

DOI: 10.59715/pntj.mp.1.3.26

Hiếm muộn nam do chậm xuất tinh

Lê Đình Hiếu¹, Nguyễn Thanh Quang², Trần Nhật Thăng³

¹Bộ môn Ngoại, Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Khoa Thận Ngoại - Ghép Thận, BV Nhân Dân 115

³Bộ môn Sản Phụ Khoa, Trường Đại Học Y Dược TPHCM

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Chậm và không xuất tinh (XT) là rối loạn tình dục ít gặp (1 - 4% nam giới), tác động tiêu cực trên đời sống tinh thần và tình dục của cả nam lẫn nữ, và có thể gây hiếm muộn. Chúng tôi trình bày 1 trường hợp hiếm muộn do không XT và tổng quan y văn về hiếm muộn nam liên quan đến chậm và không XT.

Bệnh án lâm sàng: BN nam sinh năm 1991, lập gia đình 12/2018, không thể XT và đạt đỉnh khoái cảm khi quan hệ tình dục (2 - 3 lần/tuần) dù có thể duy trì cương kéo dài. BN thủ dâm gần như mỗi ngày khi độc thân và 3 - 4 lần/tuần từ khi lập gia đình, theo cách đặc thù của mình. XT và đạt đỉnh khoái cảm khi thủ dâm với dương vật vẫn mềm. Tinh dịch đồ và nội tiết tố sinh dục nam huyết thanh trong giới hạn bình thường. Dù dương vật bị cong về mặt bụng khoảng 30°, BN không bị trở ngại khi quan hệ ngã âm đạo.

Kết luận: Không XT khi quan hệ liên quan đến tâm lý và hành vi thủ dâm từ lúc dậy thì, dẫn đến hiếm muộn khi lập gia đình là tình huống bất thường, hiếm gặp. Giải thích nguyên nhân và tư vấn tâm lý tình dục cho BN để thay đổi thói quen tình dục là cần thiết, tuy nhiên, hiệu quả cần thời gian lâu dài, sự hợp tác của BN và cả người vợ, và có thể khó đánh giá. Giải pháp trước mắt là áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản để giải quyết nhu cầu có con của cặp vợ chồng này.

Từ khóa: Chậm xuất tinh, không xuất tinh, thủ dâm, hiếm muộn nam, hỗ trợ sinh sản.

Abstract

Male infertility due to delayed ejaculation

Introduction: Delayed ejaculation and anejaculation are rare male sexual dysfunctions (1 - 4%), which has negative impact on both male and female sexual life and could lead to infertility. We presented a male infertility due to anejaculation and reviewed the medical literature regarding this problem.

Study patients: A 29 - years - old man, who got married in Dec 2018, complained of anejaculation and lack of orgasm in sexual intercourses (2 - 3 times/week) even though he could maintain a prolonged erection. This man masturbated in his own way nearly everyday when he was a bachelor and 3 - 4 times/week since marriage. He could achieve orgasm and ejaculation under masturbation with little penile erection. His semen analysis and sexual hormone profile were within the normal physiological range. Although his penis is curved ventrally up to 30°, he had no problem via vaginal coitus.

Conclusions: Anejaculation during sexual intercourse which might be related to idiosyncratic and frequent masturbation behavior since puberty and during marital

Ngày nhận bài:

20/5/2022

Ngày phản biện:

20/6/2022

Ngày đăng bài:

20/7/2022

Tác giả liên hệ:

Lê Đình Hiếu

Email:

ledinhhiieu@pnt.edu.vn

ĐT: 0918274653

life is rare and abnormal cause of infertility in this young couple. Medical investigation and sexual consultation seem necessary to modify patient's sexual attitude and habit, however, its effectiveness takes time and needs a close cooperation of this man and his wife. Short - term medical interventions should be assisted reproductive techniques to meet urgent desire of this couple.

Key words: Delayed ejaculation, anejaculation, masturbation, male infertility, assisted reproductive therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chậm xuất tinh và ở mức độ nặng nhất không xuất tinh là thực thể bệnh lý đối lập với xuất tinh sớm, và có lẽ ít gặp nhất (1 - 4% nam giới), ít được nghiên cứu nhất, và ít được hiểu biết nhất trong các rối loạn tình dục ở nam giới. [1] Tuy nhiên, tác động của bệnh lại rất đáng kể vì có thể khiến cả chồng và vợ mất đi cảm giác hạnh phúc và thỏa mãn tình dục, và quan trọng hơn “không thể có con” khi sinh sản là một trong những mục tiêu của quan hệ tình dục. [2] Chúng tôi trình bày 1 trường hợp không có thai tự nhiên sau 15 tháng lập gia đình ở 1 bệnh nhân (BN) bị rối loạn không xuất tinh (XT) kèm cương dương vật, mà nguyên nhân liên quan đến tâm lý và hành vi tình dục của BN từ lúc dậy thì; đồng thời tổng quan y văn về hiếm muộn nam liên quan đến chậm và không XT.

2. BỆNH ÁN LÂM SÀNG

BN nam, sinh năm 1991, đến Khoa Hiếm Muộn vì mong muốn có con. Vợ sinh năm 1991. BN lập gia đình 12/2018. BN than phiền không thể XT khi dương vật cương cứng, XT chỉ xảy ra khi dương vật được kích thích và ở trạng thái mềm (cương nhẹ). Tình trạng này xảy ra từ những lần đầu tiên thủ dâm (khoảng 14 tuổi) đến hiện tại.

Khi chưa lập gia đình, BN thủ dâm gần như mỗi ngày bằng cách xem phim ảnh gợi cảm, đồng thời “vân vê” qui đầu và hai “bi” làm dương vật cương nhẹ (vẫn mềm). Khi đạt đỉnh khoái cảm, sẽ từ từ XT (tinh dịch chảy ra lổ sáo, không bắn thành tia). BN thường nằm xấp khi thủ dâm, sau 3 - 5 phút thì XT. Nếu BN chỉ tưởng tượng thì dương vật sẽ cương cứng và không thể XT. Dương vật cương cứng gần như mỗi buổi sáng ngủ dậy.

Khi lập gia đình, BN quan hệ tình dục 2 - 3 lần/tuần, không dùng bao cao su. Mỗi lần quan hệ trung bình 5 - 10 phút tính từ lúc đưa dương vật vào âm đạo, nhưng BN không cảm thấy đạt đỉnh

khoái cảm hay XT, chỉ rỉ chút chất nhờn khi rút dương vật ra ngoài, sau đó dương vật từ từ mềm lại. BN có thể chủ động kéo thời gian quan hệ này tới 30 - 40 phút tùy cảm hứng. BN là người chủ động trong phần lớn các lần quan hệ với vợ. Dương vật cương tự nhiên khi gần gũi vợ chồng, không cần tưởng tượng hay nghĩ đến phim ảnh gợi cảm. BN có những “giấc mơ nóng”, thấy cảnh quan hệ tình dục hay bản thân làm tình trong giấc mơ, đôi khi tỉnh giấc, thấy dương vật vẫn cương cứng nhưng chưa bao giờ bị mộng tinh. BN vẫn thủ dâm 3 - 4 lần/tuần như mô tả ở trên (nghĩa là cần xem phim ảnh gợi cảm và tưởng tượng), nếu nghĩ đến cảnh quan hệ với vợ thì dương vật sẽ cương cứng và không thể XT.

BN cho biết quan hệ vợ chồng không có xung đột. Vợ rất nhiệt tình và dù dương vật hơi cong, không đưa sâu vào âm đạo được, nhưng chọn lựa tư thế khéo, BN vẫn đưa vợ “lên đỉnh” được mỗi khi quan hệ (vợ có biểu hiện tim đập nhanh, thở gấp, kêu rên lớn hơn, và là người sau quan hệ). Điều duy nhất vợ mong muốn là có con sớm. BN không có quan hệ bên ngoài. BN nhận thức cơ thể có vấn đề vì quan hệ tình dục không giống những người đàn ông khác. BN đã cố gắng tập XT khi cương nhưng không thành công. BN cho biết cũng “đạt đỉnh” khi cương cứng nhưng không XT được, kiểu như bị tắc. Biểu hiện đạt đỉnh được mô tả là cảm giác bị kích thích hết mức, người gồng lên và sau đó, chùng xuống. BN đã khám tại 1 trung tâm nam khoa cách 6 tháng với kết luận rối loạn xuất tinh và được điều trị bằng thuốc, nhưng tình trạng không thay đổi (BN không giữ lại kết quả xét nghiệm máu và toa thuốc).

BN kinh doanh gõ mỹ nghệ, chưa từng bị quai bị, không hút thuốc lá và rượu bia. Không có tiền căn phẫu thuật, bệnh lý thần kinh, hay chấn thương, nhiễm trùng. Không sử dụng thuốc men gì đặc biệt. Gia đình có 3 nam và 2 nữ, chỉ có BN lập gia đình.

Khám thực thể: chiều cao 168 cm, cân nặng 70 kg, chỉ số khối cơ thể 24.8, hệ lông (mu, nách, bụng, ngực và chi trên và dưới) bình thường. Tinh hoàn 18 - 20 mL mỗi bên, hiện diện ống dẫn tinh mỗi bên và không giãn tĩnh mạch tinh. Lỗ tiểu ở đỉnh qui đầu. Da qui đầu bình thường. Dương vật cong về phía bụng khoảng 30°. Tinh dịch đồ: thể tích 1.6 mL, pH 7.5, mật độ tinh trùng 45 x 106/mL, số lượng tinh trùng 72 x 106/mL, tỷ lệ sống 61%, di động tiến tới 36%, di động tại chỗ 7%, hình dạng bình thường 2%. Khảo sát nội tiết tố sinh dục nam: testosterone 5.79 ng/mL, estradiol 26.8 pg/mL, FSH 3.31 IU/L, LH 3.91 IU/L, Prolactin 10.8 ng/mL.

Vợ khám hiếm muộn hoàn toàn bình thường về giải phẫu đường sinh dục nữ và chức năng buồng trứng. BN được tư vấn thực hiện bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI: intrauterine injection) để có thể có con trong khi việc tư vấn và điều trị cho BN được tiếp tục.

3. BÀN LUẬN

BN không bị rối loạn cương nhưng không thể xuất tinh khi quan hệ tình dục dù có thể duy trì khả năng cương kéo dài, do đó thỏa mãn 1 trong 2 tiêu chí chẩn đoán xác định chậm XT theo DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition) và ISSM (International Society for Sexual Medicine) là thời gian tiềm tàng XT trong âm đạo (IELT: intravaginal ejaculation latency time) > 20 - 25 phút hoặc rất ít hoặc không xuất tinh ở hầu hết các lần quan hệ (khoảng 75 - 100%). [3] Vì biết không thể XT, BN chủ động kết thúc quan hệ khi vợ đạt đỉnh khoái cảm (thường 5 - 10 phút sau khi đưa dương vật vào âm đạo). BN nhận thức được vấn đề của bản thân và cố gắng khắc phục không thành công. Lý giải nguyên nhân BN cho biết không có cảm giác nhiều khi quan hệ vợ chồng vì không thể đạt đỉnh khoái cảm và “sướng” như khi thủ dâm, đồng thời thủ dâm đỡ mệt hơn và chạm “đúng chỗ” nên XT nhanh.

Cách thức thủ dâm của BN rất riêng biệt và cách thức xuất tinh cũng rất đặc thù (khi dương vật còn mềm). BN cần phương tiện hỗ trợ là hình ảnh gợi cảm kết hợp tự kích thích và những suy nghĩ tình ái. Những điều kiện này khác biệt rất lớn và không giống thực tế khi quan hệ vợ chồng, giúp lý giải vì sao BN không thể XT và

không đạt đỉnh khoái cảm khi quan hệ và BN vẫn duy trì thủ dâm khá thường xuyên như 1 cách giải quyết bứt rứt cơ thể vì không thể “xả” thông qua quan hệ vợ chồng. BN tự nhận bản thân có khuynh hướng “nghiện” thủ dâm, đặc biệt khi chưa lập gia đình (thủ dâm gần như mỗi ngày), vì không cưỡng lại được dù đôi lúc không muốn.

Bệnh sử, khám thực thể, và khảo sát trực nội tiết hạ đồi - tuyến yên - tinh hoàn và chức năng tuyến giáp không ghi nhận bất cứ yếu tố nào gợi ý nguyên nhân thực thể hay thuốc, thường được mô tả trong y văn, [4, 5] dẫn tới tình trạng bệnh lý nói trên của BN, ngoại trừ yếu tố tâm lý và hành vi tình dục của BN từ lúc dậy thì đến khi lập gia đình. Hiện tại, có 4 giả thuyết tâm lý được cho là nguyên nhân gây chậm XT, mà mức độ nghiêm trọng nhất là không XT. [6]

(1) Giả thuyết 1 liên quan đến giảm cảm giác dương vật hay giảm khả năng cảm nhận cảm giác dương vật. [7] Giảm hoặc mất cảm giác dương vật tăng theo tuổi và thường gặp ở nam giới có rối loạn chức năng tình dục. [8]

(2) Giả thuyết 2 nhấn mạnh vai trò của thủ dâm và đời sống tình ái mộng tưởng (erotic fantasy life). [2, 9, 10] Perelman và cs. ghi nhận 3 đặc điểm thủ dâm có liên hệ với nguy cơ chậm và không XT:

- Tần suất thủ dâm tương đối cao (> 3 lần/tuần). Sự nhạy cảm của dương vật giảm khi tần suất thủ dâm tăng, dẫn tới vòng xoắn bệnh lý là nam giới phải tăng lực cọ sát khi thủ dâm để bù trừ cho sự giảm nhạy cảm, do đó, làm nặng thêm tình trạng chậm hoặc không XT khi quan hệ. Thực tế, một số BN bị kích ứng và đỏ dương vật sau thủ dâm. [11]

- Cách thức thủ dâm đặc thù không dễ gì bắt chước được bởi bạn tình khi sử dụng tay, miệng hay âm đạo, do đó, không lặp lại được mức độ kích thích đạt được khi thủ dâm, dẫn đến giảm kích thích dương vật và khó XT. Kỹ thuật thủ dâm bao gồm tốc độ / cường độ cọ sát, vị trí / tư thế của cơ thể, suy nghĩ tập trung về 1 điểm để đạt đỉnh khoái cảm và XT.

- Khác biệt giữa thực tế tình dục với bạn tình (bao gồm sự hấp dẫn của bạn tình về cơ thể, các động tác tình dục, âm thanh phát ra từ bạn tình...) và đời sống tình ái mộng tưởng khi thủ dâm của BN.

(3) Giả thuyết 3 nhìn nhận chậm XT và không XT là rối loạn ham muốn tình dục được nguy trang (che đậy) dưới hình thức một rối loạn XT. Những BN này thích làm tình với chính bản thân mình hơn là với bạn tình. BN tận hưởng cảm giác sờ chạm lên chính cơ thể mình và cảm thấy bị ức chế khi được bạn tình kích thích. [12]

(4) Giả thuyết 4 xem chậm XT hay không XT là hệ quả tất yếu của xung đột tâm lý. BN cho rằng có thể bị mất một phần bản thân khi mất tình dục, sợ bị tổn hại khi tiếp xúc với cơ quan sinh dục nữ, sợ XT có thể làm tổn thương hoặc làm bạn tình có thai, sợ tình dục làm ô uế bạn tình, mang sự hằn học/thù ghét bạn tình, cảm thấy tội lỗi xuất phát từ những giáo huấn tôn giáo nghiêm ngặt. [13]

BN này có sự hưng cảm (arousal) và thích thú (enjoyment) tình dục từ hoạt động thủ dâm mạnh mẽ hơn là từ quan hệ tình dục. Xu hướng tình dục tự thân (autosexual orientation) này xuất phát từ cách thức thủ dâm đặc thù và mãnh liệt, xảy ra với tần suất cao. BN có thể lộ với vợ là bản thân vẫn thủ dâm nhưng không mô tả chi tiết và không nghĩ vợ có thể giúp đỡ được gì trong chuyện này. Khi được hỏi nếu vợ có thể lặp lại những động tác kích thích tương tự như khi thủ dâm thì BN sẽ có thể XT không. BN khẳng định khi đó DV sẽ cương cứng và không thể XT.

Chậm hoặc không XT khi quan hệ khiến nam giới mất đi sự sung sướng khi đạt đỉnh khoái cảm và hoặc XT và cảm giác “ít nam tính hơn” và “bất lực”. Nữ giới khởi đầu có thể thích thú những lần quan hệ kéo dài, dần dần trở nên bực tức vì cảm nhận người đàn ông có ý “nhịn”. Người phụ nữ tự trách mình không đủ hấp dẫn, hoặc kỹ năng tình dục chưa thuần thục để đưa người đàn ông đến đỉnh XT. [14] Tầm quan trọng của XT đối với chức năng tình dục nữ được nhấn mạnh trong 1 nghiên cứu gần đây. Theo đó, phụ nữ dễ đạt đỉnh khoái cảm và đỉnh khoái cảm mạnh hơn khi bạn tình XT trong âm đạo, tốc độ phóng tinh mạnh, và thể tích tinh dịch lớn. [15] Tuy nhiên, điều đáng quan ngại nhất đối với các cặp vợ chồng là không thể thụ thai khi không XT. [16] Đây là lý do khiến BN này tìm kiếm sự giúp đỡ y khoa.

Một trở ngại khác có thể gây hiếm muộn ở BN này là cong dương vật.

Điều trị bao gồm giải quyết nguyên nhân không XT và vấn đề hiếm muộn của cặp vợ chồng, kết hợp tư vấn tâm lý tình dục cho BN và cả cặp vợ chồng, và dùng thuốc (nếu cần thiết). [4]

- BN này được tư vấn thay đổi lối sống tình dục, gồm giảm tần suất và thay đổi cách thức thủ dâm. Tập luyện lại cách thủ dâm, điều chỉnh lại các mộng tưởng tình ái, thay đổi phương thức hưng cảm, giảm lo âu tình dục, và tăng kích thích dương vật... là các kỹ thuật tâm lý trị liệu tình dục được đề xuất. [3] Tuy nhiên, tỷ lệ thành công khó xác định trong y văn vì rất ít báo cáo đề cập đến kết quả thử nghiệm. [4]

- Ở BN này, không XT khi quan hệ là nguyên nhân duy nhất gây hiếm muộn dù cong dương vật có thể gây khó khăn khi quan hệ. Tuy nhiên, BN có thể XT khi thủ dâm, do đó, tình trùng có thể sử dụng để thụ tinh thông qua các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, mà không cần đến các kỹ thuật hỗ trợ

XT (kích thích rung dương vật hay kích thích điện XT). Kích thích rung dương vật có thể thành công ở BN không XT do giảm nhạy cảm dương vật, và giúp hồi phục khả năng đạt đỉnh khoái cảm và XT khi quan hệ. [17] Kích thích điện XT là biện pháp can thiệp không xâm lấn sau cùng được chỉ định ở BN không đáp ứng với kích thích rung dương vật, cho phép thu thập tinh dịch ở gần như mọi trường hợp. [18]

- Hiện tại chưa có thuốc nào dùng điều trị chậm và không XT được FDA (Food and Drug Administration) công nhận, và các thuốc dùng trong các nghiên cứu có hiệu quả hạn chế và nhiều tác dụng phụ. [4, 6]

4. KẾT LUẬN

Không XT khi quan hệ liên quan đến tâm lý và hành vi thủ dâm từ lúc dậy thì, dẫn đến hiếm muộn khi lập gia đình là tình huống bất thường, hiếm gặp. Giải thích nguyên nhân và tư vấn tâm lý tình dục cho BN để thay đổi thói quen tình dục là cần thiết, tuy nhiên, hiệu quả cần thời gian lâu dài, sự hợp tác của BN và cả người vợ, và có thể khó đánh giá. Giải pháp trước mắt là áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản để giải quyết nhu cầu có con của cặp vợ chồng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shin DH, Spitz A. The Evaluation and Treatment of Delayed Ejaculation. *Sexual medicine reviews*. 2014;2:121-133.
2. Perelman MA, Rowland DL. Retarded ejaculation. *World journal of urology*. 2006;24:645-652.
3. Perelman MA. Psychosexual therapy for delayed ejaculation based on the Sexual Tipping Point model. *Translational andrology and urology*. 2016;5:563-575.
4. Jenkins LC, Mulhall JP. Delayed orgasm and anorgasmia. *Fertility and sterility*. 2015;104:1082-1088.
5. Chen J. The pathophysiology of delayed ejaculation. *Translational andrology and urology*. 2016;5:549-562.
6. Althof SE, McMahon CG. Contemporary Management of Disorders of Male Orgasm and Ejaculation. *Urology*. 2016;93:9-21.
7. Bancroft J. *Human Sexuality and Its Problem*: Churchill Livingstone; 2008.
8. Rowland DL. Penile sensitivity in men: a composite of recent findings. *Urology*. 1998;52:1101-1105.
9. Perelman M. Idiosyncratic masturbation patterns: a key unexplored variable in the treatment of retarded ejaculation by the practicing urologist. *J Urol*. 2005;173:340.
10. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *The journal of sexual medicine*. 2010;7:1668-1686.
11. Xia JD, Han YF, Pan F, Zhou LH, Chen Y, Dai YT. Clinical characteristics and penile afferent neuronal function in patients with primary delayed ejaculation. *Andrology*. 2013;1:787-792.
12. Apfelbaum B. The diagnosis and treatment of retarded ejaculation In: Leiblum S, Rosen R, eds. *Principles and Practice of Sex Therapy: Update for the 1990s*. New York: Guilford Press; 1989:168-206.
13. Althof SE. Psychological interventions for delayed ejaculation/orgasm. *International journal of impotence research*. 2012;24:131-136.
14. Abdo CH. The impact of ejaculatory dysfunction upon the sufferer and his partner. *Translational andrology and urology*. 2016;5:460-469.
15. Burri A, Buchmeier J, Porst H. The Importance of Male Ejaculation for Female Sexual Satisfaction and Function. *The journal of sexual medicine*. 2018;15:1600-1608.
16. Barazani Y, Stahl PJ, Nagler HM, Stember DS. Management of ejaculatory disorders in infertile men. *Asian journal of andrology*. 2012;14:525-529.
17. Nelson CJ, Ahmed A, Valenzuela R, Parker M, Mulhall JP. Assessment of penile vibratory stimulation as a management strategy in men with secondary retarded orgasm. *Urology*. 2007;69:552-555; discussion 555-556.
18. Soeterik TF, Veenboer PW, Lock TM. Electroejaculation in psychogenic anejaculation. *Fertility and sterility*. 2014;101:1604-1608.