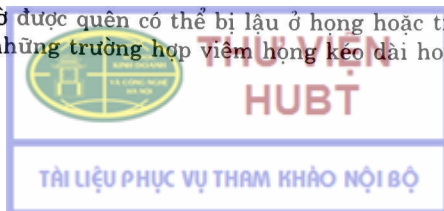
Sau thời gian ủ bệnh, bệnh nhân thấy hơi ngứa, nhồn nhột ở đường tiểu, sau vài giờ thì tiết ra chất dịch trong, sau đó đục dần rồi thành mủ, màu vàng hơi trắng. Tiếp theo đó, hai mép miệng sáo đỏ, sưng nề, khi đi tiểu bệnh nhân có cảm giác tiểu nóng rát, tiểu gắt, tiểu buốt, đau như dao cắt, mủ chảy ngày càng nhiều, trường hợp nặng có thể tiểu ra máu.

Toàn thân giai đoạn này bệnh nhân có thể sốt nhẹ, mệt mỏi, đau mình mẩy.

3.1.2. Giai đoạn mạn tính

Ở giai đoạn cấp tính, nếu không được điều trị hoặc điều trị không hiệu quả, triệu chứng trên cũng giảm dần, nhưng vi khuẩn vẫn còn và chuyển sang giai đoạn mạn tính. Vì khuẩn từ niệu đạo trước xâm nhập sâu dẫn đến các tuyến và niệu đạo sau để tiếp tục sinh sôi và phát triển, các triệu chứng trên sẽ mất dần, chỉ còn lại là tiểu ra giọt đục buổi sáng và tăng lên khi lao động nặng, thức khuya, uống rượu bia.

Không bao giờ được quên có thể bị lậu ở họng hoặc trực tràng vì hành vi giao hợp cho nên những trường hợp viêm họng kéo dài hoặc đại tiện nhầy mủ



kéo dài mà điều trị thông thường không khỏi thì phải nghĩ đến có thể do lậu. Một số trường hợp có thể gây biến chứng viêm khớp hoặc viêm da do vi khuẩn lậu gây nên.

3.1.3. Lậu ở trẻ sơ sinh

Trẻ bị viêm kết mạc mắt do tiếp xúc với dịch ở âm đạo của mẹ bị nhiễm lậu cầu lúc sinh, từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 21, mắt bé bị sưng phù, đỏ và có mủ vàng. Tình trạng này có thể phòng, bằng cách nhỏ mắt bằng nitrat bạc lúc sinh.



Hình 10.5. Viêm kết mạc do lậu ở trẻ sơ sinh

3.2. Điều trị

Nguyên tắc điều trị: do lậu cầu cứ 15 phút phân chia một lần nên bệnh tiến triển rất nhanh, cần phải điều trị sớm. Điều trị cả bạn tình: điều trị cho nữ bao giờ cũng dùng thuốc và thời gian gấp đôi so với nam giới. Chỉ được kết luận là khỏi bệnh khi cấy hai lần liên tiếp âm tính hoặc không còn tiết dịch niệu đạo với nghiệm pháp kích thích (cho bệnh nhân lao động nặng, thức khuya, uống rượu bia; sáng hôm sau lấy dịch xét nghiệm lúc bệnh nhân chưa đi tiểu).

3.2.1. Thuốc tiêm

Spectinomycin (Trobicin, Kirin) 2 g đối với nam, 4 g đối với nữ tiêm bắp một liều duy nhất. Trường hợp bệnh mạn tính, tiêm liên tiếp 2 ngày.

Ceftriaxim (Claforan) 1 g tiêm bắp liều duy nhất.

Ceftriaxon (Rocephine) 250 mg tiêm bắp liều duy nhất.

Cefoxitin 250 mg tiêm bắp liều duy nhất.

3.2.2. Thuốc uống

Unasyn 375 mg uống 6 viên liều duy nhất.

Azithromycin (Zithromax) 250 mg x 4 viên uống liều duy nhất.

Tequin 200 mg uống 2 viên (400 mg) uống liều duy nhất.

3.2.3. Điều trị lậu ở trẻ sơ sinh

Ceftriaxon 50 mg/kg thể trọng, tiêm bắp liều duy nhất, tối đa không quá 125 mg. Đồng thời bôi mắt bằng mỡ Tetracyclin 1% cách mỗi giờ một lần/ngày đầu, sau đó 8 giờ 1 lần trong 10 ngày.

Riêng điều trị lậu đối với trẻ em, nếu trên 45 kg thì điều trị như người lớn. Nếu dưới 45 kg thì dùng ceftriaxon 125 mg tiêm bắp liều duy nhất, hoặc spectinomycin 40 mg/kg thể trọng tiêm bắp liều duy nhất.

3.2.4. Theo dõi điều trị

Nếu điều trị đúng thuốc, đủ liều thì triệu chứng tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu nhiều lần sẽ giảm nhanh sau 24-48 giờ, riêng tiểu ra mủ sẽ hết chậm hơn sau 48-72 giờ. Các triệu chứng chung sẽ biến mất hoàn toàn sau 5-7 ngày.

3.3. Phòng bệnh

Cho đến nay phương pháp dùng bao cao su được xem như là phương tiện duy nhất để phòng bệnh lậu. Tuy nhiên, đó chưa phải là phương pháp đảm bảo tuyệt đối.

4. VIÊM NIỆU ĐẠO DO CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Chlamydia trachomatis (C. trachomatis) lây truyền qua đường tình dục như niệu đạo (nam, nữ), âm đạo, tử cung, mào tinh hoàn, buồng trứng. Khi xâm nhập vào các hạch bẹn, vi khuẩn này gây nên bệnh hạch xoài (lymphogranuloma venereum - LGV) hay còn gọi là bệnh Nicolas - Favre.

Chlamydia trachomatis là những vi khuẩn ký sinh bắt buộc trong tế bào gây nên hai loại bệnh, có kích thước 0,3-0,4 mm, có vách tế bào. Các loài C. trachomatis có kháng nguyên chung là chất lipopolisaccharide. Loài vi khuẩn này được chia thành 15 serotyp, trong đó serotyp D-K gây bệnh sinh dục, tiết niệu; serotyp L1, L2, L3 gây bệnh hạch xoài. Vi khuẩn này có sức chịu đựng kém, chết ở nhiệt độ nóng 60°C trong 10 phút nhưng lại chịu được lạnh trong nhiều năm ở nhiệt độ âm 50°C, dung dịch sát trùng thông thường đều giết chết vi khuẩn trong thời gian ngắn. Tuy nhiên, chúng có thể tồn tại trong nhiệt độ khô, hanh (trong khăn mặt, quần áo) một thời gian. Nhiều người khỏe mạnh có thể mang C. trachomatis với tỉ lệ nhất định: nam giới 1-7 %, nữ giới 5-20%. Ở phụ nữ nạo thai, tỉ lệ nhiễm từ 15-18%.

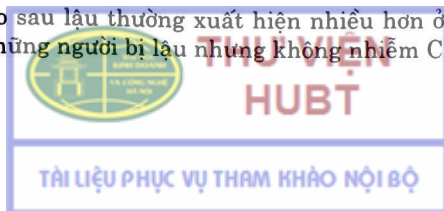
Do Chlamydia trachomatis nằm bên trong các tế bào đường tiết niệu gây viêm nhiễm toàn bộ đường tiết niệu sinh dục, hậu quả làm tắc đường dẫn tinh gây vô sinh. Bệnh cũng có thể gây viêm họng và trực tràng hậu môn do cách thức sinh hoạt tình dục.

4.1. Triệu chứng lâm sàng

Có thể biểu hiện bằng các hình thái sau:

- Viêm niệu đạo không do lậu. Nhiều công trình nghiên cứu xác minh C. trachomatis là nguyên nhân quan trọng của bệnh này vì tỉ lệ phân lập được C. trachomatis ở niệu đạo chiếm khoảng 30 % trường hợp viêm niệu đạo không lậu. Viêm niệu đạo sau lậu phát triển ở hầu hết các trường hợp lậu được điều trị bằng penicillin hoặc spectinomycin đồng thời có kèm theo cả viêm nhiễm do C. trachomatis.

- Viêm niệu đạo sau lậu thường xuất hiện nhiều hơn ở người bị nhiễm C. trachomatis so với những người bị lậu nhưng không nhiễm C. trachomatis.



- Viêm mào tinh hoàn: là một di chứng thường gặp trong viêm niệu đạo do *C. trachomatis* vì thường thấy có sự kết hợp viêm niệu đạo không lậu với viêm mào tinh hoàn. Lượng kháng thể trong huyết thanh, hiệu giá kháng thể kháng *Chlamydia* trong các trường hợp viêm mào tinh hoàn cấp tính không do lậu tăng cao. Nghiên cứu trên những trường hợp viêm nhiễm do *C. trachomatis* cho thấy tỉ lệ viêm mào tinh hoàn cao, mặt khác có thể phân lập trực tiếp được *C. trachomatis* trong dịch hút từ mào tinh hoàn bị viêm.

Chẩn đoán lâm sàng:

Hỏi bệnh, tiền sử bệnh, hành vi sinh hoạt tình dục, bạn tình.

Triệu chứng: giống như các triệu chứng bệnh viêm nhiễm niệu đạo không đặc hiệu sau giao hợp, thấy khó chịu, đau rất ít ở đầu dương vật. Dương vật tiết dịch trong, không đục. Triệu chứng ít rầm rộ và nhẹ hơn bệnh lậu. Khi sinh hoạt tình dục mà không dùng bao cao su sẽ làm lây nhiễm cho bạn tình. Nếu giao hợp qua đường hậu môn, trực tràng thì có thể bị nhiễm mà không hay biết.



Hình 10.6. Dương vật đỏ và lở sáo niệu đạo tiết dịch do nhiễm *Chlamydia*

- Thăm khám lâm sàng: trừ bệnh hột xoài có thể chẩn đoán dựa vào lâm sàng còn các viêm nhiễm đường sinh dục mạn tính không phải do lậu rất khó chẩn đoán nếu không có các xét nghiệm kèm theo.

4.2. Xét nghiệm

Mẫu bệnh phẩm ngoáy sâu từ trong lỗ niệu đạo, xét nghiệm bằng phản ứng miễn dịch ELISA hoặc nuôi cấy.

- Lấy bệnh phẩm nhuộm xem tế bào cho kết quả dương tính thấp (15%).
- Phân lập trên tế bào cho tỉ lệ dương tính cao (95-100%).
- Chẩn đoán huyết thanh bằng miễn dịch huỳnh quang (dương tính 90-99%).
- Chẩn đoán bằng phương pháp miễn dịch enzym A phát hiện kháng thể G kháng *C. trachomatis* (độ nhạy 80-95%).
- Chẩn đoán bằng kỹ thuật PCR.

4.3. Điều trị

Cần điều trị sớm để tránh biến chứng và trở thành mạn tính.

Điều trị nhiễm *C. trachomatis* ở niệu đạo hoặc trực tràng: doxycyclin 100 mg, uống 2 lần/ngày trong 7 ngày.

- Hoặc tetracyclin 500 mg, uống 4 lần/ngày trong 7 ngày (không dùng cho phụ nữ mang thai).

- Hoặc erythromycin 500 mg uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày.

*** Điều trị bệnh hội xoài**

- Doxycycline 100 mg uống 2 lần/ngày trong 14 ngày.
- Hoặc tetracycline 500 mg, uống 4 lần/ngày trong 14 ngày.
- Hoặc erythromycin 500 mg, 4 lần/ngày trong 14 ngày. Trong trường hợp hạch hoặc ổ áp xe có mủ, có thể hút bằng kim, tránh chích hoặc mổ rộng hạch để tháo mủ vì sẽ làm sẹo rất lâu lành.

Phòng bệnh

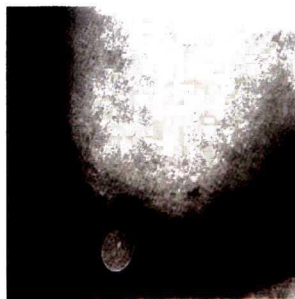
- Chưa có vaccin dự phòng.
- Sử dụng bao cao su.
- Giáo dục truyền thông các vấn đề về tình dục.

5. HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH NIỆU ĐẠO

Hội chứng này chỉ dùng cho nam giới để chỉ mọi viêm nhiễm đường tiết niệu không do lậu nên còn được gọi là viêm niệu đạo không đặc hiệu. Hội chứng này bao gồm một số bệnh thường gặp để có chung một triệu tượng đối giống nhau là bệnh ở giai đoạn cấp tính thì tiết dịch ở niệu đạo biểu hiện ở lỗ sáo ra dịch đục như mủ, màu trắng đục hoặc vàng. Ở giai đoạn mạn tính, do không được điều trị hoặc điều trị không triệt để, bệnh trở thành mạn tính thì lỗ niệu đạo thường xuyên tiết dịch nhầy, trong, đặc biệt là buổi sáng khi ngủ dậy, đầu sáo có dịch trong như giọt sương.

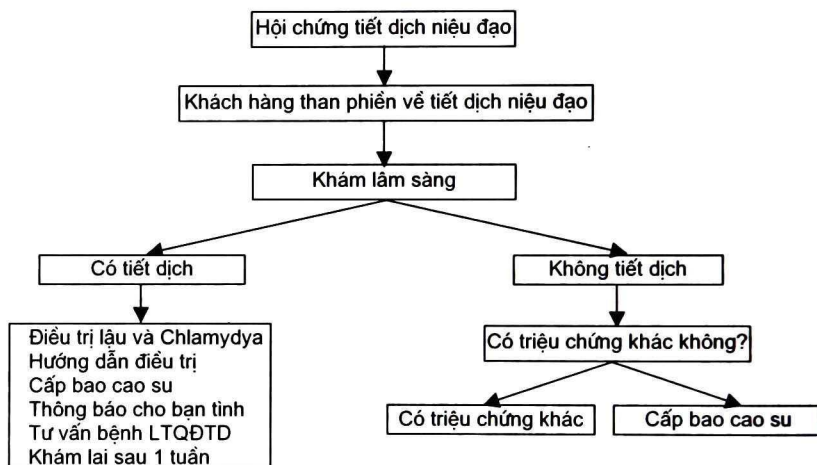
Các bệnh thường gặp trong hội chứng này đứng hàng đầu là lậu, Chlamydia trachomatis, viêm niệu đạo tiết dịch không do lậu,... Nguyên nhân và các hình thái viêm nhiễm đường sinh dục nam có nhiều loại, bài này chỉ đề cập đến một số bệnh đóng vai quan trọng trong sức khỏe sinh sản và tình dục nam giới.

Ở nam giới, triệu chứng thường là tiết dịch ở dương vật: dịch đặc, màu trắng như mủ hay vàng (hình 10.7) và thấy rất nóng rất lúc tiểu. Giao hợp qua đường hậu môn đôi khi không có triệu chứng gì. Lây nhiễm qua âm đạo khi giao hợp bằng miệng có khi làm đau ở cổ họng, nhưng thường không có triệu chứng nào đáng ghi nhận. Bệnh lậu thường biểu hiện giống bệnh Chlamydia. Nam giới phát hiện triệu chứng bị nhiễm từ 2 cho đến 10 ngày sau khi có quan hệ tình dục không an toàn với người bệnh. Chúng tôi trình bày một số bệnh điển hình.



Hình 10.7. Dịch tiết ở đầu dương vật

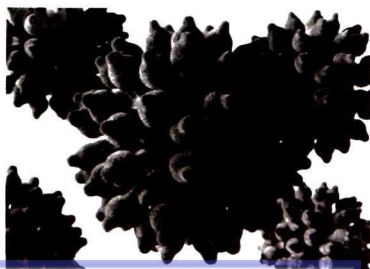
Triệu chứng: khi tiểu tiện thấy đau rất và tiết ra dịch hơi trắng hoặc đục. Dịch tiết có thể dai dẳng và nhiều nhất là lúc đi tiểu lúc sáng sớm (đó không phải là tinh dịch hoặc chất tiết đôi khi có trước xuất tinh). Triệu chứng nói trên thường xuất hiện khoảng từ 2 đến 4 tuần sau khi giao hợp với người bị nhiễm. Có khi không nhận thấy nhưng kết quả xét nghiệm cho biết là đã bị viêm niệu đạo không đặc hiệu. Đường tiểu bị viêm nhiễm do nhiều loại vi khuẩn khác nhau (như Chlamydia lây truyền trực tiếp qua quan hệ tình dục, gây viêm nhiễm cổ tử cung, trực tràng hay cổ họng, tùy theo cách thức giao hợp). Bệnh được chẩn đoán qua kết quả xét nghiệm mẫu dịch tiết từ đầu dương vật.



Hình 10.8. Phác đồ điều trị hội chứng tiết dịch niệu đạo nam giới

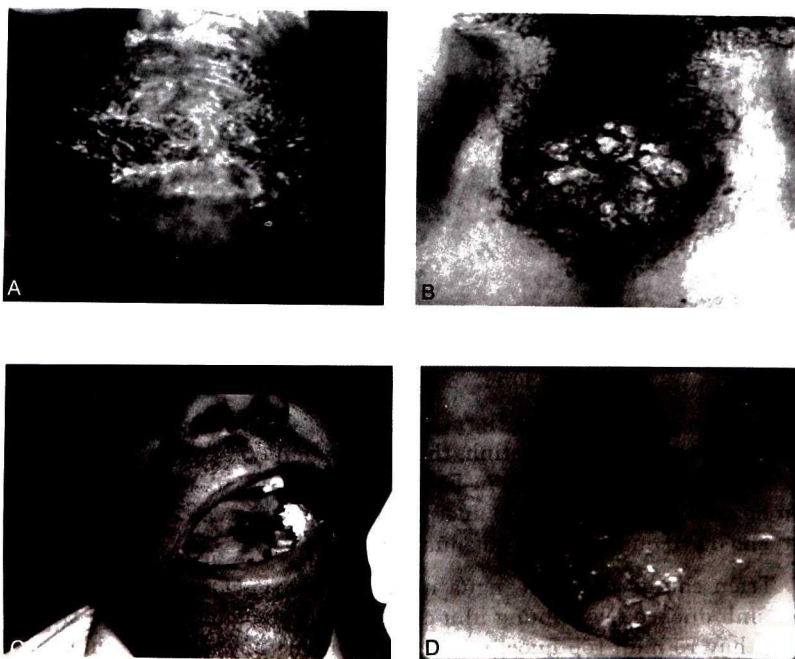
6. BỆNH SÙI MÀO GÀ

Nguyên nhân: do virus gây u nhú hay còn gọi là sùi mào gà (human papilloma virus - HPV), bệnh lây truyền qua đường tình dục.



Hình 10.9. Virus HPV nhìn dưới kính hiển vi điện tử

Nguy cơ nhiễm HPV tăng lên cùng với tăng hoạt động tình dục. Thực tế của những số liệu cho thấy nguy cơ này tăng lên song song với tăng số lượng bạn tình, ví dụ có một bạn tình, tỉ lệ bệnh là 17% nhưng tỉ lệ này tăng lên tới 81% cho những người có 5 bạn tình (Critchlow và Koutsky, 1995) và quan điểm hiện nay là: *số lượng bạn tình là yếu tố nguy cơ có ý nghĩa nhất về lây nhiễm HPV* (IARC, 1995). Biểu mô đường sinh dục nam giới (dương vật, niệu đạo, tuyến tiền liệt) có thể hoạt động như một bể chứa virus HPV (Hillman và CS 1993; Rotola và CS, 1994; Baken và CS, năm 1995). Trong những năm gần đây, bằng các kỹ thuật chẩn đoán Southern Blot hoặc là PCR, các nghiên cứu đã chứng minh được những “bể chứa” HPV ở những nam giới không có triệu chứng. Kết quả của những nghiên cứu đó đã khẳng định được HPV-AND có trong niêm dịch của dương vật, niệu đạo và tuyến tiền liệt. Sự tồn tại như những bể chứa này dường như là một điều kiện trước tiên cho sự lây truyền qua đường tình dục của HPV và đã xác định được HPV kèm theo với những tổn thương tiền ung thư và những nhóm HPV giống nhau trong bạn tình cả nam và nữ. Nếu nhiễm các phân nhóm HPV có nguy cơ cao thì khả năng bị ung thư dương vật cao



Hình 10.10. Tổn thương sùi mào gà ở một số vị trí

A: dương vật; B: hậu môn; C: miệng; D: hòng.

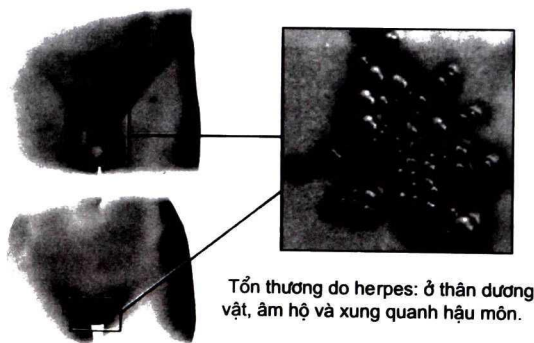
Triệu chứng: bệnh thường không đau, chỉ bắt đầu bằng những mụn nhỏ hoặc nụ sùi ở bộ phận sinh dục, đặc biệt là quanh lỗ niệu đạo, có khi phát triển thành từng mảng. Có khi ở trong miệng hoặc hậu môn.

Điều trị: bôi Podophyllin 10-15% pha trong cồn benzoin, hoặc là pomade Podophyllin bôi trực tiếp lên tổn thương để những nụ sùi này rụng. Đốt tổn thương bằng laser hoặc áp lạnh.

Không nên quan hệ tình dục trong thời gian đang điều trị và phải sử dụng bao cao su mấy tháng liền sau đó để đảm bảo mụn cơm hoàn toàn biến mất và cũng cần tránh tái nhiễm.

Về phía bạn tình: do thời gian ủ bệnh khá dài trước khi có triệu chứng, bạn tình của cả hai giới cho dù đã quan hệ trong vài tháng trước vẫn cần được thông báo về bệnh để chữa trị.

7. HERPES SINH DỤC (MỤN RỘP SINH DỤC)



Hình 10.11. Tổn thương herpes sinh dục

Nguyên nhân: do virus Herpes typ I và II thâm nhập da khi tiếp xúc trực tiếp với da bị nhiễm của bạn tình, thường là gần hay ngay tại bộ phận sinh dục, hoặc quanh miệng. Trong quan hệ đường miệng, virus có thể lây từ môi qua quan hệ sinh dục. Dù mụn rộp nước tự lành lấy, virus vẫn còn nên bệnh vẫn tái phát, cho dù có quan hệ tình dục nữa hay không.

Triệu chứng: nóng rát, ngứa ngáy, đau đớn, nổi mụn nước, hoặc loét bộ phận sinh dục, có triệu chứng như cảm thông thường, đau rất khi tiểu. Có thể không thấy rõ mụn rộp nước, mà là những mảng đỏ với nốt rõ thật nhỏ, triệu chứng đầu tiên có thể xảy ra vài ngày hoặc khá lâu sau khi bị lây nhiễm.

Chẩn đoán: khám và tìm virus nơi vết loét hay mụn rộp. Thử máu không có giá trị để chẩn đoán mà chủ yếu là dựa vào tổn thương lâm sàng.

Điều trị: thuốc chống virus Acyclovir, uống 5-10 ngày. Dùng thuốc mỡ Acyclovir bôi tại chỗ. Dùng thêm thuốc giảm đau. Thuốc không trị hết bệnh nhưng giúp mau lành da, đồng thời nên tắm nước muối lạnh, mặc quần áo rộng bằng vải, nghỉ ngơi, uống nhiều nước và giữ vùng da nhiễm luôn khô ráo.

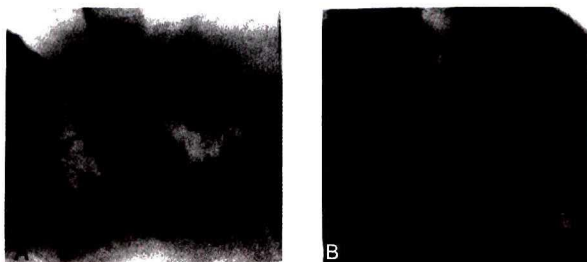
Những đợt tái phát sau này hầu như ít đau hơn đợt đầu tiên. Áp dụng cục/nước đông lạnh khi cảm thấy ngứa ngáy sẽ giúp ngăn chặn tái phát. Ăn uống đầy đủ, nghỉ ngơi và lao động điều độ, tránh căng thẳng thần kinh sẽ giúp mụn rộp nước khó tái phát. Thời kỳ tái phát khác nhau tùy từng người. Không nên giao hợp cho đến khi da trở lại bình thường.

Không chữa trị, mụn rộp nước cũng tự lành nhưng nếu điều trị thì mau lành hơn. Sinh hoạt tình dục khi mụn rộp nước đang tiến triển tránh lây cho bạn tình. Cần điều trị cho bạn tình.

Bệnh lây vào lúc tái phát, để bảo vệ bạn tình, nên tránh mọi tiếp xúc trực tiếp vùng nhiễm nếu phát hiện triệu chứng tái phát (như ngứa ngáy hay cảm thấy hơn ngứa ngứa) cho đến khi da trở lại bình thường (khoảng 10-15 ngày sau). Nếu không chắc chắn về triệu chứng thì nên sử dụng bao cao su hoặc tránh quan hệ tình dục.

Sử dụng bao cao su vẫn là biện pháp tốt nhất, vì bệnh có thể lây truyền dù không triệu chứng. Nên bàn với bạn tình về chuyện dùng bao cao su.

8. NẤM SINH DỤC



Hình 10.12. Tổn thương nấm sinh dục. A: nấm dương vật; B: mụn ở đầu dương vật

Nguyên nhân: thường do nấm *Candida albicans*. Dù rằng không phải lúc nào cũng bị lây nhiễm qua quan hệ tình dục, nhưng vẫn có thể lây. Luôn có một loại nấm thông thường tại bộ phận sinh dục của nam giới và phụ nữ, bình thường thì vô hại không có triệu chứng gì nhưng khi có sự thay đổi về hormone như sử dụng viên tránh thai hoặc đang có thai, nấm có thể sinh sôi nảy nở quá nhiều và gây triệu chứng. Mặc quần bó sát người, bị căng thẳng thần kinh và sử dụng một vài loại kháng sinh cũng có thể tạo điều kiện cho nấm phát triển nhiều hơn.

Chẩn đoán: ngứa, khó chịu ở dương vật. Khám bệnh thấy qui đầu đỏ, có nhiều mảng trắng.

Xét nghiệm thấy sợi nấm. Nam giới cũng được chỉ định điều trị bằng kem kháng sinh chống nấm và có thể phòng tránh lây nhiễm bằng cách vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục ngay sau khi quan hệ nhưng tránh dùng quá nhiều xà phòng. Không sinh hoạt tình dục bộ phận sinh dục đỏ tấy và đau.

Rửa bằng dung dịch bicarbonat natri sau đó bôi kem kháng sinh chống nấm và uống fluconazol (Sporal) với liều 150 mg uống một lần duy nhất có kết quả đến 95% các trường hợp bị nhiễm bệnh; hoặc dùng Itraconazol uống với liều 200 mg uống 1 lần/ngày, uống trong 3 ngày; hay 200 mg uống 2 lần trong 1 ngày duy nhất. Đối với những trường hợp hay tái phát, cần dùng thuốc dự phòng từng đợt để phòng sự nhiễm bệnh những đợt tiếp theo. Phải dùng bao cao su trong thời gian điều trị.

LỖ ĐÁI LỆCH THẤP

1. ĐẠI CƯƠNG

Lỗ đài lệch thấp (hypospadias) là một dị tật bẩm sinh khá phổ biến. Thực ra thì loại bệnh lý này nằm trong bệnh lý của dương vật, tuy nhiên vì tần suất gặp cao và ảnh hưởng nhiều đến sinh sản, cho dị tật này nên xếp riêng một mục.

Bình thường, dương vật thẳng, lỗ đài nằm ở vị trí gần đỉnh của quy đầu dương vật. Lỗ đài lệch thấp là một dị tật bẩm sinh của dương vật làm cho niệu đạo, vật hang, vật xóp, quy đầu và da quy đầu phát triển không hoàn toàn; lỗ niệu đạo có thể nằm ở bất kỳ vị trí nào trên thân dương vật, thậm chí có thể nằm ở bìu hay tầng sinh môn, cho nên bệnh nhân không tiểu tiện được một cách bình thường mà có khi phải ngồi như con gái, thậm chí tia nước tiểu còn vọt ra phía sau mông. Nếu lệch thấp về phía dưới, lỗ đài thường rộng; còn khi lệch về phía gần quy đầu thì lỗ đài thường hẹp và bệnh nhân đái khó, tia nhỏ. Bệnh cũng dễ phát hiện vì lỗ đài không đổ ra ở đỉnh quy đầu như bình thường mà ở một vị trí nào đó ở phần dưới dương vật, bìu khiến trẻ không tiểu tiện được bình thường.

Nghiên cứu về phôi thai học, người ta nhận thấy ở thai nam, tật lỗ đài thấp xuất hiện vào khoảng tuần thứ 10 đến tuần thứ 14, do sự chi phối của nhiều yếu tố. Với những máy siêu âm có độ phân giải cao, đồng thời người có kinh nghiệm có thể phát hiện tật lỗ sáo thấp ở bào thai ngay từ lúc nó mới hình thành.

Hypospadias là một trong những dị tật bẩm sinh phổ biến nhất của cơ quan sinh dục nam, nhưng tỉ lệ mắc rất khác nhau tùy theo báo cáo của những quốc gia, từ 1/4000 đến 1/125 bé trai.

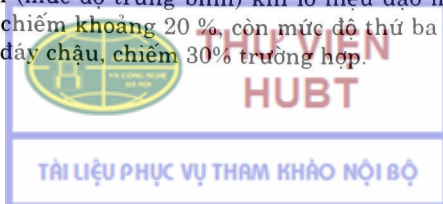
Một báo cáo khoa học cho thấy rằng, lỗ đài thấp trên toàn thế giới tăng nhẹ trong thập kỷ 1980. Tuy nhiên, tỉ lệ này còn phụ thuộc vào nghiên cứu ở các nước và vùng lãnh thổ khác nhau, vì vậy có những kết quả không giống nhau, thậm chí còn ngược nhau. Lỗ đài thấp có 3 mức độ:

- Thể nhẹ (50%), lỗ này nằm tại mặt dưới của đầu dương vật. Lỗ niệu đạo mở ra ở mặt dưới quy đầu của dương vật chiếm khoảng 50-75% trường hợp và chúng được phân loại là mức độ thứ nhất.

- Thể trung bình (chiếm khoảng 45%), lỗ sáo nằm ở phần thân dương vật.

- Thể nặng, lỗ sáo nằm tại phần gốc của dương vật, chiếm khoảng 5% trường hợp. Mức độ nghiêm trọng hơn là dương vật không hoàn toàn tách ra từ đáy chậu hoặc vẫn bị giữ lại bởi mô liên kết, hoặc tình hoàn không xuống.

Mức độ thứ hai (mức độ trung bình) khi lỗ niệu đạo mở ra ở mặt và theo trục của dương vật) chiếm khoảng 20 %, còn mức độ thứ ba (mức độ nặng) là lỗ niệu đạo mở ra trên đáy chậu, chiếm 30% trường hợp.



Tật lỗ đái thấp có thể là dị tật đơn thuần, với biểu hiện dương vật biến dạng và bao tinh hoàn chẻ. Nhưng nó cũng có thể kèm theo những tật khác của cơ quan sinh dục như tinh hoàn ẩn, thoát vị bẹn.



Hình 11.1. Một số hình ảnh về dị tật lỗ đái lệch thấp

Kèm theo lỗ niệu đạo lệch thấp là dương vật bị cong xuống. Lỗ niệu đạo càng ở thấp thì dương vật càng cong xuống nhiều hơn. Lỗ đái lệch thấp có tỉ lệ 1/300 trẻ mới sinh. Lỗ này càng nằm xa vị trí bình thường thì càng khó điều trị và nên điều trị sớm ngay khi trẻ 5-6 tuổi. Nếu trẻ lớn hơn 10 tuổi, phẫu thuật sẽ khó hơn vì lúc này trẻ thường có phản xạ cương dương vật nên vết thương khó lành.

2. NGUYÊN NHÂN

Cho đến nay, chưa biết được rõ ràng nguyên nhân gây ra dị tật bẩm sinh này nhưng có một số giả thuyết như sau:

- Mẹ nhiều tuổi
- Yếu tố di truyền: nghiên cứu về tiền sử gia đình thì có 7% những trường hợp lỗ đái thấp có yếu tố nguy cơ bị bệnh có tính chất gia đình là:
 - Mẹ dùng progesteron trong khi có thai làm tăng nguy cơ dị tật này ở trẻ.
 - Tinh hoàn của thai nhi bất thường hay kém phát triển không xuất đủ testosterone hoặc cơ thể thai nhi không đáp ứng với testosterone.
 - Hoặc do thụ tinh trong ống nghiệm vì sử dụng progesteron nhiều.
 - Theo một nghiên cứu (năm 2008), nếu bà mẹ sử dụng diethylstilbestrol, một estrogen tổng hợp thì nguy cơ bị lỗ đái thấp tăng lên tới 20 lần.

Trong một số ít trường hợp thiếu hụt hoặc giảm nhạy cảm nội tiết tố androgen (testosterone và dihydrotestosterone) sau khi sinh cũng gây lỗ đái thấp.

3. PHÂN LOẠI

Việc phân loại lỗ đái lệch thấp dựa vào vị trí lỗ niệu đạo mở ra trên dọc chiều dài của dương vật và tầng sinh môn.

3.1. Lỗ đài lệch thấp đoạn trước:

Phần thấp quy đầu (1);

Rãnh quy đầu (2).

3.2. Lỗ đài lệch thấp đoạn giữa (đoạn thân dương vật)

- Phần đầu của thân dương vật (3).

- Giữa thân dương vật (4).

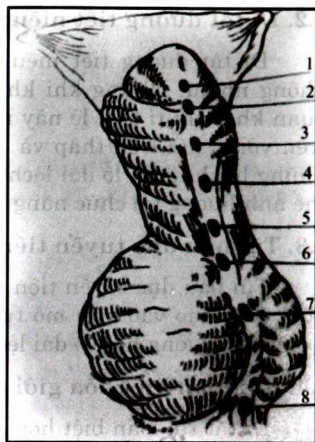
- Phần gốc của thân dương vật (5).

3.3. Lỗ đài lệch thấp đoạn sau: là thể bệnh nặng nhất bao gồm:

- Chỗ nối dương vật - bìu (6).

- Ở bìu (7).

- Tầng sinh môn (8).



Hình 11.2. Các vị trí lỗ đài lệch thấp

Tật lỗ đài thấp không nguy hiểm chết người nhưng lại gây phiền muộn cho sinh hoạt hàng ngày, giảm chất lượng cuộc sống làm cho bệnh nhân mặc cảm, thiếu tự tin, đương nhiên bệnh thường kèm với những dị tật khác nên ảnh hưởng sinh hoạt tình dục cũng như khả năng sinh sản gây khó có thai hoặc vô sinh do dị tật kèm theo như bất thường về tinh hoàn, chất lượng tinh trùng, hoặc là khi sinh hoạt tình dục, tinh trùng không phóng vào âm đạo nên phải làm IUI hoặc thụ tinh trong ống nghiệm.

Với những thể nhẹ của bệnh (lỗ đài mở ra ở phần thấp quy đầu, rãnh quy đầu) người nam giới vẫn có thể quan hệ tình dục được và khi xuất tinh, tinh trùng vẫn có cơ hội gặp trứng do có thể xuất tinh được vào người vợ. Nhưng với những thể nặng hơn thì càng khó quan hệ tình dục hơn và khó có con hơn. Với những thể bệnh nặng như lỗ đài mở ra ở gốc dương vật, ở bìu hoặc tầng sinh môn thì hầu như không thể có con theo con đường tự nhiên do thường khó quan hệ tình dục do có bệnh lý cong dương vật kèm theo, nếu có quan hệ tình dục được thì giả sử có xuất tinh được thì cũng chỉ ở ngoài âm đạo của vợ do miệng niệu đạo ở ngoài âm đạo.

Người bị tật lỗ đài lệch thấp còn có thể bị các dị tật khác kèm theo và các dị tật này có thể làm gia tăng khả năng khó có con của người bệnh.

4. NHỮNG DỊ TẬT PHỐI HỢP

4.1. Tinh hoàn không xuống bìu và thoát vị bẹn

Tinh hoàn không xuống bìu và thoát vị bẹn là hai dị tật phổ biến nhất, chiếm 9% trong số những người bị lỗ đài lệch thấp. Tỷ lệ này tăng lên khi lỗ đài lệch thấp đoạn sau. Tinh hoàn ẩn nằm trong bụng có nguy cơ bị ung thư và xơ hóa, làm giảm chức năng sinh tinh trùng.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4.2. Dị tật đường tiết niệu

Dị tật đường tiết niệu ở những bệnh nhân lỗ đài lệch thấp đơn thuần không nhiều. Nhưng khi lỗ đài lệch thấp phối hợp với bất thường các cơ quan khác thì tỉ lệ tỉ lệ này rất cao. Khoảng 46% có bất thường đường tiết niệu trên với lỗ đài lệch thấp và dị tật không có hậu môn. Dị tật đường tiết niệu ở những bệnh nhân lỗ đài lệch thấp làm suy giảm sức khỏe của người bệnh và có thể ảnh hưởng tới chức năng sinh sản.

4.3. Túi bầu dục tuyến tiền liệt

Túi bầu dục tuyến tiền liệt (utriculus masculinus) là một túi nhỏ mở rộng khỏi niệu đạo vào nhu mô tuyến tiền liệt. Bất thường này thấy ở khoảng 11% trong các trường hợp lỗ đài lệch thấp đoạn sau.

4.4. Rối loạn biệt hóa giới tính

Dị tật rối loạn biệt hóa giới tính cần phải đặt ra ở tất cả các trường hợp lỗ đài lệch thấp đoạn sau phối hợp với tật tinh hoàn không xuống bìu. Cần tiến hành làm xét nghiệm karotyp và xét nghiệm nội tiết tố để xác định.

Khi có rối loạn biệt hóa giới tính, người bệnh có thể bị thêm nhiều dị tật khác nữa, thậm chí cơ quan sinh dục phát triển theo hướng nữ. Người có rối loạn biệt hóa giới tính, ngoài các bất thường về thể chất còn có những rối loạn về hành vi, ảnh hưởng đến sức khỏe, cuộc sống sinh hoạt của người mang bệnh. Các yếu tố này cũng tham gia vào quá trình giảm khả năng có con của người bị rối loạn biệt hóa giới tính.

5. ĐIỀU TRỊ

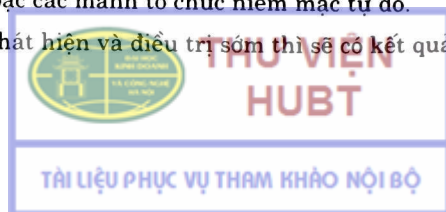
Điều trị lỗ đài lệch thấp cần phải làm thẳng đúng dương vật, tạo hình lại niệu đạo đưa lỗ niệu đạo ra đúng vị trí ở quai đầu. Mục tiêu của điều trị là tạo nên một dương vật bình thường về mặt chức năng sinh lý và giải phẫu. Việc điều trị chỉ áp dụng ở tuyến có chuyên khoa sâu về tiết niệu và nam học.

Nguyên tắc

Cắt bỏ các tổ chức xơ quanh vật hang dương vật để dựng thẳng đúng dương vật, rồi dùng các vật da và tổ chức để cuộn thành ống niệu đạo, đưa lỗ đài ra quy đầu dương vật.

Mục tiêu điều trị là tạo nên một dương vật bình thường về mặt chức năng sinh lý và giải phẫu. Bệnh nên được điều trị sớm để tránh những rối loạn về tâm lý cho người bệnh.

- Vật da và tổ chức sử dụng có thể dùng:
 - + Vật da có cuống.
 - + Vật da hoặc các mảnh tổ chức niêm mạc tự do.
- Nếu được phát hiện và điều trị sớm thì sẽ có kết quả khả quan hơn.



TINH HOÀN ẨN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: tinh hoàn ẩn là tinh hoàn dừng lại trên đường di chuyển từ bụng xuống bìu trong thời kỳ bào thai nên khi trẻ ra đời, tinh hoàn không nằm trong bìu.

- Trong giai đoạn đầu của thai kỳ, tinh hoàn nằm trong ổ bụng, sau đó di chuyển dần xuống bìu và nằm tại bìu cho đến lúc ra đời. Tinh hoàn ẩn là những trường hợp tinh hoàn không nằm tại bìu mà nằm ở trong ổ bụng, ở lỗ bẹn sâu, trong ống bẹn và ở lỗ bẹn nông. Tỷ lệ bị tinh hoàn ẩn chiếm khoảng 3-4% trẻ sơ sinh đủ tháng; nhưng ở trẻ đẻ non, tỷ lệ này là 30%. Có thể tinh hoàn ẩn một hoặc cả hai bên, tuy nhiên có tới 70% các trường hợp tinh hoàn ẩn sẽ xuống bìu trong 3 tháng đầu sau khi sinh. Đến khi trẻ được một tuổi, tỷ lệ trẻ bị tinh hoàn ẩn giảm từ 3% xuống còn 1%. Sau một tuổi, khả năng tinh hoàn ẩn di chuyển xuống bìu rất ít, gần như không đáng kể nên tỷ lệ tinh hoàn ẩn ở trẻ một tuổi tương đương người lớn là 1%. Như vậy, trước một tuổi còn có khả năng tinh hoàn ẩn di chuyển tự nhiên xuống bìu nên có thể chờ đợi mà chưa cần mổ, nhưng sau một tuổi khả năng tinh hoàn ẩn tự đi xuống bìu không còn nữa. Trước một tuổi, tinh hoàn ẩn chưa bị ảnh hưởng gì đáng kể, nhưng sau một tuổi, tinh hoàn ẩn bắt đầu có sự thay đổi về cấu trúc và chức năng theo hướng xấu đi, bắt đầu teo đi và xuất hiện các biến chứng. Tinh hoàn ẩn là một khuyết tật thường gặp ở nam giới, nếu không được phát hiện và xử trí sẽ để lại nhiều hậu quả nặng nề thoát vị bẹn, xoắn tinh hoàn hay chấn thương tinh hoàn hoặc tổn thương về tâm sinh lý, mặc cảm không dám lấy vợ và ngay cả đã kết hôn thì cũng ảnh hưởng lớn đến sinh sản và tình dục thậm chí bị ung thư. Phương pháp điều trị được chấp nhận nhiều nhất là phẫu thuật hạ tinh hoàn.

2. NGUYÊN NHÂN

Có rất nhiều cơ chế chi phối trong sự di chuyển của tinh hoàn từ trong ổ bụng di chuyển xuống bìu. Nếu một trong những cơ chế này bị sai lệch sẽ làm cho sự di chuyển này dừng lại và tinh hoàn bị lạc chỗ không di chuyển xuống được tới bìu và gây tinh hoàn ẩn.

- Rối loạn trục dưới đồi - tuyến yên - tuyến sinh dục: suy tuyến yên, làm thiếu gonadotropin gây tinh hoàn ẩn và chứng dương vật nhỏ lại.

- Sai lệch tổng hợp testosterone: do thiếu men 17 hydroxylase, 5 reductase làm cho tinh hoàn không phát triển bình thường.

- Hội chứng giảm khả năng cảm nhận của các thụ thể androgen: do các thụ thể androgen giảm khả năng cảm nhận cho nên mặc dù là trẻ trai nhưng sự phát triển các chức năng sinh dục nam bị ảnh hưởng trong đó có sự di chuyển xuống bìu của tinh hoàn.



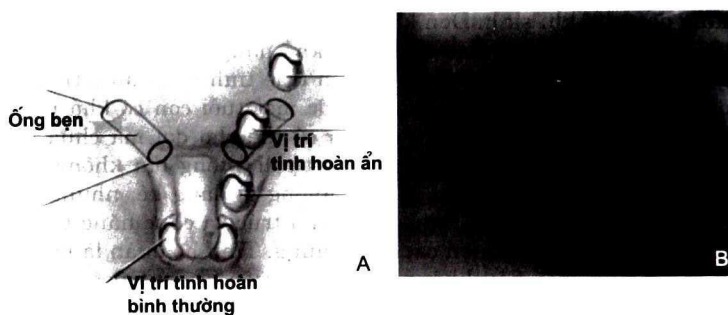
- Vai trò của estrogen: người ta thấy estrogen làm ảnh hưởng đến sự di chuyển của tinh hoàn. Nếu trong thời kỳ mang thai, người phụ nữ sử dụng diethylstilbesteron, hoặc các chất kháng androgen (như flutamid) thì thai nhi có nguy cơ bị tinh hoàn ẩn.

- Dây chằng tinh hoàn - bìu phát triển không hoàn toàn, không tới tận bìu làm cho tinh hoàn nằm lơ lửng trên cao, không xuống được tới bìu.

- Một số yếu tố cơ học gây cản trở sự di chuyển của tinh hoàn như: cuống mạch của tinh hoàn ngắn, xơ hóa vùng ống bẹn.

3. CHẨN ĐOÁN

- Lâm sàng: khám vùng bẹn bìu thấy bìu kém phát triển, không thấy tinh hoàn nằm trong bìu. Tinh hoàn ẩn càng cao thì bìu càng kém phát triển. Tinh hoàn ẩn thể trong ổ bụng hoặc lỗ bẹn sâu khi khám không sờ thấy tinh hoàn.



Hình 12.1. A: vị trí tinh hoàn ẩn; B: đường mổ tinh hoàn ẩn

Cần phân biệt với tinh hoàn bị co rút: là tinh hoàn không nằm ở bìu nhưng có thể được kéo xuống và nằm ở đó khi buông ra, hoặc sờ thấy ở bìu khi bé nằm nghỉ ngơi hay ngủ. Khi không sờ được tinh hoàn trong bìu thì có thể gặp trong các trường hợp:

- Không có tinh hoàn bẩm sinh.
- Tinh hoàn bị teo do xoắn hoặc tắc nghẽn mạch máu nuôi tinh hoàn khi còn trong bào thai.
- Tinh hoàn còn nằm đâu đó trên đường từ ổ bụng xuống bìu.
- Tinh hoàn nằm ở một vị trí bất thường nào đó trong ổ bụng.
- Trong một vài trường hợp khi bé ngủ thì sờ được tinh hoàn nhưng khó khăn khi bé thức gọi là "tinh hoàn co rút".

- Cận lâm sàng:

+ Siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng hay nội soi ổ bụng là các phương tiện thăm dò từ thấp đến cao nhằm xác định chính xác vị trí của tinh hoàn ẩn.

+ Xét nghiệm nhiễm sắc đồ: nên làm như một xét nghiệm bắt buộc để khẳng định giới tính của bệnh nhân nếu có nghi ngờ về giới.

+ Nghiệm pháp hCG là một nghiệm pháp được sử dụng để xác định xem có hay không tinh hoàn hoặc trong trường hợp cả hai tinh hoàn đều không sờ thấy. Mục đích của nghiệm pháp này là kích thích tế bào Leydig sản xuất testosterone: lấy máu định lượng testosterone vào lúc 8-10 h sáng, sau đó tiêm 5.000 đơn vị hCG. Sau tiêm 48 và/hoặc 72 giờ, định lượng lại testosterone. Bình thường, nồng độ testosterone tăng từ 1,5 đến 2 lần. Nếu không tăng thì không có tinh hoàn hoặc tinh hoàn teo hoàn toàn. Nếu tăng ít là suy chức năng sinh dục nguyên phát hoặc thứ phát. Cũng có thể tiêm liều nhỏ và tiêm trong vài tuần và theo dõi sự di chuyển của tinh hoàn. Nếu tinh hoàn di chuyển xuống bìu là có kết quả. Tuy nhiên, chỉ có khoảng 10% các trường hợp có kết quả.

- Các xét nghiệm hormon: LH, FSH, prolactin, estradiol và testosterone.

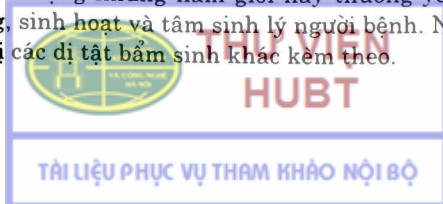
- Các xét nghiệm chỉ điểm khối u: α FP, β hCG để phát hiện các trường hợp ác tính.

4. HẬU QUẢ GÂY VÔ SINH DO TINH HOÀN ẨN

Khi tinh hoàn ẩn, tinh hoàn không phát triển hoặc phát triển không hoàn toàn, kích thước bé do bị teo nhỏ, làm giảm số lượng và khối lượng các ống sinh tinh (bộ phận sinh sản tinh trùng chiếm 90% thể tích tinh hoàn). Vì vậy, khi tinh hoàn bị teo nhỏ, các ống sinh tinh sẽ không phát triển được nên không thể sản xuất ra tinh trùng. 100% các trường hợp nam giới có thể tích tinh hoàn nhỏ hơn 3 ml không còn mô sinh ra tinh trùng. Những người đàn ông này đều bị vô sinh hoàn toàn, vì không thể điều trị được cho đa số trường hợp vô sinh có thể tích tinh hoàn từ 5-8 ml.

Tinh hoàn ẩn thường có kích thước nhỏ hơn bình thường, nhu mô thường mềm nhão. Trong nghiên cứu của Anne Suskind và cộng sự (Hoa Kỳ) năm 2007, ở các trẻ có tinh hoàn ẩn, đường kính của các ống sinh tinh nhỏ hơn, mức độ xơ hóa tinh hoàn cũng cao hơn ở những trẻ lớn hơn 1 tuổi so với trẻ nhỏ hơn 1 tuổi. Các kết quả này cho thấy có sự thay đổi có ý nghĩa về mô học của các tinh hoàn ẩn và có thể ảnh hưởng tới tinh trùng, gây vô sinh. Các nghiên cứu khác tìm thấy sự xơ hóa tổ chức giữa các ống sinh tinh, xơ dày thành ống sinh tinh ở những đứa trẻ được phẫu thuật muộn.

Nếu bệnh nhân chỉ bị ẩn tinh hoàn một bên thì vẫn có khả năng có con. Nếu bệnh nhân bị ẩn tinh hoàn hai bên mà không được mổ đưa tinh hoàn xuống bìu thì chắc chắn là vô sinh hoàn toàn. Không có tinh trùng khi xét nghiệm tinh dịch đồ. Thậm chí, có những người bị thiếu hụt testosterone trầm trọng làm mất sinh khí của nam giới và có thể mất cả khả năng sinh hoạt tình dục bình thường. Thể trạng những nam giới này thường yếu đuối, ảnh hưởng rất lớn đến cuộc sống, sinh hoạt và tâm sinh lý người bệnh. Những người bị tinh hoàn ẩn còn có thể bị các dị tật bẩm sinh khác kèm theo.



Do nằm trong ổ bụng hoặc các nơi khác, nhiệt độ cao hơn ở bìu nhiều, làm cho tinh hoàn không phát triển bình thường. Vì vậy, để càng lâu tinh hoàn càng bị kém phát triển, cho nên bắt buộc phải mổ đưa tinh hoàn về bìu càng sớm càng tốt. Chỉ nên đợi đến khi trẻ 9 tháng tuổi, nếu sau 9 tháng tuổi mà tinh hoàn vẫn chưa xuống bìu thì nên mổ để đưa tinh hoàn về bìu.

5. ĐIỀU TRỊ

Cần phát hiện sớm và điều trị trước 2 tuổi. Ở trẻ dưới một tuổi bị tinh hoàn ẩn, có thể thử điều trị bằng tiêm thuốc nội tiết hCG, kích thích cho tinh hoàn ẩn đi xuống bìu. Hiệu quả của thuốc khoảng 20%. Thuốc không hiệu quả hoặc hiệu quả thấp trong trường hợp tinh hoàn ẩn ở cao trong ổ bụng. Sau một tuổi, hiệu quả của thuốc thấp và nguy cơ tinh hoàn bị ảnh hưởng xấu cao.

5.1. Điều trị nội khoa

hCG (Profasi, Pregnyl 500 UI, 1000 UI, 1500 UI/ 1 ống).

Không nên dùng quá 15.000 đơn vị/một đợt vì có thể gây tác dụng phụ.

Trẻ từ 1-2 tuổi, dùng liều 300 đơn vị tiêm bắp, ngày 1 lần, 3 ngày 1 lần với tổng liều 9 lần; trẻ từ 3-7 tuổi liều 700 đơn vị cho một lần tiêm; trẻ > 7 tuổi liều 1500 đơn vị cho một lần tiêm.

GnRH được dung dưới dạng xịt mũi với liều 1,2 mg/ ngày.

Có thể sử dụng phối hợp GnRH và hCG.

5.2. Điều trị ngoại khoa

Về nguyên tắc, phẫu thuật đưa tinh hoàn xuống bìu được thực hiện càng sớm càng tốt, càng giảm các nguy cơ khi bị tinh hoàn ẩn. Điều trị phẫu thuật được chỉ định khi điều trị nội khoa không kết quả.

Nguyên tắc: đưa tinh hoàn ra ngoài ổ phúc mạc, đóng ổ phúc mạc; phẫu tích, bóc tách, kéo dài cuống tinh hoàn để hạ được tinh hoàn xuống bìu.

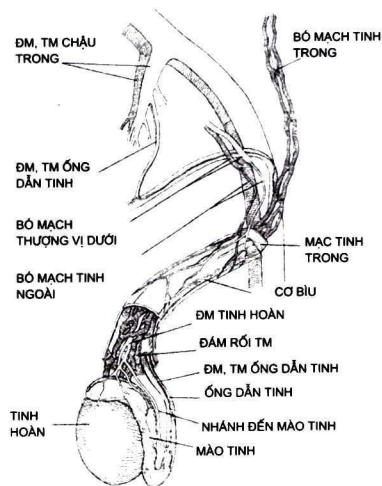
Phẫu thuật tinh hoàn ẩn là một phẫu thuật bảo tồn không chỉ đơn thuần khôi phục vị trí giải phẫu mà còn khôi phục chức năng sinh sản. Vì vậy, phẫu thuật này phải được các phẫu thuật viên có kinh nghiệm thực hiện để đảm bảo các chức năng sinh lý của tinh hoàn.

GIÃN TĨNH MẠCH TÌNH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: giãn tĩnh mạch tinh (GTMT) hay còn gọi là giãn tĩnh mạch thường tinh là hiện tượng giãn bất thường của tĩnh mạch tinh trong đám rối tĩnh mạch tinh.

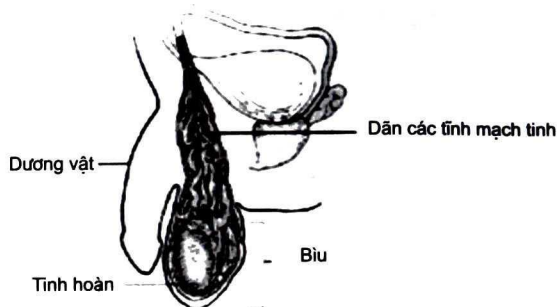
- GTMT là một tình trạng bệnh lý rất phổ biến và thường gặp ở nam giới. Tỷ lệ GTMT ở tuổi thiếu niên chiếm 8-10%, vị thành niên khoảng 15%, tỉ lệ chung cho nam giới là 15%. GTMT là nguyên nhân của 35% trường hợp vô sinh nam nguyên phát và 75-81% trường hợp vô sinh nam thứ phát.



Hình 13.1. Hệ thống mạch máu thường tinh

2. BỆNH SINH

Các mạch máu đến cung cấp máu cho các cơ quan sinh dục nam tạo thành một mạng lưới rất phong phú. Các tĩnh mạch tinh hoàn, mào tinh hoàn và các lớp bao của thừng tinh tạo thành đám rối giống như dây leo rồi hội tụ lại ở lỗ bẹn trong tạo thành tĩnh mạch tinh (tĩnh mạch thừng tinh). Bình thường, tĩnh mạch tinh có đường kính khoảng nhỏ hơn hoặc bằng 2 mm. Vì những lý do nào đó, các tĩnh mạch ở đám rối này giãn tạo thành các búi gọi là GTMT.



Hình 13.2. Giãn tĩnh mạch tinh

Tĩnh mạch tinh (TMT) xuất phát từ tinh hoàn và nhận máu từ các nhánh mào tinh hoàn, hợp lại với nhau tạo nên một đám rối tĩnh mạch xoắn xuýt, chằng chịt đi trong thừng tinh, đi lên và tập hợp lại thành nhánh lớn, bên trái đổ vào tĩnh mạch thận và bên phải đổ vào tĩnh mạch chủ bụng. Tĩnh mạch có các van để tránh máu trào ngược dồn lại về tinh hoàn. Khi những tĩnh mạch này không có van hoặc là hệ thống van này bị giảm chức năng, máu từ tĩnh mạch thận trào ngược vào đám rối tĩnh mạch, đồng thời ứ trệ máu từ tinh hoàn và mào tinh hoàn làm cho đám rối này giãn nhiều hơn. Khi không bị giãn, TMT làm mát tinh hoàn như một bộ phận tản nhiệt vì đưa máu ra khỏi tinh hoàn bằng những nhánh thông với những tĩnh mạch xung quanh động mạch tinh hoàn, vì vậy nhiệt độ của tinh hoàn luôn thấp hơn nhiệt độ cơ thể khoảng 1-2°C. Khi GTMT, do máu bị ứ trệ sẽ làm cho nhiệt độ tinh hoàn có thể tăng lên 0,6-0,8°C gây ảnh hưởng đến việc sản sinh tinh trùng. Ngoài ra, còn một số giả thuyết ít được chấp nhận như: trào ngược các chất chuyển hóa từ thượng thận-thận vào tĩnh mạch tinh, ứ đọng máu tĩnh mạch, tăng prostaglandin hoặc catecholamin trong tĩnh mạch tinh.

Bệnh gặp ở bên trái nhiều hơn bên phải, do cấu trúc giải phẫu của tĩnh mạch tinh phải ngắn và đổ chéo góc vào tĩnh mạch chủ dưới, còn tĩnh mạch tinh trái dài hơn và đổ gần như vuông góc vào tĩnh mạch thận. Vì vậy, có tới 90% các trường hợp GTMT chỉ gặp ở một bên, trong đó 90% là ở bên trái.

Tuy thường gặp và chưa có các biện pháp phòng bệnh nhưng GTMT có thể điều trị được và tỉ lệ thành công cao.

3. ẢNH HƯỞNG CỦA GTMT ĐẾN SINH SẢN VÀ TÌNH DỤC

3.1. Làm giảm thể tích tinh hoàn

Những bệnh nhân bị GTMT trong một thời gian dài, thể tích tinh hoàn bị giảm. Mức độ GTMT càng nặng thì thể tích tinh hoàn càng giảm. Có nghiên cứu cho thấy bệnh nhân bị GTMT độ 2 và 3 có kích thước tinh hoàn nhỏ hơn bình thường; tuy nhiên, kích thước tinh hoàn đã tăng lên đáng kể ở bệnh nhân sau khi được phẫu thuật.

3.2. Giảm chức năng sản sinh tinh trùng

Thương tổn của hệ thống ống sinh tinh làm tổn thương các chức năng sinh tinh trùng của tinh hoàn bao gồm giảm quá trình sinh tinh, ngừng trưởng thành ở giai đoạn tinh tử và tinh bào, các ống tinh dày lên nhưng đường kính giảm xuống. Tinh trùng di động kém, số lượng tinh trùng chưa trưởng thành tăng, hình thái của tinh trùng bị biến dạng. Nếu điều trị tích cực, chất lượng tinh dịch đồ được cải thiện về mức độ đậm đặc của tinh dịch, khả năng di động của tinh trùng và tỉ lệ tinh trùng bình thường.

3.3. Thay đổi hormon

GTMT làm thương tổn của tinh hoàn, giảm cả về tinh trùng cũng như sản xuất testosterone. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy có những thay đổi bất thường của một số hormon ở các bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch tinh được cải thiện sau điều trị (nồng độ testosterone tăng lên đáng kể sau phẫu thuật).

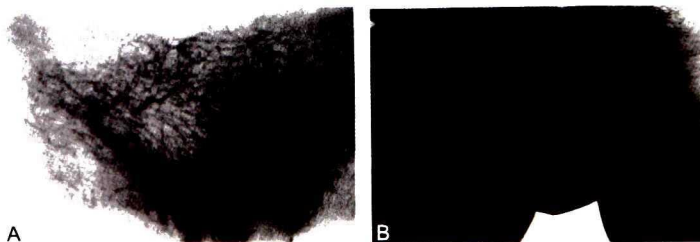
4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

4.1. Triệu chứng lâm sàng

Cơ năng: đau tức vùng bẹn bìu hoặc hiếm muộn, vô sinh. Có cảm giác khó chịu, căng tức, đau tinh hoàn. Đôi khi, người bệnh có cảm giác nóng ở bìu hoặc một tinh trạng khó chịu mơ hồ ở bìu. Bệnh nhân tự nhìn thấy hay sờ thấy búi tĩnh mạch giãn to ngoằn ngoèo như búi giun nằm trong bìu khi đứng. Bệnh nhân tự sờ thấy tinh hoàn một bên nhỏ hơn bên đối diện và lo lắng đi khám bệnh (hình 13.3 A)

Thực thể: khám bệnh nhân ở tư thế đứng, trong những trường hợp điển hình, có thể dễ dàng nhìn thấy búi giãn TM ở phía trên và sau tinh hoàn. Mức độ giãn có thể gia tăng hơn khi làm nghiệm pháp Valsalva (bệnh nhân phình bụng, rặn nhẹ sẽ nhìn thấy các tĩnh mạch ở bìu và dọc theo thừng tinh to ra). Sờ thấy các tĩnh mạch lằn dưới tay.

Khi khám vùng bìu tư thế đứng có thể sờ thấy thừng tinh dày, có nhiều tĩnh mạch giãn mềm, đôi khi nổi ngoằn ngoèo ở dưới da bìu phía trên tinh hoàn, sờ có cảm giác như búi giun (hình 13.3 B).

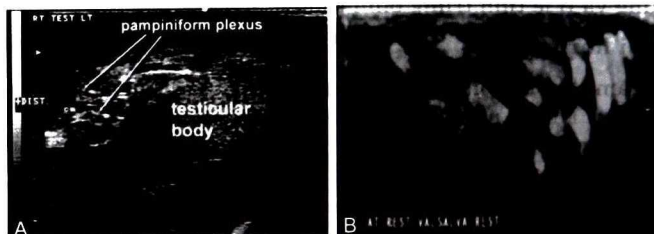


Hình 13.3. Triệu chứng của GTMT. A: vùng bẹn phồng và căng tức do GTMT. B: tĩnh mạch nơi thành bìu như búi giun khi đứng càng thấy rõ hơn.

Siêu âm Doppler màu cường mạch tinh hoàn để đánh giá chính xác mức độ GTMT. Giảm TMT khi có ít nhất một tinh mạch trong đám rối tinh mạch có đường kính lớn hơn 2-3 mm. Khi làm nghiệp pháp Valsalva thấy tinh mạch phình to hơn và hình ảnh rõ hơn.

4.2. Cận lâm sàng

+ Siêu âm Doppler màu



Hình 13.4. Hình ảnh GTMT trên siêu Doppler âm màu. A: TMT giãn; B: mạch máu dày đặc.

+ Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng: là những xét nghiệm cần thiết khi có GTMT nhằm loại trừ các trường hợp GTMT thứ phát do các khối u sau phúc mạc hay ở tiểu khung chèn ép.

+ Tinh dịch đồ: chỉ định cho những trường hợp vô sinh để đánh giá tình trạng tinh trùng.

4.3. Phân độ GTMT trên lâm sàng

0: GTMT chưa có biểu hiện lâm sàng. Không phát hiện được khi thăm khám, chỉ phát hiện được khi làm các thăm dò cận lâm sàng như siêu âm.

1: GTMT sờ thấy hoặc nhìn thấy khi làm nghiệp pháp gắng sức (nghiệm pháp Valsalva).

2: GTMT sờ thấy nhưng không nhìn thấy khi đứng thẳng mà không cần làm nghiệp pháp Valsalva.

3: GTMT nhìn thấy hiện rõ ở da bìu khi đứng thẳng.

Những trường hợp GTMT độ 2 và 3 có nhiều nguy cơ gây vô sinh hơn.

5. ĐIỀU TRỊ

GTMT điều trị nội khoa hầu như không có kết quả. Hiện nay, điều trị GTMT chủ yếu là can thiệp ngoại khoa. Bệnh có chỉ định phẫu thuật khi GTMT lớn gây khó chịu hoặc đau tức bìu kéo dài, cản trở trong sinh hoạt, thể tích tinh hoàn nhỏ hơn 3 ml, thay đổi tinh dịch đồ ở người trên 18 tuổi.

5.1. Chỉ định

- GTMT gây triệu chứng đau tức vùng bẹn bìu kéo dài ảnh hưởng tới sinh hoạt và khả năng lao động.
- GTMT kết hợp với teo tinh hoàn.
- GTMT phát hiện trên một cặp vợ chồng vô sinh.
- GTMT kèm theo bất thường về tinh dịch đồ.

5.2. Các phương pháp điều trị can thiệp

Nguyên tắc phẫu thuật: cắt và thắt hai đầu tinh mạch tinh, làm xẹp hết máu động ở phần tinh mạch ngoại vi, không làm thương tổn động mạch tinh, bạch mạch.

5.2.1. Các phương pháp phẫu thuật

- Gồm có mổ mở cổ điển, phẫu thuật nội soi và vi phẫu thuật, trong đó vi phẫu thuật là phương pháp mang lại hiệu quả cao nhất. Xu hướng hiện nay là điều trị bằng vi phẫu thuật, với ưu điểm là nhờ kính hiển vi mà phẫu thuật viên dễ nhận biết và bảo tồn động mạch tinh và hệ bạch mạch, tránh biến chứng như teo tinh hoàn hoặc tràn dịch tinh mạc. Hiện nay, vi phẫu đường bẹn hay dưới bẹn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị GTMT.

Đối với những trường hợp khám lâm sàng không sờ thấy, chỉ định điều trị ngoại khoa hiện còn tranh luận.

5.2.2. Nút mạch chọn lọc dưới hướng dẫn của X quang

Nút mạch chọn lọc dưới hướng dẫn của X quang và mổ vi phẫu.

Như vậy, các phương pháp can thiệp được áp dụng là phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi, vi phẫu thuật và nút mạch chọn lọc dưới hướng dẫn của X quang.

Tóm lại:

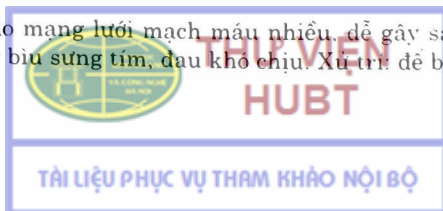
- Về phẫu thuật, dù theo phương pháp mổ nào, với mất thường hoặc qua nội soi, phẫu thuật viên sẽ khó nhận biết được động mạch tinh do kích thước quá nhỏ và nhịp đập rất nhẹ. Hiện nay, với nhiều ưu điểm, phương pháp dùng kính phóng đại để thực hiện vi phẫu thuật được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị GTMT.

- Chỉ định phẫu thuật khi GTMT lớn gây khó chịu hoặc đau tức bìu kéo dài, GTMT ảnh hưởng đến tinh hoàn (giảm thể tích tinh hoàn) và tinh dịch đồ (ở nam giới trên 17 tuổi và các trường hợp vô sinh nam).

- Theo nhiều nghiên cứu cho thấy: sau phẫu thuật, khoảng 80% bệnh nhân có tinh dịch đồ cải thiện đáng kể, 45% bệnh nhân có vợ thụ thai.

5.2.3. Tai biến sau mổ

- Chảy máu: do mạng lưới mạch máu nhiều, dễ gây sang chấn, đụng dập. Trên lâm sàng thấy bìu sưng tím, đau khó chịu. Xử trí để bệnh nhân nằm nghỉ.



cho thuốc cầm máu. Nếu khối máu tụ ngày càng to lên thì phải mở lại để cầm máu. Tuy nhiên, do sưng tấy, đụng dập cho nên cầm máu cũng khó khăn, có thể khâu hoặc buộc vào các thành phần khác trong ống bẹn hoặc trong áo thun tinh. Cho bệnh nhân dùng kháng sinh liều cao và phối hợp. Sau khoảng 7 ngày, khối máu tụ đã khu trú, có thể cắt chỉ hoặc mở lỗ nhỏ, lấy hết máu tụ.

- Nhiễm trùng: biểu hiện sưng nóng, đỏ đau, bệnh nhân có thể bị sốt. Điều trị giảm đau, chống viêm và tăng liều kháng sinh.

- Sưng bìu do tụ dịch (tràn dịch khoang màng tinh).

- Dẫn tinh mạch thường tinh tái phát do điều trị không triệt để hoặc thông nối các tinh mạch khác hoặc phát triển những mạng lưới mạch máu mới.

- Teo tinh hoàn: do buộc hoặc khâu vào động mạch gây thiếu dưỡng máu không đủ cung cấp nuôi dưỡng tinh hoàn.

5.2.4. Chăm sóc sau mổ

- Tùy theo phương pháp mổ mở hay nội soi, bệnh nhân có thể tắm 24 giờ sau mổ, tuy nhiên không ngâm trong bồn tắm trong vòng 5 ngày sau mổ, có thể làm việc lại sau 48 giờ.

- Có thể trở lại những hoạt động bình thường (kể cả chơi thể thao) từ 5 đến 7 ngày sau mổ,

- Đôi khi có đau nhẹ vết mổ, sưng bìu ít và có thể có ít dịch rỉ ra từ vết mổ. Có thể dùng bông băng hoặc gạc đắp lên vết mổ.

- Tránh những hoạt động gắng sức trong 48 giờ đầu sau phẫu thuật như: kiêng vác nặng hoặc quan hệ tình dục.

- Có thể ăn uống bình thường sau mổ.

- Khám lại sau mổ 2 tuần để kiểm tra tình trạng vết mổ.

- Thử tinh dịch đồ, đếm số lượng tinh trùng sau mổ. Lần đầu tiên, thường có thể số lượng tinh trùng chưa cải thiện nhiều nhưng những lần sau số lượng tinh trùng sẽ gia tăng.

Khám lại:

Khám lại ngay khi có các triệu chứng sau: đau kéo dài, không giảm khi dùng thuốc giảm đau. Vết mổ bị bầm xanh hoặc thâm đen, chảy máu từ vết mổ, vết mổ có mùi hôi, bìu sưng to, sốt cao hoặc kèm rét run.

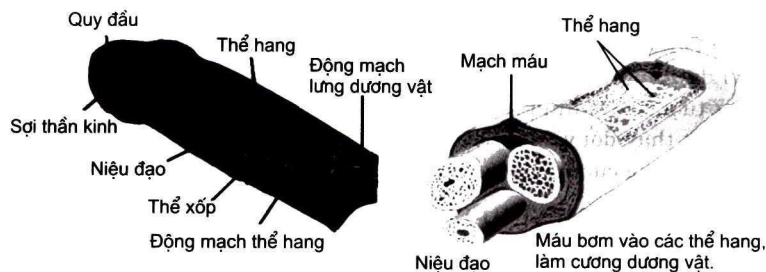
MỘT SỐ BỆNH LÝ VỀ DƯƠNG VẬT

1. CẤU TẠO DƯƠNG VẬT

1.1. Cấu tạo bên ngoài

Dương vật giống một đường ống hình trụ xốp và mềm, treo ngay dưới mu. Dương vật có phần rễ, phần thân và phần đầu. Rễ dương vật nằm ở đáy chậu và dính vào xương mu bởi dây chằng treo dương vật. Thân dương vật giống như một đường ống và có thể cương cứng được. Đầu dương vật là phần đỉnh chóp và hơi lớn hơn phần thân, được gọi là quy đầu, rất nhạy cảm. Ngoài cùng là da, ở phần đầu dương vật có một đoạn da mỏng bảo vệ, gọi là bao quy đầu. Bao quy đầu của bé trai hẹp, nhưng nó giãn ra khi tới tuổi dậy thì. Nếu một người đã trưởng thành mà bao quy đầu không giãn, không lộn ra sau được thì gọi là hẹp bao quy đầu (phymosis). Niệu đạo nằm giữa dương vật chung cho cả nước tiểu và tinh dịch nhưng không bao giờ thoát ra cùng một lúc. Khi tinh dịch đang được phóng ra khỏi túi tinh thì cơ thắt cổ bàng quang co chặt không cho nước tiểu từ bàng quang vào niệu đạo.

1.2. Cấu tạo bên trong



Hình 14.1. Cấu tạo bên trong của dương vật

Dương vật gồm ba ống hình tròn, nằm song song với nhau, cấu tạo bằng các mô cương, trong đó có hai ống thể hang và một ống thể xốp được bao xung quanh bởi ba lớp: lớp cân sâu, lớp mô dưới da và lớp da.

- Thể hang: là ống có mô cương, gồm nhiều khoảng trống như hang động, chạy dọc theo chiều dài và nằm phía trên của dương vật, bao quanh bởi những lớp cân trắng Buck cách nhau bằng một màng chắn. Có hai thể hang nằm ở phần lưng của dương vật.

- Mô cương là những chỗ phình ra của động mạch xoắn, bao bọc bằng các sợi cơ trơn co giãn được. Hệ thống mô cương và sợi cơ trơn này co giãn để có thể bơm, chứa máu.

- Thể xấp: là một ống khác chứa bên trong nó là niệu đạo, phần cuối ống nở ra tạo thành đầu dương vật hay quy đầu, nằm ở phần bụng của dương vật.

1.3. Hệ thống mạch máu và thần kinh của dương vật

- Hệ thống mạch máu:

Bao gồm động và tĩnh mạch. Động mạch của dương vật bắt nguồn từ động mạch bụng. Tĩnh mạch: máu thoát ra từ các hang mạch máu vào các tĩnh mạch nhỏ rồi từ đó đổ vào tĩnh mạch lớn hơn nằm sâu trong các thể hang. Từ đó máu chảy về qua tĩnh mạch lưng nằm gần ngoài da và đổ vào tĩnh mạch bụng.

- Hệ thống thần kinh:

+ Cơ chế cương được kiểm soát bằng một hệ thống thần kinh tự động. Những dây thần kinh phó giao cảm giữ nhiệm vụ chính. Trong khi đó, những sợi thần kinh giao cảm đi từ đốt sống ngực số 1 đến đốt thắt lưng số 2 lại kiểm soát phóng tinh và làm xiù dương vật. Những sợi thần kinh phó giao cảm nối với vùng thần kinh ở thể hang chạy phía dưới tuyến tiền liệt và nằm ở gốc dương vật. Các dây thần kinh này rất dễ bị tổn thương khi giải phẫu vùng chậu.

+ Hệ thống thần kinh cảm giác và vận động tạo thành một vòng cung đi qua vùng trung tâm, gây cương ở tùy sống.

+ Một đường dẫn truyền thần kinh khác từ vỏ não xuống dương vật cũng ảnh hưởng đến chức năng cương. Đó là đường dẫn của những yếu tố gây cương tâm lý, ví dụ như những kích thích nhận được từ mắt, tai, mũi (khi nhìn thấy, hay tưởng tượng một hình ảnh kích dục, nghe một chuyện kích dục, hay một xúc cảm, một thay đổi về nội tiết) cũng là nguyên nhân gây cương, làm liệt hay rối loạn chức năng cương dương vật.

2. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM SINH LÝ CỦA DƯƠNG VẬT

- Chiều dài dương vật được đo từ phần đỉnh đến tận phần chân dính liền với bụng và được đo ở trạng thái cương cứng:

Độ tuổi từ 10-11: từ 4-8 cm

Độ tuổi 12: từ 5-10 cm

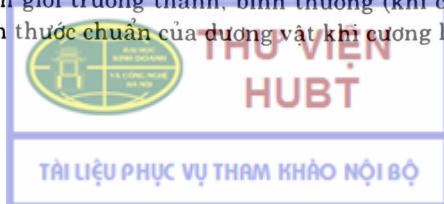
Độ tuổi 13: từ 5-12 cm

Độ tuổi 14: từ 6-14 cm

Độ tuổi 15: từ 8-15 cm

Độ tuổi từ 16-18: từ 10-15 cm

- Đối với nam giới trưởng thành, bình thường (khi chưa cương) dương vật dài từ 6-8 cm, kích thước chuẩn của dương vật khi cương là 13-16 cm.



- Dương vật chỉ dài và to đến một mức độ nào đó thì tự ngừng vì phụ thuộc vào gen vì các gen đã mã hóa quá trình sự phát triển của dương vật, cũng vì vậy, sử dụng testosterone không thể làm dương vật dài thêm mà chỉ gây hại do cơ chế feedback đối với vùng dưới đồi. Chế độ dinh dưỡng hợp lý trong giai đoạn vị thành niên có vai trò quan trọng trong việc phát triển chiều cao của cơ thể là cách hay nhất để có dương vật dài tương ứng. Thông thường thì dương vật có xu hướng ngừng phát triển ở tuổi 16, trừ một số ít trường hợp có sự phát triển muộn hơn.

- Bình thường, dương vật chưa cương cứng sẽ có chiều dài khoảng 5,5 đến 9 cm. Khi cương cứng, kích thước trung bình của dương vật khoảng 9 đến 15 cm. Wessells (một tác giả người Hoa Kỳ) đề xuất chiều dài dương vật được xem là bình thường nếu nằm trong khoảng 2 lần độ lệch chuẩn của trị số trung bình. Do đó, dương vật được xem là nhỏ nếu chiều dài khi xù < 4 cm và khi cương < 7,5 cm. Con số này cũng có thể áp dụng trên người Việt Nam: dương vật nhỏ nếu khi xù < 3,8 cm, khi cương < 7,8 cm. Nghiên cứu tại Bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh cho thấy chiều dài dương vật ở nam giới trưởng thành Việt Nam khi xù là 6,6 cm và khi cương là 11,2 cm.

- Ở người lớn, chỉ coi là dương vật nhỏ nếu khi cương, dương vật có chiều dài dưới 6 cm. Có hai dạng dương vật nhỏ:

+ Những trường hợp dương vật nhỏ do thiếu testosterone, không chỉ dương vật nhỏ mà hai tinh hoàn cũng nhỏ, và không có lông vùng sinh dục hay lông rất thưa thớt. Trong trường hợp đó, do nồng độ testosterone trong máu sẽ rất thấp. Điều trị bằng testosterone sẽ có hiệu quả nhưng nếu lạm dụng testosterone thì hậu quả có khi còn tai hại hơn.

+ Dương vật nhỏ do bẩm sinh, không phải do thiếu testosterone. Dạng này không chữa được. Các phương thuốc thoa, xúc, chích, uống hay kéo tạ, chỉ là quảng cáo. Một số bác sĩ cho rằng phẫu thuật cắt dây treo dương vật có thể giúp dương vật dài thêm 2-3 cm. Tuy nhiên, hiệu quả của phẫu thuật chưa được giới chuyên môn công nhận rộng rãi. Phải hiểu được cấu tạo của dương vật thì mới hiểu được bệnh lý của dương vật và có các phương pháp điều trị thích hợp.

3. MỘT SỐ BỆNH LÝ CỦA DƯƠNG VẬT

3.1. Gãy dương vật

3.1.1. Khái niệm

Gãy dương vật là một chấn thương nghe có vẻ lạ lẫm vì làm mừng tượng tới một cái gì đó cứng bị gãy như gãy xương chẳng hạn. Thật vậy, dương vật chỉ bị gãy khi nó cương cứng, không thể bị "gãy" nếu nó đang trong trạng thái mềm- xù.



Khi dương vật đang cương thẳng mà nó đột ngột bị bẻ gấp thì bao xơ của ống có thể bị rách, gây đau. Do máu thoát qua chỗ rách của bao, nên dương vật trở nên mềm đi, sưng to và tím. Đó là chứng gãy dương vật.

3.1.2. Nguyên nhân

Gãy dương vật thường xảy ra do chính bệnh nhân tự bẻ dương vật của mình. Bệnh nhân thường là những người trẻ, sáng ngủ dậy dương vật cương to (đây là một hiện tượng sinh lý rất bình thường) làm họ bối rối, xấu hổ nếu sống ở nhà đông người hay ở các ký túc xá. Nghe ai đó chỉ, họ dùng tay bẻ dương vật sang một bên (giống như bẻ khớp ngón tay). Khi bẻ nghe một tiếng "cốc" và dương vật xiu xuống, sau đó họ có thể thoải mái đi lại trong nhà. Một ngày nào đó (sau vài lần bẻ hay thậm chí sau vài tháng) khi bẻ dương vật, họ cũng nghe tiếng "cốc", nhưng lại thấy đau nhói và dương vật sưng to - nó bị gãy. Bệnh nhân thường vào viện ngay sau tai nạn do đau và sợ hãi khi nhìn thấy dương vật sưng to, tím và bị quẹo sang bên bẻ. Họ còn lo sợ cho tương lai xa hơn, sợ dương vật không dùng được nữa.

Đa số bệnh nhân bị gãy dương vật có hoàn cảnh như trên. Một số ít bị gãy dương vật do động tác giao hợp, nhất là trong tư thế người nam nằm dưới.

Cần ghi nhận là tuy dương vật bị gãy nhưng bệnh nhân vẫn đi tiểu được khá dễ dàng do thể xóp (là ống thứ 3 của dương vật, nhỏ, bao quanh niệu đạo) không bị tổn thương.

3.1.3. Điều trị

Để được điều trị đúng đắn, bệnh nhân cần phải đến bệnh viện ngay để được bác sĩ niệu khoa lấy bỏ máu tụ và khâu lại chỗ rách (thường ở mặt bên thể hang, ngược với hướng bẻ và nằm gần gốc dương vật). Sau mổ, dương vật sẽ trở lại bình thường, không để lại di chứng gì về tiểu tiện hay chuyện con cái. Phẫu thuật đơn giản, một bác sĩ ngoại khoa tổng quát cũng có thể thực hiện được nếu được huấn luyện.

Nếu không mổ ngay, gãy dương vật cũng tự hết được. Dương vật từ từ hết tím, hết sưng to sau nhiều ngày, nhiều tuần lễ nhưng bị xơ hóa do tụ máu làm cho dương vật bị quẹo, gập góc nặng không thể giao hợp được. Việc sửa lại di chứng quẹo dương vật phức tạp hơn và cần được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa tiết niệu.

Điều trị là mổ lấy máu tụ và khâu lại bao thể hang. Tiên lượng về chức năng sinh sản và tình dục hoàn toàn bình thường. Cách phòng bệnh là đừng bao giờ tự bẻ dương vật.

3.2. Đứt hãm dương vật

3.2.1. Khái niệm



Hăm (dây thăng) dương vật là phần da dính vào mặt dưới qui đầu, sát lỗ niệu đạo, khi dương vật cương thì mảnh da này căng ra.

Hăm dương vật có thể bị rách (hay còn gọi là đứt dây thăng) do bị căng quá mức. Điều này chỉ xảy ra khi dương vật đang cương cứng, trong lúc giao hợp, hay do thủ dâm. Tai biến này thường chỉ gặp ở người trẻ, ở những lần giao hợp đầu tiên còn thiếu kinh nghiệm.

Rách hăm qui đầu gây đau, làm ức chế tâm lý bệnh nhân nên dương vật trở nên xiù ngay. Rách làm chảy máu chút ít.

3.2.2. Xử trí

Do đau, do chảy máu và do lo sợ ảnh hưởng về sau nên bệnh nhân thường đến bác sĩ ngay. Chỉ cần gây tê tại chỗ, bác sĩ niệu khoa sẽ khâu lại chỗ rách. Phẫu thuật tuy đơn giản nhưng đòi hỏi sự tinh tế, vì nếu may không khéo có thể làm dây thăng bị rút ngắn lại, có cục xơ làm dễ bị rách trở lại.

Nếu bệnh nhân không đến ngay bác sĩ để được khâu lại dây thăng thì vết rách cũng tự lành sau mấy ngày đau rát và để lại sẹo rút ngắn làm dây thăng lại dễ bị rách khi giao hợp sau này, cũng như có thể gây ra cảm giác hơi khó chịu lúc giao hợp kéo dài trong nhiều tháng làm giảm vui thú. Phẫu thuật kéo dài dây thăng hay thuốc kháng viêm, giảm đau thoa tại chỗ dây thăng có thể giúp ích cho người bệnh.

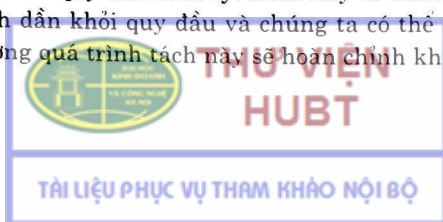
- Dây thăng ngắn: gây cương đau, cong qui đầu, chảy máu do đứt thăng. Phẫu thuật kéo dài dây thăng.

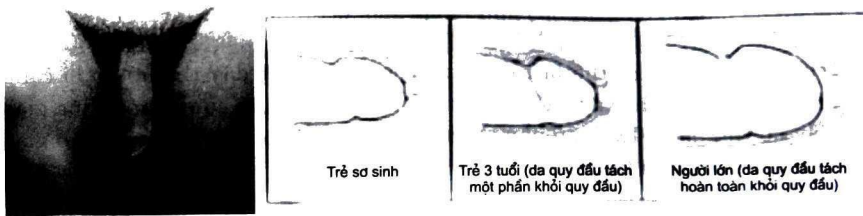
3.3. Hẹp bao qui đầu

3.3.1. Định nghĩa và phân loại

Hẹp bao qui đầu là tình trạng bao không thể tuột khỏi qui đầu nghĩa là da quy đầu dương vật không kéo xuống được ngay cả khi cương cứng. Người bị hẹp bao quy đầu, lỗ mở của bao quy đầu hẹp cản trở dòng nước tiểu. Ở người lớn có bao quy đầu dài, có thể bị hẹp do viêm nhiễm tạo sẹo.

Bình thường, ở trẻ sơ sinh, đầu dương vật (quy đầu) được bao phủ bởi lớp da được gọi là bao quy đầu. Bao quy đầu dính vào dương vật ở nơi tiếp giáp giữa thân và đầu dương vật. Bao quy đầu không dính với đầu dương vật, và có thể kéo da quy đầu lên để bộc lộ đầu dương vật. Hầu hết trẻ khi mới sinh ra có hiện tượng dính bao quy đầu vào quy đầu và không thể kéo bao quy đầu lên được. Người ta gọi là hẹp bao quy đầu sinh lý. Điều này là bình thường. Khi trẻ lớn, bao quy đầu sẽ tách dần khỏi quy đầu và chúng ta có thể dễ dàng kéo bao quy đầu lên, thông thường quá trình tách này sẽ hoàn chỉnh khi trẻ được 4-5 tuổi.





Hình 14.2. Một số hình ảnh hẹp bao quy đầu

Có một dạng khác là bao quy đầu hẹp nhẹ, nên vẫn có thể tụt lên khỏi quy đầu nhưng lại không tự tụt xuống được (thường gặp lúc dương vật cương), gây ra ứ dịch phù nề bao quy đầu gọi là thắt nghẹt bao quy đầu.

Trường hợp này cần phải được điều trị bằng cách kéo da bao quy đầu lại vị trí cũ, hoặc xé dọc bao quy đầu, hoặc cắt bao quy đầu.



Hình 14.3. Hẹp nhẹ bao quy đầu

- *Da quy đầu dài*: là da bao quy đầu bao phủ quy đầu nhưng có thể dùng tay tụt lên xuống được. Vì da quy đầu luôn bao phủ quy đầu nên các chất cặn nước tiểu sẽ đọng lại tạo điều kiện nhiễm khuẩn quy đầu và dương vật.

- *Thắt nghẹn bao quy đầu*: bao bị lộn ngược, thắt lại, sưng phù. Không nên dùng thuốc chống sưng phù hay kháng sinh. Cần phải tuột xuống ngay để tránh phù nề, nhiễm trùng. Sau đó nên cắt bao quy đầu.

3.3.2. Triệu chứng

- Kéo bao quy đầu của trẻ lên, những trẻ có hẹp bao quy đầu không thể kéo bao quy đầu lên đến cổ dương vật.
- Trẻ rặn khi đi tiểu.
- Tia nước tiểu yếu.
- Nhiễm trùng tiểu tái phát.

3.3.3. Hậu quả

- Viêm nhiễm, dính, là một yếu tố gây ung thư dương vật, sinh hoạt tình dục khó khăn.

Nếu hẹp bao quy đầu không được điều trị, trẻ có thể có các biến chứng sau:

- Tiểu khó.

- Nhiễm trùng tiểu.
- Viêm quy đầu.
- Tăng nguy cơ ung thư dương vật.
- Một số trường hợp do lắng đọng chất bẩn trong bao quy đầu nên có thể tạo sỏi nhỏ, thậm chí sỏi rất to và nhiều.

3.3.4. Xử trí

Có 3 cách điều trị hẹp bao quy đầu: điều trị bằng bôi thuốc tại chỗ, nong bao quy đầu mỗi ngày, cắt bao quy đầu.

Ngoại khoa

Trường hợp da quy đầu không tự tuột sẽ cần phẫu thuật cắt một phần hoặc toàn bộ. Cần chú ý kéo da quy đầu của trẻ xuống lúc tắm từ khi trẻ còn nhỏ, nếu đến trên 10 tuổi mà quy đầu vẫn chưa xuống thì phải phẫu thuật. Biểu chứng: chảy máu, cắt nhâm quy đầu, sẹo đau.

- Nong bao quy đầu bằng cách kéo căng bao quy đầu mỗi ngày: điều trị này không gây sang chấn cũng như không gây tổn thương về mặt cấu trúc của bao quy đầu, có thể tự làm cho trẻ được. Thời gian điều trị thường kéo dài vài tuần. Có thể phối hợp với sử dụng thuốc để tăng tỉ lệ thành công.

- Cắt bao quy đầu: đây là phương pháp xâm lấn và gây đau cho trẻ, có thể có những biến chứng do phẫu thuật, vì vậy nó chỉ được đặt ra khi 2 phương pháp trên thất bại.

Đối với người lớn: một số trường hợp ở người lớn do không được điều trị từ lúc còn nhỏ thì cần phẫu thuật cắt bao quy đầu.

Nội khoa

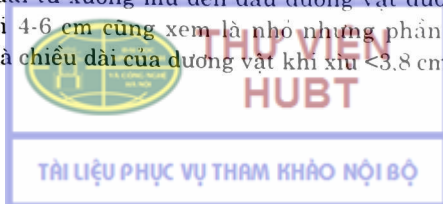
- Điều trị bằng thuốc: bôi thuốc mỡ chứa steroid (Betamethasone cream 0,05%) vào mặt trong và ngoài da quy đầu 2 lần/ngày có tác dụng làm giãn rộng bao quy đầu và vì thế cải thiện tình trạng hẹp bao quy đầu. Tỉ lệ thành công với điều trị này là 85-95%. Ưu điểm của điều trị này là trẻ không bị đau, không bị sang chấn về tinh thần cũng như sang chấn tại chỗ do cắt bao quy đầu, rẻ tiền, dễ thực hiện. Sau 3 tháng điều trị, nếu hẹp bao quy đầu không cải thiện nên ngừng và coi như thất bại với điều trị.

3.4. Dương vật nhỏ hoặc vùi

Theo Nguyễn Thành Như và cộng sự thì chiều dài dương vật khi cương của người Việt Nam trưởng thành là 11,1-1,7 cm.

3.4.1. Dương vật nhỏ

Ở trẻ nhỏ, độ dài từ xương mu đến đầu dương vật dưới 2 cm. Còn ở người lớn, độ dài này dưới 4-6 cm cũng xem là nhỏ nhưng phần lớn các tác giả cho rằng dương vật nhỏ là chiều dài của dương vật khi xiù <3,8 cm, khi cương <7,8 cm.



Dương vật nhỏ liên quan đến bệnh lý nội tiết, di truyền, thiếu hụt testosterone. Có thể có 3 lý do làm cho dương vật nhỏ:

- Khiếm khuyết vùng dưới đồi hoặc bệnh lý tuyến yên: do không tiết ra LH để kích thích tinh hoàn tiết ra testosterone; hoặc là có tiết ra LH bình thường, nhưng tinh hoàn bị suy không tiết ra testosterone; hoặc là LH được bài tiết ra bình thường, tinh hoàn tiết ra testosterone bình thường nhưng dương vật không chịu sự tác động của testosterone và được gọi là hội chứng kháng androgen.

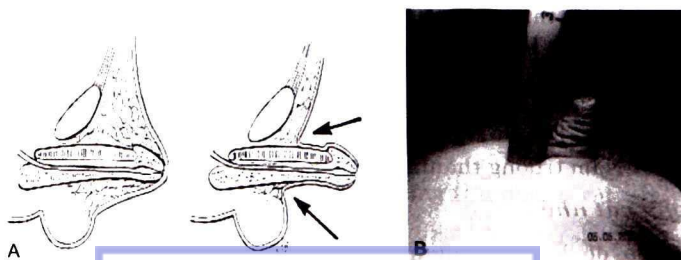
- Suy tuyến sinh dục do thiếu năng tuyến yên nếu khám thấy tinh hoàn cũng nhỏ (< 3 cm) và không có lông mu. Điều trị bằng bổ sung testosterone kéo dài. Nếu cần sinh con thì điều trị bằng FSH LH khoảng 6 tháng.

- Nếu tinh hoàn bình thường thì phẫu thuật kéo dài dương vật: cắt rời dây treo dương vật, dương vật dài thêm 2-3 cm; tuy nhiên, kết quả của phương pháp này không chắc chắn. Hiện nay, chưa có biện pháp nào làm to dương vật, kể cả phẫu thuật. Gần đây, một số người dùng vật liệu sinh tổng hợp để độn dưới da, giúp dương vật tăng chu vi.

Khi bệnh nhân có yêu cầu phẫu thuật kéo dài dương vật, nếu chiều dài dương vật dưới 4-6 cm thì phải cân nhắc cẩn thận. *Trong mọi trường hợp, tâm lý liệu pháp vẫn giữ vai trò quan trọng nhất đặc biệt sinh hoạt động tình dục vẫn thấy thoải mái và hài lòng cho cả hai người thì tốt nhất là không can thiệp.* Sử dụng testosterone chỉ gây hại hơn là có lợi cho kích thước dương vật.

3.4.2. Dương vật vùi

Vùi dương vật ở trẻ trai là bệnh lý chỉ mới được chú ý trong thời gian trở lại đây, nhưng cũng còn nhiều nhầm lẫn khi chẩn đoán vì ngay cả những cán bộ y tế nhưng không chuyên khoa niệu dục thường hay nhầm lẫn "vùi-không vùi" hoặc nhầm giữa "vùi" với bệnh lý khác, dẫn đến xử lý không đúng, gây tác hại cho trẻ. Vì có những trường hợp béo quá, lớp mỡ dưới xương mu dày làm cho dương vật ngấn lại giống như bị vùi. Dương vật vùi thật sự là do mỡ vùng mu che phủ dương vật, cũng có thể do da dương vật không dính với lớp cân sâu dưới da.



Hình 14.4. A: sơ đồ biểu hiện dương vật vùi; B: một trường hợp dương vật vùi ở trẻ

Bệnh có thể do bẩm sinh; do bất thường từ khi có thai. Một số trường hợp trẻ béo phì, lớp mỡ xương mu che phủ dương vật giống như dương vật bị vùi. Thông thường lứa tuổi trẻ từ 4 - 6 tuổi được đưa đến khám vì do gia đình lo lắng vì thấy dương vật trẻ nhỏ quá, sợ ảnh hưởng về sau. Đây là bệnh dễ chẩn đoán nhầm nếu không phải chuyên khoa. Thông thường nếu bị vùi, sờ bóp nhẹ không chạm được thân dương vật hoặc chạm được rất ít, mà chỉ sờ được da qui đầu, da bìu có xu hướng chạy hướng lên trên dương vật.

Dương vật vùi chia làm 3 nhóm nhỏ:

- Dương vật lưới, là trường hợp da bìu tràn lên dương vật.
- Dương vật vùi thật sự, là trường hợp dương vật thụt hẳn vào bên trong.
- Dương vật bị "nhốt" là trường hợp bao qui đầu có vòng xơ dài gây bít hẹp nhốt dương vật vào trong (có thể do bẩm sinh; có thể do mắc phải vì cắt da qui đầu lúc nhỏ không đúng).

Xử trí:

Ở trẻ nhỏ, cha mẹ thường lo ngại dương vật không phát triển được và trẻ bị ảnh hưởng tâm lý nên yêu cầu được phẫu thuật để giải phóng sửa lại dương vật. Tuy nhiên, dương vật vùi không ảnh hưởng đến sự phát triển của dương vật, chức năng cương hay khả năng sinh sản. Người lớn cũng có người dương vật bị vùi nhưng số người cần phẫu thuật rất ít vì họ thấy chức năng sinh sản và tình dục vẫn bình thường, vì vậy nếu có tư vấn và giải thích phù hợp thì chắc chắn trẻ sẽ không bị ảnh hưởng về tâm lý nhưng trẻ vẫn cần được đi khám chuyên khoa để loại trừ các bệnh khác của dương vật.

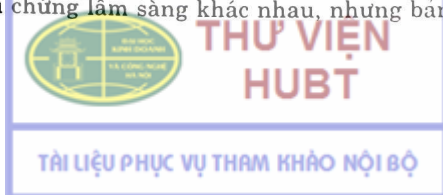
Hiện nay, các phương pháp phẫu thuật dương vật vùi còn nhiều tranh luận nhưng chủ yếu là:

- Dương vật lưới: da bìu che phủ trùm lên thân dương vật. Nên phẫu thuật khi trẻ đã dậy thì.
- Dương vật bị nhốt: do sẹo cắt bao qui đầu chít hẹp làm dương vật bị nhốt bên dưới da. Nên mổ sớm để giải phóng dương vật.
- Với trẻ béo, có lớp mỡ dày ở mu: thực hiện chế độ ăn đúng, tập luyện thể thao nếu ở trẻ lớn, hướng dẫn trẻ tự nong lộn dần bao quy đầu. Có thể mổ để cắt bớt lớp mỡ trên mu, quanh dương vật ở tuổi dậy thì.

Khi mổ dương vật vùi ở trẻ nhỏ, sẹo xấu ở dương vật có thể gây ảnh hưởng đến sự phát triển của dương vật nhiều hơn là bản thân dương vật vùi.

3.5. Lún dương vật

- Lún dương vật là loại dị tật bẩm sinh ảnh hưởng xấu tới chức năng tiểu tiện và sinh dục, gây sự căng thẳng tâm lý cho bệnh nhân và gia đình. Còn nhiều tranh luận giữa thuật ngữ và bệnh cảnh giữa lún dương vật và dương vật vùi vì có nhiều triệu chứng lâm sàng khác nhau, nhưng bản chất bệnh cũng có những khác biệt.



- Dị tật lún dương vật có biểu hiện là lỗ đái đổ ra đúng ở đỉnh quy đầu, trục dương vật thẳng, nhưng dương vật bị lún tụt xuống dưới hoặc ngang mức của xương mu, ống da dương vật thường nhỏ và ngắn, bao quy đầu thường bị chít hẹp, bìu bình thường.

- Khi đi tiểu, bệnh nhân (thường là trẻ em) thường phải dùng ngón tay ấn quanh gốc dương vật để nó thò ra.

- Hầu hết các trẻ này được chẩn đoán là chít hẹp bao quy đầu nên được chữa bằng cách nong bao quy đầu, thường không kết quả. Có bệnh nhân được mổ cắt bao quy đầu và cách chữa này lại làm bệnh nặng thêm, vì bao quy đầu là chất liệu cần thiết để che phủ thân dương vật sau khi mổ làm dài cơ quan này.

- Nguyên nhân chính của bệnh là do dải cân Dartos dày xơ hóa bất thường chạy từ cân Scarpa của thành bụng tới quy đầu của dương vật. Dải băng xơ này kéo thân dương vật về phía sau và da dương vật lại không được cố định tốt với cân dương vật. Do vậy, thân dương vật bị tụt ra phía sau, còn ống da bọc dương vật nhô ra ngoài quy đầu tạo ra hình ảnh như thừa da. Ngoài ra, còn một nguyên nhân nữa là do lớp mỡ dày một cách bất thường ở da trên mu và quanh dương vật nên che lấp một phần dương vật gây ra ngắn dương vật một cách tương đối.

- Xử trí: nên có kế hoạch điều trị sớm. Tùy theo nguyên nhân mà có các cách chữa như sau: với nguyên nhân do dải xơ kéo tụt thân dương vật: hướng dẫn nong lộn dần làm rộng bao quy đầu. Mổ để giải phóng, làm dài dương vật lúc trẻ từ 1-2 tuổi. Nếu có kèm theo bệnh tinh hoàn chưa xuống bìu thì mổ chữa luôn cùng lúc. Nếu dương vật nhỏ bé khác thường thì điều trị thuốc kích thích làm to dương vật trước mổ. Bệnh này chữa được và nên mổ khi bệnh nhân còn nhỏ, ở tuổi trước khi đi học.

3.6. Không có dương vật và dương vật đôi

- Không có dương vật: rất hiếm gặp, là do bất thường về nhiễm sắc thể. Cần phải xác định giới tính thực sự và xu hướng tình dục hướng nam hay nữ để xử lý và chuyển đổi giới tính cho bệnh nhân. Nếu có xu hướng nam thì sẽ tạo dương vật giả, nếu có xu hướng nữ thì cắt bỏ tinh hoàn, tạo hình âm đạo và sử dụng estrogen khi trẻ lớn.

- Dương vật đôi: rất hiếm gặp. 1/5,5 triệu trẻ. Xử trí: cắt bỏ đi phần thừa, kém phát triển.

3.7. Xơ cứng vật hang (La peyronie)

3.7.1. Khái niệm

Là một bệnh lành tính, khá phổ biến ở nam giới, có khoảng 1-4% nam giới trên 40 tuổi mắc bệnh Peyronie. Bệnh thường gặp ở những người lớn tuổi nhưng đôi khi vẫn gặp cả ở những thanh niên trẻ 18 tuổi, do hình thành các mảng

hoặc cục xơ cứng ở dương vật. Mảng xơ này phát triển trong vật hang, nằm ở mặt lưng hay mặt bụng của dương vật. Bệnh tiến triển từ từ hay đột ngột với mức độ từ nhẹ đến nặng. Trong một số trường hợp nặng, mảng xơ cứng co kéo làm cho dương vật cong, gập và gây đau mỗi khi cương làm cản trở hoạt động tình dục của người bệnh. Khi mảng xơ ở mặt lưng dương vật sẽ làm cho dương vật cong gập khúc lên trên, còn khi ở mặt bụng của dương vật sẽ làm cho dương vật cong gập khúc xuống dưới. Cũng có thể mảng xơ nằm ở cả hai mặt làm cho dương vật lồi lõm và ngấn lại. Khi xuất tinh, dương vật bị cong và trông như bị gãy góc. Có người bị nặng, sự chèn ép làm cho dương vật cong quá mức không thể giao hợp được.

Tiến triển: nếu không chữa trị, khoảng 12-13% trường hợp bệnh phát triển và theo thời gian có thể hồi phục, 50% sẽ tiến triển xấu hơn và số còn lại sẽ ổn định bình thường. Có khi phải nhiều năm sau bệnh mới được nhận thấy một cách rõ ràng.

Tuy nhiên, cũng phải biết rằng dương vật cong ở mức độ nhất định được coi là bình thường vì nhiều người khi sinh ra đã bị bị vẹo bẩm sinh. Hầu hết những người mắc bệnh ở mức độ vừa phải vẫn có thể tiếp tục quan hệ tình dục và thường bị rối loạn xuất tinh.



Hình 14.5. Dương vật cong đình

3.7.2. Nguyên nhân

Nguyên nhân chính xác của bệnh chưa được biết rõ. Nguyên nhân chủ yếu được nghĩ đến là do bị tổn thương ở dương vật, thường là do trong các hoạt động tình dục. Có nhiều giả thiết về nguyên nhân đã được đưa ra. Một số tác giả cho rằng: mảng xơ phát triển sau các chấn thương (bể cong hay va đập mạnh). Các chấn thương này gây chảy máu tại chỗ bên trong dương vật lâu ngày hình thành nên các mảng xơ hay cục xơ. Một số tác giả khác lại cho rằng xơ cứng vật hang là do rối loạn cơ chế tự miễn của cơ thể.

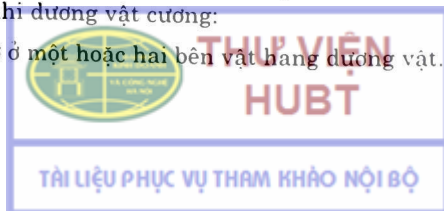
3.7.3. Chẩn đoán

Chỉ cần dựa vào lâm sàng là đủ. Có 3 triệu chứng rõ như sau:

- Đau khi cương, đau tăng lên khi quan hệ tình dục.
- Dương vật vẹo hoặc cong khi cương, khó đưa vào trong âm đạo.
- Giảm hoặc mất khả năng cương cứng.

Khám thực thể khi dương vật cương:

- Có một dải xơ ở một hoặc hai bên vật hang dương vật.



- Đường kính của dương vật giảm đi.
- Dương vật biến dạng (lồi lõm và ngắn).

3.7.4. Xử trí

Những nguyên tắc cần ghi nhớ:

- Ngay khi cảm thấy đau hoặc có u không bình thường ở dương vật, cần phải đi khám ngay. Nếu được chẩn đoán là bị bệnh Payronie hãy hỏi về những biện pháp có thể điều trị được, điều này có thể tham khảo thêm ở khoa nam học hoặc bác sĩ tiết niệu.

- Tuyệt đối không được tự động dùng một lực mạnh để bẻ ngược hướng cong của dương vật, vì như vậy sẽ gây tổn thương nghiêm trọng và làm cho bệnh càng nguy hại hơn.

- Trước khi thực hiện bất kì biện pháp chữa trị nào nên đến tư vấn ở những chuyên gia giỏi, cân nhắc kĩ để chắc chắn có biện pháp chữa trị đúng.

- Cho đến nay vẫn chưa có biện pháp xử lí hoàn hảo những mảng chai cho bệnh Payronie.

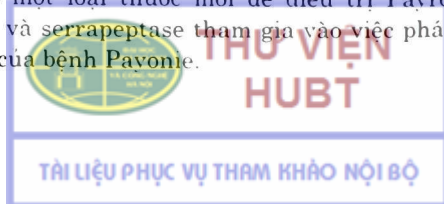
- Vitamin E đôi khi cũng làm đỡ đau và làm thay đổi hình dạng của mảng xơ. Một nghiên cứu khác cho thấy kết hợp vitamin E với chất colchicin đã cho nhiều hứa hẹn trong việc trì hoãn tiến triển bệnh. Trong các nghiên cứu gần đây, interferon-alpha-2b đã được chứng minh cũng như thuốc superoxide dismutase được cho là rất có hiệu quả đối với bệnh Payronie.

- Cần phải mổ sớm để khỏi ảnh hưởng tới đời sống tình dục. Phẫu thuật khi dương vật cong trên 30^0 và gây mặc cảm, khó đi tiểu buổi sáng, giao hợp khó khăn, gây đau cho vợ. Phẫu thuật khâu lại một bên thể hang, chỉnh thẳng dương vật.

- Có tác giả sử dụng thiết bị bơm chân không đặc biệt để bơm hỗ trợ từ từ một lực theo chiều dọc vào mảng xơ có thể "điều chỉnh" được tình trạng bệnh. Nhưng đây cũng chỉ mới là những nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng. Năm 2007, một nghiên cứu do bác sĩ Laurence A. Levine chủ trì cho biết, một thiết bị kéo nhằm giúp giảm cong dương vật được khoảng 33% mà không có tác động ngược lại.

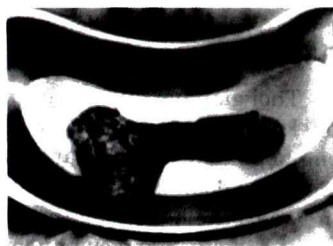
- Phẫu thuật đặc biệt hoặc tiêm verapamin vào mảng xơ có thể có tác động đến một số bệnh nhân. Cũng đã có nghiên cứu dùng Iontophoresis kết hợp với verapamin và dexamethason nhưng chưa được đăng kí chính thức. Tuy nhiên, nghiên cứu gần đây đang hứa hẹn một biện pháp mới thành công đó là các enzym natokinase và serrapeptase.

- Niprinol là một loại thuốc mới để điều trị Payronie, trong đó có các enzym natokinase và serrapeptase tham gia vào việc phá hủy các mô xơ ngoại lai - nguyên nhân của bệnh Payronie.



4. DƯƠNG VẬT BỊ ĐỨT LIA

Dương vật bị đứt lia hoàn toàn hoặc một phần thường là hậu quả của tai nạn nhưng hay gặp nhất và hay gặp nhất là do bị cắt với nhiều lý do. Tuy nhiên, nếu dương vật bị đứt rời mà được bảo quản tốt và đến sớm thì có thể nối lại với kết quả bình phục hoàn toàn về chức phận sinh lý và giải phẫu. Tổn thương đứt lia dương vật là một cấp cứu bất buộc phải xử trí ngay tại một cơ sở



Hình 14.6. Hình ảnh dương vật bị đứt lia

y tế gần nhất, trước hết là để bảo toàn sinh mạng vì tổn thương đứt lia dương vật gây ra mất máu dữ dội. Đồng thời, phải bảo quản phần dương vật bị cắt rời đúng cách để chuyển lên tuyến chuyên khoa tiết niệu hoặc chỉnh hình càng sớm càng tốt.

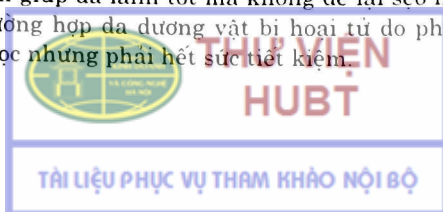
- Bảo quản dương vật khi bị đứt lia: nhanh chóng tìm đoạn dương vật bị đứt, có thể vô khuẩn nhẹ bằng cồn 70 độ hoặc lau sạch với bông hoặc vải sạch, sau đó cho vào túi ni lon rồi đặt vào bình nước đá. *Phải ghi nhớ rằng đoạn dương vật bị cắt không được để trực tiếp trong nước đá.*

- Phải cầm máu tạm thời, hồi sức chống choáng cho bệnh nhân vì mất máu và do chấn thương tâm lý dễ dẫn đến choáng. Nếu phải khâu cầm máu thì phải tiết kiệm đến mức tối đa để có tạo điều kiện cho việc nối lại các mạch máu và thần kinh.

- Nối đứt lia dương vật cũng tương tự như ghép cơ quan (ghép tự thân), do đó, nếu lỡ gặp trường hợp này, cần chú ý xử lý và bảo quản đoạn dương vật bị cắt trong môi trường lạnh càng sớm càng tốt trong khi chuyển bệnh nhân đến bệnh viện.

- Nối dương vật phải tỉ mỉ ngay từ việc rửa sạch máu trong lòng mạch để giúp tránh thuyên tắc mạch sau nối. Bơm dung dịch có pha thuốc chống đông vào động mạch và tĩnh mạch lưng dương vật cho đến lúc nước rửa ra trong và sạch. Sau đó, đặt dương vật trở lại vào dung dịch bảo quản lạnh.

Vấn đề kỹ thuật đặt ra trong phẫu thuật nối dương vật là phải nối thành công mạch máu để đảm bảo cung cấp máu cho dương vật. Việc khâu nối động mạch lưng dương vật giúp bảo tồn chức năng cương cũng như đảm bảo cung cấp máu nuôi cho quy đầu, da và mô dưới da dương vật. Sau khi khâu nối xong, các bác sĩ còn phải rạch da nhiều chỗ trên dương vật làm sao cho phù hợp để giảm phù nề sau mổ nhằm giúp da lành tốt mà không để lại sẹo hoặc tổn thương đến thể hang. Trong trường hợp da dương vật bị hoại tử do phù nề dẫn đến thiếu máu nuôi, phải cắt lọc nhưng phải hết sức tiết kiệm.



- Theo y văn thế giới, dương vật đứt lìa nếu đến muộn sau 6 giờ, tỉ lệ nối thành công rất thấp. Tuy nhiên, từ năm 1994 đến năm 2005, tại Bệnh viện Chợ Rẫy, đã có 5 bệnh nhân đến muộn sau 6 giờ thậm chí kéo dài đến 9 giờ nhưng vẫn thành công khi nối dương vật.

- Thời gian nối dương vật phải mất 4 giờ để ghép nối lại dương vật cho nạn nhân. Hiện nay, những ca nối dương vật chỉ mất từ 2,5-3 giờ. Trong những trường hợp không thể nối lại được thì phải tiết kiệm để giữ chiều dài tối đa cho dương vật vì đoạn dương vật bị đứt lìa có thể không thể nối lại được, nhưng nạn nhân vẫn có thể hoạt động tình dục bình thường. Nếu thành công, nạn nhân có thể phục hồi chức năng của dương vật như lúc chưa bị cắt.

TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI (HOMOSEXUALITY)

1. LỊCH SỬ NGHIÊN CỨU VỀ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI

Định nghĩa: tình dục đồng giới (TDDG) là tình trạng một người có xu hướng hoặc sở thích sinh hoạt tình dục với người cùng giới. Ở nam gọi là đồng giới nam và nữ gọi là đồng giới nữ.

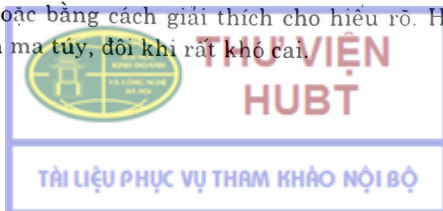
- Năm 1864-1879, một luật sư người Đức đưa ra thông điệp về tình yêu giữa nam với nam và cho rằng xu hướng đó là tự nhiên và là biểu hiện lành mạnh của một tâm hồn nữ trong cơ thể nam giới một trạng thái và gọi là uranism. Những người có trạng thái này gọi là uranian (có nghĩa là người có xu hướng tình dục đồng giới). Đó là điều tự nhiên, không có điều khoản pháp luật nào có thể kết tội bản chất tự nhiên của con người. Năm 1869, nhà văn người Áo-Hung Karoly Maria Kertbeny đã dùng thuật ngữ tình dục đồng giới (homosexuality) có nghĩa tương tự như thuật ngữ uranism.

- Năm 1870, nhà tâm thần học Carl Westphal ở Berlin công bố bệnh án đầu tiên về xu hướng tình dục đồng giới trên tạp chí chuyên ngành, kể chuyện về một phụ nữ cảm thấy bị hấp dẫn tình dục với một sinh viên nữ và kết luận rằng người phụ nữ đó đã bị một bệnh tâm thần mà ông đặt cho một tên mới là bệnh có cảm xúc giới tính ngược (contrary sexual feeling). Từ đó, trong một thời gian rất ngắn, cái bệnh yêu người cùng giới được chính thức công nhận?

- Theo Bộ Y tế, tỉ lệ mắc bệnh lưỡng giới là 1%, thường là do cấu trúc bất thường về giải phẫu. Theo Sở Tư pháp Hà Nội, có 3-4% các đơn gửi đến đề nghị thay đổi giới, cải chính tên, tên đệm.

2. CÁC YẾU TỐ CẤU THÀNH VÀ XU HƯỚNG TÍNH DỤC NGƯỜI

- Có 4 yếu cấu thành tính dục người:
 - + Giới sinh học bao gồm nhiễm sắc thể XY, hình thái học, hormon.
 - + Bản sắc giới: sự ý thức bản thân thuộc giới nào.
 - + Vai trò xã hội của giới: hành vi, thái độ ứng xử kiểu nam hay nữ.
 - + Xu hướng tính dục: là sự hấp dẫn bền vững về mặt tình cảm và tình dục với một người về giới nào đó.
- Có 2 giả thuyết hoàn toàn khác nhau về XHTD:
 - + Là một quyết định ở tuổi vị thành niên, có thể thay đổi bất cứ lúc nào bằng cầu nguyện hoặc bằng cách giải thích cho hiểu rõ. Hành vi TDDG giống như hành vi nghiện ma túy, đôi khi rất khó cai.



+ Thành hình từ rất sớm, muộn nhất **thì cũng vào tuổi đi học**. Nhiều khi còn hình thành từ trước khi đẻ, có lẽ ở lúc **thụ thai, đương sự và cha mẹ** hoàn toàn không kiểm soát được xu hướng này.

+ Với những người TĐĐG nữ cũng thấy có các ảnh hưởng tương tự nhưng có tỉ lệ thấp hơn nhiều, điều đó cho thấy rằng các yếu tố quyết định XHTD đã phát huy tác dụng rất sớm ở các trẻ em trai.

- Có 4 xu hướng tình dục:

+ Xu hướng tình dục khác giới: (heterosexuality) ham muốn và sinh hoạt tình dục với người khác giới.

+ Xu hướng tình dục đồng giới (homosexuality): chỉ ham muốn sinh hoạt tình dục với người đồng giới.

+ Xu hướng tình dục lưỡng giới (bisexuality): ham muốn sinh hoạt tình dục với cả 2 giới.

+ Không có xu hướng tình dục (asexuality): không có ham muốn sinh hoạt tình dục với bất cứ giới nào.

3. NHỮNG HÀNH VI TÌNH DỤC KHÔNG BÌNH THƯỜNG

- Đồng tính: nam-nam, nữ-nữ, lưỡng giới. Bản chất có thể là do thay đổi gen hoặc mắc phải do hoàn cảnh sinh hoạt, sự giáo dục của gia đình.

- Cuồng dâm, bạo dâm.

- Mặc cảm Edip: là một cảm tính đau khổ, day dứt, lo sợ giết cha yêu mẹ, sợ phạm tội loạn luân.

- Công trình nghiên cứu liên quốc gia do Whitham và Mathy tiến hành trên 375 người TĐĐG nam ở Braxin, Guatemala, Peru, Philippin, Thái Lan và Hoa Kỳ đã nhận thấy 25% những người TĐĐG thể hiện rõ hành vi không phù hợp với giới của họ và 50% có hành vi không phù hợp với giới ngay từ nhỏ. Những người này đã từng chơi những đồ chơi thường chỉ dành cho con gái và được nuôi dưỡng như các em gái. Với những người TĐĐG nữ cũng thấy có các ảnh hưởng tương tự nhưng có tỉ lệ thấp hơn nhiều, điều đó cho thấy rằng các yếu tố quyết định XHTD đã phát huy tác dụng rất sớm ở các trẻ em trai.

- Những nghiên cứu về lưỡng tính dục ở nữ giới cho thấy rằng họ có một số có nhu cầu cảm xúc được đáp ứng tốt nhất với nam và nhiều cảm xúc khác lại được đáp ứng tốt nhất với nữ.

- Một số lưỡng tính dục ở nam cũng có tình trạng tương tự nhưng nam lưỡng tính dục thường giải thích lối sống tình dục của họ thiên về nhu cầu muốn có sự đa dạng và mới mẻ.

- Xu hướng lưỡng tính dục thường được phát hiện vào tuổi muộn hơn so với xu hướng tình dục khác giới hay đồng giới. Đa số có hành vi tình dục khác giới

nhưng rồi chuyển sang mối quan hệ lưỡng tính dục mà không hề có ý thức về điều đó ngay từ đầu.

- Định hướng tính dục (sexual orientation): xúc cảm, suy nghĩ, tưởng tượng về tính dục của một con người xuất hiện sẵn từ khi còn là thai nhi, mang đặc tính bản năng di truyền, vô thức khi mới sinh cho đến có ý thức khi được 3 tuổi trở đi.

- Nhận dạng tính dục (sexual identify): xác định được hành vi tính dục khác giới hay đồng giới khi đã xác định bền vững, lâu dài gọi là hành vi tính dục như trẻ con tự tìm khoái lạc: bú mẹ, âu yếm mẹ, sờ tí, ngậm cơm. Trẻ lớn hơn tự tìm khoái lạc như thủ dâm.

- Thủ dâm (onanism): dùng tay hay các phương tiện kích thích các vùng nhạy cảm để thỏa mãn nhu cầu tính dục nhằm đáp ứng đòi hỏi bản năng. Tích cực: loại bỏ những căng thẳng do nhu cầu sinh lý. Tiêu cực: cảm giác tội lỗi, chỉ thỏa mãn khi tự kích dục, dẫn đến lãnh cảm, xuất tinh sớm, hoạt tính, khủng hoảng tinh thần. Nếu một nhóm trẻ tự kích dục để thỏa mãn, sau thành thói quen trở thành hành vi tính dục quen thuộc là cơ sở đưa đến đồng giới, bệnh hoạn.

4. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân: sai lệch về gen, các hội chứng về giới, các bệnh chuyển hóa như u tuyến thượng thận, sử dụng corticoid hoặc do giáo dục, sinh hoạt, tâm lý.

4.1. Học thuyết phân tâm học của Freud

Tác giả này cho rằng trong thời kỳ phát triển tính dục của trẻ, cả trẻ trai hoặc gái đều tồn tại phức hợp Edip và nhờ phức hợp này mà trẻ tái hình thành nhân cách nam, trẻ gái hình thành nhân cách nữ.

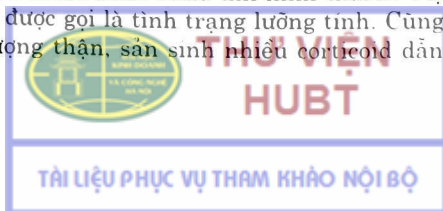
Mặc cảm Edip đã làm trẻ trai không yêu người khác giới mà yêu người đồng giới và trẻ gái do không thể yêu cha nên yêu người đồng giới.

4.2. Lý thuyết về di truyền

Nghiên cứu những cặp song sinh cùng trứng hoặc khác trứng, người ta thấy gen có vai trò quan trọng trong hình thành xu hướng tính dục đồng giới, tuy nhiên còn phụ thuộc nhiều yếu tố khác như hoàn cảnh sống hoặc môi trường, sự giáo dục của gia đình.

4.3. Rối loạn về hormon

Hệ sinh dục của người gồm có 3 phần: các tuyến sinh dục, đường sinh dục và các bộ phận sinh dục ngoài. Chúng có nguồn gốc cấu tạo khác nhau và chịu ảnh hưởng của các tác nhân khác nhau khi hình thành. Việc bộ phận sinh dục ngoài không rõ ràng được gọi là tình trạng lưỡng tính. Cũng có thể do các bệnh lý như u tuyến thượng thận, sản sinh nhiều corticoid dẫn đến sự lệch lạc về



cấu tạo giải phẫu cũng như tâm thức dẫn đến rối loạn về cảm xúc và xu hướng tình dục.

- Những người lưỡng tính thực sự (có cả buồng trứng và tinh hoàn) rất hiếm gặp. Phần lớn các trường hợp "ái nam ái nữ" thường gặp là lưỡng tính giả.

- Lưỡng tính giả ở nữ: bệnh nhân là nữ, có buồng trứng hẳn hoi, nhưng do tuyến thượng thận sản xuất quá nhiều hormon nam androgen nên bộ phận sinh dục ngoài bị nam hóa, như âm vật phì đại, 2 môi lớn to và dính nhau như bùi. Trường hợp nam hóa nặng có thể tạo nên đoạn niệu đạo-âm vật giống như người nam có tinh hoàn ẩn. Nguyên nhân thường gặp nhất là hội chứng thượng thận sinh dục. Một số trường hợp do mẹ có dùng thuốc chứa androgen khi mang thai, mẹ bị u nam hóa buồng trứng.

- Lưỡng tính giả ở nam: bộ nhiễm sắc thể vẫn là 46 XY như mọi đàn ông khác, nhưng bộ phận sinh dục lại giống nữ. Nguyên nhân là hormon nam testosterone và MIS - một chất cần cho sự phát triển giới tính nam - không được tiết ra đủ.

- Bệnh nữ hóa có tinh hoàn: người bệnh có tinh hoàn và có bộ nhiễm sắc thể XY, là đàn ông nhưng cơ quan sinh dục ngoài không nhạy cảm với testosterone nên không biệt hóa thành dương vật. Họ có âm đạo (thường bị tật một đầu), không có tử cung, có vòi tử cung nhưng kém phát triển. Đến khi dậy thì, ngực lớn lên nhưng không hành kinh, lông mu ít hay không có. Các tinh hoàn thường ở trong bụng hay ống bẹn, cũng có khi ở môi lớn.

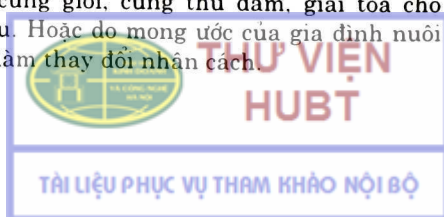
- Về phương diện phôi thai học, những người này giống lưỡng tính giả ở nam, song họ không có cảm giác lưỡng tính mà coi mình hoàn toàn là phụ nữ do bộ phận sinh dục ngoài như người nữ bình thường, được nuôi dạy như nữ. Thông thường, họ được xử lý mổ lấy tinh hoàn ngay sau khi phát hiện bệnh để tránh xáo trộn tâm lý.

- Lưỡng tính thật: hầu hết các trường hợp lưỡng tính thật sống ngoài xã hội bề ngoài có dạng nữ. Họ có cả tinh hoàn và buồng trứng (tách riêng hay nhập chung thành tuyến tinh hoàn-buồng trứng) nhưng chúng thường không có tính năng hoạt động. Nguyên nhân gây lưỡng tính thật là có bất thường trong quá trình phân định giới tính.

- Loạn sinh tuyến sinh dục kết hợp: những trường hợp này cũng rất hiếm: Bệnh nhân có tinh hoàn một bên, bên kia không rõ ràng. Cấu trúc đường sinh dục thường là nữ, song đôi khi cũng có vài cấu trúc dạng nam. Các bộ phận sinh dục ngoài có thể là nữ, nam hay pha trộn cả hai. Khi dậy thì, bệnh nhân không phát triển vú, không hành kinh.

4.4. Do môi trường sống hoặc sự giáo dục của gia đình

Sống tập thể cùng giới, cùng thủ dâm, giải tỏa cho nhau, lối sống tập nhiễm thói quen xấu. Hoặc do mong ước của gia đình nuôi dạy con theo ngược với giới sinh học đã làm thay đổi nhận thức.



5. XỬ TRÍ

- Cách thức phát hiện xu hướng TDDG. Trước hết, phải thông cảm sẻ chia với người có xu hướng tình dục đồng giới, hỏi tiền sử, môi trường, hoàn cảnh sống cũng như sự giáo dục của gia đình.

- Những trường hợp bệnh lý, rối loạn hormon phải điều trị tích cực.

- Khám thực thể cơ quan sinh dục. Các trường hợp nghi ngờ bệnh lý phải được xét nghiệm về hormon hoặc các thăm dò khác. Nếu là bệnh lý thì điều trị.

- Tư vấn tốt để hòa nhập với cộng đồng, phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục, thay đổi môi trường sống, tạo lập lối sống mới phù hợp với từng trường hợp.

6. PHÁP LUẬT VỀ THAY ĐỔI GIỚI TÍNH

Có hai dạng sẽ được phép xác định lại giới tính:

- Thứ nhất là những trường hợp khuyết tật bẩm sinh về giới tính: nam lưỡng giả nữ tức là bộ phận sinh dục có dương vật nhỏ, có thể sờ thấy tinh hoàn hoặc không, siêu âm hoặc nội soi thấy tinh hoàn, không có tử cung và buồng trứng. Nhiễm sắc thể giới tính là XY hoặc gen biệt hóa tinh hoàn dương tính hoặc kết hợp cả hai trường hợp trên.

+ Nữ lưỡng giả nam: bộ phận sinh dục có âm vật phát triển như dương vật nhưng không sờ thấy tinh hoàn, siêu âm hoặc nội soi thấy có tử cung, buồng trứng, không thấy tinh hoàn. Nhiễm sắc thể giới tính là XX.

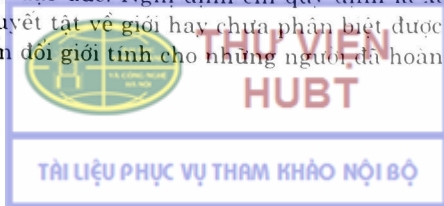
+ Lưỡng giới thật: bộ phận sinh dục không xác định được là nam hay nữ. Tuyến sinh dục có cả tinh hoàn, buồng trứng, nhiễm sắc thể giới tính có thể là một trong các dạng: XX/XY; XXX/XY, XX/XXX/XY hoặc có dạng nhiễm sắc thể khác được xác định là lưỡng tính thật.

Thực tế, Nghị định này chỉ quy định lại những việc đã thực hiện từ lâu. Bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh đã thực hiện rất nhiều ca điều chỉnh lại giới tính cho các bệnh nhân khuyết tật giới hay chưa xác định được là nam hay nữ, bởi đó là bệnh lý nên không có quy định nào là không cho phép.

Nhiều người khác tuy đã xác định rõ là nam hay nữ nhưng họ lại mong muốn được sống với giới tính khác và đó là điều hoàn toàn chính đáng, dù hiện nay chưa có cơ sở khoa học chính xác.

- Thứ hai là các trường hợp chưa được định hình chính.

Vậy với những người vẫn được coi là đồng tính (gay, lesbian) về tâm lý, không có các khuyết tật trên thì sao? Họ bị cấm xác định lại giới tính bởi còn liên quan đến vấn đề đạo đức. Nghị định chỉ quy định là xác định lại giới tính cho những người khuyết tật về giới hay chưa phân biệt được là nam hay nữ chứ không phải là chuyển đổi giới tính cho những người đã hoàn thiện về giới bởi có



thể đó là những trường hợp có sự lệch lạc về tâm lý. Mặt khác, việc xác định lại giới tính cũng có thể bị lạm dụng vì nhu cầu thương mại, trốn tránh trách nhiệm pháp lý hoặc trong thi đấu thể thao.

** Một người muốn xác định lại giới tính thì phải làm những thủ tục gì?*

- Người đó phải gửi hồ sơ đề nghị đến cơ sở y tế được phép thực hiện thủ thuật này. Cơ sở sẽ xem xét và trả lời bằng văn bản là có thể thực hiện hay không. Nếu được, cơ sở sẽ khám, xét nghiệm gen rồi căn cứ vào yếu tố tâm lý xem người đó có đặc trưng giới nghiêng về phía nào và quyết định xác định lại giới tính cho họ. Sau đó, cơ sở y tế cấp giấy chứng nhận cho họ. Bệnh nhân có thể mang giấy này đến UBND huyện, quận để được thay đổi hộ tịch nếu muốn.

RỐI LOẠN TÌNH DỤC

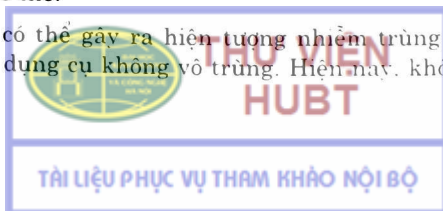
Có rất nhiều hình thái rối loạn tình dục với những mức độ khác nhau. Có thể từ những hành vi được xem là sinh lý bình thường nhưng nếu lặp lại nhiều lần hoặc lạm dụng sẽ biến thái trở thành bệnh lý.

1. THỦ DÂM (ONANISM)

Thủ dâm là dùng tay hay các phương tiện kích thích các vùng nhạy cảm để thỏa mãn nhu cầu tình dục nhằm loại bỏ đòi hỏi bản năng. Thủ dâm có mặt tích cực là loại bỏ những căng thẳng do nhu cầu sinh lý, nhưng nếu lạm dụng thì sẽ có nhiều bất lợi vì sẽ có cảm giác tội lỗi, chỉ thỏa mãn khi tự kích dục, dẫn đến lãnh cảm, xuất tinh sớm, hoạt tinh, khủng hoảng tinh thần. Nếu trong một nhóm người trẻ tuổi hoặc sống tập thể mà tự kích dục cho nhau để thỏa mãn nhu cầu tình dục, nhiều lần sẽ trở thành thói quen và hành vi tình dục quen thuộc này là cơ sở đưa đến đồng giới, bệnh hoạn. Cho đến nay, chưa có báo cáo khoa học nào đưa ra được một chứng cứ rằng thủ dâm là có hại trên bất cứ phương diện nào. Tuy vậy, thủ dâm chỉ nên sử dụng để giải tỏa sự căng thẳng, bức xúc của cơ thể, vì vậy cần điều độ và chừng mực. Khi lạm dụng, ngày vài lần sẽ hình thành như một thói quen thì đã trở thành tật thủ dâm chứ không phải là bệnh thủ dâm. Một số thống kê cho rằng hành vi thủ dâm là một hành vi tình dục tự nhiên nhằm thỏa mãn nhất thời và một mình khi chưa có bạn tình. Thủ dâm là một hành vi giải phóng những bức xúc của cơ thể về ham muốn tình dục. Sau khi xuất tinh, những bức xúc đó giảm ngay, vì vậy về mặt nào đó thì thủ dâm tích cực là tránh được sinh hoạt tình dục với gái mãi dâm, tránh được các bệnh LTQĐTD, HIV/AIDS hoặc tội phạm ví dụ một số trường hợp hiếp dâm là những trường hợp phạm nhân không giải quyết được những bức xúc đó. Vì là một việc có tính cách nhất thời và đơn độc nên số lần thủ dâm phụ thuộc vào nhu cầu của từng cá nhân, khi nào bức xúc mới thực hiện hành vi thủ dâm. Như vậy, so với những người đã kết hôn thì thủ dâm cũng bình thường và không có hại cho sức khỏe. Tuy nhiên, nếu lạm dụng dẫn đến thủ dâm nhiều lần trong một ngày sẽ dẫn đến những rối loạn ảnh hưởng sâu sắc đến tình dục.

Thực sự thủ dâm không làm suy nhược thần kinh mà chính những người yếu kém về tinh thần, bệnh hoạn thiếu tự chủ đã lạm dụng thủ dâm. Vì thủ dâm là một hành vi nhất thời và đơn độc nhằm thỏa mãn một bức xúc nên rất dễ bị lạm dụng vì không bị ai kiểm soát. Nhưng khi đã lạm dụng thủ dâm, sẽ bị mất một lượng protein đáng kể, điều đáng quan tâm nhất đó là mac cảm tội lỗi sau thủ dâm và lo lắng sẽ ảnh hưởng đến sinh sản sau này, dẫn đến lo lắng thái quá. Trên cơ sở đó, sẽ trở thành một trong những nguyên nhân dẫn đến suy nhược thần kinh và cơ thể.

Thủ dâm cũng có thể gây ra hiện tượng nhiễm trùng nếu việc thủ dâm được thực hiện bằng dụng cụ không vô trùng. Hiện nay, không chỉ nước ta mà



trên thế giới tình trạng các em gái 15-16 tuổi mang thai ngày càng phổ biến; nạn hiếp dâm thường xảy ra, đặc biệt là hiếp dâm tập thể đã trở thành nỗi lo cho mọi người thì thủ dâm nếu không bị lạm dụng tự nó không có hại cho sức khỏe về thể chất cũng như tinh thần. Hành vi thủ dâm chỉ nhằm giải tỏa những bức xúc tạm thời của thân xác cũng có những mặt tích cực. Tuy nhiên, phải giáo dục cho lớp trẻ hiểu đúng và không lạm dụng thái quá bởi vì quá trình thủ dâm yêu cầu cọ xát ngày càng mạnh hơn vì vậy khi giao hợp với phụ nữ, sự cọ xát với thành âm đạo không đủ mạnh để kích thích và phóng tinh. Khi không phóng tinh được sẽ gây rối loạn phóng tinh, không muốn sinh hoạt tình dục (SHTD) với phụ nữ thậm chí gây rối loạn cương dương.

2. BẠO HÀNH VỀ TÌNH DỤC

Là những trường hợp bị tấn công, lạm dụng tình dục, hiếp dâm, cưỡng dâm. Hiếp dâm trẻ em và người già hoặc ép buộc, áp đặt các hành vi SHTD bất thường như cưỡng dâm, bạo dâm, loạn luân. Bạo hành tình dục có thể do tập tục tôn giáo, văn hóa làm tổn thương cơ quan sinh dục nữ, cắt bỏ một phần cơ quan sinh dục nữ, buôn bán phụ nữ. Bạo hành có thể xảy ra ngoài xã hội hoặc trong gia đình, ví dụ như không thực hiện các biện pháp tránh thai.

Các loại bạo hành về tình dục:

- Cưỡng ép tình dục: năm 1955. Heise và một số tác giả khác định nghĩa cưỡng ép tình dục là hành động ép buộc (hoặc có ý định ép buộc) người khác bằng bạo hành, đe dọa, gạ gẫm, lừa gạt hoặc dùng kinh tế để có quan hệ tình dục trái với ý muốn của họ. Cưỡng ép tình dục bao hàm cả tấn công và quấy rối tình dục.

- Tấn công tình dục (bao hàm cả hiếp dâm): là hành động dùng sức mạnh cưỡng ép để có giao cấu với người khác trái với ý muốn của họ.

- Lạm dụng tình dục trẻ em là bất kỳ một hành động tình dục nào xảy ra giữa trẻ em và người lớn trong đó người lớn sử dụng sức mạnh hoặc quyền lực đối với trẻ em hoặc lợi dụng sự tin tưởng và tôn trọng đối với họ để cưỡng ép tình dục. Lạm dụng tình dục trẻ em bao gồm cả bóc lột tình dục thương mại hoặc phi thương mại. Hiện nay, ngày càng có nhiều trẻ em nam bị lạm dụng tình dục.

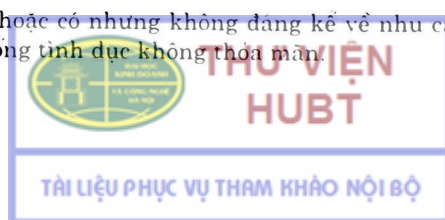
Ảnh hưởng của bạo hành tình dục:

Tổn thương thực thể, bị lây nhiễm bệnh LTQĐTD, tổn thương tinh thần.

Rối loạn cảm xúc tình dục như lạnh nhạt thờ ơ với hoạt động tình dục (lạnh cảm), có 4 mức độ:

- 1: Nhu cầu tình dục bình thường nhưng không khoái cảm, ít thỏa mãn.

- 2: Không có hoặc có nhưng không đáng kể về nhu cầu tình dục, không có khoái cảm, cuộc sống tình dục không thỏa mãn.



3: Mất hoàn toàn nhu cầu tình dục, không khoái cảm kéo dài, ghê tởm các hành vi tình dục.

4: Mất hoàn toàn nhu cầu tình dục, căm ghét chồng và tất cả nam giới, hậu quả sẽ dẫn đến vô cảm, ác cảm và có thể giết chết nạn nhân.

3. QUẤY RỐI TÌNH DỤC

Năm 1994, Davis định nghĩa về quấy rối tình dục (QRTD) là “sự quan tâm về tình dục mà không được chấp nhận bao gồm các dạng thức trực tiếp như sờ mó, xoa dầu, đánh vào mông; hoặc gián tiếp như những lời nói thô tục về cơ thể người phụ nữ, nói xấu sau lưng với ý định phỉ báng, phô bày cơ thể phụ nữ, treo các bức tranh con heo hoặc khóa thân của phụ nữ, với tư thế dâm dật tại nơi làm việc”.

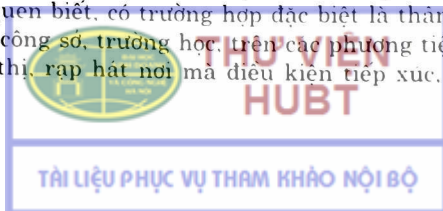
QRTD là những hành động nhằm kích thích đối tượng, có thể là việc phô bày bộ phận sinh dục, những động tác làm tình, việc thủ dâm trước người khác, gửi thư tử, sách báo khiêu dâm, nhắn tin, email vào hộp thư cá nhân, clip, có thể là những lời tục tĩu, sàm sỡ qua điện thoại và thông thường nhất là kẻ QRTD dùng lời nói ở nhiều tình huống khác nhau để lôi kéo, kích thích người khác khi mà các cá nhân này không muốn. Hành vi QRTD có thể được biểu hiện bằng những lời nói bóng gió hay những bình luận có liên quan đến tình dục; lời đánh giá về khả năng tình dục của ai đó; trưng bày, gửi ảnh, liếc mắt đưa tình hay nhìn chằm chằm vào vùng nhạy cảm của phụ nữ; động chạm, sờ mó, bóp nắn, cấu véo trên cơ thể người khác mà không được sự đồng ý của nạn nhân.

Việc này cứ lặp đi lặp lại nhiều lần khiến nạn nhân từ trạng thái bực mình, khó chịu, hoang mang, sang tâm lý ghê rợn, sợ hãi, khủng hoảng và rơi vào tình trạng bị ám ảnh, stress; rồi dần dần, sự mất thoải mái kèm sợ hãi và thời gian sẽ tạo nên một yếu tố mới xen lẫn vào đời sống làm thay đổi tâm lý của nạn nhân.

QRTD là một hình thức quấy nhiễu mà đặc biệt là hướng về giới tính của người có liên can. QRTD khác với lạm dụng tình dục là một hành động liên quan đến xâm chiếm tình dục, cũng như là sử dụng bạo lực cơ thể.

QRTD là những hành động và nhận xét làm hổ thẹn hay làm nhục về tình dục và có liên quan đến giới tính, có mục đích hay có tác động làm tổn thương đến phẩm giá của một người hay tạo nên một tình huống mang nhiều dọa dẫm, hứa hẹn ban thưởng hay đối xử phân biệt, hạ thấp, lăng nhục, xúc phạm hay làm bối rối đối tượng hoặc tiếp cận cơ thể không được sự mong muốn của nạn nhân. Các trường hợp bị QRTD thường xảy ra nơi công cộng hoặc công sở hay nơi làm việc.

Có khoảng 80% nạn nhân là nữ giới bị QRTD trong khi đó, nam giới chỉ chiếm 20%. Phân tích các số liệu cho thấy trên 70% giữa nạn nhân và người quấy rối có liên hệ quen biết, có trường hợp đặc biệt là thân thiết. Phần lớn là xảy ra nơi làm việc, công sở, trường học, trên các phương tiện chuyên chở công cộng, chợ búa, siêu thị, rạp hát nơi mà điều kiện tiếp xúc, va chạm với nhau



thường xuyên. Một số người có quyền đã lợi dụng vị thế của mình để ngăn bắt buộc đồng nghiệp nữ phải chiều mình và ngược lại cũng có nữ nhân viên nhân cơ hội tấn công ông chủ, những người là bà con thân thuộc sống cùng trong gia đình, chú bác, dượng, anh em họ, chị em dâu, người giúp việc, tài xế, gia sư. Những người sống cùng trong tòa nhà tập thể, chung cư, dùng cầu thang chung, thang máy có những điều kiện tiếp xúc gần gũi dễ dụng chạm về cơ thể. Nạn nhân thường là trẻ em hoặc người thân trong gia đình vì chưa có kiến thức để phân biệt những hành vi lạm dụng hoặc là cả nể, mặc cảm hoặc sợ dư luận ảnh hưởng đến bản thân hoặc cá nhân người lạm dụng nên họ chấp nhận, cam chịu hoặc im lặng. Chính sự im lặng đó là nguyên nhân khiến nạn QRTD có cơ hội phát triển.

Nếu bị QRTD, nạn nhân nên nói thẳng với những người có hành vi. QRTD. Nếu vẫn sự việc cứ tiếp diễn, nên tìm sự giúp đỡ của người khác. Mỗi cá nhân phải có kiến thức để tránh bị xúc phạm hay làm tổn thương người khác. Đối với trẻ em, phải dạy cho các em biết về những hành vi QRTD và các biện pháp tự bảo vệ.

4. LỆCH LẠC TÌNH DỤC

4.1. Khái niệm

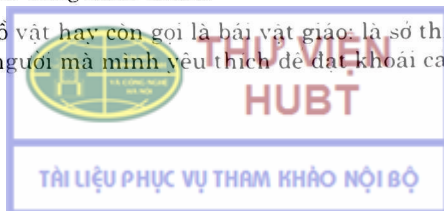
Lệch lạc tình dục còn được gọi là cuồng dâm hay loạn dâm

Theo Keln Cavin (WHO), chứng nghiện sex, cuồng dâm là tình trạng ham muốn tình dục cao độ đến mức được coi là không bình thường và nghiêm trọng về mặt lâm sàng. Những người bị rối loạn lưỡng cực (bipolar disorder) có thể thường biểu hiện sự thay đổi động lực tình dục một cách dữ dội tùy thuộc vào tâm trạng của cá nhân. Cuồng dâm có thể thấy ở những giai đoạn của chứng cuồng hoặc chứng hưng cảm. Những điều kiện như bệnh Alzheimer nhiều loại tổn thương não, hội chứng Kleyver và nhiều bệnh thoái hóa thần kinh có thể gây ra biểu hiện cuồng dâm.

Chứng loạn dâm (hay còn gọi là cuồng dâm) là nhu cầu được thỏa mãn cuộc yêu của một cá nhân nào đó theo các cách thức rất kỳ quái. Cách thức này không chỉ ảnh hưởng đến trạng thái tinh thần và sức khỏe của cá nhân đó mà nó còn gây phương hại đến bạn tình của họ hoặc đến những người xung quanh. Những cách thức thỏa mãn này (bao gồm suy nghĩ, tưởng tượng, hành vi hay hành động cụ thể) là những cách thức bất thường không được xã hội thừa nhận, không được luật pháp cho phép như thích phô bày của quý, thích yêu với trẻ em, thích làm tổn thương người khác để thỏa mãn ham muốn của cá nhân mình...

Tuy nhiên, những thôi thúc được thỏa mãn nhu cầu tình dục theo các cách bất thường như thế là những đòi hỏi mang tính cưỡng bức nằm ngoài ý muốn của bản thân người bị bệnh. Tùy từng mức độ thôi thúc khác nhau mà mức độ nghiêm trọng của nó cũng khác nhau.

- Loạn dâm đồ vật hay còn gọi là ái vật giáo: là sở thích nhìn ngắm những đồ vật của những người mà mình yêu thích để đạt khoái cảm tình dục như quần



lót, áo lót, giày dép hoặc bất kì một đồ vật nào khác miễn là vật đó liên quan tới người mình thích. Điều này giải thích tại sao lại có người chuyên ăn cắp tới hàng nghìn đồ lót của phụ nữ để ngắm cho thỏa mãn nhu cầu của mình.

- Loạn dâm đồ vật giả trang: thường gặp ở nam nhiều hơn ở nữ, là hiện tượng chỉ có thể đạt được trạng thái khoái cảm khi được mặc quần áo của những người mà mình yêu thích. Từ việc ăn trộm một đồ lót để mặc cho đến việc bắt chước y chang cách ăn mặc của người mình thần tượng. Mỗi lần làm như vậy, người loạn dâm đồ vật giả trang cảm thấy thỏa mãn được dục vọng của mình.

- Loạn dâm phô trương: là hiện tượng đạt được khoái cảm tình dục khi mà phô bày hoặc tự kích thích bộ phận sinh dục của mình trước mặt người khác ngay giữa nơi công cộng. Càng đông người nhìn ngắm anh ta thì anh ta càng thích. Thông thường bệnh thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới.

- Loạn dâm thị dâm: trong tâm lý học lâm sàng, thị dâm (voyeurism, scopophilia hoặc Peeping Tom) là hành vi nhìn trộm những hoạt động riêng tư của người khác (như tắm, thay quần áo, quan hệ tình dục, những phút hờ hênh...) để tìm kiếm sự hài lòng và kích thích tình dục. Đa số người mắc bệnh này là nam giới. Thực tế thì thị dâm là một dạng nhìn trộm nhưng ngược lại nhìn trộm không phải lúc nào cũng là thị dâm vì nhìn trộm có thể phục vụ cho một mục đích khác ngoài tình dục. Theo một nghiên cứu ở Hoa Kỳ, có tới 20% phụ nữ đã từng là nạn nhân của thị dâm hoặc là đối tượng của chứng phô dâm.

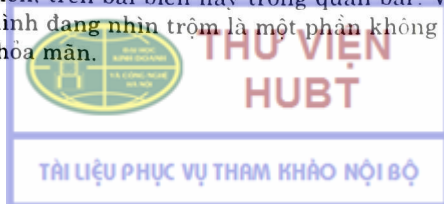
4.2. Cơ chế kích thích

Khi nhìn bằng mắt, các kích thích được truyền từ trung tâm thần kinh xuống tủy sống khiến cho máu dồn về cơ quan sinh dục và gây ra hiện tượng cương cứng. Chu kỳ này nếu không có động tác thủ dâm hoặc hoạt động tình dục khác thì sẽ khép kín và gây cho người nhìn trộm một cảm giác thích thú, trường hợp kéo dài sẽ làm tăng cường độ kích thích và gây ra hiện tượng xuất tinh. Cảm giác này có tính gây nghiện, lưu giữ trong ký ức một thời gian dài, đặc biệt là những hình ảnh kích dâm đầu tiên nhìn thấy, hoặc vô tình nhìn trộm được vào thời kỳ thiếu niên.

4.3. Nguyên nhân

Y học chưa thống nhất về nguyên nhân gây ra chứng thị dâm. Đa số cho rằng: từ một hành động ngẫu nhiên quan sát không chủ ý nhưng chính sự lặp lại liên tiếp của hành động hướng tới sự những sự việc đó đã củng cố và ghi nhớ mãi hành vi này.

- Loạn dâm thị dâm là việc có được sự hưng phấn và thỏa mãn dục vọng bằng cách thích nhìn trộm người khác trong tình trạng họ đang cởi quần áo, khỏa thân, hay đang có hoạt động tình dục. Người loạn dâm thị dâm chỉ thích nhìn trộm chứ hoàn toàn không thích nhìn ngắm cảnh tượng này một cách công khai như trên sân diễn, trên bãi biển hay trong quán bar. Vì cảm giác sợ người khác phát hiện ra mình đang nhìn trộm là một phần không thể thiếu được giúp cho họ đạt được sự thỏa mãn.



Nhìn trộm, nhìn lén là một trong những hiện tượng lệch lạc tình dục, người ta gọi nó là Peeping Tom, một số khá đông người tuy đã có vợ chồng nhưng vẫn thích nhìn trộm người khác khỏa thân, thích nhìn cái sơ hở hờ hênh của người khác phải trong bất cứ trường hợp nào mà họ có dịp thấy một cách tinh cò. Tuy nhiên, có những người mắc chứng ưa nhìn trộm thực sự vì đối với họ được nhìn trộm đồ lót, được nhìn trộm cái mềm mại, đường cong gợi tình thân thể của người khác là một nhu cầu thỏa mãn tình dục, có nhiều người vì nhu cầu thúc bách của chứng này mà phải khoét vách treo tường, nhìn qua lỗ khóa, cửa sổ, nơi thay áo quần.... rình những nơi vệ sinh công cộng, phòng tắm bên sông.... để mong được một pha cụp lặc, hờ hênh. Nhìn trộm, nhìn lén, rình mò, nghe lén, pha trò tiểu lâm của các người chuyên nói bậy bạ qua các câu chuyện có tính cách kích dâm cũng là một loại QRTD. Xét về bệnh lý tình dục thì những người này thuộc vào loại mắc chứng thị dâm, được nhìn trộm trong tình huống căng thẳng, càng mạo hiểm thì mức độ kích thích tình dục càng cao, người ta gọi nhìn trộm là một cách hiệp dâm người khác bằng thị giác.

- Loạn dâm ấu dâm là sở thích hoạt động tình dục với trẻ em chưa đến tuổi vị thành niên. Đây là một trong những hành vi tình dục bị xã hội lên án mạnh mẽ vì nó làm ảnh hưởng đến tâm lí, tình cảm của các cháu bé là nạn nhân.

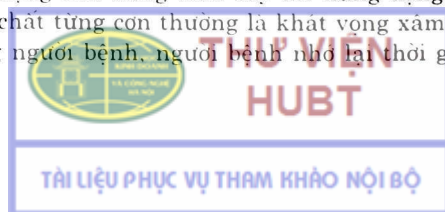
- Phối hợp nhiều rối loạn sở thích tình dục. Đó là sự phối hợp của nhiều kiểu loạn dâm khác nhau trên cùng một cá nhân mà không có dạng nào là dạng chủ yếu. Sự phối hợp phổ biến nhất là loạn dâm đồ vật, loạn dâm đồ vật cải trang và loạn dâm gây đau.

- Các hình thái rối loạn tình dục khác: có rất nhiều kiểu loạn dâm khác nhau được xếp vào nhóm này. Loạn dâm điện thoại là trường hợp thích nói chuyện phòng the qua điện thoại. Loạn dâm động vật là sở thích giao hợp với động vật. Loạn dâm gây ngạt nghia là tự khiêu dâm bằng cách tự thít chặt cổ của mình gây ngạt để đạt khoái cảm. Loạn dâm cọ xát là hiện tượng thích cọ xát hoặc chà xát bộ phận sinh dục của mình vào người khác ở những nơi đông người. Loạn dâm xác chết là xu hướng thích quan hệ với xác chết.

Ngày nay, có nhiều hoạt động tình dục liên quan tới internet như xem phim khiêu dâm, sex chat room, hoặc tự quay khi quan hệ tình dục... Bản thân những hoạt động này tuy không phải là chứng loạn dâm nhưng chúng chứa đựng những nguy cơ tiềm ẩn dẫn đến chứng loạn dâm hay rối loạn hoạt động tình dục về sau, đôi khi chúng trở thành nguồn thỏa mãn tình dục thay thế cho hoạt động tình dục thật sự.

5. ÁC DÂM, BẠO DÂM

Ác dâm là một loại lệch lạc tình dục, một dạng bệnh tâm thần, nó được xếp vào rối loạn hoạt động bản năng kiểu say mê xung động trong Tâm thần học, xuất hiện có tính chất từng cơn thường là khát vọng xâm chiếm lý trí, chế ngự toàn bộ tác phong người bệnh, người bệnh nhớ lại thời gian lên cơn một cách



không hoàn toàn. Các rối loạn bản năng này gặp trong tâm thần phân liệt, nhân cách bệnh...

Ác dâm có thể được thể hiện không chỉ thuần bằng các hành động tình dục mà nó có thể xảy ra ở một số bệnh nhân khác. Có những báo cáo bệnh lý cho thấy có sự cực khoái dẫn đến xuất tinh khi bệnh nhân đang tra tấn hành hạ nạn nhân và họ chỉ đạt được thỏa mãn tối đa khi tạo cho đối tượng những hình ảnh đau đớn, dã man, tàn bạo càng nhiều càng tốt.

Năm 1886, nhà tâm thần học người Áo Richard von Krafft-Ebing công bố cuốn sách *Bệnh học tâm thần về tình dục* tập hợp những bệnh án về những thực hành tình dục lạ lùng và bệnh hoạn. Những thực hành này được xem là triệu chứng của một số những bệnh về tình dục trong tâm trí. Tác giả đã đưa ra những khái niệm như ác dâm (Sadism, lấy tên hầu tước Sade thích hành hạ bạn tình về mặt thể chất hay tinh thần thì mới có khoái cảm); bạo dâm (Masochism, lấy tên một nhà văn còn sống hồi đó là Leopold von Sacher-Masoch, thích được bạn tình hành hạ về mặt thể chất hay tinh thần thì mới có khoái cảm).

Bạo dâm là một hình thái loạn dâm gây đau và bao gồm hai nhóm trái ngược nhau. Đó là sự đạt được khoái cảm tình dục khi gây tổn thương người khác cả về tinh thần lẫn thể chất, thường được gọi là bạo dâm. Hoặc chỉ đạt được khoái cảm tình dục khi nhận được sự hành hung tàn bạo từ người khác hoặc tự mình gây ra cho mình, thường gọi là khổ dâm. Chính cảm giác gây đau đớn hay cảm giác phải chịu đựng đau đớn lại là yếu tố quyết định xem họ có đạt được sự thỏa mãn dục vọng hay không.

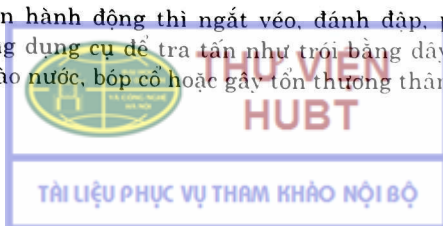
Những hành vi tình dục không bình thường là loại loạn dâm nhẹ nhất ví dụ như đồng tính nam-nam, nữ-nữ hoặc lưỡng giới. Ưa chuộng tình dục không bình thường: là những biểu hiện hành vi gây tổn hại chính bản thân mình hoặc tổn hại bạn tình. Rối loạn ưa chuộng tình dục có những mức độ khác nhau, xen kẽ với những hoạt động, hay có xu hướng cường bức, thường xuyên hoặc chỉ bộc lộ khi có điều kiện.

Người mắc chứng ác dâm được định nghĩa như là người chỉ tìm thấy khoái lạc, cực khoái tình dục khi hành hạ hoặc làm cho đối tượng phải đau đớn khổ sở trong khi hành lạc.

Mức độ của ác dâm có thể chia ra từng dạng tàn bạo khác nhau về mặt lời nói và hành động. Nhẹ thì rên rỉ chửi rủa cầu véo, nặng có thể gây tổn thương tử vong.... trong lúc lâm tình.

Về lời nói có thể là phát âm những lời cực cần, thô tục, chửi rủa, mạt sát, la hét, rít, găm rú, gào thét cuồng loạn với mục đích là mô tả bản năng thú vật qua ngôn ngữ trong khi giao cấu.

Về phương diện hành động thì ngắt véo, đánh đập, phun nước bọt, cắn xé cầu cầu hoặc dùng dụng cụ để tra tấn như trói bằng dây da, quất bằng roi, dìm đầu đối tượng vào nước, bóp cổ hoặc gây tổn thương thân thể bằng dao găm,



búa thậm chí hung bạo hơn mới gây ra **hưng phấn tình dục** cho người bị bệnh ác dâm.

Mặc dù trên thế giới cũng chưa tìm ra nguyên nhân đích thực của căn bệnh này, nhưng chuyên gia cho rằng, những hành động tàn bạo trong quan hệ chăn gối có thể ảnh hưởng nặng nề tới tâm lý, sức khỏe, thậm chí là tính mạng của nạn nhân nên không thể được chấp nhận hay bỏ qua.

6. BỆNH HOẠN TÌNH DỤC (sexual perversion)

Bệnh hoạn tình dục hay suy thoái tình dục là những hành vi lệch lạc về tình dục theo hướng tiêu cực:

- Hành vi tình dục: giao cấu, tác động đến nhiều bộ phận khác của cơ thể, tâm lý, tác động đến hoạt động của hệ thần kinh cao cấp; là bất cứ hành vi, xúc cảm, lời nói, hoạt động của các giác quan tạo nên khoái cảm tình dục một cách không tự nhiên. Bệnh hoạn tình dục không tội phạm: hành vi tự thân hoặc hành vi không gây hại cho xã hội. Bệnh hoạn tình dục tội phạm là xúc phạm, quấy rối, cưỡng bức người khác gây hại cho xã hội, cấu thành tội danh.

Trong bệnh hoạn tình dục, đáng sợ nhất là SHTD với xác chết hoặc với thú vật, thường là vật nuôi trong nhà.

6.1. Sinh hoạt tình dục với xác chết

Tên khoa học của chứng thích quan hệ tình dục với xác chết là Necrophilia. Trước hết, danh từ necrophilie bắt nguồn do sự kết hợp giữa hai từ của chữ Hy Lạp là Nekro và Philie (nekro: xác chết, philie: sự yêu thích, sự ham muốn giao cấu). Necrophilie được dùng để mô tả hành động giao cấu với xác chết. Những người necrophilie không phải là những người thuộc loại bệnh tâm thần. họ nhận định sự việc một cách tỉnh táo và khôn ngoan, mọi hành động của họ được tính toán và che dấu một cách tinh vi đối với cộng đồng xung quanh. Họ hòa nhập với xã hội như những người bình thường cho đến khi người ta khám phá ra họ chính là kẻ đã giao cấu với xác chết. Necrophilie cũng thường đi đôi với các hành động tội ác và các hành vi mê tín dị đoan thần bí huyền hoặc, họ tạo dựng và tin tưởng mù quáng vào một thế giới vô hình và sức mạnh của nó có thể thay đổi sự vật, họ là một mối nguy thật sự cho xã hội.

6.2. Nghiện tình dục (nghiện sex)

Thuật ngữ nghiện sex được dùng để chỉ những người có ham muốn tình dục thái quá đến mức trở thành một dạng bệnh lý, thành nỗi ám ảnh không thể kiểm soát nổi. Chứng nghiện tình dục thường được phát hiện trên một cá thể có lối sống buông thả theo bản năng, không chịu rèn luyện để trở thành người tốt, không nuôi dưỡng những ước mơ cao đẹp mà chạy theo những ham muốn thấp hèn, chỉ miễn sao thỏa mãn nhu cầu nhục dục. Một số thanh niên do quá đầy đủ về vật chất nhưng bản thân thiếu nghị lực sống không lý tưởng, cảm thấy bơ

vợ, không tìm thấy mục đích trong cuộc sống nên cũng tìm đến sex như một giải pháp để tìm quên, để có được những xúc cảm mới lạ.

Martin Kafka, phó giáo sư khoa tâm thần học, thuộc Trường Đại học Harvard, cho biết: bệnh nghiện sex đã xuất hiện từ hàng trăm năm nay. Đây là một căn bệnh khá nghiêm trọng nhưng vẫn chưa được xem xét đúng cách nên tỉ lệ ly hôn và những trục trặc trong cuộc sống hôn nhân gia tăng.

Hội Tâm lý học Hoa Kỳ mới đây đã ra phiên bản thứ năm của cuốn “*Các triệu chứng và thống kê của rối loạn tình dục (DSM-V)*”, trong đó, giải thích chi tiết về căn bệnh rối loạn tình dục thái quá, còn gọi là nghiện sex. Khi được chẩn đoán mắc bệnh này, bệnh nhân thường trải qua bốn trong số năm tình huống sau:

- Sử dụng quá nhiều thời gian cho những hình ảnh và nhu cầu về sex.
- Dùng tình dục để giải quyết những vấn đề đau đầu trong cuộc sống như lo lắng, chán nản.
- Phiền muộn hay cáu kỉnh, không quan tâm tới những tổn hại về cảm xúc và thể chất đối với những người liên quan.
- Cố gắng nhưng không thể tìm nên cách hành xử đó, luôn trong tình trạng căng thẳng, ảnh hưởng tới cuộc sống hàng ngày.

Người bệnh trước hết phải tự ý thức được vấn đề mình đang đối mặt để tìm ra cách giải quyết hợp lý nhất. Nếu họ cố tình giấu diếm tình trạng của mình thì sẽ gặp phải không ít rắc rối: sức khỏe bị ảnh hưởng, gia đình không hạnh phúc thậm chí là cả các rắc rối về pháp luật nếu họ không thể kiểm soát được hành vi.

Nghiện tình dục (sex addiction) là hiện tượng thường gặp, chiếm khoảng 4 - 6% dân số (8% ở nam giới và 3% ở nữ giới). Ở Hoa Kỳ, ước tính có khoảng 15 triệu người bị tình trạng này. Những nghiên cứu trên thế giới đều cho rằng, bên cạnh yếu tố sinh học là quyết định, nghiện sex có mối quan hệ với nỗi sợ hãi thời nhỏ. Đó là đòn roi, sự hành hạ, sự ruồng bỏ, lạm dụng tình dục, các loại chấn thương, các yếu tố sinh học thần kinh. Những đứa trẻ như vậy bắt đầu tìm kiếm cách thức tự xoay sở với tâm trạng sợ hãi. Thậm chí khi trưởng thành, họ vẫn diễn lại những trò đồi bại mà người lớn từng làm với họ trong thời thơ ấu. 74% số người nghiện tình dục có rối loạn hormone, 27% tổn thương thần kinh, 24% rối loạn gen.

Theo nghiên cứu, có tới 78% đối tượng nghiện sex xuất thân từ gia đình có nếp sống đặc biệt nghiêm khắc, nơi đòi hỏi sự hoàn hảo với mọi việc và coi sex như dòng điện cao thế, nhất thiết phải tránh xa. Có tới 81% đối tượng nghiện sex từng bị lạm dụng tình dục theo nhiều cách khác nhau, không nhất thiết phải trực tiếp. Có thể là bị tụt quần đánh đòn, chứng kiến người lớn làm tình hoặc xem phim sex.



6.2.1. Nguyên nhân nghiện tình dục

Ngoài một số lệch lạc về nhân cách lối sống, nghiện rượu, ma túy; có bốn nguyên nhân có thể dẫn đến hội chứng này.

- *Rối loạn lưỡng cực*: là một bệnh tâm lí, đặc trưng bởi sự thay đổi tâm trạng của chứng hưng cảm hay trầm cảm. Người bị rối loạn lưỡng cực trải qua giai đoạn hưng cảm giống như bị hoang tưởng vào cuộc sống và khả năng của mình, lúc nào cũng thấy tràn đầy sinh lực. Khi chuyển sang giai đoạn trầm cảm lại bị ức chế, buồn vô cớ, bế tắc. Sự mất cân bằng hóa chất, nội tiết trong cơ thể, sai khác lạ trong di truyền là một vài nguyên nhân cơ bản của chứng rối loạn tâm trạng này. Rối loạn lưỡng cực có thể gây tăng ham muốn tình dục trong trạng thái trầm cảm.

- *Tăng năng thượng thận (hyperadrenalism)*: là khi các tuyến thượng thận sản xuất quá nhiều hormone, chẳng hạn như aldosteron, corticosteroid, steroid, epinephrin, androgen và norepinephrin. Mức độ nhiễm độc chì, sản xuất hormone adrenocorticotrophic, prednisolon và các khối u ở vỏ thượng thận là một vài nguyên nhân gây tăng ham muốn tình dục đột biến nếu không chữa trị.

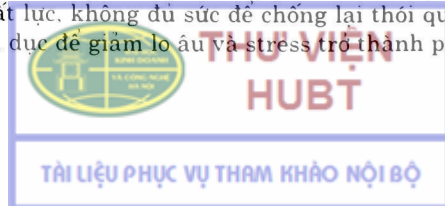
- *Khối u tuyến tụy*: khi khối u tuyến tụy xuất hiện sẽ tạo ra một lượng lớn hormone như insulin, gastrin, glucagon và ACTH. Các khối u tuyến tụy thường gắn liền với các bệnh nghiêm trọng khác như ung thư, u đường tiêu hóa và u tuyến nội tiết. Hạ đường huyết, lú lẫn, ham muốn tình dục tăng cao là các triệu chứng phổ biến của khối u tuyến tụy.

- *Sản sinh nhiều androgen (hyperandrogenism)*: androgen được bài tiết quá mức gây nhiều điều nghiêm trọng cho cơ thể như như béo phì, vô sinh, rụng tóc, giọng trầm, mụn nhiều, chu kì kinh nguyệt không đều, tăng ham muốn tình dục.

6.2.2. Cơ chế của hiện tượng nghiện tình dục

Não là nơi tiếp nhận và đáp ứng lại với đau và stress. Trong những đáp ứng đó, có sự phóng thích endorphin và encephalin. Đây là những chất làm giảm đau và làm con người cảm thấy thoải mái. Các chất gây nghiện như thuốc lá, rượu, ma túy cũng kích thích não phóng thích ra những chất như vậy. Tình dục là một trong những hành động khởi phát sự phóng thích endorphin và encephalin mạnh nhất. Nếu biết áp dụng đúng và hợp lý, tình dục làm con người thấy hạnh phúc. Nhưng những người nghiện tình dục lạm dụng nó giống như những người nghiện lạm dụng các chất gây nghiện. Họ thường sử dụng tình dục để giảm lo âu, giảm stress hơn là tận hưởng tình dục như là một khoái cảm giúp thăng hoa hạnh phúc lứa đôi.

Người nghiện tình dục luôn bị thôi thúc, bức xúc muốn SHTD. Nghiện tình dục cũng giống như nghiện ma túy, rượu, cũng có hội chứng cai giống cai ma túy. Có thể là triệu chứng của một rối loạn tâm thần nặng. Người nghiện tình dục có cảm giác bất lực, không đủ sức để chống lại thói quen này. Dần dần thói quen sử dụng tình dục để giảm lo âu và stress trở thành phản xạ bắt buộc trong



đời sống người nghiện và trở nên không thể kiểm soát được. Người nghiện tình dục vì không thể kiểm soát được hành vi tình dục thường cảm thấy khổ tâm và xấu hổ, họ muốn ngừng lại nhưng thất bại để làm điều đó. Hậu quả là họ mất dần những mối quan hệ tốt, gặp khó khăn với công việc, gặp rắc rối về tài chính, mất hứng thú đối với những thú vui khác ngoại trừ tình dục. Cuối cùng là họ mất tự tin, thất vọng với cuộc sống và còn có thể bị bắt vì vi phạm pháp luật.

Những người nghiện tình dục thường có căn nguyên từ lúc còn nhỏ và giai đoạn thanh thiếu niên. Họ thường lớn lên trong môi trường gia đình có nhiều bất hòa hoặc không có sự quan tâm giáo dục. Vì vậy, thủ dâm là một cách để họ tự thỏa mãn và cảm thấy thoát được khỏi môi trường đó. Những nghiên cứu gần đây cho thấy gần 60% những người nghiện tình dục có bị lạm dụng tình dục khi còn nhỏ. Hiện nay, internet góp phần đáng kể làm cho nghiện tình dục tăng cao và là nguyên nhân chủ yếu dẫn tới bệnh nghiện sex, đặc biệt ở nam giới. Theo điều tra, 6% số người sử dụng mạng là đối tượng nghiện sex ảo (trong đó phụ nữ chiếm 40%). Tuy nhiên, người ta cũng đưa ra bốn nguyên nhân có thể gây hội chứng nghiện tình dục.

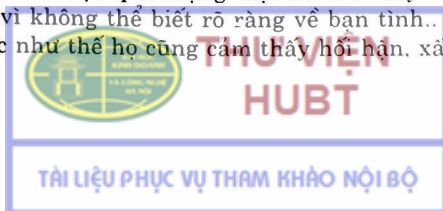
Những biểu hiện thường gặp của nghiện tình dục bao gồm: muốn thủ dâm nhiều lần, luôn bị ám ảnh và thích tranh ảnh mắt mẽ, phim gợi dục, thường quan hệ với gái mại dâm, thích đi massage, gọi đầu tra hình, quan hệ tình dục với nhiều người cùng lúc, ngoại tình với nhiều người. Biểu hiện nặng hơn là thích phô bày cơ quan sinh dục, lạm dụng tình dục, hiếp dâm. Khi gặp bế tắc hay khó khăn, những người này nghĩ ngay đến tình dục như là biện pháp giải quyết chủ yếu.

Gần đây, có nhiều trường hợp bị đưa ra pháp luật do hiếp dâm hoặc lạm dụng tình dục, đặc biệt nam giới thường xuyên có những tiếp xúc tình dục với cả người già và trẻ em. Đây là những người bị nghiện tình dục, họ thực hiện những hoạt động liên quan đến tình dục một cách bừa bãi và không thể kiểm soát chúng. Theo một thống kê thì có khoảng 55% những người phạm tội tấn công tình dục bị chứng bệnh này. Theo nghiên cứu mới được công bố của báo Pediatrics, có đến 42% những người có sử dụng internet ở độ tuổi từ 10 đến 17 đã vào những trang web đen.

Nhu cầu nghiện tình dục của bệnh nhân ngày càng tăng (bệnh càng nặng) bởi vì:

- Suốt ngày, họ chỉ nghĩ đến những hình ảnh về tình dục nên không thể tập trung vào công việc, học tập. Họ cũng thường xuyên áp dụng các biện pháp thủ dâm để xoa dịu tác động kích thích của tranh ảnh kích dục nên sức khỏe cũng giảm sút. Do phải thường xuyên thức khuya để xem tranh ảnh hay phim trên internet nên họ cũng thường bị mất ngủ mạn tính.

- Dần dần, tình trạng bệnh trở nên nặng hơn, họ tham gia chat sex và bắt đầu hẹn hò quan hệ tình dục qua mạng mặc dù biết đây có thể là những mối quan hệ nguy hiểm vì không thể biết rõ ràng về bạn tình.. Đôi khi sau những lần quan hệ tình dục như thế họ cũng cảm thấy hối hận, xấu hổ và quyết định



từ bỏ nhưng chỉ một vài ngày là họ lại cảm thấy bứt rứt khó chịu hay chán nản và không tìm được, họ lại tìm bạn tình mới thậm chí phạm tội để thỏa mãn nhu cầu bức bách của bản thân.

- Do tình trạng bệnh ngày càng nặng, ảnh hưởng xấu đến công việc, học tập, các mối quan hệ và tình trạng sức khỏe chung nên họ phải đi khám bệnh mặc dù còn rất ngại ngùng.

Thông thường, những người nghiện tình dục, trước hết họ thủ dâm để giải tỏa sự căng thẳng rồi thủ dâm ngày càng nhiều hơn, mạnh hơn cũng không đủ liều, họ cần quan hệ tình dục thật sự với phụ nữ và ngày càng nhiều hơn dẫn đến bệnh hoạn.

*** Ám ảnh tình dục**

Sự thèm khát tình dục đến mức không cưỡng lại được và về bản chất cũng giống như tình trạng nghiện rượu, ma túy... Tình trạng suốt ngày bị ám ảnh về tình dục và việc phải dành quá nhiều thời gian, sức khỏe và tiền bạc cho các hoạt động tình dục sẽ gây ra các khó khăn trầm trọng trong công việc, học hành, các mối quan hệ gia đình và xã hội. Họ cũng ý thức được rằng chứng bệnh nghiện tình dục đang hủy hoại nghiêm trọng bản thân và gia đình và họ cũng đã cố gắng tự cai nhiều lần nhưng thường không thành công do khi ngừng các hoạt động tình dục thì họ có những triệu chứng giống như hội chứng cai nghiện: cảm thấy hồi hộp, choáng váng, mệt mỏi, khó chịu trong người, không thể làm việc hay học tập được và tình trạng này sẽ chấm dứt khi họ tái nghiện. Họ cảm thấy thất vọng và bất lực về những hành vi của mình. Nhưng do đòi hỏi về bản năng quá cao, họ phải tìm cách giải quyết nhu cầu bức bách của bản thân. Đôi khi, họ phải thực hiện hành vi tình dục để giải quyết cảm giác căng thẳng dù là trong hoàn cảnh không phù hợp thậm chí nguy hiểm có thể dẫn đến phạm tội hay tình trạng này sẽ gây ảnh hưởng xấu đến bản thân, gia đình của họ nhưng họ vẫn không từ bỏ được.

*** Bảng câu hỏi tự trắc nghiệm**

Thầy thuốc hay tự bệnh nhân có thể sử dụng Bảng trắc nghiệm 12 câu hỏi sau đây để kiểm định có vấn đề về nghiện tình dục hay không:

1- Bạn có che giấu người thân của mình về những bí mật yêu đương hay tình dục của bản thân không? Bạn có đang sống cuộc sống hai mặt không?

2- Có khi nào bạn bị thôi thúc phải thực hiện hành vi tình dục ở những nơi chốn hay trong tình huống hoặc với những đối tượng mà trong điều kiện bình thường bạn sẽ không làm thế?

3- Bạn có thường chủ động tìm kiếm các bài báo, hình ảnh hay phim kích dục từ báo, tạp chí hay các phương tiện truyền thông khác không?

4- Bạn có cảm thấy là các suy nghĩ về tình yêu hay tình dục gây ảnh hưởng xấu đến các mối quan hệ cá nhân hay khả năng giải quyết các khó khăn của bạn?



5- Bạn có thường muốn xa lánh bạn tình sau khi đã quan hệ tình dục? Bạn có thường cảm thấy hối hận, xấu hổ hay tội lỗi sau một cuộc quan hệ tình dục?

6- Bạn có thường cảm thấy xấu hổ về cơ thể hay khả năng tình dục của mình dẫn đến việc bạn tránh đụng chạm vào cơ thể hay tham gia vào quan hệ tình dục? Bạn có sợ rằng mình không có cảm xúc tình dục hay vô tính?

7- Có phải mỗi mối quan hệ mới của bạn đều theo cùng một kiểu nguy hại mà điều đó đã khiến bạn cắt đứt với mối quan hệ trước đó không?

8- Đạt đến cùng mức độ kích thích và thoải mái, bạn có phải áp dụng nhiều kiểu hơn hay gia tăng tần suất các hoạt động yêu đương hay tình dục?

9- Bạn có từng bị bắt hay có nguy cơ bị bắt vì các kiểu hành vi tình dục của mình như loạn dục nhìn trộm, loạn dục phô trương, bán dâm, làm tình với trẻ con, chat sex?

10- Việc theo đuổi các hoạt động yêu đương hay tình dục có gây ảnh hưởng xấu đến đời sống tâm linh của bạn không?

11- Những hoạt động tình dục của bạn có gây ra nguy cơ, mối đe dọa, bệnh tật, tình trạng có thai, sự ép buộc hay bạo lực không?

12- Sau các hoạt động yêu đương hay tình dục, bạn có bao giờ cảm thấy tuyệt vọng, thờ ơ xa lánh mọi người hay muốn tự tử không?

Nếu có từ 2 câu trả lời là có thì bạn nên đi khám chuyên khoa để được khảo sát thêm.

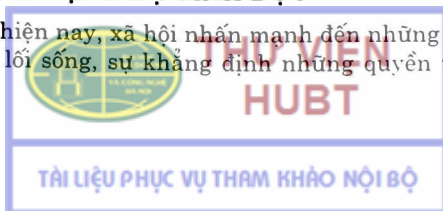
6.2.3. Xử trí

Mặc dù khó khăn nhưng nghiện tình dục hoàn toàn có thể điều trị được. Điều quan trọng nhất là người bệnh cần ý thức được tầm quan trọng của vấn đề và phải tự giác trong điều trị. Điều trị cần có sự hướng dẫn, hỗ trợ chuyên môn từ bác sĩ chuyên khoa tâm thần, tình dục học và cũng trải qua các bước tương tự như điều trị nghiện rượu vậy. Điều thuận lợi ở người nghiện tình dục là khi cai nghiện, họ không bị những biểu hiện thực thể của hội chứng cai nghiện như tiêu chảy, co giật. Bệnh này có thể được điều trị bằng tâm lý liệu pháp nhằm giúp đương sự hiểu được các động lực và hoàn cảnh gây ra bệnh. Đặc biệt là giúp họ nhận thức được các sự kiện hằng ngày nào khiến họ thực hiện các xung động.

Đồng thời giúp đương sự lấy lại sự tự tin, cải thiện kỹ năng giao tiếp xã hội và tìm ra những phương cách khác nhằm thỏa mãn nhu cầu tình dục. Còn liệu pháp hành vi giúp người bị nghiện tình dục cắt đứt các hành vi tình dục lệch lạc. Thuốc chống loạn thần và chống trầm cảm có thể được sử dụng để điều trị các bệnh lý tâm thần kết hợp như tâm thần phân liệt, rối loạn trầm cảm.

7. VẤN ĐỀ SỬ DỤNG DỤNG CỤ TÌNH DỤC

Trong thời đại hiện nay, xã hội nhấn mạnh đến những quan niệm hiện đại về chất lượng sống, lối sống, sự khẳng định những quyền về sinh sản và tình



dục thì chuyện xuất hiện những dạng mới của hành vi tình dục như tình dục trên mạng (cybersex), tình dục qua điện thoại (phone sex) hay sử dụng đồ chơi tình dục (sex toy)... không phải là chuyện lạ. Việc sử dụng dụng cụ tình dục (DCTC) cũng phải hiểu đúng bản chất để góp một phần nào hỗ trợ tình dục chứ không nên chỉ để hưởng thụ bằng mọi giá mà chấp nhận những tai biến hoặc phiền muộn do DCTD gây nên.

Các loại dụng cụ tình dục (sextoy), kể cả búp bê, các loại thuốc kích dục hay tăng ham muốn, tăng cương dương... chỉ là một bộ phận của các phương tiện hỗ trợ đời sống tình dục. Các phương tiện hỗ trợ tình dục ra đời trong xã hội ngày nay chỉ là sự tiếp nối mong muốn lâu đời của con người là duy trì, nâng cao và kéo dài đời sống tình dục. Các phương tiện hỗ trợ đời sống tình dục ngày nay thật sự phong phú và nhiều dụng cụ đạt đến trình độ cao về công nghệ nhằm đáp ứng nhu cầu đa dạng về tình dục.

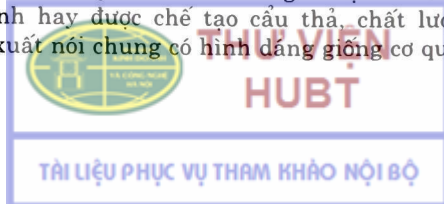
Dụng cụ mô phỏng cơ quan sinh dục nam nữ, dụng cụ để tăng khoái cảm cho nữ (tác động đến các vùng phát sinh khoái cảm), dụng cụ để sửa chữa những yếu kém cho chức năng tình dục của nam (kéo dài và tăng chất lượng cương dương, tăng kích thước...) Búp bê nhựa với mục đích thay thế người nữ thực được xem là một thứ sextoy đặc biệt vì tích hợp nhiều công nghệ cao cấp (cấu tạo bằng silicon để có độ mềm mại giống như người thật, kể cả nhiệt độ thân thể và tiết dịch âm đạo...).

Bản thân sextoy không có hại, chỉ sự lạm dụng mới có hại. Ví dụ, y học không phê phán hành vi thủ dâm nếu như chỉ là sự giải tỏa nhu cầu sinh lý thôi thúc nhưng sẽ có hại khi người thực hành lạm dụng. Nhìn chung, sextoy được chế tạo nhằm bù đắp cho những yếu kém về chức năng tình dục (của cả hai giới), những khó khăn để đạt được khoái cảm trong đời sống tình dục - một thứ quyền mà Tổ chức Y tế Thế giới cho rằng cần bảo đảm cho cả hai giới, nhất là nữ, dựa trên nhiều nghiên cứu về tác động tích cực của tình dục cả trên phương diện y học và xã hội.

Trước đây, hành vi tình dục chỉ được chấp nhận theo nghĩa hẹp, tức là quan hệ tình dục với đối tượng khác giới và theo con đường truyền thống (cơ quan sinh dục nam đưa vào cơ quan sinh dục nữ), theo cách truyền thống (nam nằm trên...). Ngày nay, quan niệm về hành vi tình dục mở rộng hơn, người ta chấp nhận nhiều hành vi và tư thế tình dục khác truyền thống mà vẫn được coi là hành vi tình dục người (để nhấn mạnh rằng vẫn có những hành vi không xứng đáng với con người) và cũng chấp nhận sextoy khi nó được sử dụng cho những người có nhu cầu, cho những hoàn cảnh cần thiết.

Tác hại của sextoy

Tuy chưa có nhiều nghiên cứu khoa học để đánh giá nghiêm túc để đưa ra những kết luận khoa học về lợi ích và tác hại của DCTD, nhưng nhiều người công nhận rằng DCTD không thể nói là không có hại nếu sử dụng không hợp lý, không đúng chỉ định hay được chế tạo tạo ra chất lượng kém. Phải hiểu DCTD là được sản xuất nói chung có hình dáng giống cơ quan sinh dục nam và



nữ chứ không phải là các vật dụng mà cá nhân sử dụng một cách tùy tiện. Ví dụ, do thiếu hiểu biết về nhận thức hoặc hạn chế về khoa học, hoặc nhu cầu giải tỏa bức xúc một cách khẩn cấp mà một số người dùng như bóng đèn, chai thủy tinh, bàn chải răng chạy pin... đưa vào âm đạo.

Một số tác hại của sextoy:

- Sang chấn đường sinh dục: thương tích do DCTD gây ra hiếm gặp, nhỏ, không coi là nguy hiểm. Nhưng nếu cơ quan sinh dục đã có những tổn thương cũ thì sẽ làm nặng thêm.

- Có độc hại không? Đáng ngại nhất là chất phthalat có trong cấu tạo của những máy rung hay dụng cụ đưa vào âm đạo, tuy nhiên chưa có bằng chứng các DCTD có nguy cơ trực tiếp với chất này. Những DCTD được chế tạo bằng các chất liệu như silicon, chất dẻo acrylic, thủy tinh, kim loại, elastomer không có phthalate. Nghiên cứu trên chuột đã phát hiện khi bị phơi nhiễm với liều lượng lớn có thể gây tổn thương cho gan, phổi, thận, tinh hoàn và gây rối loạn về hormon. Những nghiên cứu bước đầu trên người cho thấy có mối liên quan giữa phthalat và chất lượng tinh dịch kém đi và với sự phát triển cơ quan sinh dục. Một nghiên cứu của Đan Mạch gần đây lại cho thấy dùng DCTD có chứa chất phthalat một giờ mỗi ngày không gây ra nguy cơ cho sức khỏe trừ phi có thai hay cho con bú.

- Có gây lây nhiễm nấm không? Một số DCTD được sử dụng theo cách nào đó có thể làm tăng nguy cơ bị nhiễm nấm và gây ngứa, dị ứng, nhiễm khuẩn bàng quang nhưng chỉ có vai trò gián tiếp. Chỉ cần những biện pháp đơn giản cũng có thể giảm nguy cơ.

- Có gây nghiện không? Sự thực còn không bằng nghiện xem phim sex (hoặc nghiện tình dục nói chung); dùng DCTD là một cách để tạo cảm giác đỉnh điểm, mà mỗi người đều có quyền có cách riêng.

Thời đại nào cũng có ly hôn, không phải vì DCTD mà tỉ lệ ly hôn gia tăng. Nghiện tình dục là một dạng bệnh lý của hành vi tình dục đã được nói đến từ trước khi có búp bê tình dục. Phương tiện này thực chất chỉ là một dạng của hành vi thủ dâm khi ở xa bạn tình (với một số người), nó không thể thay thế được tình yêu đích thực vì búp bê tình dục dù được chế tạo tinh vi đến mấy cũng không có sự giao lưu tình cảm chỉ có được ở đôi bạn tình.

- Có làm mất đi sự nhạy cảm tự nhiên? Máy rung có thể làm mất đi sự nhạy cảm tự nhiên tạm thời, nhất là khi dùng với cường độ điện mạnh và trong thời gian kéo dài.

Sử dụng DCTD chỉ có lợi trong những trường hợp cụ thể, nếu lạm dụng, sử dụng không vệ sinh dễ dẫn đến những nguy cơ tác hại xấu đến sức khỏe. Đặc biệt sẽ dẫn đến nghiện DCTD, và khi SHTD bình thường sẽ không mang lại hứng thú sẽ dẫn đến RLTD, là một trong những nguyên nhân đổ vỡ hạnh phúc gia đình.



8. MỘT SỐ KHÁI NIỆM VỀ TỘI PHẠM TÌNH DỤC

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (1999): tội phạm tình dục là dùng sức lực ép buộc một người tham gia vào hành vi tình dục chống lại ý muốn của người đó dù hành vi đó có hoặc không thực hiện hoàn toàn.

Sự xâm phạm tình dục hoặc hành vi tình dục đã hoàn thành với một người không có khả năng nhận biết bản chất hoặc hành vi đó hoặc với một người suy sụp sức khỏe, không có khả năng tham gia HĐTD hoặc với một người đã thông báo không bằng lòng HĐTD.

Bất cứ HVTĐ nào do một người thực hiện với người khác mà không được đó chấp nhận. Đó có thể là hậu quả của sự đe dọa hoặc dùng bạo lực ép buộc hoặc nạn nhân mất khả năng chấp nhận một cách thích hợp.

Bộ luật hình sự Việt Nam

- Hiếp dâm là hành vi phạm tội của một người dùng vũ lực hoặc lợi dụng tình trạng không thể tự vệ của nạn nhân hoặc thủ đoạn khác giao cấu với nạn nhân trái với ý muốn của họ.

- Cường dâm là hành vi phạm tội của một người dùng thủ đoạn khiến người lệ thuộc mình hoặc đang ở trong tình trạng quần bách phải miễn cưỡng giao cấu.

Tội phạm hiếp dâm, 3 yếu tố cấu thành tội phạm: đã biết khoái cảm tình dục, bạo lực và không có sự ưng thuận của người đó.

Hiện nay, tội phạm tình dục đang tăng lên cả về số lượng cũng như mức độ nghiêm trọng, thậm chí còn dã man. Tội phạm không chỉ xuất hiện với thủ phạm đơn lẻ mà còn mang tính tập thể, quần hôn. Đây là biểu hiện sự suy đồi, đạo đức trong một tầng lớp hoặc lứa tuổi nào đó. Do môi trường sống thay đổi, xã hội có nhiều biến đổi với nền kinh tế mở, sự du nhập của văn hóa nước ngoài cũng như phương tiện truyền thông đặc biệt là những trang web đen, cổ vũ cho bạo lực tình dục, ca ngợi hoặc khuyến khích sự hưởng thụ, cái tôi ích kỷ là những điều kiện dễ tăng RLTD dẫn đến bệnh lý cũng như tội phạm tình dục.

Mặt khác, việc giáo dục giới tính, giáo dục SKSS, SKTD chưa được phổ biến rộng rãi với chất lượng cao để giúp cho thanh thiếu niên hiểu rõ về SKSS cũng như SKTD, để hiểu biết và nhận thức đúng đắn về những lĩnh vực này. Vai trò của gia đình, cá nhân, nhà trường và xã hội rất quan trọng đặc biệt là Đoàn thanh niên cần tạo những sân chơi lành mạnh, có nội dung phong phú, lồng ghép SKSS và SKTD để ngoài mục đích nâng cao kiến thức, thực hiện và có những hành vi đúng, chuẩn mực còn góp phần xây dựng được nhân cách con người trong thời đại mới với những qui chuẩn mới và phù hợp với sự phát triển của xã hội.



GIÁO DỤC TÌNH DỤC

1. MỘT SỐ KHÁI NIỆM CHUNG

Tình dục học là một môn học về tình dục đề cập đến toàn bộ những vấn đề liên quan đến tình dục của con người. Tình dục học (human sexuality) là một môn khoa học xã hội bao gồm nhiều bộ môn khoa học khác nhau: xã hội học, văn hóa học, nhân học, lịch sử, phụ nữ học, giới học, triết học, sinh học, v.v. Khoa học tình dục được ra đời từ khoảng giữa thế kỷ 20 nhằm nghiên cứu hành vi tình dục của loài người, giải thích cho nhiều hiện tượng, hành vi tình dục khác nhau chẳng hạn như nhận dạng, định hướng, sở thích tình dục dưới khía cạnh của những phân tích văn hóa, các định kiến xã hội, quyền lực, bất bình đẳng giới, phân biệt chủng tộc... để hướng tới sự công bằng xã hội. Chẳng hạn, khi tìm hiểu về hành vi tình dục đồng giới nam trên nhóm người Sambia thuộc Papua New Guinea, nhà nhân chủng học Hoa kỳ, Gilbert Herdt, đã phát hiện ra rằng hành vi tình dục đồng giới nam diễn ra với hầu hết tất cả những người nam mới trưởng thành ở dân tộc này và là hành vi hoàn toàn bình thường. Điều này đi ngược lại với các giả định của các học giả Phương Tây khác cho rằng hành vi tình dục đồng giới chỉ là thiểu số và thường bị gán với các định kiến xã hội như các tệ nạn phi loài người.

Cần thiết phải phân biệt rõ *khoa học tình dục* và *khoa học tính dục* (sexology). Khoa học tính dục nghiên cứu chuyên biệt khía cạnh sinh học của các hoạt động tình dục. Các nhà tính dục học (sexologist) thực hiện các thí nghiệm sinh học liên quan tới bộ phận sinh dục.

Khái niệm tình dục học đã được Iwan Bloch (1872-1922), một thầy thuốc giới thiệu lần đầu tiên vào năm 1907 tại Berlin và được đông đảo giới y học chấp nhận, sau đó tạp chí đầu tiên về tình dục học đã được thành lập. Năm 1913, Hội tình dục học đầu tiên ra đời; năm 1919, Viện nghiên cứu về tình dục đầu tiên được thành lập; năm 1921, Hội nghị quốc tế về tình dục đầu tiên được tổ chức.

Bản năng sinh vật ở mỗi con người và động lực của bản năng cũng đang được quan tâm nghiên cứu. Hai khía cạnh này một thời gian dài bị coi thường nhưng ngày nay, người ta phải thừa nhận sự tồn tại những kiểu hành vi gắn liền với cấu trúc sinh học nằm ở gen (thí dụ tình dục đồng giới...) để cân nhắc xem trách nhiệm cá nhân và sự phương hại đến xã hội đến mức nào. Nếu như tuổi bắt đầu có quan hệ tình dục có chiều hướng sớm thì tuổi chấm dứt đời sống tình dục lại muộn, nhất là đối với phụ nữ. 80% phụ nữ có chồng vẫn còn hoạt động tình dục vào độ tuổi 50-69, trong khi điều tra của Simon và cộng sự 20 năm trước cho thấy, chỉ có 50% phụ nữ ngoài 50 tuổi còn hoạt động tình dục. Hiện nay, đời sống tình dục của phụ nữ có xu hướng kéo dài. Tuổi mãn kinh ngày nay không được quan niệm là tuổi chấm dứt đời sống tình dục như vào thời kỳ của những năm 60.



Sự phát triển văn hóa - xã hội có ảnh hưởng nhanh và mạnh đến hành vi tình dục. Nhiều thực hành tình dục trước đây bị coi như dung tục, thì hiện nay được chấp nhận và được coi là một nhu cầu, một biểu hiện của sự bình đẳng giới. Những năm 70 của thế kỷ 20 đã nổi lên phong trào "dân chủ hóa trong đời sống tình dục", sự "chia sẻ khoái cảm" nghĩa là người phụ nữ cũng có quyền được hưởng thụ chứ không phải chỉ là đối tượng thụ động và phục vụ cho nhu cầu tình dục của nam giới. Những thay đổi này liên quan trực tiếp đến 2 sự kiện lớn trong đời sống của phụ nữ: các phương pháp tránh thai hiện đại góp phần giải phóng phụ nữ khỏi những lo lắng có thai khi chưa mong muốn và tỉ lệ phụ nữ có nghề nghiệp ngày càng tăng làm cho phụ nữ có quyền tự lập hơn.

Đời sống tình dục mang nặng màu sắc cá nhân là nét đặc trưng kể từ những năm 1970 cho tới nay. Trước đây, tình dục chỉ có vị trí trong khung cảnh vợ chồng nhưng ngày nay tình dục phát triển theo hướng cá nhân và vì thế mỗi cá nhân đều cần bảo đảm quyền lợi của mình. Theo hướng này, một số hành vi tình dục có thay đổi (ví dụ như sự đem lại khoái cảm cho nhau...) nhưng điều quan trọng nhất là nam nữ có trách nhiệm hơn trong hành vi tình dục, điều này đã được chứng minh bằng nhiều sự thay đổi trong ý thức. Hành vi tình dục người cũng phát triển theo hướng an toàn hơn. Khái niệm sức khỏe tình dục đã được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đưa ra từ năm 1975 nhưng từ sau Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển năm 1994 họp tại Cairo mới trở thành nội dung của một chương trình hành động toàn cầu. Sức khỏe tình dục gắn liền với sức khỏe sinh sản thể hiện nhận thức đầy đủ hơn của con người về chức năng sinh sản và tình dục, đặt ra những yêu cầu cho xã hội và trách nhiệm cho các cá nhân trong việc bảo vệ sức khỏe và cuộc sống hạnh phúc. Khái niệm tình dục an toàn nhấn mạnh đến trách nhiệm của mỗi cá nhân trong đời sống tình dục. Nếu mỗi cá nhân đã có ý thức về hành vi tình dục của mình thì có nghĩa là đã mang tính xã hội và thực hành tình dục an toàn mang kỳ vọng được nhìn nhận như một giá trị xã hội.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa sức khỏe tình dục là "Một trạng thái sáng khoái về thể chất, cảm xúc, tinh thần và xã hội mà có liên quan đến tính dục; không chỉ đơn thuần là không mắc phải bệnh tật, rối loạn chức năng hoặc suy yếu". Sức khỏe tình dục đòi hỏi một cách tiếp cận tích cực, tôn trọng đối với hoạt động tình dục và những mối quan hệ tính dục, cũng như khả năng có những trải nghiệm tình dục vui sướng và an toàn, không bị ép buộc, phân biệt đối xử và bạo hành. Để đạt được và duy trì sức khỏe tình dục, những quyền về tính dục của mọi con người phải được tôn trọng, bảo vệ và trọn vẹn. Kênh này sẽ giải quyết nhiều vấn đề nói trên, tập trung vào sức khỏe tình dục nam giới, từ các vấn đề thực thể (sức khỏe tiền liệt tuyến, bệnh mạn tính) cho đến những vấn đề về chức năng tình dục, sinh sản (vô sinh, rối loạn cương) đến những hậu quả của những tác động đến từ bên ngoài đối với sức khỏe tình dục nam giới (thuốc men, tuổi tác) cũng như những vấn đề về khoái cảm. Kênh này cũng khảo sát những vấn đề liên quan đến sự tương tác, truyền thông trong những mối quan hệ tính dục, cũng như những vấn đề khác nữa.

1.1. Liên quan giữa sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục

Sinh sản và tình dục là 2 thực thể song song cùng tồn tại và đều là qui luật tự nhiên, lồng ghép một cách chặt chẽ với nhau giữa mong muốn hoặc không mong muốn về sinh sản cũng như những khoái cảm về tình dục. Hai khía cạnh này ảnh hưởng sâu sắc và tác động lẫn nhau. Nói đến SKSS thì không thể không nói đến sức khỏe tình dục và ngược lại. Sản khoa đã ra đời từ rất xa xưa. Khi phụ khoa ra đời thì tình dục học cũng được quan tâm và nghiên cứu. Tuy nhiên, SKSS mới chỉ được đề cập đến từ 1950 nhưng lại được nghiên cứu nhiều hơn và phát triển nhanh hơn trong những thập kỷ qua, khi mà quyền sinh sản cũng như nhu cầu về bình đẳng giới và vị thế của người phụ nữ được nâng cao. Năm 1994, Hội nghị thượng đỉnh quốc tế về SKSS Cairo và Hội nghị phụ nữ tại Bắc Kinh năm 1995 đã khẳng định vai trò của phụ nữ trong sự phát triển của xã hội trên toàn thế giới cũng như công nhận quyền về SKSS và SKTD.

Định nghĩa về SKSS

SKSS là sự thoải mái về thể chất, tâm thần xã hội, tất cả những gì liên quan tới hoạt động và chức năng của bộ máy sinh sản chứ không phải là không có bệnh hay khuyết tật của bộ máy đó, bao hàm:

- Mọi người có cuộc sống tình dục, an toàn và thoải mái, tự do quyết định sinh con.

- Tiếp cận thông tin và các biện pháp KHHGD an toàn và có hiệu quả.

- Tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sinh đẻ an toàn.

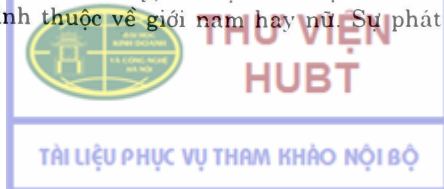
SKSS có hai mục tiêu. Mục tiêu sinh sản là sinh đẻ và hạn chế sinh đẻ. Mục tiêu không sinh sản là hoạt động tình dục. Cả 2 mục tiêu mang một nội hàm rộng rãi, mang tính chất nhân văn và xã hội sâu sắc. SKSS là khả năng nam và nữ tiến hành hoạt động tình dục an toàn, với mong muốn có thai hoặc không có thai và nếu muốn có thai thì quá trình mang thai phải đủ tháng, an toàn, đẻ ra trẻ khỏe mạnh và được chuẩn bị nuôi dưỡng tốt. Sức khỏe tình dục (SKTD) là đảm bảo sự thoải mái, hài lòng, an toàn cho cá nhân và bạn tình, hài hòa và phù hợp với văn hóa xã hội.

1.2. Giới (gender)

Giới là biểu hiện đặc trưng của xã hội, chỉ sự khác biệt giữa nam và nữ về mặt xã hội vì vậy còn được gọi là phái nam hoặc phái nữ. Giới thay đổi theo từng nền văn hóa xã hội vì vậy khi xã hội thay đổi, giới thay đổi theo.

Giới tính (sex) là biểu hiện đặc trưng của sinh học. Giới tính chỉ bản chất con người đó là nam hay nữ mang đặc tính sinh học và được quyết định ở gen cho nên còn được gọi là giới sinh học. Giới tính không thay đổi, luôn hằng định.

Bản sắc giới (gender identity): Là sự cảm nhận của mỗi người về chính bản thân mình, thấy mình thuộc về giới nam hay nữ. Sự phát triển cảm giác này



giống nhau ở những người có cấu trúc sinh học bình thường hay không bình thường. Nhưng khi nghiên cứu những cá thể có cấu trúc sinh học bất thường, người ta thấy rõ hơn mối liên quan giữa sinh học và những tác động của giáo dục và môi trường sống.

Trước hết, hãy tìm hiểu sự khác nhau giữa giới sinh học và giới tâm lý (gender). Giới sinh học (hay cấu trúc sinh học của mỗi giới) đã được giới thiệu ở phần trên, đó là toàn bộ những điều kiện vật chất của con người, kể từ nhiễm sắc thể cho đến cơ quan sinh dục trong và ngoài, tuyến sinh dục, tình trạng bài tiết hormon và đặc tính giới thứ phát (mọc lông, râu, vỡ tiếng, vú to lên, cơ thể nở nang). Còn giới tâm lý-văn hóa là gì? Đó là những nét tâm lý và văn hóa đặc trưng của mỗi cá thể nam nữ, có thể hoàn toàn độc lập với giới sinh học. Và ở nhiều người, có thể có sự pha trộn cả những nét tâm lý-văn hóa nam và nữ nhưng tất nhiên người nam có nhiều nét đặc trưng của nam hơn và ngược lại.

1.3. Tính dục là gì?

Trước hết, đó là một xung lực nội tại, một xu hướng thường trực thôi thúc con người tìm kiếm sự thỏa mãn những nhu cầu sinh lý và tâm lý của mình. Mọi nhu cầu được thỏa mãn đều đem lại cảm giác dễ chịu hay còn gọi là khoái cảm. Xung lực có tính bản năng này không những là một cơ chế bảo vệ tích cực mà còn giúp con người phát triển và nó đã hình thành ngay từ khi con người mới sinh ra đời. Phương tiện duy nhất của trẻ sơ sinh khi có nhu cầu bú mẹ là khóc, nếu được cho bú và ôm ấp, đứa trẻ không khóc nữa. Như vậy, nhu cầu bản thể và tâm lý của nó đã được thỏa mãn.

Bản năng tính dục là tự nhiên và sẵn có ở mọi động vật nhưng ở con người nó không bất biến vì con người là một động vật có vú cao cấp, có hệ thần kinh phát triển hơn mọi loài khác cho nên tính dục người cũng phát triển đa dạng, phong phú hơn, không như những động vật cấp thấp khác, bản năng tính dục của chúng không thay đổi từ bao đời nay, có tính khuôn mẫu và bị chi phối bởi thời kỳ động dục (hay còn gọi là chu kỳ sinh dục).

Quan niệm hiện tại về tính dục: khái niệm tính dục từ lâu đã được hiểu theo nghĩa rộng của nó, không phải chỉ liên quan đến hành vi tính giao giữa nam và nữ. Năm 70, Ủy ban Giáo dục và Thông tin về Tính dục ở Mỹ (Sex Education and information of United States - SIECUS) đã đưa ra định nghĩa về tính dục như sau:

“ Tính dục là tổng thể con người bao gồm mọi khía cạnh đặc trưng của con trai hoặc con gái, đàn ông hay đàn bà và biến động suốt đời. Tính dục phản ánh tính cách người, không phải chỉ là bản chất sinh dục. Vì là một biểu đạt tổng thể của nhân cách, tính dục liên quan đến yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội, tình thân và văn hóa của đời sống. Những yếu tố này ảnh hưởng tới sự phát triển nhân cách và mối quan hệ xã hội giữa người với người và do đó tác động trở lại xã hội”.



Tính dục phản ánh tính cách con người không phải bản chất sinh dục.

Tính dục bao hàm toàn bộ nhân cách con người liên quan đến hành vi tình dục. Tính dục có thể dùng chung cho mọi người, mọi lứa tuổi.

Tình dục là một khía cạnh nằm trong phạm vi tính dục. Tình dục chỉ mối quan hệ về tình dục, biểu hiện tình cảm đến hành vi SHTD, thông thường là những vấn đề tình dục của hai giới nam và nữ. Tình dục bao hàm những ý nghĩa cá nhân và xã hội cũng như hành vi tình dục và sinh học tình dục và giới có những nội dung cơ bản giống nhau. Giáo dục giới tính và giáo dục tình dục là cùng xây dựng nhân cách con người. Giáo dục tình dục nhấn mạnh và nâng cao hiểu biết về SKSS và SKTD.

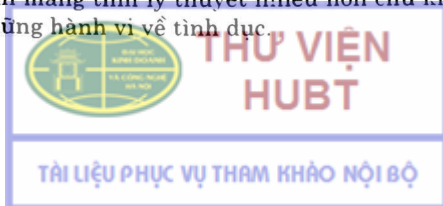
1.4. Những khái niệm quan trọng về tình dục

Mọi người đều có dục tính. Đặc tính tình dục được thể hiện qua những thái độ và các hành vi cả tích cực lẫn tiêu cực. Hành vi tích cực gồm: mối quan hệ đồng thuận, tôn trọng lẫn nhau và được bảo vệ, giúp cải thiện sự toàn vẹn của sức khỏe và chất lượng cuộc sống. Hành vi tiêu cực như: bạo hành, bóc lột, lạm dụng, hạ thấp phẩm giá, tự trọng của con người, có khả năng gây tác hại lâu dài.

Cách nhìn toàn diện về tình dục bao gồm vai trò của xã hội, đặc điểm cá nhân, giới và nhân dạng tình dục, sinh học, hành vi tình dục, các mối quan hệ, suy nghĩ và cảm xúc. Những yếu tố ảnh hưởng đến biểu hiện tình dục: lo ngại mang tính xã hội, đạo đức, kinh tế, tinh thần, văn hóa và phẩm hạnh. Tình dục phát triển thông qua sự tương tác cá nhân và cấu trúc xã hội, bị ảnh hưởng bởi những yếu tố đạo đức, tinh thần, văn hóa và luân lý. Những khía cạnh đa dạng của tình dục bao gồm: giải phẫu, sinh lý, sinh hóa của hệ thống đáp ứng tình dục, nhân dạng, khuynh hướng, vai trò, tính cách, suy nghĩ, tình cảm và các mối quan hệ, kéo dài suốt cuộc đời. Phát triển đầy đủ tình dục là rất cần thiết cho trạng thái toàn vẹn của cá nhân, giữa các nhân với nhau và xã hội.

1.5. Một số thuật ngữ

- Sex là danh từ chỉ giống dục hay giống cái mang đặc tính sinh học.
- Sexual là tính từ chỉ về tình dục.
- Copulation danh từ chỉ hành vi giao cấu.
- Sexual behaviour: danh từ chỉ hành vi tình dục, biểu hiện những hành động SHTD có hoặc không có giao hợp hoặc cả hai.
- Sexuality: bao hàm toàn bộ nhân cách con người liên quan đến hành vi tình dục và được gọi là *tính dục*.
- Sexology: khoa học nghiên cứu về tình dục dựa trên những phương pháp phân tích khách quan mang tính lý thuyết nhiều hơn chứ không phải là nghiên cứu về thực hành những hành vi về tình dục.



- Erotology: là khoa học nghiên cứu về **những hành vi thực hành về tình dục**.
- Gender (giới): là một khái niệm chỉ sự khác biệt giữa nam và nữ về mặt xã hội học và được gọi là giới.
- Sức khỏe tình dục: là khả năng thể hiện tình dục của một người mà không có nguy cơ bị lây nhiễm các BLTQĐTD, có thai ngoài ý muốn, cưỡng bức, bạo hành và phân biệt đối xử. Khả năng có một cuộc sống tình dục an toàn, thỏa mãn và có đầy đủ thông tin, dựa trên cách tiếp cận tích cực với tình dục, tôn trọng lẫn nhau trong quan hệ tình dục. SKTD nâng cao tính tự trọng và khả năng tự giải quyết của cá nhân. Cải thiện khả năng trao đổi thông tin và mối quan hệ với những người khác.
- An toàn tình dục: tôn trọng bạn tình, không bị lây nhiễm bệnh, tổn thương thể chất và tinh thần, không có thai ngoài ý muốn, nếu có bất thường cùng giải quyết khắc phục.
- SKTD: nâng cao tính tự trọng và khả năng tự giải quyết của cá nhân. Cải thiện khả năng trao đổi thông tin và mối quan hệ với những người khác.

2. QUYỀN CON NGƯỜI VÀ QUYỀN TÌNH DỤC

Quyền con người khẳng định phẩm giá, giá trị, sự tôn trọng, bình đẳng và quyền tự quyết của tất cả mọi người trong mọi mặt đời sống của mình. Quyền tình dục (QTD) rất cần thiết để giúp cho phụ nữ và nam giới thể hiện và thụ hưởng các đặc tính tình dục của mình, sự toàn vẹn về cơ thể, quyền được an toàn và kiểm soát cơ thể mình, được bảo vệ khỏi những nguy cơ cho cơ thể và được hưởng thụ những tiềm năng đầy đủ của cơ thể.

2.1. Các nguyên tắc đạo đức để xây dựng quyền tình dục

- Tính cá nhân: tự quyết, mọi người có quyền tự quyết định cho bản thân.
- Bình đẳng về mọi mặt, không bị phân biệt đối xử.
- Sự đa dạng, tôn trọng sự khác biệt. Sự đa dạng trong tình dục cũng như các khía cạnh khác trong đời sống của họ không được là cơ sở dẫn tới phân biệt đối xử.

2.2. Các quyền về tình dục

- Quyền được hưởng thụ khoái cảm tình dục mà không sợ viêm nhiễm, bệnh tật, có thai ngoài ý muốn hoặc những nguy cơ khác.
- Quyền được thể hiện tình dục và đưa ra các quyết định liên quan đến tình dục phù hợp với những giá trị cá nhân, đạo đức và xã hội của người đó.
- Quyền được hưởng sự chăm sóc, thông tin, giáo dục và dịch vụ về SKSS và SKTD.



- Quyền có được sự toàn vẹn của cơ thể và trong trường hợp có quan hệ tình dục thì quyền được chọn bạn tình, thời điểm, cách thức quan hệ và được tham gia vào mối quan hệ hoàn toàn dựa trên sự đồng thuận.

- Quyền tham gia vào các mối quan hệ, bao gồm cá nhân hôn nhân với sự đồng thuận cao nhất, tự nguyện, không bị ép buộc.

- Quyền được giữ bí mật cá nhân và đời tư khi tìm kiếm và sử dụng các dịch vụ CSSKSS và tình dục.

- Quyền thể hiện các đặc tính tình dục của mình mà không bị phân biệt đối xử và không phụ thuộc vào sự sinh sản.

- Quyền tình dục không phải là các đặc quyền hay ân huệ mà là quyền đương nhiên được hưởng của mọi nam giới và nữ giới.

- Quyền tình dục bảo vệ mọi cá nhân và tập thể.

Khái niệm về quyền tình dục cũng giống như khái niệm về quyền con người, đưa ra một khung hành động nhằm đảm bảo sự không phân biệt sự đối xử cho nên không được sử dụng quyền tình dục để ưu tiên bất kỳ một cá nhân hay nhóm nào hơn cá nhân hay tập thể khác. Quyền tình dục cũng có giá trị như những quyền khác như quyền được có thức ăn, có nhà ở và được có sức khỏe. Quyền tình dục khẳng định quyền được hưởng như quyền toàn vẹn về cơ thể, quyền được bảo vệ chống lại các bạo hành, không bị ép buộc thực hiện hoạt động tình dục.

3. GIÁO DỤC TÌNH DỤC (GDTD)

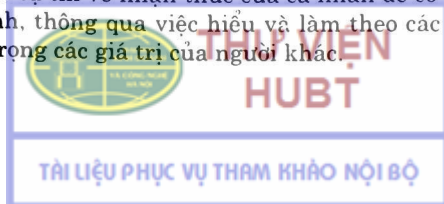
- Tình dục là một khái niệm rộng rãi. Mục tiêu hiểu biết đúng đắn về tình dục học. GDTD bao gồm chính thức và không chính thức. GDTD thông qua việc cung cấp thông tin, xây dựng kỹ năng và làm rõ các giá trị sẽ giúp cho cá nhân đưa ra các lựa chọn về tình dục và chịu trách nhiệm về đời sống tình dục của mình, để nâng cao sức khỏe và chất lượng cuộc sống, khẳng định giá trị của bản thân, thừa nhận, chấp nhận, tôn trọng sự đa dạng về khuynh hướng, nhu cầu, quan điểm, thực hành, thái độ và sở thích.

Nội dung của giáo dục tình dục:

- Giới thiệu về giải phẫu, sinh lý cơ quan sinh dục nam nữ, sinh lý tình dục, sự sinh sản và các biện pháp tránh thai, viêm nhiễm cơ quan sinh dục và các bệnh LTQĐTD, suy giảm chức năng tình dục.

- Giáo dục về chống bạo hành, bóc lột và lạm dụng tình dục được thực hiện bằng các phương pháp không phán xét, không gây sợ hãi và có sự tương tác qua lại, nâng cao lòng tự trọng và sự tự tôn của cá nhân.

- Giúp cá nhân tự tin về nhận thức của cá nhân để có thể tự đưa ra các lựa chọn của riêng mình, thông qua việc hiểu và làm theo các giá trị của bản thân trong khi vẫn tôn trọng các giá trị của người khác.



- Cung cấp những thông tin khoa học và y học chính xác liên quan đến sinh học, giải phẫu, SKSS, sinh lý học và hành vi tình dục.

- Xây dựng các kỹ năng và tạo cơ hội để thực hành việc ra quyết định, trao đổi thông tin và kỹ năng thương thuyết.

- Những kiến thức và thông tin về SKTD được cung cấp từ các nhà giáo dục, các tư vấn viên, các bác sĩ, nhân viên xã hội, người cung cấp dịch vụ có kiến thức, kỹ năng cũng như sự thoải mái để có thể thảo luận và trao đổi thông tin về các vấn đề tình dục và SKTD với người khác nhằm xây dựng nhân cách, phát triển đầy đủ khả năng làm chủ được cuộc sống đầy phức tạp của mỗi cá nhân.

Trong GDTD thì xã hội phải là chủ thể, phải có chủ trương, đường lối và kế hoạch ngắn và dài hạn một cách cụ thể. Cá nhân phải tự giác, tích cực phối hợp chặt chẽ với xã hội. Trong gia đình, phải có sự tham gia tích cực của mọi thành viên, đặc biệt là cha mẹ và con cái, chú ý tới những đối tượng đặc biệt như vị thành niên, hạn chế mối quan hệ gần gũi xác thịt một cách lộ liễu và thô thiển, dễ gây sự tò mò và kích thích cho trẻ. Phải có khoảng cách khi trẻ đã lớn, đặc biệt những khoảng cách cần thiết và tế nhị giữa mẹ và con trai, bố và con gái, tránh những tiền đề và điều kiện dẫn đến loạn luân, là những điều kiện dẫn đến những chấn thương tâm lý, mặc cảm Edip, dễ dàng mắc phải tình dục đồng tính. Chú ý mối quan hệ không huyết thống, giáo dục cho trẻ biết những biện pháp tránh và đề phòng cũng như tự bảo vệ để tránh bị lạm dụng hoặc cưỡng bức tình dục.

Giáo dục tình dục là một quá trình kéo dài suốt đời người và phải bắt đầu rất sớm để đưa lại những kỹ năng sống giúp con người tự tin, tự đưa ra những lựa chọn trên cơ sở được cung cấp đầy đủ thông tin. Nội dung GDTD phải toàn diện, đề cập đến sinh học, văn hóa xã hội, tâm lý và tinh thần.

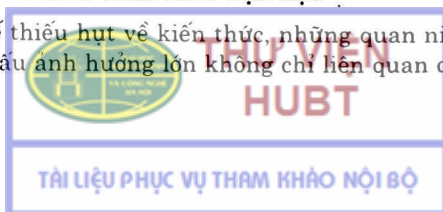
- Giáo dục về tình dục an toàn: tình dục an toàn được định nghĩa là “Sự lựa chọn hành vi tình dục đem lại sự an toàn và bảo vệ được cho bản thân và cho những người khác không bị những hậu quả có hại đến sức khỏe”. Như vậy, tình dục an toàn là nhấn mạnh đến trách nhiệm và sự lựa chọn của mỗi cá nhân trong đời sống tình dục.

- Những lợi ích của tình dục an toàn: mọi người yên tâm, không lo có thai do đó có khoái cảm nhiều hơn, an toàn không lo bị sang chấn do hành vi tình dục, ít có nguy cơ bị nhiễm các bệnh lây LTQTD bao gồm cả HIV/AIDS, tôn trọng bạn tình, bảo vệ hạnh phúc gia đình, bảo vệ cả sự lành mạnh cho thế hệ con cháu, giảm bớt nguy cơ bị ung thư cổ tử cung.

4. THẦY THUỐC VỚI KIẾN THỨC VỀ TÌNH DỤC HỌC

4.1. Sự thiếu hụt về kiến thức tình dục học

Trước thực tế thiếu hụt về kiến thức, những quan niệm sai lầm cũng như những thói quen xấu ảnh hưởng lớn không chỉ liên quan đến sức khỏe tình dục



người mà còn ảnh hưởng đến xã hội và nhân văn cũng như để phù hợp với sự phát triển của xã hội. Năm 1974, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã mời chuyên gia của nhiều nước trên thế giới (những người am hiểu, có kinh nghiệm về giảng dạy, nghiên cứu tình dục) họp tại Geneva để nhận định thực trạng của tình dục và thảo luận về việc dạy tình dục học cho những người làm công việc bảo vệ sức khỏe nói chung cũng như SKSS và SKTD. Hội nghị đã nhận thấy một số vấn đề cơ bản như sau:

- Giáo dục về tình dục cho thanh thiếu niên: đây là một nhu cầu thực tế bởi vì lứa tuổi này bắt đầu SHTD và số lượng lớn thanh thiếu niên SHTD rất sớm cho nên cần phải có những kiến thức cơ bản về tình dục cung cấp cho họ để tránh những tác hại xấu. Họ thiếu những thông tin tin cậy, phù hợp về tình dục và trên thực tế, những thông tin này lại chưa sẵn có để cung cấp cho mọi người cũng như các phương thức tiếp cận một cách dễ dàng và thuận lợi. Đặc biệt là họ chưa có thông tin và kỹ năng tự bảo vệ, vì vậy thường bị lạm dụng hoặc cưỡng bức.

- Không và chưa có chương trình giáo dục, chỉ được nhắc qua hoặc chỉ lồng ghép rất ít trong SKSS. Còn nhiều cấm đoán hoặc thông tin sai lệch về SKTD.

Hội nghị đã thống nhất và đưa ra một số khuyến nghị như sau:

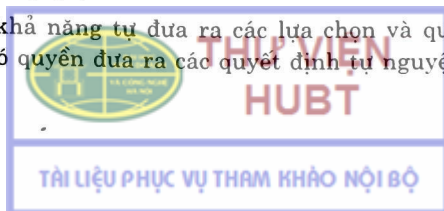
- Phải có cách nhìn thực tế và tích cực.
- Bắt đầu từ thực tế cuộc sống và nhu cầu của thanh thiếu niên.
- Lồng ghép chặt chẽ với khía cạnh giới.
- Tiếp cận đa phương: vai trò của phụ huynh, gia đình và cộng đồng, nhà trường, bản thân thanh thiếu niên. Nhà nước phải có các chính sách giáo dục tình dục toàn diện, đào tạo giáo viên, lồng ghép giáo dục tình dục vào các chương trình hoạt động cũng như giáo dục.
- Tiến hành các nghiên cứu khoa học để phát hiện các vấn đề và trên cơ sở của các nghiên cứu để ra những chính sách, chiến lược phù hợp.

4.2. Cách tiếp cận về tình dục

Tình dục là một thực thể, một phần của đời sống con người, rất phức tạp, có thể là sự hưng phấn, thỏa mãn, phong phú, thăng hoa của cuộc sống nhưng cũng có thể đau đớn, có hại, bệnh tật, bạo lực. Mặt khác tình dục cũng chưa được hiểu, nhìn nhận đúng đắn. Phần lớn các chương trình chỉ chú ý đến tình dục an toàn, hậu quả của tình dục mà chưa chú ý đến tính nhân văn xã hội học. Vì vậy, cần phải nhìn nhận một cách tích cực và khoa học về khía cạnh khoái cảm cũng như khía cạnh an toàn. Khuyến khích thực hành tình dục an toàn, củng cố các mối quan hệ, cải thiện chung về SKTD.

4.3. Tính tự chủ và tự quyết

- Cá nhân có khả năng tự đưa ra các lựa chọn và quyết định riêng của mình. Nam và nữ có quyền đưa ra các quyết định tự nguyện trên cơ sở có đầy



đủ thông tin các mặt của đời sống bao gồm cả về tình dục. Vì vậy, phải tôn trọng những quyết định của họ. Khi đưa ra các quyết định, phải dựa trên cơ sở có đầy đủ thông tin về tất cả các lựa chọn để họ có thể quyết định phù hợp với cá nhân họ trong một giai đoạn nhất định.

Đáp ứng với thay đổi nhu cầu

Nhu cầu của nam, nữ thay đổi theo thời gian và các giai đoạn khác nhau trong cuộc đời. Xã hội thay đổi, nhu cầu con người cũng thay đổi. Sự quan tâm và nhu cầu tình dục thay đổi phù hợp những biến đổi của cơ thể, tình cảm, quan niệm xã hội. Vì vậy, cần có những biện pháp hoặc dịch vụ phù hợp đáp ứng với nhu cầu của khách hàng.

Hiểu biết toàn diện về tình dục

Tình dục là một vấn đề rộng lớn bao hàm cả về xã hội học và y học, về thể chất và tinh thần, mang ý thức hệ của nền văn hóa một xã hội. Các chương trình phải lồng ghép các yếu tố tình cảm, tâm lý, xã hội và văn hóa trong việc xây dựng các chương trình và phân phối dịch vụ. Nâng cao lòng tự trọng sẽ tăng cường ham muốn tình dục và khả năng tự chăm sóc bản thân.

Giữ bí mật thông tin và sự riêng tư. Quyền không bị nhận dạng, không bị bắt buộc phải chia sẻ thông tin, không cho phép tiết lộ thông tin các nhân, đảm bảo thông tin được giữ bí mật, sự riêng tư và kín đáo. Khách hàng được đảm bảo an toàn để nói ra nhưng riêng tư của cá nhân mà không sợ bị người khác thấy.

Nhạy cảm về văn hóa: các chương trình phải chú ý đến tính nhạy cảm về văn hóa của các vùng, miền, phải phù hợp với văn hóa và cộng đồng. Cân nhắc các phong tục, tập quán, truyền thống, niềm tin và các giá trị của cộng đồng, sử dụng ngôn ngữ phù hợp với văn hóa của cộng đồng sẽ làm tăng sự chấp nhận của cộng đồng.

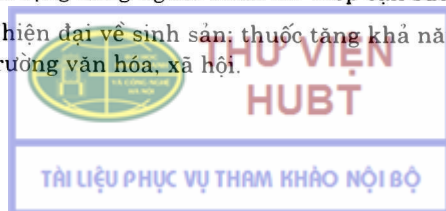
Một số nguyên tắc khác: đảm bảo tính đa dạng, bình đẳng giới. Phòng chống bạo hành, bóc lột và lạm dụng. Không đánh giá và phán xét.

Các xu thế phát triển

Chuyển từ tập trung hành vi cá nhân sang nhìn một cách toàn diện về tình dục trong bối cảnh của từng nơi, từng điều kiện văn hóa, xã hội. Quan tâm nhiều đến lớp trẻ vì có số lượng lớn bắt đầu bước vào SHTD, nhiều rào cản để được thông tin, những dịch vụ cần thiết để có được tình dục lành mạnh.

Vai trò và ảnh hưởng của phong trào phụ nữ tại địa phương, quốc gia và quốc tế. Sự tham gia tích cực của nam giới. Gia tăng phong trào đấu tranh vì quyền tình dục của cộng đồng người thiểu số. Tiếp cận sức khỏe toàn diện.

- Công nghệ hiện đại về sinh sản; thuốc tăng khả năng tình dục mà không gắn liền với môi trường văn hóa, xã hội.



- **Lồng ghép tình dục vào các dịch vụ y tế**, mở rộng các kỹ năng cho nhân viên. Đưa giáo dục tình dục vào các chương trình đào tạo chính thống. Xác định vai trò và trách nhiệm các nhà lãnh đạo, hoạch định chiến lược và hệ thống chăm sóc sức khỏe chung và SKTD nói riêng. Phát triển các chương trình tiếp cận dựa vào cộng đồng, hỗ trợ cho truyền thông, một phương tiện giáo dục rất hữu ích và có hiệu quả cao.

- **Ảnh hưởng của tôn giáo**: các nhà lãnh đạo, chính sách, hỗ trợ tài chính, thông qua các tổ chức, sự kiện tôn giáo, tiếp cận cộng đồng, đối thoại và liên kết, nghiên cứu về tình dục và tôn giáo.

Thấy thuốc với kiến thức về tình dục học

Trước hết, mọi thầy thuốc đều cần hiểu rõ nội dung và ý nghĩa của khái niệm sức khỏe tình dục. Theo Mace, Bannerman và Burton, SKTD bao gồm:

- Khả năng hưởng thụ và kiểm soát hành vi sinh sản và tình dục theo những chuẩn mực đạo lý dành cho con người và xã hội.

- Không có những lo sợ, xấu hổ, cảm giác tội lỗi, điều mê tín sai lầm và những yếu tố tâm lý khác ức chế đáp ứng tình dục và ảnh hưởng xấu đến mối quan hệ tình dục.

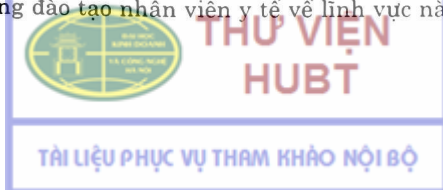
- Không có rối nhiễu thực thể, bệnh và tật nguyên ảnh hưởng đến chức năng sinh sản và tình dục.

Những yêu cầu của thầy thuốc khi tiếp cận với tình dục học

Về thái độ: thầy thuốc cần có cách nhìn nhận lành mạnh, khoa học về tình dục, hôn nhân và tránh thai. Hiểu biết về tình dục bản thân và có cách tiếp cận hợp lý với những vấn đề của chính mình sẽ giúp thầy thuốc giải quyết tốt hơn những vấn đề của người khác. Chấp nhận tính đa dạng của hành vi tình dục để có thể làm cho khách hàng yên tâm khi họ hoang mang về hành vi tình dục không bình thường của họ hay của bạn tình.

Một thái độ chê trách, rao giảng đạo đức, phát biểu bừa, sử dụng liệu pháp không thích hợp đối với những vấn đề tình dục có thể làm tổn thương nghiêm trọng đến cảm nhận về giá trị của khách hàng trong đời sống tình dục. Những thái độ không đúng mức về tình dục còn có thể biểu lộ rõ rệt hơn khi khách hàng là người có khuyết tật, người trì độn tâm trí, người có tuổi.

Về kiến thức: thầy thuốc cần có kiến thức khoa học và chính xác về những vấn đề sinh sản và tình dục là yêu cầu hàng đầu. Biết phát hiện những trục trặc tình dục thường gặp, cách chữa trị và cả những vấn đề vượt khả năng để gửi cho chuyên viên tuyến trên. Có hiểu biết cơ bản về các khía cạnh sinh học và tâm lý của sự phát triển tính dục, tính đa dạng của hành vi và xu hướng tình dục. Có khả năng đào tạo nhân viên y tế về lĩnh vực này. Thầy thuốc cũng



cần hiểu rõ đặc điểm tâm lý và truyền thống văn hóa của từng địa phương về tình dục để ứng xử một cách phù hợp trong điều trị và giáo dục.

Về kỹ năng: rất quan trọng bởi vì phải có kỹ năng tốt mới tạo được sự tin cậy của khách hàng khi tìm đến với thầy thuốc để chia sẻ những vấn đề thầm kín, đó là kỹ năng giao tiếp và lắng nghe. Thầy thuốc cần biết dùng những từ ngữ liên quan đến tình dục một cách tự nhiên, thoải mái cũng như biết phát triển mối quan hệ để khách hàng có thể trút bỏ hoàn toàn những mặc cảm, những hổ thẹn sai lầm, những ẩn ức tâm lý là những nguyên nhân thường thấy trong các trục trặc tình dục của cả hai giới. Kỹ năng giao tiếp thích hợp trong tình dục học cũng không khác gì mấy với kỹ năng giao tiếp cần có ở mọi thầy thuốc nhưng trước những vấn đề tình dục cần có sự tế nhị và thành thạo hơn nhiều, đôi khi một chút hài hước nhẹ nhàng có thể đạt được hiệu quả cao hơn.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN Ở NAM GIỚI

Hoạt động tình dục cũng như chức năng sinh sản đòi hỏi có sự liên quan đến cả hai giới nam và nữ. Mục tiêu hoạt động của bộ máy sinh sản bao gồm:

- Mục tiêu sinh sản là sinh đẻ và hạn chế sinh đẻ.
- Mục tiêu không sinh sản là những hoạt động tình dục.

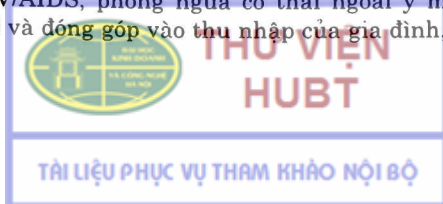
Cả hai mục tiêu này đều mang tính chất xã hội rộng rãi và tính tự nhiên vốn có của nó. Vì vậy, sức khỏe sinh sản (SKSS) không phải chỉ dành riêng cho nữ giới mà là vấn đề chung cho cả hai giới nam và nữ bởi mối quan hệ khăng khít lẫn nhau. Tuy nhiên, chúng ta thường nghiêng về phía nữ giới và phần nào coi nhẹ những vấn đề sinh sản đối với nam giới. Gần đây, chúng ta mới bước đầu đề cập và quan tâm đến SKSS ở nam giới.

1. TĂNG CƯỜNG SỰ THAM GIA CỦA NAM GIỚI VÀO CHĂM SÓC SKSS

Tại Hội nghị Dân số và Phát triển (ICPD) năm 1994 tại Cairo, đại diện của hơn 180 nước đã chính thức thừa nhận tầm quan trọng của nam giới đối với SKSS của nữ giới, đồng thời cũng thừa nhận tầm quan trọng của SKSS của bản thân nam giới. Vì vậy, chương trình hành động của ICPD kêu gọi tất cả các quốc gia thực hiện CSSKSS cho cả hai giới nam và nữ bằng những chăm sóc sức khỏe “có thể tiếp cận được, chi trả được, có thể chấp nhận được và thuận tiện”. Chương trình này cũng khuyến khích các chương trình CSSKSS xóa bỏ sự phân biệt nam, nữ và chấp nhận một cách tiếp cận toàn diện hơn bao gồm cả nam giới và tập trung vào các cặp vợ chồng, lưu ý tới sự bất bình đẳng vốn có trong vai trò giới ở nam và nữ giới, kêu gọi nam giới có trách nhiệm hơn đối với công việc gia đình và nuôi dạy con cái. Hội nghị Phụ nữ quốc tế năm 1995 tại Bắc Kinh cũng khuyến khích sự tham gia của nam giới, tiến tới công bằng về giới để nâng cao chất lượng CSSKSS cũng như chất lượng cuộc sống.

Trong chương trình hành động cho nam giới, ICPD cũng nhấn mạnh đến sự hiểu biết, trách nhiệm gắn bó và bình đẳng giữa nam và nữ trong những vấn đề chung cũng như cuộc sống riêng tư, động viên và tạo điều kiện cho nam giới có trách nhiệm đối với tình dục và hành vi sinh sản. Điều này đạt được qua những hoạt động sau:

- Chính phủ động viên và khuyến khích sự tham gia bình đẳng giữa nam và nữ trong tất cả các lĩnh vực và trách nhiệm đối với gia đình bao gồm KHHGĐ, nuôi dạy con cái, kể cả công việc trong gia đình.
- Nhấn mạnh đến trách nhiệm, sự chia sẻ giới và động viên những hoạt động của nam giới bao gồm trách nhiệm, tư cách làm cha mẹ, hành vi sinh sản và tình dục, KHHGĐ, chăm sóc trước sinh, sức khỏe BMTE, để phòng ngừa các bệnh LTQĐTD, HIV/AIDS, phòng ngừa có thai ngoài ý muốn, thai nghén có nguy cơ cao, chia sẻ và đóng góp vào thu nhập của gia đình, nuôi dưỡng và giáo



dục con cái, công nhận và động viên giá trị bình đẳng, không phân biệt đối xử với trẻ em dù trai hay gái.

- Đảm bảo cung cấp tài chính cho con cái một cách thích hợp và công bằng.
- Động viên sự tham gia đầy đủ của nam giới vào cuộc sống của gia đình và lồng ghép vào đời sống của cộng đồng.

Mặc dù việc vận động nam giới tham gia vào SKSS được gọi bằng nhiều thuật ngữ khác nhau như: sự tham dự của nam giới, động viên nam giới, nam giới là đối tác, nam giới và SKSS thì đều mang một ý nghĩa chung là mô tả sự tham gia tích cực, có hiệu quả của nam giới nhằm đạt được SKSS tốt hơn. Nhưng tại sao lại cần thiết phải có sự tham gia của nam giới vào vấn đề SKSS? Một số nhận xét đã được thừa nhận về vai trò tham gia của nam giới:

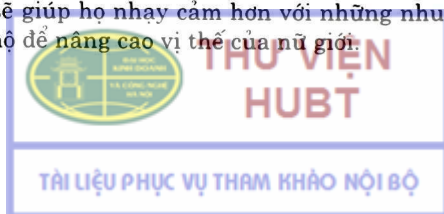
- Nam giới có những quan tâm và nhu cầu về SKSS và tình dục. Nếu cho rằng sự tham gia của nam giới chỉ mang một ý nghĩa là cải thiện SKSS cho phụ nữ thì sẽ có thể gây nên một sự quên lãng nhu cầu về SKSS của bản thân nam giới. Do quan niệm sai lệch về vai trò giới của mình, nam giới thường có ít hiểu biết về sinh lý và sức khỏe của họ, kể cả những vấn đề về SKSS và tình dục.

- Vị thế và hành vi của nam giới ảnh hưởng đến sức khỏe chung và SKSS của phụ nữ. Sự tham gia của nam giới sẽ làm tăng nhận thức, chấp nhận và ủng hộ đối với những nhu cầu, sự lựa chọn và các quyền của bạn tình của họ. Ví dụ về lĩnh vực tránh thai, sự tham gia của nam giới sẽ động viên ủng hộ hơn nữa đối với bạn tình trong việc thực hiện những biện pháp chỉ dành cho phụ nữ hoặc là tất cả các biện pháp chung cho cả hai giới. Vì vậy, các chương trình về CSSKSS đều phải nhấn mạnh tầm quan trọng của nam giới “chấp nhận trách nhiệm cao về phòng tránh lây nhiễm các bệnh LTQĐTD”.

- Chỉ nói riêng về phụ nữ hoặc nam giới là không thích hợp khi tiếp cận đối với SKSS. Có nhiều quyết định về SKSS và KHHGĐ đã được đưa ra trong phạm vi liên quan đến giới mà vấn đề giới ảnh hưởng hoặc bổ sung cho những quyết định đó. Thêm vào đó, tất cả những biện pháp KHGD và hầu hết những biện pháp ngăn ngừa các bệnh LTQĐTD và HIV chỉ dành cho nam hoặc chỉ dành cho nữ đã được cho là truyền thống. Phải chú ý hơn nữa để nhận biết những biện pháp cần có sự ủng hộ của cả hai giới và sự quan hệ mật thiết của các biện pháp đó với sức khỏe và tình dục của cả hai giới.

- Khi nói về những vấn đề nổi cộm, Hội nghị Dân số và Phát triển đã chuyển dịch từ KHHGĐ đến SKSS, từ chỉ nói về phụ nữ đến nói về cả hai giới. Từ sau Hội nghị Cairo và Bắc Kinh, hầu hết các nước đang phát triển đã quan tâm và khuyến khích đến nhiều vấn đề khác nhau và rộng lớn hơn về SKSS cũng như tình dục bao gồm cả về giới và sự tham gia của nam giới.

- Sự tham gia của nam giới là một cơ hội để làm tăng sự tranh luận và truyền thông về sự bình đẳng giữa nam và nữ. Quá trình *trao quyền* cho nam giới trong SKSS sẽ giúp họ nhạy cảm hơn với những nhu cầu của phụ nữ và họ sẽ tham gia ủng hộ để nâng cao vị thế của nữ giới.



- Nói chung, những vấn đề cơ bản và nổi cộm đối với SKSS ở nam giới hiện nay là:

- + Các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản bao gồm LTQĐTD, HIV/AIDS .
- + Vấn đề thương lượng trong tình dục an toàn, có trách nhiệm và KHHGĐ.
- + Vai trò và trách nhiệm của nam giới trong gia đình và bạo lực.
- + Lôi cuốn sự tham gia của nam giới vào CSSSSK.
- + Thiếu năng sinh dục ở nam giới do thiếu hụt testosterone.
- + Rối loạn cương dương vật.
- + Khối u tiền liệt tuyến bao gồm cả u lành và u ác.

2. CÁC BỆNH NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN Ở NAM GIỚI

Các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản bao gồm LTQĐTD, HIV/AIDS chiếm tỉ lệ cao ở nam giới. Do cấu tạo giải phẫu cũng như sinh lý và vị thế trong xã hội, nam giới có một số những đặc điểm khác với nữ giới. Vì vậy, các bệnh NKĐSS có những điểm khác nhau giữa nam và nữ.

2.1 Những yếu tố khiến nam giới dễ mắc bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản và LTQĐTD hơn nữ giới

- Về quan niệm xã hội, một số nước cho phép nam giới quan hệ tình dục rộng rãi với nữ, như ở Thái Lan một điều tra xã hội học cho thấy hơn 50 % nam giới sinh hoạt tình dục lần đầu với gái bán dâm. Ở những nơi khác, xã hội chấp nhận cho phép nam giới lang chạ và có nhiều bạn tình hơn. Trước khi kết hôn, nam giới có thể đã có vài cuộc tình, vì vậy nguy cơ bị bệnh cũng nhiều hơn.

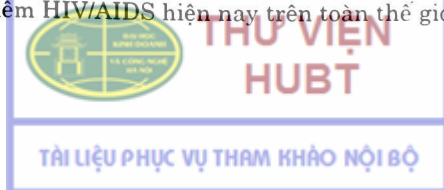
- Phụ nữ thường lấy chồng nhiều tuổi hơn họ và những người nam giới này có khi đã sinh hoạt tình dục với nhiều người khác. Một lý do khác nữa là nam giới giao du rộng rãi, hoạt động rộng, là những yếu tố thuận lợi để có nhiều cuộc tình làm tăng nguy cơ bị bệnh LTQĐTD.

- Nam giới thường chủ động trong sinh hoạt tình dục, ham muốn tình dục nhiều hơn nhưng phần lớn không thích hoặc không chủ động sử dụng các biện pháp để phòng tránh các bệnh LTQĐTD.

- Tỉ lệ những người đồng tính là nam giới cao hơn nữ giới và hành vi sinh hoạt tình dục của họ đã làm tăng nguy cơ mắc bệnh đặc biệt là các bệnh LTQĐTD.

- Tỉ lệ nam giới nghiện chích ma túy nhiều hơn nữ giới cũng là những điều kiện thuận lợi để mắc các bệnh LTQĐTD, đặc biệt là nhiễm HIV/AIDS.

- Nam giới là trụ cột trong gia đình, có những quyết định quan trọng đối với gia đình nên nếu họ cương quyết chấp nhận các biện pháp phòng chống các bệnh LTQĐTD và thay đổi hành vi sinh hoạt tình dục thì có thể thay đổi được tình trạng nhiễm HIV/AIDS hiện nay trên toàn thế giới.



2.2. Các yếu tố khiến nam giới ít mắc bệnh NKĐSS và LTQĐTD hơn nữ giới

- Cấu tạo giải phẫu của dương vật đơn giản hơn, diện tích niêm mạc của qui đầu nhỏ nên diện tiếp xúc với mầm bệnh ít hơn so với diện tiếp xúc của âm đạo. Bộ phận sinh dục nam "lộ thiên" nên dễ quan sát và phát hiện những tổn thương cũng như khi cần phải bôi thuốc tại chỗ.

- Nam giới chủ động tiếp cận dịch vụ y tế thuận lợi dễ dàng hơn nữ giới. Vì vậy, khi phát hiện các triệu chứng của bệnh, họ thường chủ động tự mua thuốc điều trị hoặc đến khám bệnh ở các dịch vụ y tế hay các thầy thuốc tư nhân.

- Các triệu chứng bệnh lý ở nam giới biểu hiện rõ rệt hơn nữ giới. Ví dụ như khi mắc bệnh lậu thì chỉ hai hoặc ba ngày sau, người nam giới bị đái rắt, đái buốt hoặc chảy mủ ở niệu đạo cho nên họ phải đi khám bệnh ngay, trong khi đó nếu bị bệnh lậu, người phụ nữ thường cho là tăng tiết dịch âm đạo và cho đó là dấu hiệu bình thường nên phát hiện bệnh thường muộn.

- Nam giới không mang thai và nuôi con nên không bị cản trở trong sử dụng thuốc điều trị, vì vậy việc điều trị bệnh kịp thời và có hiệu quả hơn nữ giới.

- Khả năng miễn dịch và sức chống đỡ của nam giới cũng tốt hơn nữ giới.

2.3. Nam giới có thể chủ động phòng tránh và làm chậm sự lan truyền của các bệnh LTQĐTD bao gồm cả HIV/AIDS

Trước hết, nam giới có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc phòng ngừa các bệnh LTQĐTD bao gồm cả HIV/AIDS thông qua việc duy trì mối quan hệ thủy chung hoặc sử dụng bao cao su thường xuyên và đúng cách để bảo vệ bạn tình hay bảo vệ chính bản thân họ. Mặt khác, sự hạn chế số bạn tình của nam giới cũng có một vai trò không nhỏ trong việc phòng tránh các bệnh LTQĐTD bao gồm cả HIV/AIDS bởi vì số bạn tình của nam giới càng cao hoặc tần suất SHTD càng nhiều thì nguy cơ mắc bệnh của nam giới càng cao hoặc tần suất giao hợp nhiều lần mà không được phòng hộ bằng bao cao su thì nam giới truyền HIV cho nữ cao gấp 8 lần so với nguy cơ nữ truyền HIV sang cho nam giới.

- Thay đổi hành vi sinh hoạt tình dục của nam giới sẽ làm giảm nguy cơ mắc bệnh cho nữ giới. Ví dụ những hành vi SHTD bất thường như qua đường miệng hay hậu môn sẽ làm tổn thương niêm mạc, tạo điều kiện dễ dàng cho mầm bệnh xâm nhập vào cơ thể.

- Trong một số nền văn hóa, cần phải thay đổi quan niệm cho phép nam giới sinh hoạt tình dục với nhiều người, đặc biệt là gái bán dâm, hoặc là phải thay đổi các chuẩn mực về giới có hại cho sức khỏe.

- Truyền thông rộng rãi để cung cấp thông tin cũng như thiết lập các phòng khám để mở rộng và điều trị tích cực các bệnh LTQĐTD, đặc biệt nếu có những phòng khám dành riêng cho nam giới thì sẽ phát huy được vai trò của nam giới và góp phần tích cực hơn nữa trong việc ngăn chặn và phòng chống các bệnh LTQĐTD.

3. VẤN ĐỀ THƯƠNG LƯỢNG TRONG TÌNH DỤC AN TOÀN, CÓ TRÁCH NHIỆM VÀ KHHGD

Nam giới thường chi phối việc ra quyết định vì thế nó có thể tác động mạnh hoặc trợ giúp cho SKSS nữ, đặc biệt là trong vấn đề tình dục và sử dụng các biện pháp tránh thai (BPTT). Người nam giới gần như là chủ động hoàn toàn về tình dục an toàn, có trách nhiệm về KHHGD. Tình dục an toàn, có trách nhiệm là phải đảm bảo an toàn trong tình dục, không để có thai ngoài ý muốn, không gây đau đớn, không làm tổn thương đến thể chất cũng như tinh thần hoặc làm lây nhiễm cho bạn tình, chia sẻ niềm vui sướng “ngọt ngào” về tình cảm hạnh phúc với bạn tình và cũng phải chia sẻ trách nhiệm để giải quyết nếu có hậu quả xấu do những hành vi tình dục để lại; cùng thảo luận, thương lượng để chọn lựa và áp dụng một BPTT phù hợp nhất trong từng giai đoạn cho hai người cũng như số con và thời điểm và khoảng cách sinh con.

- Trong KHHGD, nam giới thường không muốn sử dụng các biện pháp tránh thai nam giới như bao cao su, xuất tinh ngoài âm đạo hay triệt sản nam, hậu quả là làm tăng nguy cơ lây nhiễm các bệnh LTQĐTD và có thai ngoài ý muốn. Theo TCYTTG, hàng năm có khoảng 75 triệu trường hợp thai ngoài ý muốn và số phụ nữ bị tai biến do nạo hút thai không an toàn ở nhóm này rất cao.

- Để thỏa mãn khoái cảm, nam giới thường đòi hỏi ở phụ nữ phải chấp nhận các tư thế hay những kiểu giao hợp bất thường có thể dẫn đến những thương tổn thực thể cho phụ nữ hoặc tăng nguy cơ mắc bệnh LTQĐTD như sinh hoạt tình dục theo đường miệng hay trực tràng.

- Nam giới cũng ít hoặc không quan tâm đến hậu quả của tình dục không được bảo vệ cho bạn tình ví dụ như có thai ngoài ý muốn, để mặc cho bạn tình hoặc không chia sẻ sự đau đớn với phụ nữ khi nạo hút thai hoặc sinh đẻ.

- Lý do nam giới không chấp nhận các BPTT có thể là họ mong muốn có thêm con, đặc biệt là nhu cầu về con trai. Hoặc nam giới lo ngại sức khỏe của vợ bị giảm sút khi sử dụng các BPTT do họ thiếu thông tin và hiểu biết về các tác dụng không mong muốn của các BPTT.

- Sự thiếu thảo luận, thông tin giữa vợ và chồng về các BPTT và các vấn đề về SKSS cũng như tình dục đã làm giảm khả năng tích cực tham gia của nam giới vào SKSS và tình dục. Đặc biệt là những quan niệm và vai trò về giới cũng đã góp phần quan trọng đến kết quả của thương lượng và an toàn trong tình dục. Tuy nhiên, giới và bất bình đẳng giới là một vấn đề lớn và sẽ được trình bày trong một chuyên đề riêng biệt.

4. VAI TRÒ VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA NAM GIỚI TRONG VẤN ĐỀ BẠO LỰC GIA ĐÌNH

Do đặc điểm thể chất và những quan niệm vị thế của nam giới của phần lớn các nền văn hóa tạo cho nam giới những “đặc quyền” về giới đã ảnh hưởng



manh mẽ đến hành vi, những quyết định, sự chia sẻ trách nhiệm và cả bạo lực trong chăm sóc gia đình, tình dục cũng như SKSS.

Trong một số nước đang phát triển, nam giới là người chỉ phối việc ra quyết định sinh sản, sử dụng các BPTT, qui mô gia đình, khoảng cách các lần sinh và đôi khi quyết định có bạn tình ngoài hôn thú. Nam giới cũng có thể lợi dụng về giới để bắt người phụ nữ phục tùng mình bằng sự đe dọa về kinh tế, dọa ly hôn hoặc không cho phụ nữ nuôi hoặc gặp con cái để khống chế và ép buộc họ.

- Thiếu chia sẻ trong sự chăm sóc, nuôi dưỡng con cái, công việc trong gia đình với phụ nữ. Họ cũng có thể dùng sức mạnh về thể chất hay kinh tế hoặc địa vị để ép buộc, cưỡng hiếp hay quấy rối tình dục, lạm dụng tình dục trẻ em.

- Nam giới cũng là những thủ phạm gây nên bạo lực trong gia đình, thiếu tôn trọng phụ nữ và trẻ em, xâm hại sức khỏe thể chất lẫn tâm thần của trẻ em, bắt các em phải lao động kiếm tiền, không được học tập một cách thích đáng.

5. CÁCH TIẾP CẬN ĐỂ LỖI CUỐN NAM GIỚI THAM GIA VÀO CSSSK

Từ những nhận thức trên, cần phải tác động để tăng cường sự tham gia của nam giới vào CSSKSS mà những vấn đề cụ thể là:

5.1. Dựa vào sự chấp thuận của nam giới đối với KHHGĐ

Rất nhiều nam giới tỏ ra sẵn sàng thay đổi hành vi về SKSS của họ và sẵn sàng tham gia vào các hoạt động của CSSKSS và SKTD. Muốn thay đổi hành vi của bản thân mình, nam giới cần phải trải qua 5 bước chuyển đổi hành vi:

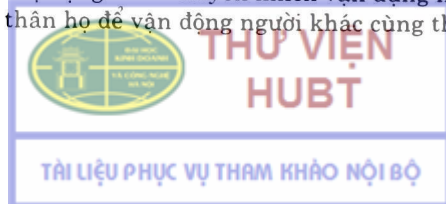
- Hiểu biết: phải cung cấp cho nam giới những thông tin qua truyền thông và tư vấn, những kiến thức về SKSS đặc biệt là các BPTT để họ hiểu được nội dung các thông điệp, có thể kể tên được những BPTT hoặc cách thực hiện cũng như nơi cung cấp các dịch vụ về KHHGĐ.

- Chấp nhận: từ những nhận thức nhận được qua các kênh truyền thông và đặc biệt là tư vấn trên, nam giới sẽ hưởng ứng các thông điệp về KHHGĐ, trao đổi các thông điệp đó với vợ, bạn tình, bè bạn; qua đó hiểu sự chấp nhận các vấn đề từ người thân, gia đình, bè bạn, vợ hoặc bạn tình và cộng đồng về thực hành, từ đó họ chấp nhận sẽ sử dụng các biện pháp KHHGĐ.

- Dự định: khi họ hiểu và chấp nhận sẽ sử dụng một dịch vụ nào đó về KHHGĐ phù hợp với họ. Có thể họ sẽ áp dụng ngay nhưng phần lớn là họ sẽ dự định đến các cơ sở dịch vụ yêu cầu được tư vấn để sử dụng.

- Thực hành: đến các cơ sở dịch vụ để nhận thông tin, được cung cấp dịch vụ và lựa chọn một biện pháp thích hợp, bắt đầu sử dụng và tiếp tục sử dụng trong một khoảng thời gian phù hợp với bản thân họ.

- Vận động: là sự động viên khuyến khích vận dụng những kinh nghiệm và kiến thức của bản thân họ để vận động người khác cùng thực hiện. Sự vận động



như vậy có ý nghĩa to lớn trong việc giáo dục đồng đẳng, động viên mọi người trong cộng đồng cùng tham gia vào các chương trình và hỗ trợ cho cộng đồng.

5.2. Sử dụng truyền thông đại chúng để truyền thông cho nam giới

Tiếp cận nam giới là một chiến lược lợi ích cho SKSS của cả nam và nữ bởi sự tham gia, chia sẻ và ủng hộ của họ sẽ có vai trò quan trọng đến kết quả của những chương trình về SKSS. Sự tiếp cận bằng cung cấp các thông tin và truyền thông cho nam giới qua các phương tiện đại chúng là một phương tiện thuận lợi nhất để tiếp cận với nam giới vì họ chú ý và có nhiều thời gian cũng như điều kiện để tiếp cận với những loại truyền thông này. Ví dụ nam giới hay xem ti vi hoặc nghe đài phát thanh nhiều hơn phụ nữ vì họ có thời gian nhiều hơn hoặc có thể kinh tế cao hơn, trình độ học vấn cao hơn và được tự do hơn trong văn hóa so với phụ nữ. Các phương tiện truyền thông đại chúng sẽ chuyển tải tới nam giới những thông điệp ảnh hưởng đến nhận thức, thái độ và qua đó họ có thể chuyển đổi hành vi và kỹ năng sống cũng như những vấn đề về SKSS.

Nam giới cần những thông tin chính xác về các BPTT, sinh lý sinh sản của bản thân họ và của phụ nữ, các bệnh LTQĐTD bao gồm cả HIV/AIDS cũng như các phương thức phòng bệnh LTQĐTD. Họ cũng cần được cung cấp những thông tin về sinh lý và nhu cầu của phụ nữ trong thời kỳ thai nghén, sức khỏe của con cái để có thể trợ giúp cho phụ nữ, chia sẻ trách nhiệm với phụ nữ.

5.3. Tăng cường sự quan tâm hơn nữa tới nam thanh niên và những người chưa lập gia đình

Những điều tra về nam thanh niên đã khẳng định rằng họ là nhóm người chưa được quan tâm đúng mức mặc dù họ cũng có rất nhiều nhu cầu được thông tin và tư vấn. Cũng như những người già, những người đã có vợ, nam giới đơn thân và đặc biệt là những nam thanh niên mới lớn cần được cung cấp những thông tin về sinh lý học sinh sản, các BPTT, các bệnh LTQĐTD, kiến thức về thai sản, tình dục và các vấn đề khác về SKSS. Nếu được cung cấp những thông tin thích hợp về SKSS, sức khỏe tình dục, các nguy cơ lây nhiễm cũng như các phương thức phòng bệnh LTQĐTD ngay từ tuổi vị thành niên để chuẩn bị cho các em trai và nam thanh niên trở thành những người bạn tình và người chồng thì họ sẵn sàng tham gia vào các hoạt động của các chương trình CSSKSS rất sớm và rất có tác dụng trong giáo dục đồng đẳng.

Nam thanh niên cũng cần được khuyến khích trì hoãn sinh hoạt tình dục cho đến khi họ đã trưởng thành và đã chuẩn bị đầy đủ để đối mặt với nhu cầu tình cảm và sức khỏe của cả hai người. Để đạt được mục tiêu này thì bắt buộc phải thay đổi những chuẩn mực của xã hội có liên quan, đồng thời cũng làm thế nào để nam thanh niên nhận thức được chính bản thân họ. Như vậy có nghĩa là phải thay đổi cách nhìn nhận của bố mẹ, gia đình, bè bạn, giáo viên và bạn gái về tính cách của nam giới. Huấn luyện cho nam thanh niên kỹ năng truyền thông cá nhân để giúp họ có thể nói chuyện một cách thẳng thắn đối với bạn gái về các vấn đề SKSS và tình dục.



Nam thanh niên cũng cần được tiếp cận với các dịch vụ tránh thai và phòng chống các bệnh LTQĐTD ở những nơi họ cảm thấy thoải mái, dễ chấp nhận để họ có thể bộc lộ những băn khoăn, vướng mắc hoặc những điều lo lắng và hoàn toàn yên tâm việc được giữ bí mật tuyệt đối về những điều “thâm kín” của họ.

Tìm cách thu hút nam thanh niên và những người chưa lập gia đình đến với các dịch vụ SKSS đang là một thách thức. Vì vậy, việc tạo ra bầu không khí thân mật, cởi mở, sẵn sàng cung cấp đầy đủ và đa dạng các dịch vụ, sự thăm khám và xét nghiệm để sàng lọc các bệnh LTQĐTD là những phương thức hữu hiệu để lôi cuốn và tăng cường sự tham gia tích cực của nam thanh niên và những người chưa lập gia đình vào công tác CSSKSS.

5.4. Hiểu biết về nhu cầu và ảnh hưởng của nam giới

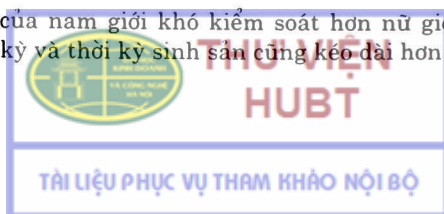
Sự hiểu biết về nam giới có tầm quan trọng trong mọi chương trình về SKSS dù là chương trình đó dành cho nam hay nữ giới bởi vì giới có ảnh hưởng mạnh mẽ đến hành vi và sự chấp nhận trong các vấn đề SKSS cũng như tình dục. Phải hiểu và biết nam giới họ muốn gì vì họ được ví như “người gác cổng” cho phép hay không cho phép hoặc cản trở đến sự chấp nhận các dịch vụ KHHGĐ hay hành vi tình dục. Vì vậy, cần phải đưa thông tin đến với nam giới tại những nơi họ thường tụ tập như câu lạc bộ, công sở, nơi vui chơi, giải trí. Tại những điểm này, họ có thể trao đổi một cách thoải mái và tiếp thu một cách tự giác, không gò bó hay bị ép buộc. Khi đó, hiệu quả của giáo dục đồng đẳng cũng cao và có tác dụng nhiều hơn, nam giới cũng dễ dàng tiếp nhận và trao đổi về hiệu quả cũng như những băn khoăn về bao cao su hoặc triệt sản nam.

5.5. Thông tin cho nam giới về bao cao su và triệt sản nam

Khi càng có nhiều nam giới hiểu rõ những thông tin cơ bản và lợi ích của bao cao su và triệt sản nam thì càng có nhiều người sử dụng các biện pháp này hơn. Tuy nhiên, cho đến nay, vẫn không ít người có suy nghĩ không đúng về các biện pháp tránh thai này. Hiện nay, tỉ lệ trung bình sử dụng bao cao su và triệt sản nam ở một số nước đang phát triển chỉ chiếm 3 đến 4%. Tỉ lệ thấp như vậy là do nam giới chưa được cung cấp đầy đủ thông tin về các BPTT này và dường như họ vẫn còn tin vào những lời đồn đại thiếu chính xác và đôi khi không có lợi cho các BPTT. Các chương trình về SKSS cần nhấn mạnh tới vai trò tiếp thị, sử dụng bao cao su bởi vì những lợi ích vô cùng to lớn của nó trong việc ngừa thai ngoài ý muốn, đặc biệt là phòng tránh các bệnh LTQĐTD.

Song song với việc quảng cáo, tiếp thị và cung cấp một cách rộng rãi thì bao cao su cũng cần được cải tiến hơn về mẫu mã, chất lượng, chủng loại để thu hút người sử dụng vì sự thuận tiện và “có chất lượng”. Một loại bao cao su mới được sản xuất từ polyurethan, rộng hơn và mỏng bằng một nửa so với loại sản xuất từ latex đang được chấp nhận rộng rãi ở châu Âu vì sự tiện dụng của nó.

Sự sinh sản của nam giới khó kiểm soát hơn nữ giới vì nam giới có khả năng sinh sản bất kỳ và thời kỳ sinh sản cũng kéo dài hơn so với nữ giới. Vì vậy,



một trong những nỗ lực tăng cường sự tham gia của nam giới là cần có nhiều BPTT mới cho nam giới, vì nếu có nhiều biện pháp lựa chọn thì chắc chắn nam giới sẽ tích cực hơn trong việc sử dụng các BPTT. Trong thực tế, triệt sản nam ít được đồng tình và sử dụng, vì vậy nghiên cứu để tìm ra loại vaccin hoặc là viên thuốc hormon thích hợp và tiện lợi để ngừa thai thì tỉ lệ chấp nhận của nam sẽ cao hơn rất nhiều so với hiện tại.

5.6. Tư vấn cho nam giới với sự tôn trọng và tế nhị

Do ảnh hưởng của giới, do đặc điểm về tâm sinh lý và một thực tế là nam giới rất ngại đến các cơ sở y tế, nên việc tư vấn cho nam giới có thể có những khó khăn riêng. Người cung cấp dịch vụ phải tôn trọng các nhu cầu của nam giới, cởi mở và nhạy cảm, gợi mở một cách tế nhị để họ nói ra mối quan tâm và lý do tại sao họ phải đến với các cơ sở dịch vụ, đồng thời giúp họ có nhận thức đúng đắn để thay đổi thái độ và hành vi về SKSS và tình dục.

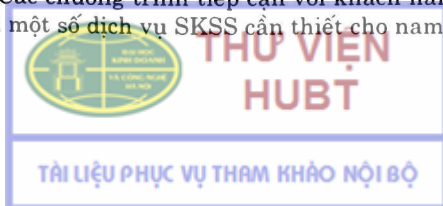
Một số nam giới, đặc biệt là những người trẻ tuổi thường không muốn biểu lộ sự thiếu hiểu biết của họ trước vợ hoặc bạn tình cho nên họ không đưa ra những câu hỏi hoặc nêu quan điểm của họ trước mặt vợ hay bạn tình. Khi ấy, với kinh nghiệm và sự nhạy cảm, người cung cấp dịch vụ vẫn có thể xác định được những nhu cầu và mối quan tâm của họ để hướng dẫn, tư vấn và cung cấp thông tin mà không làm cho khách hàng bối rối hoặc ngượng ngáp.

5.7. Khuyến khích truyền thông giữa vợ chồng

Trong công tác nghiên cứu và CSSKSS, người ta đã nhận thấy: khách hàng thích hợp nhất để thông tin về các dịch vụ SKSS là cả hai người (vợ chồng hoặc bạn tình) hơn là từng cá nhân đơn lẻ. Ví dụ, khi nam giới thảo luận với vợ về KHHGD thì những người vợ sẽ sử dụng các BPTT nhiều hơn và họ được chồng ủng hộ nhiều hơn trong việc sử dụng các BPTT. Sự truyền thông trao đổi giữa vợ và chồng đã giải tỏa những băn khoăn về sức khỏe, những ngại ngùng về các BPTT có ảnh hưởng đến tình dục và những hành vi liên quan đến sức khỏe tình dục cũng như phòng tránh các bệnh LTQĐTD. Sự truyền thông giữa vợ và chồng còn giúp cho họ cung cấp và bổ sung những thông tin còn thiếu hụt cho nhau và những nhu cầu của mình đối với vợ hoặc chồng. Ví dụ, khi trao đổi với người vợ đang mang thai, người chồng sẽ biết nhu cầu của phụ nữ mang thai, nên sẽ có những việc làm hoặc hành động tác động đến sức khỏe của người vợ, góp phần vào làm mẹ an toàn. Ví dụ khi đưa vợ đi khám thai, họ có thể biết được nguy cơ và triệu chứng khi có tai biến, nên sẽ giúp cho vợ giữ gìn sức khỏe tốt hơn, chăm sóc vợ chu đáo hơn về chế độ dinh dưỡng cũng như nghỉ ngơi và làm việc. Người chồng cũng sẽ giúp đỡ người vợ những công việc nội trợ chăm sóc sau khi sinh và chia sẻ trách nhiệm chăm sóc và nuôi dạy con cái.

5.8. Cung cấp cho nam giới một mảng dịch vụ sức khỏe thích hợp

Nam giới thường có những nhu cầu và những quan tâm giống nhau về SKSS và tình dục. Các chương trình tiếp cận với khách hàng ở nhiều nước trên thế giới đã xác định một số dịch vụ SKSS cần thiết cho nam giới như:



- Thiết lập các trung tâm và phòng khám dành riêng cho nam giới ở những địa điểm với thời gian mở cửa thích hợp và thuận tiện cho nam giới.
- Theo dõi, quản lý và điều trị các bệnh LTQĐTD bao gồm cả HIV/AIDS.
- Tư vấn cách phòng tránh các bệnh LTQĐTD bao gồm cả HIV/AIDS.
- Truyền thông về sinh lý sinh sản và cung cấp các dịch vụ tránh thai.
- Tư vấn và điều trị vô sinh.
- Tư vấn và điều trị rối loạn chức năng tình dục.
- Theo dõi và điều trị các bệnh u xơ và ung thư tuyến tiền liệt, ung thư dương vật và tinh hoàn.

Việc cung cấp một loạt các dịch vụ về SKSS tại các phòng khám như trên sẽ làm tăng hiệu quả và khả năng đáp ứng của các trung tâm này đối với nam giới. Nếu người cung cấp dịch vụ hiểu biết, nhạy cảm, có kiến thức và kỹ năng tư vấn tốt, cởi mở thân thiện thì có thể thu hút nhiều nam giới đến với các dịch vụ SKSS hơn, ngay cả khi các trung tâm dịch vụ đó phục vụ cả nữ giới. Đồng thời, nếu kết hợp cả tư vấn việc làm, pháp luật hoặc các dịch vụ khác không thuộc lĩnh vực y tế thì sẽ làm cho hoạt động của trung tâm phong phú hơn, thu hút được nhiều nam giới hơn.

Một số các hoạt động khác có thể làm cho các dịch vụ trở nên gần gũi hơn với nam giới như khuyến khích phụ nữ đưa theo bạn trai hoặc chồng đến các cơ sở dịch vụ, tổ chức tư vấn về các bệnh LTQĐTD, KHHGD hoặc tình dục vào những ngày nghỉ hoặc buổi tối thì tác dụng thu hút nam giới tham gia vào SKSS càng nhiều hơn.

6. THIỂU NĂNG SINH DỤC Ở NAM GIỚI

Một vấn đề ảnh hưởng rất lớn đến SKSS nam giới đó là thiếu năng sinh dục. Thiếu năng sinh dục ở nam giới hiện nay là một vấn đề thường gặp nhưng cả thầy thuốc lẫn bệnh nhân thường ngại nói đến vấn đề này. Dù thiếu năng sinh dục ở nam giới không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng lại có thể gây nên những hậu quả rất xấu, làm cho nam giới mất tự tin, mặc cảm, suy sụp sức khỏe, là một trong những nguyên nhân gây vô sinh đặc biệt là làm giảm chất lượng sống, thậm chí có thể dẫn đến tan vỡ hạnh phúc gia đình.

6.1. Giảm thiểu testosterone trong huyết tương

Những kết quả nghiên cứu khoa học theo những phương pháp đáng tin cậy đã cho thấy nồng độ testosterone, nhất là loại có tính sinh học và tự do giảm dần theo tuổi già mặc dù có sự khác biệt về mức độ giữa các cá thể. Sự suy giảm này xảy ra dần dần và ít tuyệt đối hơn sự suy giảm estrogen ở phụ nữ giai đoạn quanh mãn kinh. Sự giảm sút testosterone gây nên một số hiện tượng trong CSSKSS vì số lượng người cao tuổi trên toàn thế giới đang tăng lên và những nhu cầu về cuộc sống chứ không đơn thuần là tuổi thọ đang tăng lên.

Sự giảm sút testosterone ở tuổi già chắc chắn sẽ gây nên một số triệu chứng như mất ham muốn tình dục, mất khả năng cương dương vật, mất sinh khí, tăng khối lượng mỡ và có thể dẫn đến mất xương và loãng xương. Do có hoạt động có tính chất chu kỳ của buồng trứng được biểu hiện bởi kinh nguyệt nên người phụ nữ có những triệu chứng báo trước thời kỳ suy giảm về chức năng sinh sản và tình dục. Khác với nữ giới, sự hoạt động của tinh hoàn dù là liên tục nhưng cũng giảm dần theo tuổi tác, vì vậy không có dấu hiệu về sự suy giảm chức năng sinh sản và tình dục một cách rõ ràng mà sự suy giảm này biểu hiện một cách kín đáo và dần dần được gọi là "Thiếu năng sinh dục ở nam giới" hay tình trạng thiếu androgen một phần của đàn ông lớn tuổi (Partial androgen deficiency in aging men - PADAM). Tình trạng này còn được gọi là hội chứng "mãn kinh ở nam giới - male menopause hoặc andropause".

Thuật ngữ "mãn kinh ở nam giới" đang được tranh cãi nhiều trong những năm gần đây bởi vì nồng độ androgen giảm liên quan đến tuổi già hậu quả sẽ làm rối loạn một số chức năng và hoạt động của cơ thể. Sự thay đổi này xảy ra dần dần và có khác nhau đáng kể giữa các cá nhân. Người ta cũng nhận thấy các triệu chứng nóng nảy, trầm cảm, không tập trung tinh thần, rối loạn trí nhớ, dễ mệt mỏi, mất ngủ, đỏ bừng mặt, ra mồ hôi xảy ra theo chu kỳ cùng với rối loạn tình dục. Các rối loạn này cũng có phần giống triệu chứng của phụ nữ quanh thời kỳ mãn kinh.

Sự suy giảm chế tiết testosterone nằm tại tinh hoàn nhưng một phần cũng do suy giảm sự kích thích của tuyến yên đối với tinh hoàn để sản xuất ra steroid. Mặt khác, ở nam giới cao tuổi, globulin gắn testosterone tăng chế tiết đã góp phần làm giảm sút testosterone sinh học và tự do trong máu.

Sự thiếu hụt androgen được xác định bằng định lượng nồng độ testosterone có tác dụng sinh học. Tuy nhiên, nồng độ này bị ảnh hưởng bởi một phần bởi globulin gắn hormon giới tính (sex hormone-binding globulin: SHBG).

Sự thiếu hụt testosterone được khẳng định khi được đo cùng thời điểm với định lượng LH. Nếu kết quả cho thấy nồng độ LH tăng cao nhưng nồng độ testosterone huyết thanh giảm thì khẳng định chắc chắn là thiếu năng tinh hoàn ở người nam giới có chức năng sinh dục trước đó bình thường.

Trong huyết thanh, testosterone được chuyển hóa thành hai sản phẩm có hoạt tính chính ở mô:

+ Androgen: dưới tác dụng của 5 alphareductase, testosterone được chuyển hóa thành dihydrotestosterone (DHT) có tác dụng chính lên mô đích. Sự chuyển hóa testosterone thành dihydrotestosterone là cần thiết như một phần trong cơ chế tác dụng của androgen.

+ Estrogen: dưới tác dụng của aromatase, testosterone đã được chuyển hóa thành estradiol.



6.2. Ảnh hưởng của sự thiếu hụt testosterone

Nghiên cứu về tác dụng của testosterone cho thấy sự thiếu hụt testosterone là lý do gây nên những triệu chứng cơ năng đã nêu ở trên. Mặt khác, sự thiếu hụt androgen sẽ gây nên số những ảnh hưởng đến mô đích như sau:

- Ảnh hưởng đến sự chuyển hóa xương: một nhóm các chất chuyển hóa từ androgen có tác dụng đặc hiệu lên tủy xương. Người ta cho rằng các tế bào xương có thụ thể độc nhất đối với các hormon này vì độ đậm đặc của bề xương bị mất dần theo thời gian ở những người bị cắt bỏ tinh hoàn hai bên. Các kết quả nghiên cứu hiệu quả testosterone lên mật độ khoáng chất của xương (BMD) ở những người suy giảm chức năng sinh dục cũng cho thấy khi họ được điều trị bổ sung testosterone đã làm gia tăng BMD. Liệu pháp bổ sung testosterone có lợi trên chuyển hóa xương ở đàn ông lớn tuổi, tuy nhiên điều này chưa được chứng minh ở những người đàn ông bình thường.

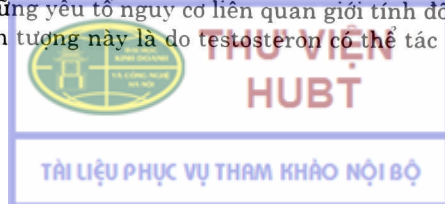
- Ảnh hưởng lên trạng thái tinh thần và hành vi: ở những người đàn ông bị suy giảm sinh dục, nếu được bổ sung bằng testosterone đã cải thiện về trạng thái tinh thần như hăng hái hơn, có cảm giác khỏe mạnh và giảm bớt những trạng thái tiêu cực như lo âu, nóng giận dễ bị kích động.

- Ảnh hưởng lên chức năng tình dục: androgen là một hormon cần thiết cho ham muốn tình dục bình thường ở người đàn ông. Tuy nhiên, mối liên quan giữa nồng độ của androgen và sự giảm sút chức năng tình dục do tuổi tác là một vấn đề phức tạp bởi hành vi của con người chịu sự chi phối của hệ thần kinh trung ương, của nền văn hóa cũng như tri thức xã hội.

Testosterone ngoại sinh có tác dụng làm tăng sự ham muốn tình dục và cương dương vật ở những nam giới bình thường cũng như ở những người suy giảm tình dục do thiếu năng testosterone nhưng không có hiệu quả đối với những nam giới bị rối loạn chức năng tình dục do mất ham muốn tình dục (lãnh cảm).

- Ảnh hưởng lên tuyến tiền liệt: testosterone có tác dụng làm tăng trưởng tuyến tiền liệt và dẫn đến khả năng ung thư hóa. Tuy nhiên, quan niệm cho rằng điều trị bổ sung testosterone ở người suy giảm tình dục làm tăng sự phát triển u xơ tiền liệt tuyến và trên cơ sở đó sẽ phát triển thành ung thư cũng còn đang gây tranh cãi. Dù vậy người ta cũng khuyến cáo khi sử dụng liệu pháp bổ sung testosterone thì luôn phải kiểm tra kích thước tuyến tiền liệt bằng siêu âm hoặc khám lâm sàng qua trực tràng 3 tháng một lần hoặc đo kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt. Nếu kháng nguyên này cao hơn bình thường thì không có chỉ định điều trị testosterone. Nếu nồng độ kháng nguyên này tăng lên 2 ng/ml hay tăng thêm 0,75 ng/ml/mỗi năm trong vòng hai năm thì phải ngừng điều trị.

- Ảnh hưởng lên hệ thống tim mạch: y văn đã công bố rằng testosterone có lẽ là một trong những yếu tố nguy cơ liên quan giới tính đối với bệnh mạch vành của nam giới. Hiện tượng này là do testosterone có thể tác động lên sự kháng lại



insulin và sự điều tiết của các chất dẫn truyền thần kinh có tác dụng cơ mạch hơn là làm tăng lipid gây xơ vữa mạch vành. Nhưng kết quả đánh giá sự liên quan giữa nồng độ testosterone và mức độ nặng của bệnh mạch vành trong những nghiên cứu gần đây cho thấy: tình trạng giảm testosterone trong máu lại là yếu tố nguy cơ đối với bệnh mạch vành.

- Ảnh hưởng lên hô hấp, thể dịch và chuyển hóa glucose: sử dụng testosterone ở đàn ông bị suy giảm chức năng sinh dục có thể làm nặng thêm các rối loạn hô hấp có liên quan đến giấc ngủ. Những nam giới dễ bị ngừng thở lúc ngủ là những người béo phì, lớn tuổi, bị các bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Khi được điều trị bổ sung bằng testosterone thì nguy cơ về các rối loạn hô hấp ở những người này tăng lên. Người ta cũng nhận thấy rằng, sử dụng androgen cũng gây nên tình trạng giữ nước, làm cho bệnh tăng huyết áp nặng thêm, phù và suy tim do ứ huyết. Nồng độ testosterone và SHBG thấp ở nam giới lớn tuổi có liên quan đến sự phát triển của bệnh tiểu đường và những người được điều trị bằng testosterone đều giảm đề kháng với insulin. Sử dụng testosterone cũng gây giảm nồng độ đường máu.

- Ngoài ra, sử dụng androgen sẽ kích thích tế bào gốc đa năng và các tiền hồng cầu gây tăng hồng cầu và sẽ làm tăng hematocrit, tăng hemoglobin và sau 16 tuần điều trị có thể làm giảm fibrinogen.

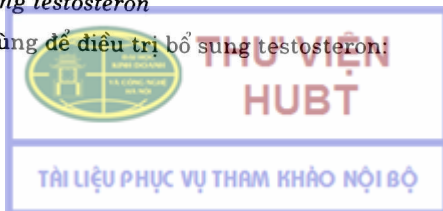
6.3. Điều trị bổ sung testosterone ở nam giới lớn tuổi

6.3.1. Các chế phẩm của testosterone

Đường dùng	Tên gốc	Biệt dược	Lợi ích	Bất lợi
Uống	Testosteron Undecanoat Fluoxymesteron Methyltestosteron	Andriol Halotestin Metandren Virilon	Dễ uống, dễ chỉnh liều hay ngưng thuốc, đáp ứng lâm sàng tốt.	- Nồng độ thấp và dao động ở ngoại biên. - Độc cho gan.
Đường tiêm	Testosteron propionat Testosteronphenylpropionat Testosteron isocaproat Testosteron deanonat Testosteron cypionat Testosteron enathat	Sustanon Depo-testosteron	Giá rẻ	Nồng độ testosterone huyết tương không ở mức sinh lý
Dán ở da biau Dán nơi khác	Testosteron Testosteron	Testoderm Androderm	Nồng độ testosterone huyết tương bình thường, đáp ứng lâm sàng tốt.	- Phải cạo lông vùng biau, da bị kích thích, dễ bong miếng dán. - Kích thích da nhiều hơn loại dán ở biau.

6.3.2. Các đường dùng testosterone

Có ba đường dùng để điều trị bổ sung testosterone:



- Đường uống:

+ Ưu điểm: tiện lợi, dễ dùng, dễ điều chỉnh liều lượng và có thể ngừng thuốc khi cần thiết.

+ Nhược điểm: nồng độ testosterone huyết tương dao động, nồng độ ở ngoại vi thấp, một số loại gây độc cho gan.

- Đường tiêm: đắt tiền, nồng độ trong huyết tương không sinh lý (đạt đỉnh cao nhanh sau khi tiêm rồi giảm dần trong vòng hai tuần).

- Đường dán qua da: dạng tinh thể hay gel.

+ Ưu điểm: đáp ứng lâm sàng tốt, sau khi dán 24 giờ, nồng độ ở huyết tương duy trì ở mức bình thường một cách thích hợp.

+ Nhược điểm: đắt tiền, gây kích thích cho da ở nơi dán, phải cạo lông ở da bìa khi dán, dễ bị bong.

6.3.3. Liều điều trị

- Đường tiêm: liều 250 mg cho 3-4 tuần.

- Đường uống: Andriol 40 mg 3-4 v/ngày trong 3-4 tuần đầu, sau đó duy trì 1-2/ngày.

- Đường qua da: các miếng dán ở da.

- Thời gian sử dụng: thời gian đánh giá hiệu quả của liệu pháp bổ sung testosterone dài nhất là hai năm.

- Theo dõi sự phát triển của tuyến tiền liệt bằng siêu âm hoặc khám lâm sàng qua trực tràng cứ 3 tháng một lần.

- Ngừng thuốc khi có dấu hiệu tăng sinh tuyến tiền liệt, hoặc kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt tăng 2,0 ng/ml hay 0,75 ng/năm.

- Không dùng cho các bệnh nhân bị bệnh mạch vành.

- Cẩn thận khi dùng cho những người nam giới có những nguy cơ về hô hấp có liên quan đến giấc ngủ ở người cao tuổi.

7. RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG

Một trong những biểu hiện thiếu năng sinh dục ở nam giới làm suy giảm tình dục trong đó có rối loạn cương dương (RLCD) hay chứng bất lực. Rối loạn cương dương là hiện tượng bệnh lý không đạt được sự cương cứng dương vật và duy trì mức độ cần thiết để đảm bảo sinh hoạt tình dục bình thường. Tuy nhiên, RLCD cũng còn nhiều nguyên nhân khác gây nên chứ không đơn thuần là thiếu hụt testosterone huyết tương. Nhiều công trình nghiên cứu đã được thực hiện trên thế giới nhưng phần lớn là tập trung tại các nước Âu Mỹ. Ước tính năm 2000 có tới 300 triệu người trên thế giới bị RLCD trong đó Châu Á có tới 190 triệu người.



7.1. Tần suất

RLCD là một hiện tượng khá phổ biến. Năm 1987, Reich P. đã nhận thấy ở các đôi vợ chồng khỏe mạnh bình thường ở độ tuổi trung bình, có tới 40% nam giới và 63% nữ giới ít nhiều bị rối loạn tình dục.

Một nghiên cứu theo dõi trên 1709 nam giới tuổi từ 40 đến 70, với 1290 trả lời đầy đủ các yêu cầu của câu hỏi, người ta có một số nhận xét về mặt dịch tễ học như sau:

- Tỷ lệ bệnh tổng quát về RLCD là:
 - + 39 % ở tuổi 40.
 - + 48% ở tuổi 50.
 - + 57% ở tuổi 60 .
 - + 67% ở tuổi 70 .
- Mức độ:
 - + Có 52% có biểu hiện RLCD ở những mức độ khác nhau.
 - + Rối loạn vừa chiếm 25%.
 - + Rối loạn nhẹ chiếm 17%.
 - + Rối loạn hoàn toàn chiếm 10%.

7.2. Triệu chứng

- RLCD được biểu hiện dần dần về mức độ cương cứng và thời gian duy trì độ cương cứng của dương vật do sự giảm thiểu sản xuất hormon sinh dục testosterone xảy ra từ từ và ít tuyệt đối hơn so với sự sản xuất estrogen ở phụ nữ. Tuy nhiên, RLCD ảnh hưởng đến chất lượng sống như giảm ham muốn về tình dục, mất khả năng cương của dương vật, mất sinh khí. Ngoài những biểu hiện về tình dục, thiếu năng sinh dục còn biểu hiện một số các triệu chứng khác như giảm khối lượng cơ, tăng khối lượng mỡ và thiếu testosterone dẫn đến loãng xương, gãy cổ xương đùi và xương cổ tay.

Hiện nay, thế giới dựa vào Bản chỉ số chức năng cương quốc tế (IIEF) và Bản kiểm kê sức khỏe ở nam giới để đánh giá tình trạng RLCD. Bản chỉ số chức năng cương quốc tế là một thang điểm đa chiều để lượng giá RLCD, có 15 câu hỏi dựa vào các lĩnh vực như hoạt động tình dục, giao hợp, kích thích tình dục, xuất tinh trong 4 tuần vừa qua, tổng số là 30 điểm. Nhận định kết quả RLCD như sau:

- Từ 6-10 điểm: nặng.
- Từ 11-16 điểm: vừa.
- Từ 17-25 điểm: nhẹ.
- Từ 26-30 điểm: bình thường.



Bản kiểm kê sức khỏe ở nam giới gồm 5 câu hỏi rút ngắn để đánh giá cuộc sống tình dục trong 6 tháng qua, mỗi câu hỏi được chia từ 0 đến 5 điểm dựa vào các mức độ đáp ứng từ 0, rất thấp, thấp, vừa phải, cao và rất cao. Nếu tổng ≤ 21 điểm là có dấu hiệu về tình trạng RLCD.

7.3. Những nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

Có thể chia làm ba nhóm gây nên tình trạng RLCD như sau:

- Thực thể: do các bất thường hay do tổn thương các mạch máu, thần kinh, nội tiết, thể hang.

- Tâm lý: do ức chế trung ương về cơ chế cương mà không có tổn thương thực thể.

- Hỗn hợp thực thể và tâm lý: là phối hợp cả các yếu tố tâm lý và thực thể.

Các nguyên nhân và yếu tố trên thường là kết hợp hòa quyện với nhau làm tăng tình trạng bệnh lý.

7.3.1. Các bệnh mạn tính

- Người ta thấy những bệnh nhân bị xơ vữa thành mạch chiếm 40% ở những người bị RLCD và thường gặp ở những người trên 50 tuổi. Xơ vữa thành mạch đã làm giảm lượng máu đến dương vật gây nên hiện tượng RLCD.

- Bệnh tiểu đường (dù bất kỳ ở dạng nào) chiếm khoảng 50 % (từ 28-59%). Tần suất của bệnh phụ thuộc vào tuổi và mức độ nặng, nhẹ của bệnh.

- Suy thận mạn tính: 45%.

- Suy gan: 28-70%.

- Xơ cứng rải rác: 71%.

- Bệnh Alzheimer 53%.

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: 30%

- Các bệnh khác như tim, mạch, dạ dày, cao huyết áp...

- Các rối loạn nội tiết như thiếu năng tinh hoàn, cường hay nhược tuyến giáp, tăng prolactin máu, giảm testosterone máu ($< 10 \text{ nmol/L}$).

- Trầm cảm, sang chấn tinh thần nặng.

7.3.2. Các tổn thương thực thể

- Chấn thương, phẫu thuật, tia xạ vào vùng chậu đặc biệt là vào tuyến tiền liệt; chấn thương cột sống, chấn thương tủy sống.

7.3.3. Thuốc điều trị các bệnh khác và các yếu tố khác

- Thuốc điều trị tăng huyết áp:

- + Các thuốc ảnh hưởng đến trung tâm giao cảm như methyldopa, clonidin, resecpin đã ức chế thần kinh trung ương và làm tăng prolactin.

- + Thuốc chẹn beta như propranolol làm giảm hưng phấn tình dục.
- + Thuốc chống trầm cảm, an thần.
- + Thuốc điều trị dạ dày (cimetidin) và kháng androgen (Ketoconazol, Cyproteron acetat).
- + Rượu và thuốc lá.

7.3.4. Điều trị RLCD

Cho đến nay, việc điều trị RLCD vẫn còn nhiều khó khăn và không có thuốc đặc hiệu mà phải sử dụng nhiều liệu pháp phối hợp.

7.3.4.1. Các biện pháp chung

Trước hết, người thầy thuốc cần thảo luận cởi mở với bệnh nhân và bạn tình của họ về các vấn đề có liên quan đến RLCD nhằm loại bỏ các yếu tố nguy cơ và tìm nguyên nhân gây RLCD. Việc điều trị phải dựa vào nguyên nhân gây bệnh. Cần phải cung cấp thông tin và giáo dục hoặc là tư vấn cận kề cho bệnh nhân về sức khỏe tình dục, những khả năng và yếu tố tác động đến quá trình cương dương, sự phối hợp và chia sẻ của cả hai người.

- Tâm lý liệu pháp giúp ích cho người nam giới xóa bỏ mặc cảm thiếu tự tin có thể cải thiện được mức độ bệnh lý.

- Một chế độ ăn uống, sinh hoạt, lao động hợp lý, không quá căng thẳng về tinh thần cũng như không quá gắng sức, đảm bảo nghỉ ngơi, tinh thần thoải mái là một liệu pháp rất quan trọng không thể thiếu trong quá trình điều trị.

- Nếu RLCD là hậu quả của chấn thương mạch máu thì phải phẫu thuật để cung cấp đầy đủ lượng máu đến nuôi dưỡng cũng như khi có hiện tượng cương cứng dương vật.

7.3.4.2. Dùng một số thuốc có tác dụng cương cứng dương

- Thuốc tác động thần kinh trung ương:

- + Yohimbin: tác động vào vùng dưới đồi và cơ trơn ở thể hang.

- + Phentolamin

- + Apomorphin

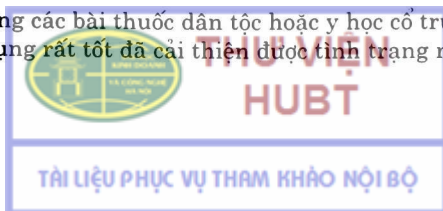
- + Brococriptin

- + Sildenafil (Viagra)

Hãy nhớ rằng: tất cả các thuốc trên đều có những tác dụng đến hệ tim mạch vì vậy không được tự mua thuốc sử dụng mà bắt buộc phải được thầy thuốc chuyên khoa khám bệnh, kê đơn và theo dõi.

- Testosteron (Andriol): chú ý đến nguy cơ bị ung thư tiền liệt tuyến ở người có tuổi nếu dùng kéo dài.

- Có thể sử dụng các bài thuốc dân tộc hoặc y học cổ truyền vì có những bài thuốc tỏ ra có tác dụng rất tốt đã cải thiện được tình trạng rối loạn này.



8. U XƠ TUYẾN TIỀN LIỆT

U xơ tuyến tiền liệt là khối u lành tính và thường gặp ở nam giới lớn tuổi, để lại nhiều biến chứng về tiết niệu. Tuổi thường gặp từ 50 trở lên, tỉ lệ mắc bệnh tăng theo tuổi nghĩa là tuổi càng cao thì nguy cơ mắc bệnh càng nhiều.

8.1. Sơ lược về giải phẫu

Tuyến tiền liệt giống hình hạt dẻ, dẹt có ba thùy: hai thùy to bao quanh niệu đạo chạy từ phía sau ra trước, còn thùy thứ ba ở giữa có kích thước nhỏ hơn, vòng quanh các ống phóng tinh.

Lúc trưởng thành tuyến tiền liệt nặng 15-25 gam, có kích thước: cao 3 cm, rộng 2,5 cm, dày 2,5 cm, trong lòng có nhiều nang tuyến. Chức năng của các nang tuyến là tiết ra một chất chứa nhiều chất dinh dưỡng để nuôi dưỡng tinh trùng và giúp cho tinh trùng hoạt động tốt, tạo điều kiện dễ dàng cho thụ tinh. Khi trở thành u xơ, khối lượng tuyến tiền liệt tăng lên tới 30-40 gam, có mật độ chắc và màu trắng ngà, tăng sinh các tuyến, có nhiều tế bào cơ trơn và xơ, lớp đệm tăng sinh, collagen tạo thành nhiều sợi chun làm cho tuyến to ra.

8.2. Nguyên nhân

Nhiều tác giả cho rằng nguyên nhân chính gây bệnh là do rối loạn hormon:

- Testosteron làm cho u xơ phát triển và nồng độ chất dihydrotestosteron, một dẫn xuất của testosteron trong những người bị u xơ tuyến tiền liệt cũng cao hơn người bình thường.

- Rối loạn sự cân bằng giữa estrogen/testosteron. Khi tỉ lệ này tăng lên làm phát sinh bệnh do tác động trực tiếp đến sự tăng sản của tuyến hay tăng sinh tổ chức đệm, hoặc là tác động gián tiếp lên testosteron thông qua globulin gắn hormon giới tính (phức hợp SHBG).

8.3. Triệu chứng

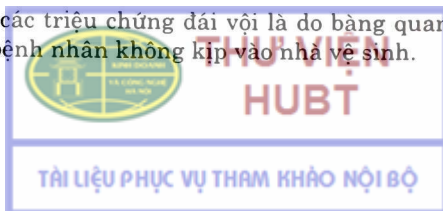
Do u xơ phát triển nên niệu đạo sau bị kéo dài và bị nhân xơ chèn ép, cổ bàng quang cũng bị chèn ép làm thay đổi tư thế so với người bình thường, gây ra những triệu chứng rối loạn tiểu tiện. Mặt khác, do ứ đọng nước tiểu nên thường có viêm nhiễm kèm theo càng làm cho các triệu chứng này nặng thêm.

- Tiểu tiện khó khăn do khối u chèn ép vì vậy bệnh nhân phải rặn, nhưng tia nước tiểu không mạnh, dòng nhỏ cho nên thời gian đi tiểu lâu mới hết bãi.

- Do không đái hết nước tiểu trong bàng quang và bị kích thích do viêm nhiễm nên phải tiểu tiện nhiều lần trong ngày, đêm tiểu nhiều hơn gây mất ngủ.

- Các triệu chứng trên ngày càng tăng dần, luôn có cảm giác tức nặng vùng hạ vị do nước tiểu lắng đọng trong bàng quang.

- Xuất hiện các triệu chứng đái vôi là do bàng quang căng quá mức, nước tiểu tràn ra nên bệnh nhân không kịp vào nhà vệ sinh.



- Đái rỉ do bàng quang căng quá mức, đã mất khả năng co bóp nên bệnh nhân tiểu không tự chủ và nước tiểu luôn rỉ ra quần.

- Khám trực tràng phát hiện nhân xơ to.

8.4. Biến chứng

- Do ứ đọng nước tiểu làm bàng quang căng giãn quá mức, ứ nước tiểu ở thận, dẫn đến bể thận gây suy thận.

- Viêm bàng quang, viêm tuyến tiền liệt, viêm mào tinh hoàn.

- U xơ có thể gây bí đái hoàn toàn, phải mổ dẫn lưu bàng quang.

8.5. Điều trị

- Nội khoa: chưa có thuốc đặc hiệu. Có thể dùng một số thuốc chống lại tác dụng của androgen hoặc progesteron nhưng kết quả chưa rõ ràng. Không được dùng testosterone vì sẽ làm tăng nguy cơ gây ung thư tuyến tiền liệt.

- Ngoại khoa: mổ bóc tách nhân xơ hoặc cắt bỏ nhân xơ qua nội soi (chỉ thực hiện khi khối nhân xơ dưới 30 gam). Những biến chứng sau khi mổ là chảy máu, rò nước tiểu, nhiễm khuẩn tiết niệu, đái rỉ, suy thận.

- Phòng bệnh:

- + Cần có chế độ sinh hoạt điều độ.

- + Ăn uống thích hợp, tránh các chất kích thích.

- + Chống nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Nếu có biểu hiện rối loạn tiết niệu phải được khám và làm kỹ các xét nghiệm thăm dò để chẩn đoán.

- Nếu phát hiện bệnh phải can thiệp sớm, tránh biến chứng.

9. UNG THƯ LIỆT TUYẾN TIỀN (UTTLT)

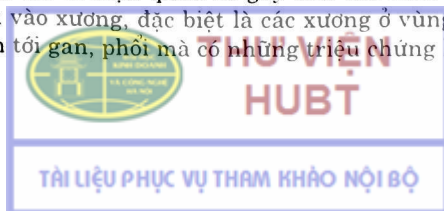
- Là một bệnh hay gặp ở người có tuổi, có tỉ lệ cao ở các nước Âu, Mỹ. Việc chẩn đoán khó khăn nên thường được phát hiện muộn, kết quả điều trị thấp. Hàng năm, tỉ lệ mới mắc UTTLT chiếm khoảng 40 đến 50/100.000 nam giới. UTTLT ít gặp hơn ở các nước phương Đông. Tỉ lệ UTTLT của Hà Nội là 1,2/100.000 dân.

- Là loại ung thư đứng thứ hai của các loại ung thư nam giới, sau ung thư phổi và đại tràng.

- Tuổi thường gặp là 50 tuổi trở lên. Tuổi càng cao thì tỉ lệ mắc bệnh càng cao.

- Nguyên nhân chưa biết cụ thể nhưng có một số yếu tố thuận lợi như yếu tố di truyền, nội tiết, chế độ ăn nhiều mỡ...

Do ung thư phát triển to sẽ chèn ép hoặc tổ chức ung thư xâm lấn vào niệu đạo, cổ bàng quang, các lỗ niệu quản sẽ gây nên các biến chứng về đường tiết niệu hoặc di căn xa vào xương, đặc biệt là các xương ở vùng chậu hông và cũng có thể di căn xa hơn tới gan, phổi mà có những triệu chứng khác về lâm sàng.



9.1. Triệu chứng

Triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn, không đặc hiệu. Bệnh cảnh được biểu hiện bằng các triệu chứng tiết niệu.

- Đái khó và mức độ tăng dần. Triệu chứng này giống như u xơ tuyến tiền liệt nên dễ bị bỏ qua.
- Đau tức vùng tăng sinh môn, đại tiện khó khăn.
- Đau vùng thắt lưng do sự lan toả của ung thư.
- Đau trong xương vùng chậu hông hay cột sống lưng do di căn vào xương.
- Xuất tinh ra máu.
- Sút cân, mệt mỏi, suy thận nếu ung thư xâm lấn làm hẹp lỗ niệu quản.
- Thăm trực tràng thấy một hay hai thùy của tuyến tiền liệt xù xì, chắc, hoặc lan tỏa vào các tạng xung quanh tạo thành một mảng hay một khối cứng.
- Có thể siêu âm hay sinh thiết để chẩn đoán xác định.

9.2. Xử trí và phòng bệnh

- Điều trị bằng mổ cắt bỏ ung thư hay bằng hóa chất.
- Cần có chế độ dinh dưỡng tốt vì bệnh thường gặp ở người có tuổi nên chế độ dinh dưỡng rất quan trọng, nên cho bệnh nhân ăn thức ăn dễ tiêu, mềm nhưng chất lượng dinh dưỡng cao.
- Những người có tuổi khi có những triệu chứng nghi ngờ cần phải được theo dõi bằng siêu âm hoặc thăm khám lâm sàng qua trực tràng ba tháng một lần để phát hiện sớm và can thiệp kịp thời.
- Không sử dụng androgen cho những người có nguy cơ hoặc là nghi ngờ bị khối u tuyến tiền liệt dù là u lành hay ác tính.
- Có những câu lạc bộ những người cao tuổi với các nội dung sinh hoạt về SKSS ở người cao tuổi, các bệnh lý ở người nam giới cao tuổi.

Kết luận

Tiếp cận nam giới là một chiến lược quan trọng trong CSSKSS vì lợi ích mà bản thân nó mang lại cho cả nam và nữ. Phải áp dụng những bài học đã thu được từ các chương trình để làm cho nam giới trở thành người bạn đời thực sự của phụ nữ với đầy đủ vai trò, trách nhiệm và sự hỗ trợ cho SKSS. Vì vậy, cần phải đẩy mạnh công tác truyền thông về các vấn đề SKSS cho nam giới, nhấn mạnh tới vai trò, trách nhiệm của nam giới trong chăm sóc SKSS của xã hội và gia đình.



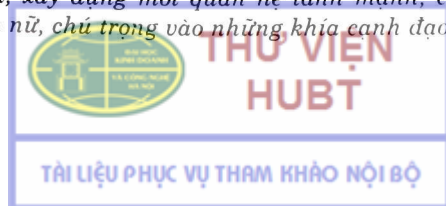
MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ GIÁO DỤC GIỚI TÍNH

1. MỞ ĐẦU

Gần một thập kỷ qua, khái niệm về sức khỏe tình dục (SKTD) mới được nói đến một cách rộng rãi ở nước ta. Mặc dù là một trong mười nội dung của CSSKSS, nhưng vấn đề giáo dục về SKTD vẫn còn nhiều hạn chế thậm chí còn bị ngăn cản. Những hạn chế đó đã ảnh hưởng lớn đến kết quả CSSKSS. Dù là một thực thể và đã có từ xưa nhưng những quan niệm về tình dục phụ thuộc vào nền văn hóa của từng xã hội. Mỗi xã hội có một nền văn hóa riêng vì vậy có những cách nhìn nhận về tình dục khác nhau. Nền văn hóa phương Đông vốn chịu ảnh hưởng nhiều của triết học Trung Quốc cho nên đến tận bây giờ vẫn còn mang nhiều quan điểm của một xã hội phong kiến.

Hiện nay, giáo dục giới tính (GDGT) mà bản chất chính là giáo dục về SKTD vẫn còn nhiều tranh luận khá sôi nổi và có những ý kiến trái ngược nhau. Tuy nhiên, trong vài năm qua, nhiều người đã nhận rõ tầm quan trọng của GDGT và đã thống nhất là nên thực hiện GDGT cho cộng đồng, nhưng còn lúng túng về nội dung và cách thức thể hiện về GDGT. Một vấn đề đáng lưu ý là chúng ta chỉ nhấn mạnh đến GDGT ở vị thành niên (VTN) mà chưa quan tâm đến những nhóm đối tượng khác trong xã hội. Đánh rằng GDGT cho VTN là điều hết sức quan trọng vì giáo dục SKTD cho nhóm người đó là đặt nền tảng cho suốt cả cuộc đời của con người, nhưng những nhóm người khác cũng phải được quan tâm không kém vì mỗi một nhóm người có những nét đặc thù riêng và có những nhu cầu, đòi hỏi riêng biệt. Vậy GDGT là gì và thực hiện GDGT như thế nào?

Cho đến nay, người ta vẫn còn lẫn lộn một số khái niệm có phần giống nhau như tính dục, tình dục, giới tính, SKSS hoặc SKTD. Giáo dục giới tính và tình dục thực chất chỉ là vấn đề giáo dục về tình dục học, có nghĩa là giáo dục giới tính và tình dục chỉ là một khía cạnh của SKSS hay nói chính xác hơn, SKSS là một khái niệm bao hàm cả giới tính và tình dục. Vì vậy, GDGT được gọi bằng những cụm từ khác nhau trên thế giới. Ví dụ: ở Mỹ là *Giáo dục tình dục*, ở Thái Lan là *Giáo dục đời sống gia đình*, Thụy Điển là *Vệ sinh tình dục*. Ở Việt Nam, khi mà nhiều người vẫn còn mang nặng những ấn tượng hoặc suy nghĩ chưa cởi mở, nhận thức chưa đúng đắn về vấn đề tình dục cũng như với những quan niệm và lễ giáo phương Đông của xã hội thì sử dụng cụm từ *Giáo dục giới tính* là thích hợp với hoàn cảnh hiện tại. Tuy nhiên, vấn đề quan trọng không phải là việc sử dụng cụm từ nào mà điều cơ bản là phải xác định được mục tiêu của GDGT và đối tượng của GDGT. Cho đến nay, hầu như đã thống nhất mục tiêu của GDGT là: *giáo dục bản chất của tình dục, xây dựng nhân cách của con người, xây dựng mối quan hệ lành mạnh, có văn hóa, có trách nhiệm giữa nam và nữ, chú trọng vào những khía cạnh đạo đức, tâm sinh lý và*



văn hóa chứ không phải chỉ là hành vi sinh sản và tình dục. Việc GDGT không chỉ giới hạn trong nhà trường hoặc gia đình mà còn phải được thực hiện rộng rãi trong xã hội và bằng nhiều cách thức cũng như các phương tiện khác nhau. Trong quá trình phát triển của một con người, giới tính, tính dục và nhân cách có mối quan hệ chặt chẽ với nhau. Sự phát triển đúng đắn, lành mạnh về tính dục sẽ dẫn đến sự phát triển đúng đắn và lành mạnh về giới tính và nhân cách con người. Vì vậy, bản chất của GDGT chính là giáo dục về tính dục.

Vậy thì những nhóm người nào nên được GDGT? Việc GDGT phải được thực hiện ngay từ khi còn là trẻ thơ học mẫu giáo, lứa tuổi học đường và đặc biệt quan trọng là ở tuổi VTN, những người trong tuổi sinh sản (15 đến 49 tuổi) và những người cao tuổi. Mỗi nhóm tuổi này cần phải có những nội dung và hình thức thích hợp để đạt được hiệu quả trong GDGT.

2. NHỮNG KHÁI NIỆM CƠ BẢN

Tình dục là một thực thể, là một nhu cầu thuộc về bản năng của động vật, được truyền thụ động qua các thế hệ. Tuy nhiên, người ta thường lẫn lộn những khái niệm hoặc danh từ về *tình dục* với *tính dục*. Hai khái niệm này liên quan đến nhau nhưng lại có những điểm khác nhau rất cơ bản.

2.1. Tình dục

Tính dục là một xung lực nội tại, mang tính bản ngã, một xu hướng thường trực thúc đẩy con người tìm kiếm những hành động hoặc hoạt động nhằm làm thỏa mãn những nhu cầu về tâm sinh lý của cá nhân mình. Khi những nhu cầu đó được đáp ứng đầy đủ sẽ mang lại cho con người những cảm giác dễ chịu mà đỉnh cao là sự thỏa mãn hài lòng và cảm thấy sung sướng thì được gọi là khoái cảm. Xung lực nội tại mang tính bản năng này đã được hình thành ngay từ khi con người mới ra đời, khi mà trẻ sơ sinh còn non nớt, hệ thần kinh cao cấp chưa phát triển, ở thời điểm con người chỉ sống với bản năng mà biểu hiện những nhu cầu bằng tiếng khóc. Ví dụ đói, ẩm ướt, nóng bức, ướt át đều được biểu hiện thông qua tiếng khóc. Khi được thay tã, chăm sóc tốt, cho bú no hoặc vỗ về, âu yếm, trẻ hết khóc vì những nhu cầu bản thể về tâm sinh lý của trẻ đã được thỏa mãn.

Bản năng tính dục là tự nhiên và sẵn có ở mọi động vật. Những động vật bậc thấp, bản năng tính dục không thay đổi mà theo một khuôn mẫu nhất định, được truyền từ thế hệ này sang thế hệ khác và bị các chu kỳ động dục chi phối. Nhưng với con người, là một động vật có vú bậc cao, có hệ thần kinh cao cấp và phát triển cho nên lý trí đã chi phối tính dục và cũng làm cho tính dục có nhiều hình thái phong phú và đa dạng hơn. Như vậy, tính dục con người không chỉ giới hạn về những bản năng đói muốn ăn, khát muốn uống, nhớ nhưng muốn gặp gỡ mà cùng với sự phát triển của xã hội và theo thời gian, tính dục đã được xã hội hóa và trở thành những ham muốn, nhu cầu phức tạp hơn như sự ham muốn quyền lực, sự giàu sang, thành đạt cũng như kiến thức chuyên môn hoặc xã hội.



Tính dục người đã được hình thành và phát triển ngay từ khi con người vừa mới sinh ra, qua các giai đoạn của cuộc đời cho đến khi bước vào tuổi già. Tính dục không những bị chi phối bởi ý thức của hệ thần kinh cao cấp mà còn bị chi phối do các nền văn hóa xã hội, tập quán của cộng đồng hoặc dân tộc, gia đình, môi trường thiên nhiên, ngoại cảnh và bệnh tật. Bản thân tính dục cũng có thể bị sai lệch hoặc bệnh lý do những sai lệch hoặc rối loạn về cấu trúc phân tử hay thứ tự sắp xếp của hệ thống gen ngay từ khi còn là phôi thai và những sai lệch này sẽ để lại hoặc gây ra những hậu quả cho hành vi tính dục khi ra đời hoặc lúc trưởng thành. Đồng luyến ái là biểu hiện một trong những hậu quả của sự sai lệch này.

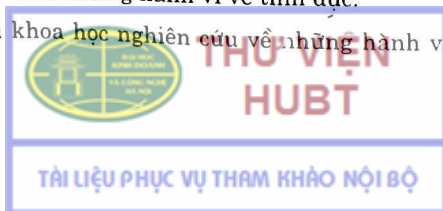
Định nghĩa về tính dục

Ngay từ năm 1970, Ủy ban Giáo dục và Thông tin về Tính dục Mỹ (SIECUS) đã đưa ra định nghĩa về tính dục như sau: “ Tính dục là tổng thể con người bao gồm mọi khía cạnh đặc trưng của con trai hoặc con gái, đàn ông hay đàn bà và biến động suốt đời. Tính dục phản ánh tính cách người, không phải chỉ là bản chất sinh dục. Vì là một biểu đạt tổng thể của nhân cách, tính dục liên quan đến yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội, tinh thần và văn hóa của đời sống. Những yếu tố này ảnh hưởng tới sự phát triển nhân cách và mối quan hệ xã hội giữa người với người và do đó tác động trở lại xã hội”.

Như vậy, tính dục người là chỉ toàn bộ con người là nam hay nữ mà tính dục và giới tính là những thành phần tạo nên Nhân cách. Giáo dục tính dục (hay còn gọi là giáo dục giới tính) là tạo nên nhân cách con người, những hành vi, thái độ ứng xử cá nhân giữa nam nữ nói riêng và với cộng đồng xã hội nói chung.

Những thuật ngữ bằng tiếng Anh được sử dụng trong lĩnh vực này bao gồm:

- Sex: là danh từ chỉ giống dục, cái như nam hay nữ, mang đặc tính về sinh học và được quyết định ở gen và được gọi là giới tính hoặc là giới sinh học.
- Sexual: là tính từ chỉ về tình dục.
- Copulation: danh từ chỉ hành vi giao cấu.
- Sexual behaviour: là cụm từ làm nhiệm vụ danh từ chỉ những hành vi tình dục, là những biểu hiện các hành động trong sinh hoạt tình dục có hoặc không giao cấu hoặc cả hai.
- Sexuality: bao hàm toàn bộ nhân cách con người có liên quan đến hành vi tình dục và tạm được gọi là tính dục.
- Sexology: là khoa học nghiên cứu về tình dục dựa trên những phương pháp phân tích khách quan mang tính lý thuyết nhiều hơn chứ không phải nghiên cứu về thực hành những hành vi về tình dục.
- Erotology: là khoa học nghiên cứu về những hành vi thực hành về tình dục.



- Gender: là một khái niệm chỉ sự khác biệt giữa nam và nữ về mặt xã hội và được gọi là Giới.

2.2. Tình dục

Chúng ta đã từng chứng kiến nhiều cái hôn rất ngây thơ của các bé trai và gái ngay từ khi còn là trẻ thơ, khi mà các cháu chưa thể biết thế nào là tình yêu, vì vậy đó không thể là sự đòi hỏi sinh lý nam nữ. Những cái hôn ngây thơ đó là biểu hiện sự quý mến nhau một cách rất đơn giản và được hành động theo bản năng mà thôi.

Tuy nhiên khi 9 hoặc 10 tuổi, lúc mà hệ limbic của vùng dưới đồi đã trưởng thành và bắt đầu điều phối sự chế tiết các hormon sinh dục gây nên các hiện tượng gọi là dậy thì và đã có sự phát triển khác nhau về cơ thể của nam và nữ, trẻ em đã chú ý đến những biểu hiện đó đồng thời khi mà sự dậy thì đã chín muồi, nghĩa là các cơ quan sinh sản đã trưởng thành. Do ảnh hưởng của hormon sinh dục cũng như điều kiện ngoại cảnh về gia đình, xã hội, các em đã quan tâm đến sự khác nhau giữa hai giới và bắt đầu xuất hiện những ham muốn hướng vào một con người cụ thể khác giới với mình. Những ham muốn này lúc đầu biểu hiện bằng sự quý mến nhau, rồi không gặp thì nhớ, rồi thương yêu và thậm chí khát vọng muốn hiến dâng, trao tặng hoặc chiếm đoạt nhau. Lúc này tính dục đã trở thành những rung động của tình dục. Như vậy, *tình dục* là sự phát triển tự nhiên và tất yếu của tính dục, là một phần của tính dục và trở thành nhu cầu sinh lý cần thiết cho sự tồn tại của loài người, cho hạnh phúc và sức khỏe của từng cá thể.

Thông thường, ham muốn mạnh mẽ nhất và cũng đem lại những khoái cảm cao nhất là ham muốn về sinh hoạt tình dục. Nguồn gốc của ham muốn có thể chỉ đơn thuần về vật chất như vẻ đẹp và sự hấp dẫn của ngoại hình nhưng cũng có thể vừa là vật chất lẫn tinh thần ví dụ như vẻ đẹp ngoại hình kết hợp với những nét đẹp về tâm lý, tư cách làm hấp dẫn cho người khác giới.

Nếu sự ham muốn được kết hợp hài hòa trong một trạng thái tâm lý, tình cảm tốt đẹp, một sự “tổng hợp tâm lý nhạy cảm” trên cơ sở mối liên kết tâm lý - thể chất thực sự thì được gọi là *tình yêu*. Tình yêu nam nữ sẽ được bền vững nếu dựa trên cơ sở kết hợp hài hòa giữa vật chất và tinh thần. Nếu chỉ có sự ham muốn về vật chất đơn thuần thì đó là bản năng đòi hỏi được thỏa mãn chứ không thể gọi là tình yêu được.

Ngay từ bé, trẻ thơ đã có những hành vi tìm kiếm những cảm giác dễ chịu ngay trên cơ thể nhằm thỏa mãn những nhu cầu của bản thân mình. Những hành vi đó đều bắt nguồn (xuất phát) từ bản năng tính dục, không phải là hành vi tình dục vì chưa hướng vào một đối tượng cụ thể khác giới nào đó. Vì vậy, thuật ngữ “*tình dục*” có thể dùng chung cho mọi người, mọi lứa tuổi, còn thuật ngữ “*tình dục*” được dùng để chỉ những mối quan hệ về tình dục ở những người khác giới bắt đầu từ tuổi dậy thì hoặc đã trưởng thành.



Thuật ngữ *Tính dục* được hiểu theo một nghĩa rộng rãi, bao trùm cả tình dục, còn *Tình dục* nằm trong phạm trù của tính dục, chỉ mang một ý nghĩa hẹp hơn, cụ thể hơn để chỉ mối quan hệ tình cảm giữa nam và nữ.

3. TÍNH TRIẾT HỌC TRONG GDGT

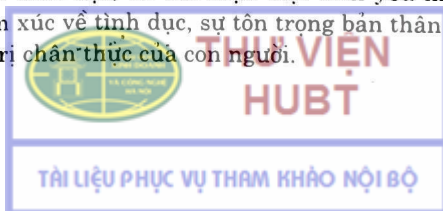
Ai cũng mong muốn cá nhân mình được hoàn thiện và thường lấy một hình tượng nào làm chuẩn cho bản thân mình để rèn luyện đạt được kỳ vọng của mình. Bản năng con người là muốn thỏa mãn dục vọng. *Dục vọng không chỉ đơn thuần là những ham muốn về tình dục, mà có nghĩa rộng lớn hơn nhiều vì đó là những ham muốn bất kể những loại ham muốn nào nhằm đạt được mong muốn của mình.* Tuy nhiên, sự khác nhau là mục tiêu của dục vọng đó là gì và phương thức để đạt được mục tiêu ấy như thế nào? Nhờ có hệ thần kinh cao cấp mà con người chân chính đã vượt lên những mong muốn thấp hèn mang tính bản năng động vật, vươn tới những cái cao đẹp hơn là do có sự điều hòa kìm chế của lý trí, bởi tính dục là tổng thể của con người, là mọi khía cạnh đặc trưng cho nam hay nữ, biến động do sự phát triển liên tục suốt trong cuộc đời. Vì vậy, GDGT phải thể hiện *ba nguyên tắc chính của triết học* là dựa trên sự phát triển một cách có hệ thống về cấu trúc, toàn diện và sự phát triển liên tục của con người.

- Tính toàn diện: tính dục là một thể tổng hòa của con người vì vậy GDGT nhằm mục đích xây dựng nhân cách con người một cách toàn diện, tôn trọng bản năng nhưng có kiểm soát của lý trí để có những hành vi, ứng xử không chỉ đơn thuần là phải phù hợp mà còn phải đẹp trong xã hội.

- Tính phát triển: vòng đời của con người luôn phát triển từ khi ra đời cho đến khi nhắm mắt xuôi tay, qua từng giai đoạn bé thơ cho đến tuổi già, mỗi giai đoạn có những nhu cầu, ham muốn khác nhau, vì vậy GDGT cũng phải có mục đích và nội dung phù hợp với từng giai đoạn của vòng đời. Do qui luật tiến hóa của sự vật, xã hội thay đổi và phát triển đòi hỏi thay đổi các quan điểm, do đó vấn đề tính dục cũng phải được nhìn nhận lại và xây dựng cho phù hợp với sự phát triển của xã hội.

- Tính hệ thống và cấu trúc: mỗi con người đều có hệ thống cấu trúc giải phẫu và sự phát triển sinh lý dựa trên hệ thống cấu trúc đó để hình thành tâm lý. Sự giáo dục và rèn luyện phải dựa trên cơ sở đó để có được một nhân cách phù hợp với xã hội.

Như vậy, khi xây dựng được nhân cách tổng hòa để biểu hiện sự ứng xử mọi khía cạnh của con người về bản thân, người khác giới, về xã hội không chỉ về tình dục, tình yêu mà còn là sự thể hiện sự kết hợp chặt chẽ và hài hòa ba qui luật cơ bản của triết học, để thể hiện một tình yêu khác giới chân chính, điều hòa những cảm xúc về tình dục, sự tôn trọng bản thân mình và người khác giới với những giá trị chân thực của con người.



- Tính giáo dục: nhằm mục đích giáo dục về mối quan hệ nhân văn và có trách nhiệm giữa nam và nữ trên các phương diện sinh học, sức khỏe sinh sản và tính dục. Vì vậy, GDGT là môn khoa học phải kết hợp hài hòa của nhiều ngành như y học, xã hội học và tâm lý học để phục đắc lực cho các nội dung của GDGT bao gồm:

- Giáo dục những hiểu biết về SKSS để tự khám phá về bản thân mình.
- Giáo dục về những hiểu biết về tình dục học, đó là sức khỏe tình dục.
- Những hiểu biết về các KHHGD, những bệnh liên quan đến sinh sản và tình dục và phòng bệnh.
- Mối quan hệ gia đình, bố mẹ và con cái, vợ chồng, nghĩa vụ và trách nhiệm của mỗi thành viên với gia đình và xã hội.

Tùy theo mỗi giai đoạn của vòng đời mà có nội dung cho phù hợp với sự phát triển của con người.

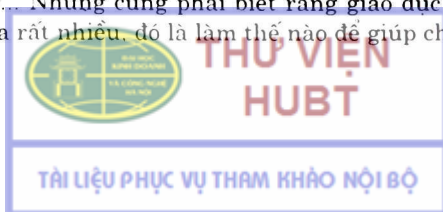
4. GDGT Ở TUỔI MẪU GIÁO VÀ TUỔI HỌC ĐƯỜNG

Hiện nay, rất nhiều người còn phân vân rằng liệu có nên giáo dục giới tính cho trẻ em ngay từ khi còn nhỏ không và nếu có thì đó có phải là một việc làm cấp thiết không? Việc giáo dục giới tính cho trẻ em là một nhu cầu của thực tế và là một vấn đề cấp thiết mà lẽ ra chúng ta phải thực hiện từ lâu rồi, nhưng vấn đề quan trọng là *nói những gì và nói như thế nào* để phù hợp với lứa tuổi của các em bởi vì ở mỗi lứa tuổi, có những mức độ nhận thức, tiếp thu cũng như nhu cầu hiểu biết khác nhau.

4.1. Giáo dục giới tính là bao hàm cả giáo dục về giới và giới tính

- Giáo dục giới là làm cho các em hiểu rằng các em thuộc phái nam hay phái nữ chứ không phải là đàn ông hay đàn bà, dạy cho các em hiểu dần về mối quan hệ và trách nhiệm của cá nhân trong gia đình và xã hội, dạy cho các em cách ăn nói, ứng xử hàng ngày phù hợp với phái nam hay phái nữ. Ví dụ như bé gái thì phải dịu dàng, không nghịch ngợm, quấy phá, lớn lên phải quan tâm nhiều hơn đến mọi người, dịu hiền, thủy mì, chăm chỉ, được dạy về nữ công gia chánh như người xưa thường nói là Công, Dung, Ngôn, Hạnh. Mang thai và sinh con là thiên chức của phụ nữ nên phải học cách ứng xử và nuôi dạy con cái. Bé trai phải mạnh bạo, dũng cảm, không khờ khạo, làm việc nặng giúp bạn gái, xóc vác và vị tha. khi lớn sẽ thể hiện sự mạnh mẽ và cương quyết của một người nam giới, dám đương đầu những công việc khó khăn, biểu hiện tính cách đàn ông.

- Giáo dục giới tính là giáo dục về giải phẫu và sinh lý con người, là vệ sinh thân thể, vệ sinh phụ nữ, sinh lý sinh sản, mang thai và sinh đẻ, quan hệ nhân văn giữa hai phái nam và nữ, vai trò và trách nhiệm của nam giới trong sức khỏe sinh sản v.v... Nhưng cũng phải biết rằng giáo dục giới và giới tính ngày nay cũng khác xưa rất nhiều, đó là làm thế nào để giúp cho các em gái phát huy



được tính sáng tạo và độc lập tự làm chủ, phát huy được những nhân tố tích cực của bản thân mình.

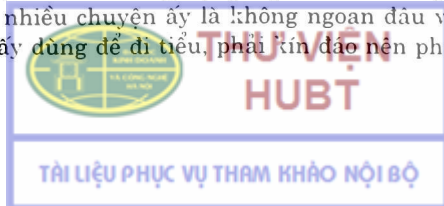
- **Giáo dục con cái để trẻ biết tự hào về giới tính của mình:** trong thực tế nhiều người mong đợi một đứa con trai nhưng khi sinh ra đứa trẻ lại là con gái vì vậy họ đã cắt tóc, mặc quần áo và dạy dỗ có phần nghiêng về con trai cho nên có một số trẻ em khi lớn lên đã phần nào mang tính cách nam giới do sự giáo dục không thích hợp này. Sự khác biệt về giới là điều hiển nhiên, nhưng sự khác biệt đó không có ý nghĩa chống đối mà là sự bổ sung cho sự hoàn hảo hơn của xã hội loài người chứ không phải là sự kỳ thị thể hiện sự bất bình đẳng về giới.

- Bình đẳng giới cần phải được giáo dục ngay từ bé. Không nên coi việc bế nức, rửa bát, quét nhà là công việc chỉ để dành riêng cho con gái bởi vì ý thức về bình đẳng giới được hình thành ngay từ những việc nhỏ, cho nên gia đình và nhà trường là những môi trường đầu tiên để giáo dục trẻ học về mối quan hệ giới (cách cư xử, trách nhiệm, nghĩa vụ, tình cảm giữa mọi người trong lớp, trong gia đình, cha mẹ con cái, thầy trò, bè bạn). Cần phải dạy cho trẻ hiểu rằng: vẻ đẹp thể chất và tinh thần có thể bổ sung cho nhau, làm cho con người hoàn hảo hơn, vì vậy GDGT cũng là một phương thức để hoàn thiện con người và giúp vươn tới những đỉnh cao hơn, hòa hợp với xã hội.

4.2. Bắt đầu GDGT cho trẻ thơ từ khi nào

Cha mẹ thường lúng túng trước những câu hỏi rất thơ ngây của con trẻ, nhiều khi không trả lời được và thường băn khoăn lo lắng về sự phát triển tâm sinh lý rất bình thường này của trẻ nhỏ. Đây là giai đoạn cần thiết để giáo dục cho trẻ hiểu và làm quen với SKSS ở mức độ phù hợp với lứa tuổi của các em. *Vậy thì cha mẹ nên giáo dục giới tính cho con cái ở lứa tuổi nào?* Cha mẹ nên nói với con cái ngay khi các em bắt đầu có nhận thức và biết phân biệt có sự khác nhau giữa nam và nữ. Nhưng khó khăn nhất là nói với các em như thế nào? Điều đó hoàn toàn phụ thuộc vào sự hiểu biết và nghệ thuật của các bậc cha mẹ. Đừng lảng tránh sự thật nhưng cũng không thể nói một cách quá cụ thể. Ví dụ bạn có thể nói: ô con gái của mẹ, vì “*cái này*” của con khác với anh cu Tý nhà bác Tèo nên con chỉ ngồi mới đi tiểu được, còn anh cu Tý nó khác với con nên anh ấy đi tiểu cũng khác con và như vậy là con trai hay con gái đấy. Trong thực tế thì rất phong phú và nếu chịu khó và đầu tư chắc chắn chúng ta sẽ có nhiều cách giải thích làm thỏa mãn trí tò mò của các em mà lại không kém phần dí dỏm.

Nhiều bà mẹ thật nan giải trước câu hỏi rất ngây thơ nhưng cũng rất thực tế của con mình như: “Mẹ ơi, con sinh ra ở đâu”. Nếu cứ nói dối thì các em càng thắc mắc và càng hỏi nhiều lần. Một trong những cách giải thích là chỉ hân vào bụng bé và nói “Đấy, con nằm trong bụng mẹ và theo đường này con ra đời, mà này, trẻ con mà hỏi nhiều chuyện ấy là không ngoan đâu và cơ giáo bảo là hư đấy” Hay là “Vì cái ấy dùng để đi tiểu, phải tìm đáo nên phải mặc quần áo cho



kín và người ta không gọi tên nó trước mặt người khác”, rồi nhanh chóng chuyển sang đề tài khác. Tuy nhiên, khi các em đã 9-10 tuổi thì chúng ta lại phải giải thích rõ ràng và cụ thể cho các em về kinh nguyệt, vệ sinh phụ nữ và khi nào thì có thể làm bố hoặc làm mẹ.

4.3. Tìm hiểu biểu hiện tính dục ở trẻ

Tính dục sơ khai của trẻ em được biểu hiện bằng những nhu cầu bản năng: thích thú, dễ chịu khi được âu yếm, vuốt ve, giải quyết những bức xúc bản năng như đại tiểu tiện.... Cơ thể con người, có những vùng sinh ra cảm giác gây khoái cảm bản thể. Khi âu yếm vỗ về trẻ nhỏ, vô tình người mẹ đã đụng chạm đến những vùng đó (đặc biệt là vùng sinh dục), vì vậy trẻ đã tò mò, tự sờ mó để lặp lại kích thích đó để đạt khoái cảm và dần dần trở thành một thói quen xấu. Cha mẹ không nên la mắng làm cho trẻ xấu hổ hoặc phản ứng thái quá (lo lắng, quát nạt hay giận dữ) khi trẻ có những biểu hiện tự kích dục mà phải bình tĩnh để giúp các em loại bỏ dần những thói quen này.

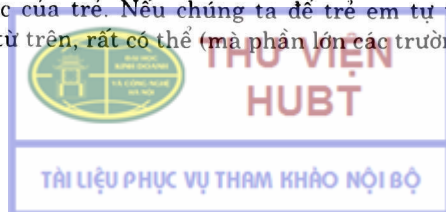
4.4. Dạy cho trẻ biết tôn trọng quyền riêng tư

Cha mẹ cần phải hiểu biết về sinh lý sinh sản và tính dục sẽ có thái độ bình tĩnh và lợi dụng cơ hội để GDGT cho trẻ nhỏ. Cha mẹ cần giải thích cho các em biết rằng:

- Bất cứ nam hay nữ cũng cần phải có sự kín đáo trước mọi người.
- Cơ quan sinh dục có chức năng gì, cần phải giữ vệ sinh như thế nào.
- Đặt ra giới hạn về những hành vi cho trẻ nhưng không làm cho trẻ thấy có lỗi hoặc cảm giác nặng nề cho trẻ.
- Không ai có quyền được đụng chạm vào cơ thể mình nếu mình không cho phép.
- Đối với các trẻ gái từ 5-6 tuổi trở lên phải nói cho các em hiểu và cách bảo vệ cơ thể mình.
- Dạy cho trẻ biết rằng: chính sự khác nhau giữa nam và nữ tạo nên những vẻ đẹp tự nhiên và các thiên chức sau này như mang thai và sinh con của phụ nữ; sự can trường, dũng cảm của nam giới để trẻ tự tin vào chính bản thân và tự bảo vệ mình.

4.5. Một số vấn đề thường gặp hàng ngày

Ngày nay, với sự bùng nổ của thông tin, các phương tiện truyền thông, đặc biệt là phương tiện nghe nhìn như tivi có một tác động rất lớn đối với trẻ em. Tác dụng tốt cũng nhiều mà tác dụng không tốt cũng không phải là ít, vì vậy có nhiều trường hợp con thích “cô tặc oai” (Kotex white) cơ, hoặc đặt những câu hỏi như ma túy là gì, gái điếm, hiếp dâm là gì làm cho người lớn khó trả lời cho phù hợp với nhận thức của trẻ. Nếu chúng ta để trẻ em tự tìm hiểu khám phá ý nghĩa của những từ trên, rất có thể (mà phần lớn các trường hợp là như vậy) các

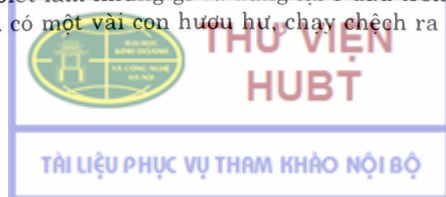


em sẽ nhận được những thông tin sai lạc, vậy thì phải giải thích một cách hợp lý mà tế nhị sẽ có tích cực hơn nhiều. Ví dụ Kotex là băng vệ sinh dùng cho phụ nữ để giữ vệ sinh, hoặc hiệp đảm là một người đàn ông ép buộc một phụ nữ phải làm một điều rất xấu đối với người phụ nữ đó và sẽ bị pháp luật trừng phạt,... Chúng ta không nên quá dè dặt nói những điều không tốt đẹp trong đời sống hàng ngày với trẻ vì trẻ rất ham hiểu biết, nếu các em được giải thích những hành vi, cư xử như thế nào là xấu, là không tốt, các em sẽ không mắc những sai lầm mà đã biết. Trẻ em cũng có quyền được biết và phân xét những hành vi cư xử không tốt của người lớn bởi vì đó chính là những bài học rất bổ ích cho chúng. Không thể kể hết những câu hỏi ngây thơ hoặc những hành vi bất ngờ mà cha mẹ phải phải giật mình và thấy rõ trách nhiệm của mình cũng như phải quan tâm hơn nữa đến sự phát triển nhân cách của con cái mình thì sự nhấn mạnh đến giáo dục giới tính một cách thường xuyên và liên tục với các hình thức thích hợp là một điều hết sức cần thiết và phải được thực hiện tốt hơn nữa.

5. GDGT Ở TUỔI VỊ THÀNH NIÊN

Vị thành niên (VTN) là nhóm tuổi từ 10 đến 19 tuổi. GDGT cho nhóm người này hết sức quan trọng vì sẽ đặt nền móng cho sự phát triển và hoàn chỉnh nhân cách con người. Nội dung và hình thức giáo dục giới tính cho nhóm người này rất phong phú và đa dạng nhằm giúp cho các em hiểu biết chức năng của cơ quan sinh sản, sinh lý và những cảm xúc, những BPTT, biết xây dựng tình bạn, tình yêu đúng mức, tình dục an toàn và có trách nhiệm. Sự phát triển của các em trong lứa tuổi này là một qui luật tất yếu, các bậc cha mẹ đừng buồn phiền vì chuyện ấy mà hãy bình tĩnh cùng các em đón nhận những thay đổi của tạo hóa. Có một điều quan trọng là hãy quan tâm tìm hiểu những nỗi băn khoăn của các em để giải thích giúp các em vượt qua những thử thách ban đầu của tuổi dậy thì. Cha mẹ thực sự là người bạn lớn của các em vì khi là người bạn thì các em mới thổ lộ hết những vướng mắc của mình, mà người bạn đó lại có kinh nghiệm và chia sẻ với các em thì đó là một điều lý tưởng trong giáo dục giới tính.

Có nhiều người cho rằng GDGT sớm sẽ dẫn đến các em tìm hiểu và thử nghiệm những điều mình biết như thế có phải là vẽ đường cho hươu chạy không? Chúng ta phải biết rằng dù ta có chỉ đường hay không thì hươu vẫn chạy và chạy lung tung, thậm chí có thể gây nhiều hậu quả tai hại bởi vì khi đã dậy thì, sự khám phá bản thân mình và quan tâm đến bạn khác giới là một qui luật tất yếu của sự phát triển về tâm sinh lý của con người. Vì vậy, các em sẽ tự tìm hiểu theo nhiều kênh thông tin khác nhau, trong đó có không ít những thông tin không đúng và sai lạc. Các em sẽ hành động một cách tự phát, nhiều khi mù quáng. Nhưng nếu chúng ta cung cấp thông tin đầy đủ và chính xác cũng như phù hợp với lứa tuổi, hoàn cảnh của các em nghĩa là báo trước và chỉ cho hươu chạy đúng đường thì không có gì là đáng ngại. Tuyệt đại đa số hươu sẽ chạy đúng đường, biết làm những gì và dừng lại ở đâu trong từng giai đoạn của cuộc đời. Tất nhiên có một vài con hươu hư, chạy chệch ra khỏi con đường được



dạy dỗ nhưng ít ra chúng cũng biết đó là **không đúng** và biết đến đâu để giải quyết những hậu quả đó. GDGT cho trẻ VTN bao gồm những vấn đề gì?

5.1. Sinh lý sinh sản

Phải dạy cho VTN biết về cấu trúc giải phẫu và sinh lý cơ quan sinh dục nam, nữ để các em có khái niệm và hiểu biết về cơ thể mình để khỏi bất ngờ và tò mò khi khám phá những điều mới mẻ về bản thân mình cũng như người khác giới. Dạy cho VTN nữ biết về sinh lý kinh nguyệt để các em khỏi ngỡ ngàng và sợ hãi khi bắt đầu hành kinh, đặc biệt là các em còn nhỏ ở tuổi 10-11, cũng như sự phóng tính đối với các em nam để các em không lo sợ khi hiện tượng đó xảy ra. Các dấu hiệu và đặc điểm của tuổi dậy thì: đó là sự phát triển về bên ngoài của cơ thể ví dụ ở nữ thì ngực to, giọng nói trong, mọc lông tơ ở mu.

5.2. Thay đổi về tâm sinh lý

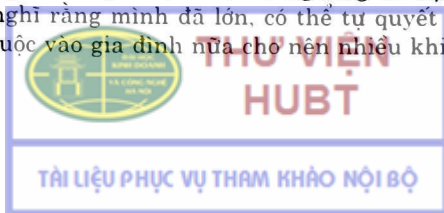
Sự chín mùi của hệ limbic ở não dẫn đến dậy thì và sự chế tiết các hormon, dẫn đến những cảm xúc về giới tính biểu hiện bằng việc bắt đầu để ý và quan sát rồi thích bạn khác giới. Đó là những cảm xúc tình dục đầu tiên, rồi ở nam giới có hiện tượng cương dương vật và xuất tinh, còn nữ giới bắt đầu có kinh nguyệt. Nhiều khi những hiện tượng này đã làm cho các em kinh hoàng nếu không được biết rằng đó là những biểu hiện của sự phát triển bình thường của cơ thể ở tuổi dậy thì.

Sự phát triển nhanh chóng về cơ thể và thay đổi về sinh lý làm cho các em tò mò muốn tự khám phá bản thân mình và người khác giới. Các em sẽ tự tìm hiểu bằng cách trao đổi với bạn bè hoặc tìm kiếm bất kể nguồn thông tin nào nên khó tránh khỏi sự sai lạc về thông tin thu nhận được. Sự tò mò tự tìm hiểu về các vấn đề trên là điều tự nhiên và tất yếu trong qui luật phát triển của con người, không có gì là xấu, nhưng phải cung cấp thông tin và kiến thức để giúp các em có được những nhận thức đúng đắn.

Song song với sự phát triển về sinh lý, tâm lý của VTN cũng phát triển. Tăng cảm xúc theo thời gian làm cho VTN dễ thay đổi tính tình gây nên một tình trạng bất ổn định mà ta thường gặp ở lứa tuổi “bùng nổ”. Những thay đổi đó biểu hiện ở những hành vi ứng xử với gia đình, bạn bè và xã hội nhiều khi làm cho người khác hiểu nhầm và đôi khi gây khủng hoảng tinh thần mà nếu không được giúp đỡ, uốn nắn sẽ có nguy cơ bị sa ngã vào những tệ nạn xã hội. Vì vậy, sự thoải mái và phát triển bình thường của VTN phụ thuộc rất nhiều vào sự yên ổn và tin cậy của gia đình, môi trường xã hội, nhà trường mà họ có được để hướng tới sự xây dựng một nhân cách tốt trong tương lai. Có 5 thay đổi chính về tâm lý chi phối toàn bộ sự phát triển nhân cách trong giai đoạn tuổi VTN.

5.2.1. Tính độc lập

VTN bắt đầu có xu hướng tách ra, ít phụ thuộc vào cha mẹ, chuyển từ sinh hoạt gia đình sang sinh hoạt bạn bè, tin ngưỡng để đạt được sự độc lập. Họ thích độc lập và nghĩ rằng mình đã lớn, có thể tự quyết định được các vấn đề, không còn phụ thuộc vào gia đình nữa cho nên nhiều khi chống đối lại cha mẹ.



Vì vậy, cha mẹ cần quan tâm nhưng phải kiên trì, mềm dẻo linh hoạt uốn nắn, không để con cái bị tự ái, làm tổn thương đến tinh thần.

5.2.2. Nhân cách

VTN cố gắng khẳng định mình như một người lớn vì vậy có những hành vi bắt chước người lớn, dễ tự ái và dễ bị kích động. Họ thường tự hỏi: ta là ai? ta có thể làm được cái gì bởi vì khó phân định một cách chắc chắn mình là trẻ con hay đã trở thành người lớn. Mặt khác, họ cũng bắt đầu phát triển về nhân cách giới và bắt đầu quan tâm tới người khác giới.

5.2.3. Tình cảm

Tình cảm cũng bắt đầu thay đổi, từ yêu thương bố mẹ, mọi người trong gia đình, bắt đầu chuẩn bị cho mối quan hệ yêu đương người khác giới: xuất hiện tình yêu bạn bè, khó phân biệt đâu là tình yêu đâu là bạn bè, tình tình dễ đổi thay, mơ mộng, xây dựng người mẫu lý tưởng để ước mơ vì vậy khi đổ vỡ họ bị khủng hoảng, mất niềm tin, chán nản. Mặt khác, VTN cũng học cách biểu lộ tình cảm và điều khiển cảm xúc cũng như phát triển khả năng yêu và được yêu, biểu hiện bởi thái độ thân mật trong quan hệ với người khác, đặc biệt là bạn khác giới.

5.2.4. Tính tích hợp

Những thông tin, quan sát thu thập được từ cha mẹ, nhà trường, xã hội bạn bè, người trung gian, các hoạt động văn hóa là cơ sở để tạo ra giá trị của bản thân và kinh nghiệm để tạo ra niềm tự tin và cách ứng xử.

5.2.5. Trí tuệ

Trí tuệ VTN liên tục được phát triển từ những thu thập và tích lũy các kiến thức của nhà trường và xã hội. VTN thường thích lập luận, suy diễn nhìn nhận sự vật theo quan điểm lý tưởng hóa. Sự phát triển trí tuệ thể hiện qua 3 nhóm tuổi:

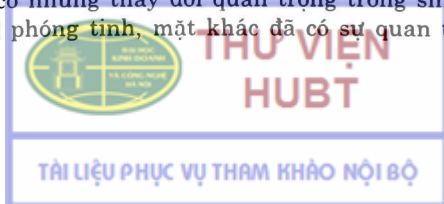
- Ở tuổi VTN sớm: bắt đầu hướng về bạn bè, dao động trong mối quan hệ ràng buộc và chống đối với gia đình đối với sự độc lập.

- Ở VTN trung bình: dao động, luôn muốn thể nghiệm xem mình đã thực sự lớn chưa, đã độc lập được chưa. Đây là giai đoạn “bùng nổ”, khó kìm chế được bản thân, dễ hành động lệch lạc, dễ bị sa ngã và bị lôi kéo, sử dụng vào việc xấu và các tệ nạn xã hội.

- Ở tuổi VTN muộn: tuyên bố sự độc lập, phát triển tính cương quyết, bắt đầu chọn lọc bạn bè, phát triển suy nghĩ về giá trị đạo đức, và bắt đầu nghĩ đến mục tiêu cuộc sống.

5.3. Nguy cơ có thai và sinh con sớm ở tuổi VTN

Trẻ VTN đã có những thay đổi quan trọng trong sinh lý biểu hiện bằng kinh nguyệt và sự phóng tinh, mặt khác đã có sự quan tâm thích thú người



khác giới và có ham muốn tình dục. Vì vậy, VTN có nguy cơ cao có thai ngoài ý muốn nếu như không được giáo dục về những điều kiện và các triệu chứng khi có thai cũng như các biện pháp tránh thai.

5.3.1. Những nguy cơ về sức khỏe do thai nghén ở tuổi vị thành niên

Do cơ thể chưa phát triển hoàn chỉnh, vì vậy có nhiều nguy cơ khi có thai và sinh đẻ. Người ta đã thấy rằng tỉ lệ tai biến do thai sản ở tuổi VTN cao hơn lứa tuổi ngoài 20 vì phải can thiệp khi sinh cao làm tăng nguy cơ tử vong và bệnh tật cho cả những người mẹ quá trẻ này và con cái của họ. Thai nghén ở tuổi VTN làm tăng tỉ lệ nhiễm độc thai nghén, thiếu máu suy dinh dưỡng, tăng tỉ lệ trẻ đẻ nhẹ cân.

Nạo hút thai không an toàn làm tăng tỉ lệ tai biến, tử vong và những hậu quả ảnh hưởng đến chất lượng sống và vấn đề sinh sản.

Do thiếu hiểu biết về sinh lý thụ thai, các biện pháp tránh thai chưa đầy đủ hoặc chưa được hướng dẫn đầy đủ nên dễ có thai không mong muốn. Khi có thai lại xấu hổ lúng túng, sợ tai tiếng nên không tìm đến các cơ sở y tế, KHHGĐ để có lời khuyên thích đáng dẫn đến phá thai muộn hoặc là phá thai ở nơi không đảm bảo an toàn.

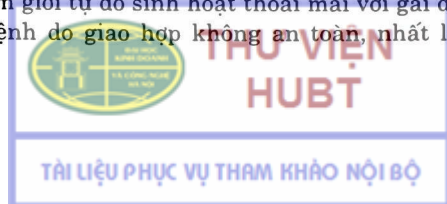
5.3.2. Hậu quả về kinh tế xã hội về vấn đề thai sản và sinh đẻ ở tuổi VTN

Khi có thai và sinh con ở tuổi VTN sẽ hạn chế khả năng học, tập dẫn đến giảm cơ hội tìm được việc làm tốt. Vì không có tiền để đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho bản thân và thai nghén cũng như cho sự hồi phục sức khỏe sau nạo phá thai hoặc sinh đẻ, dẫn đến suy giảm sức khỏe cho cả mẹ và con.

Để phục vụ những trường hợp thai nghén ở tuổi VTN, nhà nước phải chi trả trực tiếp trợ cấp y tế, xã hội. Xã hội phải chi trả chi phí gián tiếp do học vấn kém và sản phẩm kém hiệu quả của những người lao động không lành nghề. Có con sớm làm tăng tốc độ phát triển dân số. Nhiều trường hợp khi lâm vào hoàn cảnh khó khăn, VTN bỏ học để đi làm, từ bỏ quyền làm mẹ, có khi giết đứa trẻ mới sinh hoặc bị quan tị sát, làm gái mãi dâm...

5.4. Nguy cơ bị lây nhiễm các bệnh LTQĐTD

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, hàng năm có 250 triệu người bị mắc mới các bệnh LTQĐTD mà hay gặp nhất là ở lứa tuổi 20- 24, sau đó đến độ tuổi 15-19 và mỗi năm có 1/20 nữ VTN bị nhiễm bệnh LTQĐTD. Lý do lây nhiễm bệnh LTQĐTD cao ở tuổi VTN là: không biết sử dụng và ít dùng bao cao su. Mặt khác, có thể là do những cuộc tình "ngẫu hứng" nên không chuẩn bị. Tỉ lệ nhiễm HIV dưới 20 tuổi cao. Tỉ lệ mắc bệnh LTQĐTD và HIV ở nam bằng nữ. Lý do hàng đầu mắc bệnh LTQĐTD cao ở tuổi VTN là giao hợp với nhiều người hoặc một người nhưng người đó lại có nhiều bạn tình. Mặt khác, phong tục một số nước cho phép nam giới tự do sinh hoạt thoải mái với gái điếm. Phụ nữ dễ bị tổn thương và mắc bệnh do giao hợp không an toàn nhất là khi người nam giới



nhiều tuổi hơn. Hơn nữa, phụ nữ dễ bị lạm dụng tình dục, ngay cả với trẻ lang thang hoặc hành nghề mại dâm. Nghiện hút ma túy là điều kiện tốt để mắc bệnh LTQĐTD, dẫn đến làm tăng nguy cơ vô sinh và chữa ngoài tử cung. Nếu mắc bệnh LTQĐTD thì nguy cơ nhiễm HIV tăng lên 2-10 lần.

Nguyên nhân làm trẻ VTN dễ mắc bệnh LTQĐTD là thiếu hụt kiến thức về các bệnh LTQĐTD và HIV/ AIDS nên chưa nhận thức được mối nguy cơ và tầm quan trọng của việc phòng chống lây nhiễm LTQĐTD và HIV/ AIDS, chưa thấy được những nguy cơ đối với bản thân họ. Phụ nữ trẻ thường khó khăn, lúng túng khi thảo luận, vận động bạn tình về sự an toàn, bảo vệ tránh có thai và bệnh LTQĐTD, có khi bị đàn áp khi nói đến dùng bao cao su.

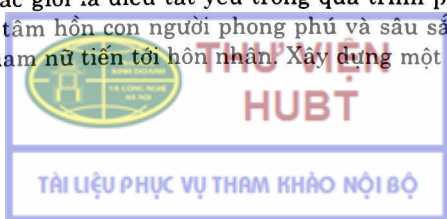
5.5. Xây dựng một tình bạn, tình yêu lành mạnh và tôn trọng lẫn nhau

Sự phát triển tính độc lập đã làm cho VTN có xu hướng rời xa gia đình, bắt đầu thiết lập mối quan hệ mới trong xã hội, đó là tình bạn và sau này sự phát triển cao hơn nữa là tình yêu nam nữ, cho nên giáo dục về tình bạn và tình yêu lành mạnh trong sáng là một vấn đề hết sức quan trọng ở tuổi VTN. Trên cơ sở có một cách nhìn nhận đúng đắn và xây dựng được mối quan hệ tốt đẹp về tình bạn thì sẽ xây dựng được tình yêu lành mạnh và trong sáng.

Tình bạn là loại tình cảm gắn bó giữa hai người cùng hoặc khác giới hoặc một nhóm người có cùng những sở thích, hợp nhau về tính tình, hoặc có chung những quan niệm sống, ước mơ và lý tưởng sống Tình bạn có vai trò rất quan trọng trong đời sống của mỗi người đặc biệt là ở lứa tuổi thanh thiếu niên bởi vì người ta có thể bộc lộ hoặc trao đổi với bè bạn những nỗi băn khoăn, bức xúc của cá nhân mình mà nhiều khi khó hoặc không thể giải quyết được trong phạm vi gia đình. Họ có thể chia sẻ với bè bạn tất cả những điều thầm kín của họ và so sánh bản thân mình với bè bạn, qua bè bạn để kiểm chứng, tự đánh giá rút ra những ưu điểm và những tồn tại để tự hoàn thiện mình. Tình bạn tốt, trong sáng sẽ động viên giúp đỡ mọi người cùng tiến bộ. Nhưng tình bạn xấu sẽ lôi kéo VTN vào những hành vi cư xử xấu, vào những tệ nạn xã hội thậm chí vào tội lỗi.

- Tình bạn tốt là phải có trách nhiệm, bình đẳng và tôn trọng nhau, giúp nhau cùng tiến bộ. Sự chân thành, tin cậy và có trách nhiệm với nhau là điều kiện đảm bảo cho một tình bạn bền vững và sâu sắc vì sự chân thành và tin cậy sẽ làm cho mọi người cởi mở, dễ dàng trao đổi những tâm tư thầm kín, ngay cả những lỗi lầm rồi cùng nhau chia sẻ, phân tích, phê phán và tìm cách khắc phục đó là biểu hiện tinh thần trách nhiệm của tình bạn. Sự đồng cảm sẽ giúp chia sẻ vui buồn, làm vơi đi phiền muộn đồng thời cũng nhân lên những thành công, kết quả của bạn bè. Quan hệ bạn bè rộng rãi không hề làm giảm sự gắn bó sâu sắc trong nhóm bạn thân mà tạo điều kiện giao lưu học hỏi được nhiều hơn.

- Tình bạn khác giới là điều tất yếu trong quá trình phát triển nhân cách con người, làm cho tâm hồn con người phong phú và sâu sắc hơn và đó cũng là cơ sở cho tình yêu nam nữ tiến tới hôn nhân. Xây dựng một tình bạn khác giới ở



tuổi VTN là xây dựng mối quan hệ nhân văn và có trách nhiệm giữa nam và nữ, đặt nền tảng cho sự phát triển nhân cách và tình yêu sau này. Ngoài những đặc tính chung cho tình bạn cùng giới, tình bạn khác giới là một điều kiện tự hoàn thiện cá nhân mình để phù hợp với người khác giới. Tình bạn khác giới làm tôn thêm vẻ đẹp cho người khác giới vì bản năng ai cũng muốn hoàn hảo, lịch thiệp và làm hài lòng người khác giới, muốn được bạn khác giới tôn trọng và đánh giá cao bản thân mình. Tuy nhiên, tình bạn khác giới cũng có một “khoảng cách” không thể dễ dàng bộc lộ hết nỗi niềm như bạn cùng giới mặc dù hết sức quý mến nhau. Không phải tất cả những tình bạn khác giới đều dẫn đến tình yêu, nhưng nếu tình yêu là kết quả của tình bạn khác giới thân thiết với tình cảm sâu sắc, hiểu biết và tôn trọng lẫn nhau sẽ trở nên bền vững hơn nhiều.

- Tình yêu bè bạn hay tình yêu tuổi học trò là một loại tình cảm đặc biệt và tất yếu. Hầu hết các bạn trẻ ở tuổi VTN đều có một mối tình học trò, không ít thì nhiều, với nhiều mức độ sâu sắc khác nhau. Tình yêu học trò là loại tình cảm đặc biệt pha trộn giữa tình bạn và tình yêu đích thực. Không gặp nhau thì nhớ nhưng khi gặp nhau thì là trò trẻ con bởi vì sự quan tâm hơi thái quá, nhiều khi không thể giải thích được rằng rõ ràng là tình yêu, đâu là tình bạn. Tuy nhiên, sự gắn bó khăng khít cũng như quan tâm hỗ trợ giúp đỡ để cùng tiến bộ đã đem lại nhiều lợi ích cho sự phát triển nhân cách vì:

+ Tình yêu bè bạn sẽ giúp cho VTN *tăng cường lòng tự tin* vì thấy mình đã lớn, đã có người tin cậy, hỏi ý kiến mình và mình có thể che chở, cứu mang giúp đỡ cho người khác, thấy mình có giá trị và lớn hơn.

+ Nâng cao kỹ năng giao tiếp xã hội và phát triển những kỹ năng để hòa hợp vì những lần hò hẹn, giao lưu bè bạn, đến chơi với bè bạn, gia đình của người bạn khác giới làm cho họ có nhiều cơ hội để tiếp xúc với nhiều tầng lớp, con người trong xã hội. Những dịp này đã làm phong phú thêm kiến thức trong cuộc sống và kỹ năng ứng xử để phù hợp với từng hoàn cảnh, từng đối tượng trong gia đình và xã hội tạo nên một sự hòa hợp với mọi người.

+ Là dịp để tìm hiểu, khám phá những đặc tính tâm lý và nhu cầu khác giới nhằm tìm những cách thức để đáp ứng nhu cầu của nhau.

+ Giáo dục về xây dựng một tình bạn, tình yêu lành mạnh đó là biểu hiện sự tôn trọng nhau bởi vì tình yêu là một bước phát triển cao hơn tình bạn, là một dạng tình cảm thiêng liêng, đẹp đẽ nhất của con người, thể hiện sự đồng cảm sâu sắc, thúc đẩy hai người khác giới hòa nhập với nhau về thể xác, tâm hồn suốt cả cuộc đời, mang lại hạnh phúc to lớn. Tình yêu tuổi VTN là trong sáng và ngây thơ, nồng nhiệt nhưng nặng về cảm xúc mà thiếu sự kiểm soát về lý trí và kinh nghiệm ứng xử trong những tình huống gay gắt, dễ xảy ra những sai lầm đáng tiếc cho nên cần phải trang bị cho VTN những kỹ năng để đánh giá và ứng xử với bạn khác giới.

+ **Hành vi quý trọng bản thân mình.** Quý trọng bản thân mình không có nghĩa là ích kỷ, chỉ biết có lợi cho cá nhân mình. Vì vậy, quý trọng bản thân mình thì cũng biết quý trọng bản thân người khác, đòi hỏi không được có những hành vi làm tổn hại đến bản thân mình thì đương nhiên cũng không được làm phương hại đến người khác.

+ Ngoài ra, tình cảm gắn bó lành mạnh còn giúp VTN rèn giũa được tính trung thực và ngay thẳng, tôn trọng những qui định của gia đình và các qui chuẩn về đạo đức của xã hội.

5.6. Tình dục an toàn và lành mạnh

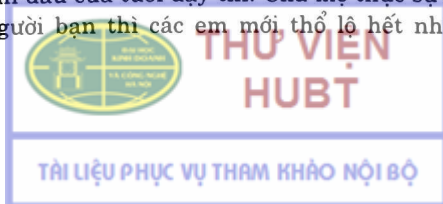
Cần phải giáo dục cho VTN biết những khái niệm về tình dục, nhưng ở mức độ cần những kiến thức cơ bản mà không nên sâu quá sẽ khô gò, suông sáo, vì vậy trước tiên phải nhấn mạnh tình dục lành mạnh là đảm bảo tính pháp lý cũng như phù hợp với lứa tuổi và hoàn cảnh. Như vậy, ở tuổi VTN thì chưa thể và chưa nên có tình dục. Cũng không nên duy ý chí, cảm đoán một cách cực đoan, mà phải thuyết phục, vận động, gợi mở những phương thức giải tỏa bức xúc, căng thẳng bằng các hoạt động khác, để khuyến khích mỗi cá nhân tìm được cách giải quyết riêng những bức xúc hoặc hiện trạng của cá nhân họ. Tình dục an toàn là phải đảm bảo cho bạn tình không bị lây nhiễm các bệnh tật cũng như không làm đau đớn hoặc tổn thương cho bạn tình; khi có sự cố xảy ra thì cùng nhau tìm biện pháp khắc phục. Đây là một vấn đề rất nhạy cảm, vì vậy muốn đạt được hiệu quả mong muốn phải có kĩ năng thuyết phục tốt và nghệ thuật trình bày vấn đề dễ hiểu và trong giới hạn phù hợp với tuổi VTN.

5.7. Các BPTT

Có cần phải phổ biến các BPTT cho VTN không. Có lẽ cho đến nay, hầu hết mọi người đều thấy cần thiết phải phổ biến những BPTT cho VTN nhưng biện pháp nào là thích hợp và nên phổ biến theo phương pháp nào để đạt được hiệu quả. Những BPTT phù hợp với tuổi VTN là bao cao su, viên thuốc tránh thai kết hợp nhưng phải có hướng dẫn cụ thể. Cần phải giới thiệu chu đáo các biện pháp tránh thai khẩn cấp bởi vì đa số thai ngoài ý muốn ở trẻ VTN là do ngẫu hứng, không được bảo vệ cho nên các BPTT là rất quan trọng ở lứa tuổi này.

6. MỐI HỆ GIỮA CHA MẸ VÀ CON CÁI

Vì tình dục là một thực thể, sự phát triển các em là một qui luật tất yếu, các bậc cha mẹ đừng buồn phiền về chuyện ấy mà hãy bình tĩnh cùng các em đón nhận những thay đổi của tạo hóa. Có một điều quan trọng là hãy quan tâm tìm hiểu nhưng nổi băn khoăn của các em để giải thích giúp các em vượt qua những thử thách ban đầu của tuổi dậy thì. Cha mẹ thực sự là người bạn lớn của các em vì khi là người bạn thì các em mới thổ lộ hết những vướng mắc của



minh, mà người bạn đó lại có kinh nghiệm và chia sẻ với các em thì đó là điều lý tưởng trong giáo dục giới tính.

Các phương thức giáo dục giới tính rất đa dạng và phong phú. Ngoài những hình thức truyền thông, trò chuyện cởi mở, cũng có thể làm như vô tình để những tờ rơi, sách báo có bài viết nghiêm túc về GDGT để các em tự đọc và tìm hiểu vấn đề của các em. Việc kết hợp chặt chẽ giữa gia đình và nhà trường, xã hội và đoàn thể như Đội Thiếu niên tiên phong hay Đoàn Thanh niên cộng sản Hồ Chí Minh, các câu lạc bộ, nhóm bạn có một vai trò không nhỏ trong sự thành công về GDGT cho trẻ VTN. Cần phải nhấn mạnh rằng, cha mẹ hãy hiểu và chia sẻ với con cái và thật sự như một người bạn lớn của các em. Nhiều công trình nghiên cứu ở nước ngoài cho thấy, trẻ VTN được nói chuyện cởi mở với cha mẹ về những vấn đề giới tính có xu hướng biết kiểm chế hơn, thận trọng hơn, biết sợ các bệnh LTQĐTD hơn và không sớm sinh hoạt tình dục. Mặt khác, cha mẹ cũng phải hiểu rõ rằng sự khỏe mạnh về thể chất phù hợp với lứa tuổi, sự quan tâm dạy dỗ giúp cho các em có trí tuệ tốt và có một tâm hồn phong phú, nhân hậu và cởi mở chính là kiềng ba chân của GDGT.

7. GIÁO DỤC GIỚI TÍNH CHO NHÓM NGƯỜI Ở TUỔI SINH SẢN

Đó là lứa tuổi từ 15 - 49 theo như sự phân nhóm của Tổ chức Y tế Thế giới. Tuy nhiên, chủ yếu là từ ngoài 20 tuổi trở lên vì đó là tuổi hôn nhân và sinh đẻ, vì vậy nội dung GDGT ở nhóm tuổi này là giáo dục về sinh lý sinh sản, nhu cầu của con người đối với tình dục cũng như vai trò của tình dục đối với sức khỏe con người. Giáo dục sức khỏe tình dục là ý nghĩa khoa học của tình dục chứ không phải giáo dục những hành vi SHTD. Ví dụ như giáo dục về tình dục an toàn và có trách nhiệm. Tình dục an toàn là không làm cho bạn bị bệnh, không có thai ngoài ý muốn, có trách nhiệm chia sẻ, không gây đau đớn. Khi có sự cố xảy ra thì cùng nhau chia sẻ, giải quyết Vai trò của nam giới hoặc nữ giới trong gia đình, nuôi dạy con cái. Những bất cập trong gia đình và hướng khắc phục. Cũng phải nhấn mạnh các giai đoạn có thay đổi tâm sinh lý do thay đổi nội tiết, những hẫng hụt do suy giảm các tuyến dẫn đến sự thiếu hụt các hormone ảnh hưởng đến cuộc sống bản thân và gia đình. Ví dụ như rối loạn quanh thời kỳ mãn kinh, hội chứng thiếu một phần testosterone ở nam giới.... Giá trị của hôn nhân, hạnh phúc gia đình và những vấn đề tình dục ngoài hôn thú. Giáo dục về các biện pháp KHHGD phải được lồng ghép vào các chương trình, đa dạng hóa và xã hội hóa, trên cơ sở là vận động, thương lượng về tình dục, áp dụng các biện pháp tránh thai. Mỗi người phải biết nhiều BPTT và những BPTT phải luôn sẵn có để đáp ứng nhu cầu của khách hàng. Mỗi người phải biết cách và tự nguyện lựa chọn những BPTT thích hợp với bản thân và phù hợp với những thời điểm nhất định trong cuộc đời họ. Cũng phải giáo dục cho những người ở nhóm tuổi này hiểu và ghi nhớ rằng nạo phá thai không phải là một biện pháp tránh thai và nạo phá thai có những nguy cơ, nhiều khi đe dọa đến tính mạng của người phụ nữ.



Giáo dục vệ sinh một cách toàn diện, đặc biệt là vệ sinh phụ nữ, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh sau khi sảy thai, nạo hút thai và sau khi sinh cũng như SHTD. Giáo dục cho họ biết các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản bao gồm cả HIV/AIDS và những nguy cơ cũng như hậu quả của nó (xem bài Một số vấn đề về bệnh LTQĐTD).

8. GIÁO DỤC GIỚI TÍNH CHO NGƯỜI CAO TUỔI

GDGT ở người cao tuổi là một vấn đề hết sức tế nhị vì những người ở lứa tuổi này chịu nhiều ảnh hưởng và bị chi phối những quan niệm cũ và lễ giáo phong kiến, đồng thời do thay đổi hormon sinh dục, do yêu cầu xã hội và hoàn cảnh gia đình đã có con cháu, con rể hoặc là có các cháu, nên họ cần có những bài giảng phù hợp, tốt nhất là hình thức với sinh hoạt câu lạc bộ, các hội đoàn thể.

Giáo dục về sinh lý sinh sản ở người cao tuổi

Đây là một việc làm cần thiết vì tuyệt đại đa số họ không biết sinh lý thời kỳ này. Mặc dù không còn khả năng sinh sản, nhưng nhu cầu về tình dục vẫn còn ở cả nam giới lẫn nữ giới mặc dù có sự thay đổi nhiều so với trước đây, nhưng sự thay đổi đó không tương xứng giữa nam và nữ.

- Ở nữ giới, do hai buồng trứng không hoạt động để tiết ra estrogen nữa nên có sự thiếu hụt về hormon sinh dục, dẫn đến nhiều phiền muộn trong cuộc sống đồng thời cũng làm giảm nhu cầu về tình dục và khó khăn khi SHTD. Mặt khác, do xấu hổ với con cháu và những yếu tố khách quan khác nên họ thường lảng tránh và từ chối SHTD (xem thêm bài *Những rối loạn thời kỳ mãn kinh*).

- Đối với nam giới, sự thiếu hụt một phần testosterone dẫn đến rối loạn cương dương làm giảm nhu cầu mong muốn cũng như chất lượng khi SHTD (xem bài *SKSS nam giới- một vấn đề chưa được quan tâm*).

Khả năng tình dục giảm dần theo tuổi tác

Đây là một qui luật hầu như cho tất cả mọi người, nhưng tuổi tác không làm cho con người đoạn tuyệt hoàn toàn với tình dục, nhu cầu tình dục của người cao tuổi vẫn tồn tại đến tuổi 70. Vì vậy, khi sức khỏe cho phép, người cao tuổi vẫn có thể SHTD, tuy nhiên mức độ như thế nào là vừa phải thì phụ thuộc vào nhu cầu, khả năng và hoàn cảnh của từng người. Có sự khác nhau về mức độ và nhu cầu giữa nam và nữ. Tuy nhiên, nam giới biểu hiện rõ rệt và mạnh mẽ hơn. Nam giới cũng quan tâm và chịu ảnh hưởng nặng nề vì sự cương dương khó khăn hơn cũng như duy trì sự cương dương cũng ngắn hơn và mỗi lần như vậy, họ cảm thấy bị tổn thương, thiếu tự tin và mặc cảm. Chính sự mặc cảm sợ “thất bại” lại làm tăng khả năng “bất lực” cho những lần sau. Những lần thất bại, không thỏa mãn ở bản thân hoặc bạn tình làm cho tinh thần căng thẳng và nếu không được sự chia sẻ, thông cảm giúp đỡ nhau sẽ tác động không nhỏ đến tình cảm và hạnh phúc gia đình.



Những người cao tuổi thường quan tâm tới các nguyên nhân làm ảnh hưởng đến đời sống tình dục như các yếu tố xã hội, tình cảm và thể chất mà ít khi nghĩ đến một bệnh thực thể nào đó đã tác động trực tiếp đến vấn đề tình dục của họ. Tuổi tác có thể làm giảm nhưng không làm mất hoàn toàn nhu cầu về tình dục của con người, vì vậy cần phải giáo dục cho người cao tuổi hiểu rằng tình dục là một nhu cầu thực thể và cần thiết, nhiều khi giúp giải tỏa phiền muộn và mang lại niềm vui cho con người. Người cao tuổi cần được tư vấn để giúp hiểu được qui luật của tạo hóa, đồng thời cũng phải bổ sung hormon để cải thiện chất lượng sống. Tuy nhiên, phải nhấn mạnh rằng khả năng SHTD phụ thuộc vào nhu cầu và sức khỏe của từng cá thể, không nên lạm dụng vì sinh hoạt không điều độ sẽ ảnh hưởng rất xấu đến sức khỏe chung. Cũng không nên sử dụng các thuốc kích dục như Viagra vì y văn thế giới đã khuyến cáo nhiều trường hợp đột quỵ do sử dụng thuốc. Tốt nhất là sức khỏe và khả năng đến đâu nên sử dụng đến đó. Vả lại, tình dục chỉ là một phần của cuộc sống, không phải suy giảm tình dục là giảm toàn bộ ý nghĩa cuộc đời. Cũng cần giáo dục cho người cao tuổi biết về vệ sinh và các vấn đề của người cao tuổi, để phòng tránh cũng như góp phần nâng cao chất lượng sống của họ.

CƠ SỞ KHOA HỌC CỦA VIỆC SINH CON TRAI HAY GÁI VÀ HỆ LỤY CỦA CHỌN LỘC GIỚI

1. CƠ SỞ KHOA HỌC VỀ SINH CON TRAI HAY GÁI

Sinh con là kết quả của sự thụ thai nghĩa là kết hợp một noãn (thường gọi là trứng) với một tinh trùng khỏe mạnh. Noãn có 22 nhiễm sắc thể (NST) thường và một NST giới tính X (mang giới tính nữ). Tinh trùng có hai loại: một loại có 22 NST thường và một NST giới tính X (cũng mang giới tính nữ); một loại có 22 NST thường và một NST giới tính Y (mang tính nam). Khi noãn kết hợp với tinh trùng mang nhiễm sắc thể X thì $X + X = XX$ sẽ sinh ra con gái. Khi noãn kết hợp với tinh trùng mang NST Y thì $X + Y = XY$ sẽ sinh con trai.

Vấn đề là làm thế nào để các cặp vợ chồng chủ động tạo ra được một trong hai cơ chế đó. Điều này đã làm cho nhiều nhà y học, di truyền học quan tâm trong vài thập kỷ qua. Sau khi đi sâu nghiên cứu nhiều vấn đề có liên quan đến tinh trùng và noãn của người cùng các điều kiện và hoàn cảnh thụ thai, họ đã rút ra những kết luận quan trọng và đề xuất những giải pháp có giá trị lý luận và thực tiễn và khẳng định chắc chắn là việc sinh con trai hay gái là do người nam giới quyết định (vì mang nhiễm sắc thể Y).

Qua nghiên cứu tính chất của hai loại tinh trùng, các nhà khoa học đã đề ra các phương pháp để tách chúng như sau:

- Phương pháp nhuộm màu: bằng phương pháp nhuộm màu đặc biệt, người ta thấy có hai loại tinh trùng bắt màu khác nhau. Số lượng 2 loại bằng nhau; suy ra cấu tạo số dân trong xã hội với số lượng trai, gái xấp xỉ nhau (có lệch nhau một ít, nữ nhiều hơn nam, do nhiều nguyên nhân).

- Phương pháp điện ly hoặc điện phân: khi cho tinh dịch vào điện trường thì tinh trùng Y bị hút về cực âm, tinh trùng X về cực dương. Khi lấy một trong hai loại đó và bơm vào tử cung của người phụ nữ vào thời điểm thích hợp, đạt tỉ lệ thành công 80-90%. Phương pháp này phức tạp, khó áp dụng, có thể dẫn đến dị dạng bẩm sinh ở thai nhi.

- Phương pháp ly tâm: dựa vào các tính chất của hai loại tinh trùng (tinh trùng Y bé, đầu tròn, trọng lượng riêng là 1,07; tinh trùng X to, đầu bầu dục, trọng lượng riêng là 1,17), người ta đã tách chúng bằng phương pháp ly tâm. Gần đây, một nhóm bác sĩ Nhật đang làm theo phương pháp này. Tỉ lệ thành công cao. Tuy nhiên, phương pháp này đòi hỏi kỹ thuật cao, khó áp dụng rộng rãi.

- Thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm khi phôi ở dạng phôi nang, lấy một tế bào để chẩn đoán gen hoặc giới tính rồi thực hiện chuyển phôi vào tử cung...



Các phương pháp trên phức tạp, phải sử dụng kỹ thuật cao, không tự nhiên, khó phổ cập, nhất là ở nước ta và các nước đang phát triển. Hơn nữa, chúng dễ gây ra tình trạng thai không bình thường.

- Phương pháp hóa học: dựa vào tính chất ưa acid của tinh trùng X và ưa kiềm của tinh trùng Y, người ta đã đề ra phương pháp đơn giản là thụ tinh âm đạo trước khi giao hợp 2 giờ bằng một dung dịch kiềm nhẹ hay acid để hỗ trợ và loại trừ một trong hai loại tinh trùng. Nhưng kết quả của phương pháp này cũng không rõ ràng và chưa có bằng chứng khoa học thông qua các nghiên cứu kiểm chứng khoa học mà phần lớn là kinh nghiệm cá nhân và truyền miệng cho nhau như sau: muốn sinh con gái, cần hỗ trợ cho tinh trùng X, loại trừ tinh trùng Y, dùng một thìa cà phê nước cốt chanh tươi hòa trong 1 lít nước đun sôi để nguội; còn muốn sinh con trai thì cần hỗ trợ cho tinh trùng Y, loại trừ tinh trùng X, dùng một thìa cà phê thuốc tiêu muối (bicarbonat natri) hòa trong một lít nước đun sôi để nguội để thụ tinh rửa âm đạo. Tuy nhiên, kết quả đạt được nhiều khi không như mong muốn.

Dựa vào cơ chế phóng noãn và thời gian sống trong đường sinh dục nữ của noãn và tinh trùng, người ta thấy rằng nếu SHTD ngay sau khi phóng noãn thì khả năng có con trai nhiều hơn. Ở đây cũng chỉ nói là *có khả năng* chứ không phải là khẳng định. Nếu muốn sinh con gái, nên sinh hoạt tình dục trước ngày phóng noãn từ một đến hai ngày. Không giao hợp trong ngày phóng noãn. Khi sinh hoạt, nếu cả hai người đạt được khoái cảm nhiều thì lượng tinh dịch xuất ra nhiều hơn; người phụ nữ đạt được cực khoái sẽ có những cơn co bóp tử cung, khi tử cung đàn sẽ tạo áp lực âm, hút tinh trùng vào buồng tử cung dễ dàng hơn làm tăng khả năng thụ thai.

- Thực hiện chế độ ăn hợp lý: từ năm 1985, giáo sư nhi khoa người Pháp Joseph Stowkowski đã chú ý đến mối quan hệ giữa sự biến dưỡng khoáng chất và sự phân phối giới tính. Qua hàng loạt nghiên cứu, 10 năm sau, tác giả đưa ra hai chế độ ăn uống để sinh con trai, con gái theo ý muốn. Theo tác giả này, muốn sinh gái thì phải ăn nhạt, vì nếu thiếu muối, hoạt động của tuyến thượng thận sẽ gia tăng. Chúng tiết ra nhiều kích tố thượng thận, làm cho kali (K) bị loại ra khỏi các mô tế bào, tức là tạo ra một môi trường acid khá mạnh ở phụ nữ. Những thức ăn như bơ sữa, các sản phẩm của sữa và rau xanh có thể thích hợp với các bà mẹ muốn sinh con gái. Còn nếu muốn sinh con trai, người mẹ phải ăn thức ăn mặn, các món khoai tây, thịt, cà chua. Trong 20 năm thử nghiệm trên các loài bò sát, tác giả nhận thấy những con được ăn nhiều chất Na, Ca, K hầu hết đều sinh con đực. Stowkowski cũng nhận thấy rằng, sự biến thái của nòng nọc tùy thuộc vào môi trường nuôi chúng. Môi trường giàu K sẽ cho ra nhiều con đực, giàu Ca hoặc Mg thì nòng nọc cái nhiều hơn. Ở môi trường nuôi trung tính, tỉ lệ đực cái bằng nhau. Thử nghiệm trên chuột cống, tác giả cũng nhận thấy nếu ăn nhiều K hoặc không có Ca, chuột mẹ sẽ đẻ nhiều chuột đực; ngược lại, chúng sẽ đẻ nhiều chuột cái.



Lefèvre ở Argentina đã nghiên cứu khẩu phần thức ăn của khoảng 2.600 con bò ở hơn 130 trang trại và nhận thấy, tùy theo hàm lượng khoáng chất của đất và của phân bón, loại cỏ mà bò mẹ ăn sẽ quyết định việc nó sinh ra bê đực hay bê cái nhiều hơn. Nếu thức ăn giàu K, sẽ có nhiều bê đực. Từ đó, người ta đã đề ra khẩu phần thức ăn trong chăn nuôi bò mẹ như sau: muốn có nhiều bê đực để lấy thịt, cần thêm K, NaCl (muối ăn), loại bột thực vật giàu kim loại kiềm thổ (C, Mg) như cỏ Lurerne, muốn có nhiều bò sữa thì thêm vào thức ăn vitamin D, Ca, Mg.

Nhưng con người thì khác, đặc biệt mỗi cá thể có những đặc điểm riêng, mọi người nói chung thì giống nhau về qui luật nhưng có những điểm khác nhau về sinh vật cá thể, cho nên có thể đúng với người này nhưng lại không đúng với người khác. Việc ăn mặn có con trai chưa thấy kết quả nhưng nếu kéo dài thì là một nguy cơ gây tăng huyết áp.

Lorrain J. (một giáo sư người Canada), chủ trì một nhóm nghiên cứu về mối quan hệ giữa việc sinh con trai, gái và khoáng chất trong thức ăn cho biết: trong số 100 cặp vợ chồng được nghiên cứu (phần lớn chỉ sinh con trai), có 80% đã vô tình theo chế độ ăn quá mặn. Những cặp sinh toàn con gái lại ăn nhiều thức ăn giàu kim loại kiềm thổ hơn. Về sau, ông thử nghiệm phương pháp này để thụ thai cho 216 phụ nữ, kết quả là 175 trường hợp thành công (81%).

Trong một nghiên cứu khác, có 24 trong tổng số 30 cặp vợ chồng ăn uống theo chế độ sinh con trai cho kết quả như sau: 16/20 cặp ăn theo cách sinh con gái đã có sinh con gái. Năm 1977, nữ bác sĩ Michelle Du hoàn thành việc nghiên cứu trên 102 phụ nữ chỉ sinh toàn trai hay toàn gái (chế độ ăn uống của họ được xác định cẩn thận về tỉ lệ khoáng chất hằng ngày). Kết quả là ở 84% phụ nữ sinh con trai, tỉ lệ các thành phần K và Na cao gần gấp 4 lần so với Ca và Mg. Ở 80% phụ nữ sinh con gái, tỉ lệ K và Na chỉ cao gấp đôi.

Một thí nghiệm lâm sàng ở Bệnh viện Phụ sản Port Royal năm 1976 cũng cho thấy, trong số 27 phụ nữ sử dụng phương pháp ăn uống để sinh trai hay gái theo ý muốn, có 19 người thành công. Srowkowski cũng đã phối hợp với Krow JG. để thực hiện cho 38 trường hợp, kết quả là có 32 trường hợp thành công.

Ở Việt Nam, cuối năm 1983, phó giáo sư Nguyễn Ngọc Toàn và bác sĩ Phạm Ngọc Phú (Viện Quân y 108, Hà Nội) cũng đã soạn 5 thực đơn cho các cặp vợ chồng trong diện sinh đẻ (áp dụng với hướng dẫn cụ thể của Viện).

Gần đây, có một số sách giới thiệu các chế độ ăn uống hoặc sinh hoạt để sinh con trai nhưng không có cơ sở khoa học, không có kết quả trong thực tế, chủ yếu là quảng cáo để khám chữa bệnh, mục đích về kinh tế, không những không có giá trị mà về mặt nào đó đã vi phạm pháp lệnh của nhà nước về lựa chọn giới tính. Vì vậy, những nội dung ở đây chỉ mang tính tham khảo, để hiểu rõ hơn cho cá nhân và tư vấn cho cộng đồng.



THƯ VIỆN
HUBT

Theo Michelle Duc, nếu muốn sinh con trai, người mẹ cần ăn mặn, còn muốn sinh con gái thì ăn nhạt. Vì vậy, những người có bệnh huyết áp cao, bệnh thận, phù nề thì không thể ăn uống theo chế độ sinh con trai; nếu có bệnh sỏi thận, phải kiêng các chất có calci thì không nên ăn chế độ sinh con gái. Việc áp dụng phương pháp này cũng phiền hà và phức tạp, phải lựa chọn thức ăn, uống trong 10 tuần. Việc ăn quá mặn hoặc quá nhạt đều dễ gây rối loạn dinh dưỡng, ảnh hưởng đến sức khỏe của hai vợ chồng, khiến nôn và tình trạng kém về chất lượng, ảnh hưởng không tốt đến thai.

- Dựa trên tốc độ và thời gian tồn tại lệch nhau của 2 loại tinh trùng: bác sĩ sản khoa Laudrum B. Shetles ở Đại học Colombia (Mỹ) khi nghiên cứu về tinh trùng của người đã tìm ra tính chất sau: tinh trùng Y di chuyển nhanh nhưng chết sớm; tinh trùng X di chuyển chậm nhưng sống dai. Ông đã đề ra giải pháp: vợ chồng gặp nhau trước hoặc đúng ngày phóng noãn. Gặp nhau trước ngày phóng noãn sẽ dễ sinh con gái vì tinh trùng mang NST Y di chuyển nhanh hơn nên đến buồng trứng sớm hơn trong khi noãn chưa được phóng ra nên tự tiêu đi, trong khi đó tinh trùng mang NST X di chuyển chậm hơn, khi đến được buồng trứng sẽ đúng lúc phóng noãn sẽ thụ thai và sinh con gái.

Bác sĩ Ericson (Mỹ) đã làm thí nghiệm: cho tinh trùng người chạy qua chất albumin của bò. Tinh trùng Y chạy nhanh hơn, được hứng lấy, bơm vào tử cung của phụ nữ. Kết quả là gần 100% trường hợp có thai trai theo ý muốn. Còn muốn sinh con gái thì hứng tinh trùng X và tỉ lệ thành công cũng cao. Phương pháp này phức tạp lại không tự nhiên nên ít được dùng.

Có tác giả cho rằng vợ chồng gặp nhau từ ngày thứ 7 đến ngày thứ 11 kể từ ngày bắt đầu hành kinh (trong chu kỳ 28 ngày) thì sinh con gái; còn gặp nhau vào ngày phóng noãn thì sinh con trai.

Cách xác định ngày phóng noãn

- Tính theo kỳ kinh: trước kỳ kinh 14 ngày là ngày phóng noãn dù chu kỳ kinh nguyệt dài hay ngắn. Ngày thứ nhất là ngày bắt đầu hành kinh. Nếu chu kỳ 28 ngày thì ngày thứ 14 là ngày phóng noãn (tức là $28 - 14 = 14$). Nếu chu kỳ 29 ngày thì đó là ngày thứ 15. Nếu là 30 ngày thì phóng noãn vào ngày thứ 16.

Ở những người kinh nguyệt không đều (do sức khỏe không bình thường, cuộc sống gia đình không vui tươi thoải mái, nếp sinh hoạt, nghỉ ngơi không hài hòa), cách xác định trên không chính xác, không nên áp dụng để chủ động thụ thai theo giới tính hoặc để tránh thai.

- Do thân nhiệt: dùng nhiệt kế để theo dõi thân nhiệt mỗi sáng trước khi xuống giường vào một giờ nhất định, ghi lên bảng theo dõi. Chỉ sử dụng một nhiệt kế để tránh sai số và lấy ở một nơi nhất định trên cơ thể (như ở hậu môn hoặc âm đạo). Nếu lấy ở nách hoặc miệng thì nhiệt độ thấp hơn $0,3 - 0,5^{\circ}\text{C}$. Sau khi hành kinh đến trước ngày phóng noãn 2 ngày, thân nhiệt thấp hơn thân nhiệt trung bình $0,2 - 0,3^{\circ}\text{C}$. Trong vòng 2 ngày trước khi phóng noãn, thân nhiệt

tụt xuống thêm $0,1-0,2^{\circ}\text{C}$ (điểm thân nhiệt thấp nhất là ngày sắp phóng noãn). Ngày phóng noãn (thường là 13-16 ngày trước khi thấy kinh), thân nhiệt đột ngột tăng lên $0,3-0,5^{\circ}\text{C}$ (trên thân nhiệt trung bình $0,1-0,2^{\circ}\text{C}$) và cứ giữ như vậy cho đến cuối chu kỳ, sau đó tụt xuống để sang một chu kỳ khác.

Theo dõi kết quả đo thân nhiệt của một số chị em, người ta thấy đường biểu diễn đi từ thấp lên cao, có khi lên liên tục 2-3 ngày. Nguyên nhân là trong buổi sáng đầu tiên, nhiệt độ mới lên một ít, sáng hôm sau tăng thêm một ít nữa. Trong trường hợp này, ngày thứ hai hoặc thứ ba là ngày phóng noãn.

Cần theo dõi nghiêm túc trong ba chu kỳ liên để thấy quy luật thân nhiệt của mình. Sau đó, người phụ nữ có thể đo vài ngày trong một chu kỳ trước khi phóng noãn là xác định được ngày phóng noãn. Những phụ nữ có kinh nguyệt không đều và đang cho con bú có thể sử dụng phương pháp này để tránh thai.

- Những dấu hiệu khác:

Chỉ số cổ tử cung bao gồm độ mở của lỗ ngoài CTC, chất nhầy nhiều ít, trong hay đục và độ kéo dài của chất nhầy vào ngày phóng noãn đạt đến tối đa nghĩa là nhiều và trong thì dễ thụ thai. Cũng có thể quan sát thấy ngày phóng noãn ở lỗ cổ tử cung có một chất dịch nhờn, trong, nếu cho chất đó vào hai ngón tay có thể kéo ra được. Nếu giao hợp lúc đó, tử cung có khả năng thu hút tinh trùng mạnh.

+ Từ lúc phóng noãn trở đi, độ pH ở môi trường âm đạo là 7,5-8,0. Trước ngày phóng noãn là 7,3 và thấp hơn.

+ Trong những ngày quanh thời điểm phóng noãn, do tăng nồng độ estrogen nên người phụ nữ thường đòi hỏi tình dục nhiều hơn đồng thời có hiện tượng cương vú.

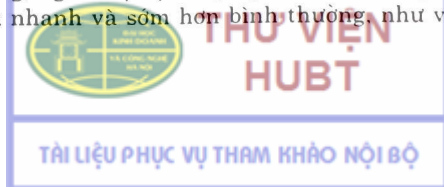
Những yếu tố ảnh hưởng đến sự phóng noãn:

- Ở cơ thể một phụ nữ có sức khỏe bình thường, trung bình mỗi tháng có một noãn trưởng thành được phóng ra khỏi buồng trứng (trước đây thường gọi là rụng trứng) và được đưa vào vòi tử cung. Quá trình này bị chi phối bởi nhiều yếu tố môi trường trong và ngoài cơ thể, bao gồm:

- Trạng thái sức khỏe, nề nếp sinh hoạt, nghỉ ngơi, lao động, cuộc sống gia đình, trạng thái tinh thần, stress ảnh hưởng thần kinh trung ương sẽ tác động đến cơ chế điều tiết hormon, mà hormon lại chi phối toàn bộ quá trình chín và rụng của trứng.

- Chế độ ăn uống điều độ: giúp cho cơ quan sinh dục hoạt động bình thường, nang Graff phát triển bình thường, phóng noãn đúng ngày.

- Cũng có những trường hợp phóng noãn có thể xảy ra đột ngột sớm hơn một vài ngày so với quy luật nếu như vợ chồng lâu ngày mới gặp nhau; hoặc nếu trong quan hệ vợ chồng, người vợ đạt được quá nhiều lần cực khoái hoặc do các nang noãn phát triển nhanh và sớm hơn bình thường, như vậy phóng noãn có



thể xảy ra sớm hoặc muộn hơn so với tính toán lý thuyết. Ngày nay, theo dõi bằng siêu âm có thể tiên lượng được thời điểm phóng noãn hoặc tiêm hCG cho những trường hợp nang noãn đã trưởng thành (có đường kính từ 18-24 mm) thì sẽ phóng noãn. Khi phóng noãn, có người cảm nhận được nhưng phần lớn là không cảm thấy được nhưng mất dấu hiệu căng tức ở hạ vị, đôi khi có người thấy ra chút huyết là do nang noãn bị vỡ, máu chảy qua vòi tử cung ra ngoài.

2. HỆ LỤY CỦA VIỆC CHỌN LỌC GIỚI

Mục tiêu của cuộc vận động hiện nay đồng thời là thực hiện Pháp lệnh dân số của Nhà nước: mỗi cặp vợ chồng chỉ có từ 1 đến 2 con, trừ một số trường hợp đặc biệt. Hiện nay, đang có sự mất cân bằng giới tính khi sinh, đặc biệt trầm trọng ở một số tỉnh như tỉ lệ trẻ trai/trẻ gái khi sinh cao do nhiều người lợi dụng việc chẩn đoán trước sinh, đặc biệt là siêu âm để cố gắng có được “cậu trời” nối dõi tông đường theo phong tục Á Đông. Thậm chí có những người còn cay cú bắt vợ đẻ phải đẻ bằng được con trai hoặc lấy vợ khác với hy vọng sẽ có con trai. Thực hiện mục tiêu trên, đồng thời thỏa mãn được yêu cầu chính đáng của nhiều gia đình, cần phải biết kiến thức khoa học của việc sinh con trai, con gái và sinh con theo ý muốn như thế nào, nhưng mục đích chính là phải sinh con khỏe mạnh và hạn chế sinh con bất thường để lại hậu quả nặng nề, không chỉ là gánh nặng cho gia đình mà cho cả xã hội.

Về mặt di truyền và y học, chủ động sinh con trai hay con gái có liên quan đến việc phòng bệnh cho xã hội, tránh được một số bệnh di truyền liên quan đến giới tính như bệnh mù màu, bệnh máu không đông (thường chỉ nam giới mắc). Nếu người cha mắc bệnh, gen bệnh sẽ được truyền cho con gái. Nếu cô gái này sinh con trai thì người con trai đó sẽ mắc bệnh. Trong các trường hợp như vậy, chỉ đẻ con gái là tốt nhất. *Cho đến nay, nhiều lý do, đặc biệt là vấn đề lựa chọn giới khi mang thai sẽ làm mất cân bằng sinh thái về giới, vì vậy có ít nghiên cứu cũng như khuyến khích lựa chọn để sinh con trai hay con gái.* Do đó, bài viết này được chúng tôi tổng hợp trong y văn để mọi người hiểu và hành vi ứng xử cho đúng. Mặc dù không khuyến khích lựa chọn giới nhưng cần có hiểu biết một cách khoa học về việc sinh con trai hay gái.

Nói chung, việc lựa chọn giới sẽ làm mất cân bằng sinh thái về con người. Điều cơ bản là có sự thống nhất của hai vợ chồng để sinh con khỏe mạnh (dù trai hay gái) được nuôi dưỡng và giáo dục tốt để trở thành một con người có ích cho xã hội.

LOÃNG XƯƠNG NAM GIỚI

Có hai loại loãng xương là nguyên phát và thứ phát. Loãng xương nguyên phát do cao tuổi gây mất xương hay còn gọi là loãng xương người già hoặc là không rõ nguyên nhân (vô căn - *idiopathic osteoporosis*). Thuật ngữ loãng xương vô căn chỉ sử dụng cho người tuổi dưới 70, còn những người già hơn thì tuổi tác liên quan đến mất xương và tuổi già được xem là nguyên nhân dẫn đến mất xương. Phần lớn nam giới bị loãng xương thứ phát mà có nhiều nguyên nhân như lối sống, sử dụng thuốc men, lạm dụng bia rượu hoặc bệnh lý gây nên. Loãng xương là nguyên nhân chủ yếu làm gãy xương.

Mỗi năm có khoảng 9 triệu người bị gãy xương, khoảng 50% là người ở vùng Thái Bình dương và Châu Á. Theo thống kê, hậu quả nặng nhất của loãng xương là gãy khớp háng... Ước tính số người bị gãy khớp háng trên thế giới sẽ gia tăng từ 1,6 triệu hiện nay lên 20 triệu vào năm 2050, trong đó khoảng 51% (45%) trường hợp xảy ra ở Châu Á.

Tại Việt Nam, ước tính có khoảng 20% phụ nữ trên 60 tuổi có triệu chứng loãng xương và hiện tại có khoảng 2,55 triệu người bị loãng xương, trong đó có tới 1,92 triệu là nữ và 630.000 nam giới. Số trường hợp gãy xương cụ thể ở nước ta được ước tính là khoảng 100.000 ở nữ và 60.000 ở nam.

Cho đến nay, nhiều người vẫn cho rằng loãng xương là bệnh lý riêng của phụ nữ và mất xương cũng là một qui luật không thể tránh khỏi của cuộc đời nhưng trên thực tế, loãng xương còn là hậu quả của sự lão hóa ở cả nam và nữ giới. Tỷ lệ gãy xương thay đổi theo từng quốc gia, chủng tộc ở cả nam giới và phụ nữ, nhưng gánh nặng của gãy xương cho gia đình và xã hội đang tăng lên bởi vì tuổi thọ cả nam giới và phụ nữ ngày càng tăng. Nhiều người cao tuổi trên thế giới sẽ có nguy cơ gãy xương và đó cũng là khởi nguồn dẫn đến nguyên nhân gây tử vong. Việc điều trị, chăm sóc sức khỏe trực tiếp hoặc gián tiếp khó khăn và kéo dài, hậu quả là làm tăng chi phí đồng nghĩa là sẽ mang lại gánh nặng cho xã hội. Theo kết quả của các nghiên cứu, ước tính có khoảng 1/5 nam giới ≥ 50 tuổi bị loãng xương, do vậy vấn đề loãng xương ở nam giới cần được quan tâm hơn nữa và là một nhu cầu thực tế của xã hội. Chúng ta chưa có số liệu về chi phí cho việc điều trị loãng xương nhưng ở Mỹ, chi phí cho điều trị loãng xương năm 1986 là 5,1 tỷ USD; năm 1990 là 6,1 tỷ USD; năm 1992 là 7 tỷ USD và gần 10 tỷ USD cho những năm cuối thập niên 90, năm 2001 là 17 tỷ USD. Chúng ta có thể dễ dàng cải thiện tình hình cho nam giới và phụ nữ bằng cách nâng cao nhận thức của vấn đề loãng xương và tiến hành các bước thích hợp trong điều trị gãy xương mà biện pháp hàng đầu là phòng ngừa loãng xương. Loãng xương có thể được phát hiện và điều trị không mấy khó khăn với những phương tiện chẩn đoán và thuốc men có sẵn. Hiện nay, có thể làm giảm hơn 50% nguy cơ gãy xương và tăng 3-8% mật độ xương.



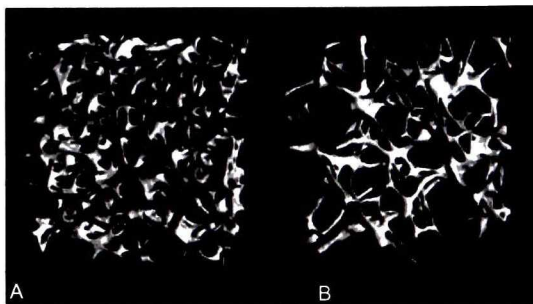
THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1. ĐỊNH NGHĨA VÀ DỊCH TỄ HỌC

Loãng xương (còn gọi là xốp xương hay thưa xương) là bệnh lý của hệ thống xương làm giảm tỉ trọng chất khoáng xương (bone mineral density-BMD) hay giảm trọng lượng một đơn vị thể tích xương. Hậu quả của suy giảm protein và khoáng chất xương là làm giảm sức chống đỡ và chịu lực của xương, xương trở nên mỏng mảnh, dễ gãy, dễ lún và dễ xẹp, đặc biệt ở các vị trí chịu lực như cột sống, cổ xương đùi, đầu dưới xương quay... Nói cách khác, loãng xương là tình trạng xương mỏng mảnh và yếu, rất dễ gãy khi bị chấn thương dù rất nhẹ, thậm chí tự nhiên gãy mà nguyên nhân trực tiếp không phải do chấn thương.

Sức bền của xương liên quan đến mật độ chất khoáng xương và chất lượng xương. Mật độ xương và chất lượng xương suy giảm theo thời gian. Nam giới ở tuổi 60, mật độ xương trung bình chỉ bằng 60% lúc trẻ, vì mật độ xương đã giảm từ 25-35% so với lúc tuổi 20-30. Do mật độ xương và độ bền của xương suy giảm theo thời gian nên nguy cơ gãy xương cũng tăng theo độ tuổi. Phần lớn (trên 60%) các trường hợp gãy xương xảy ra ở người cao tuổi, tức sau thời kỳ mãn kinh (ở nữ) hay sau mãn dục ở nam giới (sau tuổi 60).



Hình 21.1. Mật độ xương bình thường (A) và mất xương (B)

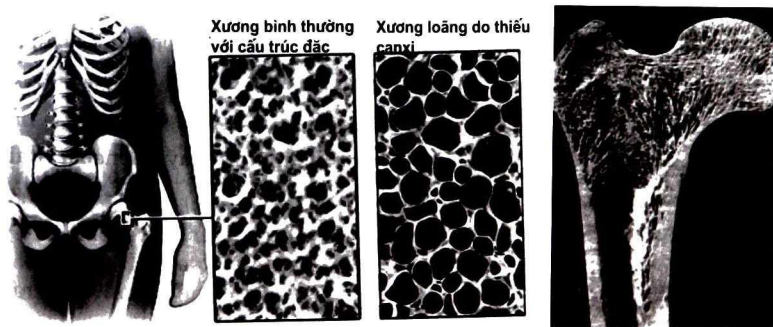
Do xương bị loãng, sự chịu lực và chống đỡ kém dẫn đến gãy xương khi va chạm phải một lực tương đối thấp. Những xương thường hay bị gãy là xương hông, cổ xương đùi, xương cột sống, cổ xương cánh tay và xương sườn. Gãy xương làm giảm tuổi thọ và gia tăng nguy cơ mắc các bệnh thứ phát mà ở người già hay gặp là nhiễm khuẩn đường hô hấp và tiết niệu do nằm lâu. Nguy cơ tử vong sau gãy xương ở nam giới thường cao hơn ở phụ nữ.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn (Australia) cho thấy khoảng 1/3 trường hợp gãy xương xảy ra ở nam giới trong cộng đồng người da trắng. Nghiên cứu ở Thái Lan cũng thấy tỉ lệ gãy xương cổ xương đùi ở nam giới trên 60 tuổi là khoảng 99/100.000 dân (ở nữ là 202/100.000 dân).

Vì loãng xương xảy ra một cách âm thầm, lặng lẽ nên rất khó phát hiện những nam giới có nguy cơ gãy xương cao, nhưng khi đã phát hiện người nam giới có nguy cơ gãy xương thì điều trị cũng không khó. Nếu điều trị đúng, tích

cực thì không những có thể làm giảm loãng xương mà còn làm giảm nguy cơ mắc các bệnh khác và giảm nguy cơ tử vong. Cũng theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn, nguy cơ gãy xương ở nam giới sau tuổi 50 là 25% và nguy cơ gãy đốt sống ở nam giới tương đương với nguy cơ mắc bệnh ung thư tiền liệt tuyến.

Cả nam và nữ đều có mật độ xương cao nhất vào độ tuổi 20 và được gọi là *đỉnh mật độ xương* (tiếng Anh là *peak bone mass* - PBM). PBM chịu ảnh hưởng các yếu tố di truyền, dinh dưỡng, hormon, lối sống và môi trường. Ở tuổi nhỏ và vị thành niên, khi mà khung xương phát triển để trưởng thành, nếu thiếu hoặc suy dinh dưỡng hay do thiếu calci một trong những yếu tố quan trọng phát triển của xương sẽ dẫn đến tình trạng mất xương và gây loãng xương. Mặc dù xương ở nam giới lớn và dài hơn xương phụ nữ nên nam giới thường có mật độ xương cao hơn nữ (bảng 21.1) nhưng khi đo mật độ xương bằng đơn vị thể tích (g/cm^3) thì hai giới lại tương đương nhau. Tuy nhiên, loãng xương ở nam giới thường biểu hiện chậm hơn phụ nữ 10 năm sau, vì vậy ở nam giới từ 75 tuổi trở đi, tỉ lệ gãy xương hông tăng rất nhanh (theo cấp số nhân).



Hình 21.2. Cấu trúc xương bình thường và loãng xương

Loãng xương là hệ quả tất yếu của qui luật do sự lão hóa theo tuổi tác. Ở nam giới người da trắng, khoảng 6 đến 10% nam giới trên 50 tuổi có triệu chứng loãng xương và 33 đến 47% bị thiếu xương (osteopenia). Tuy nhiên, ở người Châu Á, tỉ lệ loãng xương ở nam giới trên 50 tuổi là 12,6%.

Tỉ lệ tử vong trong bệnh viện của nam giới sau gãy xương hông cao gấp hai lần so với nữ giới; tỉ lệ sống một năm sau gãy xương hông là 67%, trong khi đó ở nữ là 83%. Trên 50% những người sống sót sau khi bị gãy xương hông cần có sự hỗ trợ để đi lại trong nhà vì đau do di chứng của gãy xương. Khoảng 1/3 những người sống sót này phải ở trong nhà dưỡng lão hay nhà của thân nhân nhưng ở Việt Nam thì vấn đề này còn nặng nề và nghiêm trọng hơn rất nhiều.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ LOÃNG XƯƠNG Ở NAM GIỚI

Tuy loãng xương nam giới chủ yếu là hệ quả của lão hóa và di truyền nhưng khoảng 30-60% các trường hợp có liên quan đến một trong các yếu tố nguy cơ sau:

Bảng 21.1. Các thông số liên quan đến loãng ở nam giới và nữ giới

<i>Yếu tố nguy cơ</i>	<i>Nam</i>	<i>Nữ</i>
Mật độ xương cao nhất (peak bone mass)	10-12% (cao hơn nữ)	
Nguy cơ bị gãy xương hông tính từ tuổi 50	6%	17%
Số ca gãy xương hông	30%	70%
Tỉ lệ gãy xương hông ở người Mỹ ≥ 65 tuổi	4-5/1000 người	8-10/1000 người
Nguy cơ tử vong sau khi gãy xương hông	31%	17%

Nguồn: Nguyễn Văn Tuấn, chương trình nghiên cứu loãng xương Viện nghiên cứu Y khoa Garvan, Sydney, Australia.

2.1. Yếu tố nguy cơ quan trọng

- Tiền sử gãy xương (hông, đốt sống, cổ xương đùi hay cổ tay).
- Thiếu xương qua xét nghiệm X quang hay đo mật độ xương.
- Sử dụng glucocorticoid với liều lượng trên 5 mg/ngày kéo dài trên 6 tháng.
- Giảm năng tuyến sinh dục do glucocorticoid hay bị cắt tinh hoàn.
- Cường tuyến cận giáp T (hyperparathyroidism).

2.2. Yếu tố nguy cơ tương đối quan trọng

- Sử dụng các thuốc chống co giật như phenytoin hay phenobarbital.
- Dùng rượu bia quá nhiều.
- Hút thuốc lá.
- Viêm khớp xương.
- Đa u tủy (multiple myeloma/lymphoma).
- Các yếu tố làm tăng nguy cơ bị ngã: mất cân bằng, mất trí nhớ, thị lực yếu...
- Tiền sử gãy xương trong gia đình.

2.3. Nguyên nhân ít gặp

- Bệnh Cushing.
- Bệnh thận và gan mạn tính.
- Trọng lượng thấp (gầy), có chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp.
- Thiếu máu ác tính (pernicious anemia).
- Rối loạn giải phẫu và chức năng dạ dày (gastric resection).

2.4. Sử dụng glucocorticoid và thuốc chống co giật (anticonvulsants)

Glucocorticoid thường được sử dụng trong điều trị các bệnh như hen suyễn hoặc bệnh khớp mạn tính. Mật xương là một tác dụng không mong muốn thường gặp, ngoài ra có một số tác dụng khác như nhược cơ, giảm rối loạn hấp thu calci ở đường tiêu hóa, giảm testosterone, nội chung kết hợp nhiều yếu tố dẫn đến loãng xương. Khi sử dụng glucocorticoid, khối lượng xương giảm nhanh

chống và tiếp tục giảm, phần lớn mất xương ở xương sườn và đốt sống. Bởi vậy, khi sử dụng cần theo dõi khối lượng xương (BMD) và testosterone vì glucocorticoid thường làm giảm testosterone trong máu. Vì những lý do trên, trong điều trị glucocorticoid kéo dài cần có phác đồ liều thấp mà đạt được hiệu quả, cũng có thể dùng miếng dán qua da trong chế độ điều trị để dễ loại bỏ.

Hơn một nửa nam giới loãng xương có tiền sử dùng glucocorticoid kéo dài trên 6 tháng. Vì vậy, người ta khuyến cáo cần phải dự phòng chống loãng xương cho tất cả các bệnh nhân sử dụng glucocorticoid 5 mg/ngày trở lên trong 6 tháng hay lâu hơn. Thuốc điều trị được đề nghị là bisphosphonat kết hợp calci, vitamin D và có thể bổ sung thêm testosterone nếu cần.

Thuốc chống co giật, đặc biệt là phenytoin (Dilantin) và phenobarbital, có thể gây loãng xương vì ảnh hưởng đến sự chuyển hóa của xương. Các thuốc này làm gia tăng sự chuyển hóa của vitamin D và 25-hydroxyvitamin D trong gan, làm giảm hấp thụ calci. Nam giới dùng phenytoin hay phenobarbital nên được bổ sung bằng calci và vitamin D. Nếu mật độ xương của bệnh nhân thấp, nên được điều trị bằng bisphosphonat hay PTH.

2.5. Vai trò của hormon

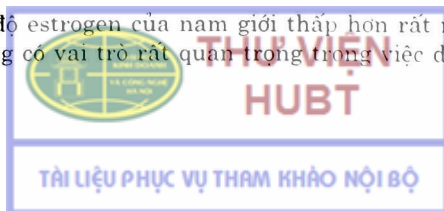
Thiếu năng tuyến sinh dục làm cho nồng độ các hormon giới tính trong máu như estrogen và testosterone máu giảm thấp gây nên loãng xương. Ở nam giới, giảm nồng độ hormon giới tính cũng có thể gây loãng xương. Mặc dù theo tự nhiên, nồng độ testosterone giảm theo lứa tuổi, nhưng không giảm đột ngột như estrogen ở phụ nữ khi mãn kinh. Tuy nhiên, khi điều trị bằng glucocorticoid, thì ung thư, đặc biệt là ung thư tuyến tiền liệt và nhiều yếu tố khác, có thể ảnh hưởng đến nồng độ testosterone. Việc điều trị bằng testosterone thay thế có thể ngăn cản hoặc làm chậm quá trình mất xương nhưng còn phụ thuộc vào các yếu tố như tuổi tác và thời gian giảm nồng độ testosterone.

2.5.1. Giảm androgen

Ở nam giới, androgen là những hormon cần thiết cho việc tăng trưởng của xương và duy trì xương trong độ tuổi già. Nhưng ở tuổi trung niên, thậm chí trẻ hơn (thanh niên), nếu bị suy giảm chức năng tuyến sinh dục hoặc nồng độ testosterone thấp cũng sẽ có mật độ xương thấp vì vậy điều trị bằng liệu pháp thay thế testosterone (testosterone replacement therapy) làm tăng mật độ xương. Theo Nguyễn Văn Tuấn, mặc dù nồng độ testosterone suy giảm dần dần theo độ tuổi, nhưng chưa phát hiện được mối liên quan giữa nồng độ testosterone và mật độ xương ở người cao tuổi trong nhóm nghiên cứu của tác giả mặc dù nguy cơ gãy xương của họ cao. Nhưng phải chú ý rằng đã có bằng chứng sử dụng testosterone ở người cao tuổi có thể gia tăng kích thước hoặc tăng nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt.

2.5.2. Giảm nồng độ estrogen

Mặc dù nồng độ estrogen của nam giới thấp hơn rất nhiều so với nữ giới nhưng estrogen cũng có vai trò rất quan trọng trong việc duy trì xương ở nam



giới. Khoa học cũng đã chứng minh sự suy giảm estrogen theo độ tuổi có liên quan mật thiết đến sự suy giảm mật độ xương. Ảnh hưởng của estrogen đến xương trong nam giới còn mạnh hơn ảnh hưởng của testosterone. Sự thiếu hụt estrogen ở nam giới cũng tương tự như giảm mật độ xương ở nữ giới. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa có bằng chứng để sử dụng estrogen như một liệu pháp điều trị loãng xương nam giới.

2.6. Hút thuốc lá và bia rượu

Trong tất cả các xã hội, nam giới thường hút thuốc lá và dùng bia rượu nhiều hơn nữ. Xu hướng này còn rất cao ở Việt Nam, nơi mà có đến 73% nam giới trên 18 tuổi hút thuốc lá. Hút thuốc lá và sử dụng bia rượu nhiều làm tăng nguy cơ mắc bệnh loãng xương và gãy xương. Hút thuốc lá làm tăng mức độ mất xương, ngay cả sau khi ngừng hút thuốc. Hút thuốc lá ảnh hưởng đến xương thông qua cân nặng, giảm sự hấp thu calci, giảm nồng độ estradiol và ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình chuyển hóa xương.

Nếu uống quá nhiều bia rượu sẽ dẫn đến tình trạng mất xương. Người ta cũng chưa biết cơ chế tại sao uống nhiều bia rượu lại ảnh hưởng đến xương, nhưng các nghiên cứu cơ bản đã đưa ra bằng chứng cho thấy rượu có ảnh hưởng tiêu cực đến chu trình tạo xương. Sử dụng rượu thái quá thường liên quan đến tình trạng thiếu dinh dưỡng (vì ăn uống thất thường) và giảm vận động cơ thể, cả hai yếu tố có liên quan đến tình trạng mất xương. Khối lượng xương cũng mất ở những người dùng thuốc để điều trị nghiện rượu. Một kế hoạch điều trị phải bao gồm một chế độ dinh dưỡng thích hợp, giàu calci và vitamin D đồng thời phải bỏ thuốc lá.

Những người hút thuốc lá mất xương nhanh và tỉ lệ gãy xương hông và cổ xương đùi cao hơn. Nicotin và những hợp chất khác được tìm thấy trong thuốc lá có thể là những độc chất trực tiếp đối với xương hoặc có thể ức chế hấp thu calci và những chất khác cần thiết cho sức khỏe của xương.

2.7. Các yếu tố khác

Bảng 21.1 liệt kê một số yếu tố nguy cơ loãng xương. Người càng có nhiều yếu tố nguy cơ càng dễ mắc bệnh loãng xương và gãy xương. Tuy nhiên, vì nghiên cứu loãng xương ở nam giới vẫn còn rất hạn chế cho nên các yếu tố trong bảng 21.1 vẫn chưa đầy đủ. Ngay cả khi sử dụng tất cả các yếu tố trong bảng này, cũng chỉ có thể phát hiện được khoảng 40% loãng xương nam giới. Vì vậy, vấn đề loãng xương ở nam giới vẫn còn nhiều bí ẩn và còn nhiều tranh luận, cần nhiều nghiên cứu sâu hơn, kỹ hơn trong cộng đồng. Người ta cũng đề cập đến yếu tố gen của từng cá thể và yếu tố này có thể cung cấp những thông tin mới hơn, nhưng hiện nay vẫn chưa biết gen nào có liên quan đến loãng xương ở nam giới và liên quan như thế nào.

Rối loạn dạ dày ruột: nhiều chất dinh dưỡng bao gồm acid amin, calci, magie, phospho, vitamin D, vitamin K rất quan trọng cho sức khỏe của xương. Các bệnh dạ dày-ruột làm rối loạn sự hấp thu các chất dinh dưỡng, gây ảnh

hưởng đến chất lượng xương. Trong các trường hợp này, việc điều trị mất xương phải cung cấp các chất dinh dưỡng cần thiết cho xương.

Tăng calci huyết làm cho calci không sẵn sàng gắn kết vào xương hoặc tăng quá trình tiêu xương. Những bệnh nhân này cần phải khám kỹ lưỡng, đo mật độ xương và nếu mật độ xương thấp thì phải hội chẩn tìm liệu pháp điều trị thích hợp.

Không vận động: thể dục rất cần thiết cho việc duy trì sức khỏe của xương. Nếu không vận động, mật độ xương có thể giảm nhanh chóng. Những người nằm lâu (sau gãy xương, phẫu thuật, bị liệt hoặc tổn thương hoặc bị ốm kéo dài) hoặc không vận động một phần của cơ thể cũng thường dẫn đến mất xương. Việc đi bộ, nhảy dây, nâng tạ nhẹ cần phải được tiến hành càng sớm càng tốt khi có thể được ngay sau thời gian bị bất động. Nếu không thể thực hiện được cần phải có chế độ thích hợp để giảm thiểu yếu tố nguy cơ loãng xương.

Các biện pháp phòng ngừa loãng xương bao gồm cải thiện dinh dưỡng, ăn uống đủ calci và vitamin D, vitamin K, tập thể dục thường xuyên để phòng trượt ngã và vận động để nâng cao mật độ xương. Các biện pháp thay đổi lối sống như bỏ thuốc lá và giảm uống bia rượu để làm giảm gánh nặng loãng xương. Nguyễn Văn Tuấn cho rằng nguy cơ loãng xương và gãy xương ở vùng thành thị cao hơn hơn 15% so với vùng nông thôn do người thành thị có chế độ dinh dưỡng thiếu calci và bị những tác động khác của lối sống như hút thuốc lá, thiếu vận động, uống quá nhiều bia rượu. Ô nhiễm không khí ở các thành phố lớn cũng góp phần làm gia tăng nguy cơ loãng xương.

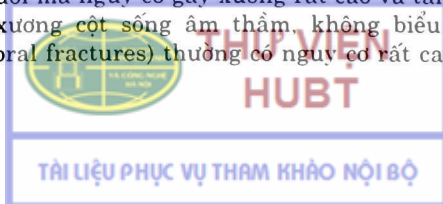
3. CÁC XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN LOÃNG XƯƠNG

Loãng xương ở nam giới thường biểu hiện qua gãy xương đột sống hay gãy cổ xương đùi. Loãng xương thường được chẩn đoán qua đo mật độ xương bằng kỹ thuật DXA. Với những kết quả sau khi đo mật độ xương, có thể tiên lượng nguy cơ gãy xương ở nam giới.

Chỉ định dùng DXA cho tất cả nam giới có bất cứ bệnh nào sau đây:

- Tiền sử gãy xương, đặc biệt là xương hông, xương cột sống và cổ xương tay.
- Thiếu xương qua chụp X quang: khoảng 30 đến 50% xương bị mất trước khi có dấu hiệu xương mỏng (osteopenia) khi chụp film.
- Những người sử dụng glucocorticoid trong một thời gian dài (trên 6 tháng).
- Nam giới mắc chứng suy giảm khả năng tuyến sinh dục, tăng năng tuyến cận giáp (hyperparathyroidism).
- Nam giới có các yếu tố nguy cơ như sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến sự chuyển hóa của xương và calci.

Ở một số nước, các chuyên gia đề nghị nên đo mật độ xương nam giới trên 70 tuổi vì đây là độ tuổi mà nguy cơ gãy xương rất cao và tăng rất nhanh. Nam giới với chứng gãy xương cột sống âm thầm không biểu hiện triệu chứng (asymptomatic vertebral fractures) thường có nguy cơ rất cao bị gãy các xương



khác. Tuy nhiên, nam giới ngoài 50 tuổi đã có nhiều nguy cơ loãng xương vì vậy nếu có điều kiện nên đo mật độ xương sớm. Ngoài ra, gãy xương cột sống thường diễn ra âm thầm nên có thể theo dõi chiều cao cơ thể để chẩn đoán gián tiếp nguy cơ loãng xương (chiều cao giảm 3 cm là có nguy cơ).

Một số biện pháp sàng lọc loãng xương ở nam giới bao gồm đo mật độ xương bằng kỹ thuật DXA. Mật độ xương nên đo ở cổ xương đùi và xương cột sống. Tuy nhiên, vài năm gần đây có người sử dụng siêu âm để chẩn đoán loãng xương nhưng giá trị của kỹ thuật này vẫn còn đang tranh luận và chưa thống nhất (bảng 21.2).

Bảng 21.2. Một số biện pháp sàng lọc loãng xương ở nam giới

Kỹ thuật	Phóng xạ	Chi phí	Sử dụng để theo dõi điều trị
DXA*	Thấp	Trung bình	Chấp nhận
Siêu âm	Không có phóng xạ	Thấp	Chưa chấp nhận
CT*	Cao	Cao	Chưa chấp nhận

* DXA = Dual-energy X-ray Absorptiometry; CT = computed tomography.

Nguồn: Nguyễn Văn Tuấn, chương trình nghiên cứu loãng xương Viện Nghiên cứu Y khoa Garvan, Sydney, Australia.

Hiện nay, chưa ai nhất trí dùng chỉ số T (T score) để chẩn đoán loãng xương ở nam giới. Tuy nhiên, Tổ chức Y tế Thế giới đề nghị một số tiêu chuẩn về mật độ xương để chẩn đoán loãng xương cho nam giới. Theo tiêu chuẩn này, nếu một người có chỉ số $T \leq -2,5$ có thể xem là loãng xương và cần được điều trị.

Tuy nhiên, chỉ định điều trị phải kết hợp chỉ số T và yếu tố nguy cơ gây xương như liệt kê trong bảng 21.1. Khi đã được chẩn đoán loãng xương, tốt nhất là xác định nguyên nhân của bệnh để nhận ra những yếu tố nguy cơ sớm hơn. Xem xét các yếu tố nguy cơ nên bao gồm kiểm tra tiền sử gãy xương, khám tổng quát, nếu cần thì cho làm một số xét nghiệm sinh hóa như đếm tế bào trong máu, các chỉ số sinh hóa liên quan đến gan, thận, và đo nồng độ calci, phospho, alkaline phosphatase, TSH và testosterone (bảng 21.3). Nếu vẫn chưa rõ nguyên nhân thì cần xét nghiệm tiếp, nhất là nồng độ electrophoresis trong máu để loại trừ khả năng đa u tuyến.

Bảng 21.3. Một số xét nghiệm sinh hóa tìm nguyên nhân loãng xương ở nam giới

Xét nghiệm chính	Xét nghiệm phụ *
- Tế bào máu - Calci - Phosphorus - Alkaline phosphatase - Các xét nghiệm gan và thận - Vitamin D (25-hydroxy vitaminD) - Thyroid-stimulating hormon testosterone	- Protein electrophoresis - Giảm (hypocalciuria) hay tăng (hypercalciuria) calci trong nước tiểu - Estradiol ** - Parathyroid hormon (để xem khả năng hyperparathyroidism)

* Chỉ tiến hành xét nghiệm khi các xét nghiệm chính không cho ra kết quả rõ ràng.

** Nếu nồng độ thấp, rất có thể là nguyên nhân dẫn đến loãng xương, nhưng chưa có điều trị cho trường hợp này.

Nguồn: Nguyễn Văn Tuấn, chương trình nghiên cứu loãng xương Viện Nghiên cứu Y khoa Garvan, Sydney, Australia.

4. ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG

Điều trị loãng xương bao gồm các biện pháp làm giảm nguy cơ về lâu dài, kết hợp sử dụng calci và vitamin D. Liều lượng calci từ 1.000 đến 1.500 mg/ngày và liều lượng vitamin D từ 400 đến 800 IU/ngày.

Bổ sung calci đóng vai trò quan trọng ở những người trên 60 tuổi vì khoảng 50 % những người trong độ tuổi này không đủ calci và vitamin D. Điều ghi nhớ là calci luôn phải đi kèm với vitamin D.

4.1. Thuốc và các chất bổ sung chống loãng xương

- Bisphosphonat được chỉ định chỉ khi nào có chẩn đoán xác định loãng xương. Ở Mỹ và một số nước phương Tây khác, alendronat (Fosamax) đã được phê chuẩn cho việc điều trị loãng xương ở nam giới, vì thuốc có hiệu quả tăng mật độ xương. Bằng chứng từ nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy bệnh nhân nam được điều trị bằng alendronat có tỉ lệ gãy xương thấp hơn nhóm không được điều trị. Ngoài alendronat, thì risedronat là một lựa chọn thứ hai cho việc điều trị loãng xương, nhất là đối với bệnh nhân sử dụng glucocorticoid kéo dài. Cũng như alendronat, risedronat cũng có hiệu quả tăng mật độ xương ở nam giới loãng xương.

- Calci: 1.000 đến 1.500 mg/ngày.

- Vitamin D: 400 đến 800 IU/ngày.

- Bisphosphonat: alendronat (Fosamax) 10 mg/ngày hay 70 mg/tuần; risedronat (Actonel) 5 mg/ngày.

- Teriparatid (Forteo): 20 mcg/ngày.

4.2. Một số liệu pháp khác

Pharathyriol hormon, teriparatid (Forteo) là một loại thuốc trong nhóm tăng tế bào xương (anabolic agent), và đã được phê chuẩn cho việc điều trị loãng xương ở nam giới (và phụ nữ sau mãn kinh) hoặc ở những người có nguy cơ gãy xương cao hay loãng xương nặng. Loãng xương nặng ở đây phải được hiểu là chỉ số T của mật độ xương thấp hơn - 3 cộng với bằng chứng gãy xương cột sống.

Ở nam giới loãng xương, teriparatid với liều lượng 20 mcg/ngày làm tăng khoảng 6% mật độ xương cột sống sau một năm điều trị. Chống chỉ định bao gồm: tăng năng tuyến cận giáp (hyperparathyroidism), hội chứng Paget's, nhuyễn xương (osteomalacia), bệnh thận giai đoạn cuối, ung thư di căn sang



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

xương, sỏi thận, tăng calci hay alkaline phosphatase vô căn trước khi điều trị. Vì lý do an toàn và hiệu quả của teriparatide chưa được nghiên cứu nghiêm chỉnh, cho nên điều trị bằng PTH không nên kéo dài quá 2 năm.

Một số lựa chọn khác cũng có thể xem xét như nhóm thiazid (ở bệnh nhân cần dùng thuốc lợi tiểu). Thiazid làm giảm sự thất thoát calci, do đó có khả năng duy trì mật độ xương và nếu sử dụng trên 10 năm có thể giảm nguy cơ gãy xương hông.

Phòng ngừa ngã và gãy xương sau khi bị gãy xương là một vấn đề quan trọng. Tất cả bệnh nhân đều cần được khuyến cáo nên có biện pháp thích hợp để tăng hoạt động cơ bắp, cân bằng (tránh ngã) và thay đổi lối sống (giảm hút thuốc lá và bia rượu).

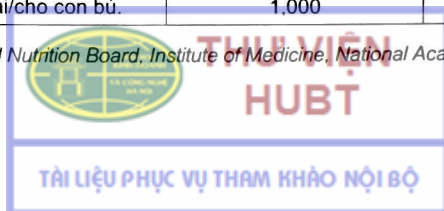
Loãng xương và gãy xương ở nam giới (cũng như ở nữ giới) là một vấn đề lớn trong cộng đồng nhưng chưa được quan tâm đúng mức. Ít người biết rằng nam giới khi bị gãy xương hông có nguy cơ tử vong cao hơn. Hiện nay, có rất nhiều nam giới bị gãy xương nhưng không được điều trị. Vì vậy, cần có chiến lược cụ thể để sàng lọc, chẩn đoán, dự phòng, điều trị và quản lý nam giới bị loãng xương để làm giảm gãy xương trong cộng đồng.

Các nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên cho thấy tập thể dục thường xuyên có thể làm giảm 25% nguy cơ té ngã mặc dù chưa có bằng chứng cho thấy mức độ giảm này có ý nghĩa trong việc làm giảm nguy cơ gãy xương.

Bảng 21.4. Khuyến nghị dùng calci và vitamin D

Nhóm tuổi	Liều lượng calci (mg/ngày)	Liều lượng calci (mg/ngày)
Trẻ từ 0 đến 6 tháng	200	400
Trẻ từ 6 đến 12 tháng	260	400
1-3 tuổi	700	600
4 - 8 tuổi	1,000	600
9 -13 tuổi	1,300	600
14-18 tuổi	1,300	600
19-30 tuổi	1,000	600
31-50 tuổi	1,000	600
51-70 nam giới	1,000	600
51-70 nữ giới	1,200	600
>70 tuổi	1,200	800
14-18 mang thai/cho con bú	1,300	600
19 - 50 tuổi mang thai/cho con bú	1,000	600

Nguồn: Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academy of Sciences. 2010.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quán Anh, Nguyễn Bửu Triều.** Bệnh học giới tính nam. *Nhà xuất bản Y học, 2009.*
2. **Vương Tiến Hòa.** Sức khỏe sinh sản. *Nhà xuất bản Y học, 2001.*
3. **Vương Tiến Hòa.** Những thách thức trong vấn đề sức khỏe sinh sản hiện nay. *Nhà xuất bản Y học, 2004.*
4. **Vương Tiến Hòa.** Một số bệnh lí cổ tử cung. *Nhà xuất bản Y học, 2004.*
5. **Ngô Gia Hy.** Hiếm muộn và vô sinh nam. Bách khoa thư bệnh học, tập 2. *Trung tâm biên soạn Từ điển Bách khoa Việt Nam, Hà Nội, 1994.*
6. **Nguyễn Thị Ngọc Phượng.** Vô sinh: các vấn đề mới. *Nhà xuất bản Y học, 2003.*
7. **Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự.** Nội tiết sinh sản. *Nhà xuất bản Giáo dục 2011.*
8. **Trần Thị Quế.** Những khái niệm cơ bản về giới và vấn đề giới ở Việt Nam. *Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội, 1999.*
9. **Cao Ngọc Thành.** Nội tiết học sinh sản Nam học (tài liệu dịch). *Nhà xuất bản Y học, 2004.*
10. **Đoàn Minh Thụy.** Nghiên cứu tính an toàn và tác dụng của bài thuốc “Hồi xuân hoàn” trong điều trị bệnh nhân bị suy giảm tinh trùng. *Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2010.*
11. **Nguyễn Việt Tiến, Hồ Sỹ Hùng.** Điều trị vô sinh bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung. *Nhà xuất bản Y học, 2011.*
12. **Hồ Mạnh Tường, Đặng Quang Vinh, Vương Thị Ngọc Lan.** Thụ tinh trong ống nghiệm. *Nhà xuất bản Giáo dục, 2011.*
13. **Hội Y học giới tính Việt Nam - HOSREM.** Tài liệu Hội thảo chuyên đề Chăm sóc sức khỏe tình dục nam & nữ. *TP. Hồ Chí Minh, 11/2011.*
14. **Bộ Y tế - Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh.** Tài liệu Hội thảo Hội nghị hiếm muộn toàn quốc lần thứ 2. *TP. Hồ Chí Minh 8/2011.*
15. **Austin PF, Siow Y, Fallat ME, Cain MP, Rink RC, Casale AJ.** The relationship between Müllerian inhibiting substance and androgen in boys with hypospadias. *J. Urol. 168 (4 Pt 2): 1784-8; 2002.*
16. **Bobbi Dempsey.** The everything great sex book 2nd edition. *Aadamsmedia, Avon, Massachusetts, 2010.*
17. **Brouwers MM, Feitz WF, Roelofs LA, Kiemeney LA, de Gier RP, Roeleveld N.** Hypospadias: a transgenerational effect of diethylstilbestrol?. *Hum. Reprod. 21 (3): 666-9, 2006.*



18. **Finer LB, Henshaw SK.** Abortion incidence and services in the United States in 2000. *Perspect Sex Reprod Health* 35:6-15, 2003.
19. **Glasier AF, Everington D, Baird DT.** Potential impact of hormonal male contraception: Cross-cultural implications for development of novel preparations. *Hum Reprod* 15:637- 645, 2000.
20. **Henshaw SK.** Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plan Perspect* 30: 24 -29, 46, 1998.
21. **Hetzimouratidis K, Amar E, Eardley I et al.** Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *European Urology*, 57, pp 804 - 814, 2010.
22. **Joel D. Block.** Sex over 50. *A berigee book, USA, 2008.*
23. **Klip H, Verloop J, van Gool JD, Koster ME, Burger CW, van Leeuwen FE.** Hypospadias in sons of women exposed to diethylstilbestrol in utero: a cohort study. *Lancet* **359** (9312): 1102-7, 2002.
24. **Klein RF.** Alcohol. In: Orwoll ES, ed. Osteoporosis in men. *San Diego, Calif.: Academic, 1999:437-61.*
25. **Martin CW, Anderson RA, Cheng L, Ho PC, van der Spuy Z, Smith KB, Mantak Chia and Douglas Abrams.** The multi-orgasmic man. *HarperCollins Publishers, 1997.*
26. **McMahon CG., Abdo Crocci et al.** Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Medi* 7, pp. 1668 - 1686, 2004.
27. **Nguyen TV, Maynard LM, Towne B, Roche AF, Wisemandle W, Li J, Guo SS, Chumlea WC, Siervogel RM.** Sex differences in bone mass acquisition during growth: the Fels Longitudinal Study. *J Clin Densitom.* 2001 Summer; 4(2):147-57.
28. **Nguyen ND, Eisman JA, Center JR, Nguyen TV.** Risk factors for fracture in nonosteoporotic men and women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007 Mar; 92(3): 955-62.
29. **Nguyen TV, Eisman JA, Kelly PJ, Sambrook PN.** Risk factors for osteoporotic fractures in elderly men. *Am J Epidemiol.* 1996 Aug 1; 144(3): 255-63.
30. **Nguyen ND, Pongchaiyakul C, Center JR, Eisman JA, Nguyen TV.** Identification of high-risk individuals for hip fracture: a 14-year prospective study. *J Bone Miner Res.* 2005 Nov; 20(11): 1921-8.
31. **Nguyen ND, Ahlborg HG, Center JR, Eisman JA, Nguyen TV.** Residual lifetime risk of fractures in women and men. *J Bone Miner Res.* 2007 Jun; 22(6): 781-8.
32. **Orwoll E, Ettinger M, Weiss S, Miller P, Kendler D, Graham J, et al.** Alendronate for the treatment of osteoporosis in men. *N Engl J Med* 2000; 343: 604-10.



33. **Pongchaiyakul C, Apinyanurag C, Soontrapa S, Soontrapa S, Pongchaiyakul C, Nguyen TV, Rajatanavin R.** Prevalence of osteoporosis in Thai men. *J Med Assoc Thai.* 2006 Feb; 89(2): 160-9.
34. **Retik AB, Atala A.** Complications of hypospadias repair. *Urol. Clin. North Am.* 29 (2): 329-39, 2002.
35. **Saul H. Rothenthal.** Sex over 40, completely revised and updated. *Printed in the USA, 2000.*
36. **Shukla AR, Patel RP, Canning DA.** "Hypospadias". *Urol. Clin. North Am.* 31 (3): 445-60, 2004.
37. **United Nations Population Fund (UNFPA)** 1994 Report of the International Conference on Population and Development. *United Nations Annual Conference 171/13, New York.*
38. **World Health Organization** World health day 1998 fact sheets-prevent unwanted pregnancy. *Geneva: World Health Organization, 1998.*
39. **WHO.** Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility: Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia in normal men. *Lancet* 1990; 336: 955-9.
40. **WHO.** Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility: Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia and oligozoospermia in normal men. *Fertil Steril* 1996; 65: 821-90.
41. **WHO.** Male involvement in reproductive health: incorporating gender through the life cycle. *Geneva, June, 1998.* □

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỆNH HỌC NAM GIỚI VỚI SINH SẢN VÀ TÌNH DỤC

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập: BS. LÊ THỊ KIM TRANG

Sửa bản in: LÊ THỊ KIM TRANG

Trình bày bìa: VƯƠNG TIẾN HÒA

Kt vi tính: LÊ THỊ KIM TRANG

GIÁ: 105.000Đ

In 1.000 cuốn, khổ 19 x 27 cm tại Công ty In Y học. Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 20 - 2012/CXB/29 - 208/YH. In xong và nộp lưu chiểu quý I năm 2012.





**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ