

BIẾN CHỨNG SUY SINH DỤC NAM GIỚI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

PGS TS ĐỖ TRUNG QUÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa: Liệt dương là tình trạng mất khả năng đạt được và duy trì sự cương cứng trong quá trình giao hợp.

Rối loạn cương dương (erectil dysfunction E.D) hay còn gọi là rối loạn cương cứng của dương vật là một cụm từ dùng để chỉ cho một nhóm bệnh lý: Bất lực, liệt dương, thiếu năng sinh dục nam giới. Dùng từ rối loạn cương dương có vẻ nhẹ nhàng hơn từ liệt dương để tránh tổn thương tâm lý cho người bệnh. Đây là một tình trạng bệnh lý không phải hiếm gặp ở nam giới được biểu hiện ở nhiều dạng.

- Không ham muốn tình dục nên dương vật không cương cứng để giúp giao hợp. Có ham muốn tình dục nhưng dương vật không đủ độ cương cứng để tiến hành hành giao hợp.

- Dương vật cứng không đúng lúc: Khi định tiến hành giao hợp thì dương vật không cứng lên được, nhưng trong hoàn cảnh tự nhiên lại cương cứng được như trong tình trạng đang ngủ hoặc khi đi lại, ngồi chơi dù không kích thích về tình dục.

- Dương vật cứng lên trong một thời gian rất ngắn, có thể đưa vào âm đạo được nhưng sau đó nhanh chóng mềm dần và xui đi hẳn trong âm đạo vì vậy cuộc giao hợp hoàn toàn không được thực hiện một cách chơn vẹn.

2. Dịch tễ

Rối loạn cương dương (Rối loạn cương cứng) là một bệnh phổ biến ở nam giới, tuy không phải là bệnh có thể gây tử vong nhưng dần dần bệnh gây ra những tổn thương về mặt tinh thần, người bệnh luôn có sự mặc cảm về tình trạng bất lực của mình và coi như một phế nhân. Bệnh gây ra tâm lý chán nản trong công việc hàng ngày, chán sống và dễ dẫn tới những tiêu cực. Đối với bệnh nhân bị đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn cương là một biến chứng thường xuất hiện sớm, trong một nghiên cứu 541 bệnh nhân được phỏng vấn thì 35 % có rối loạn cương dương, tỷ lệ rối loạn cương dương tăng dần theo tuổi.

- 20 - 24 tuổi bị ĐTĐ -> bị rối loạn cương dương là 5,7%

- 55 - 59 tuổi bị ĐTĐ-> bị rối loạn cương dương là 52,4%

Thời gian bị đái tháo đường (ĐTĐ) càng lâu thì tỷ lệ rối loạn cương dương càng tăng, những yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng rối loạn cương dương là tuổi tác, uống rượu, kiểm soát đường huyết kém và bệnh lý vi mạch.

Tỷ lệ rối loạn cương cứng ở bệnh nhân đái tháo đường cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không bị đái tháo đường cùng lứa tuổi từ 15 -18 lần.

Theo thông báo của Viện sức khỏe quốc gia Mỹ: Rối loạn cương cứng ảnh hưởng tới 30 triệu nam giới. Tây Âu 17,5 triệu, khu vực Thái Bình Dương 10,7 triệu, Đông Nam Á 19 triệu.

Xếp theo tuổi đàn ông từ 21 - 70 tuổi:

Mỹ:	18%	Đông Nam Á	10%
Châu Âu:	17%	Trung Quốc	28%
Châu Á:	14%	Việt Nam	15,7% (Trần Quán Anh).

Và ước tính năm 2000 toàn thế giới có khoảng 300 triệu nam giới bị rối loạn cương dương.

Xếp theo chủng tộc, màu da qua nghiên cứu 1517 nam giới tại Mỹ.

Người gốc Caucasia	1068 người	70%
Người nói tiếng Tây Ban nha:	47 người	3%
Người da đen	378 người	25%
Người Ả rập	8 người	1%
Chủng tộc khác	6 người	0,4%

Khoảng 8% những người đàn ông này không thể cương cứng được dương vật khi có kích thích tình dục đã kéo dài trên 12 tháng trước nghiên cứu .

Rối loạn cương cứng và nghề nghiệp (Trần Quán Anh 1995)

Nghiên cứu 100 người bị rối loạn cương cứng cho thấy:

Lao động trí óc	44%
Bộ đội, cựu chiến binh	14%
Ở thành phố	24%
Công nhân	14%
Nông dân	2%

Rối loạn cương cứng xếp theo lứa tuổi.

Felman (Mỹ) nghiên cứu 1290 nam tuổi 40 - 70 tuổi cho thấy có 52% nam giới bị rối loạn cương cứng ở mức độ khác nhau.

Rối loạn cương cứng độ nhẹ:	17%
Rối loạn cương cứng độ trung bình:	25%
Rối loạn cương cứng độ nặng:	10%
Ở tuổi 40 tuổi tỷ lệ	39%
50 tuổi tỷ lệ	48%
60 tuổi	57%
70 tuổi	67%
80 tuổi	75%

Tại Pháp nghiên cứu 986 nam từ 18 - 94 tuổi có tỷ lệ chung:42%

18 - 35 tuổi:	35%
---------------	-----

36 - 94 tuổi 47%

Tại Nhật nghiên cứu 3490 nam có gia đình cho thấy tỷ lệ cương cứng:

20 - 44 tuổi 2,5%

45 - 59 tuổi 10%

60 - 64 tuổi 23%

65 - 69 tuổi 30,4%

> 70 tuổi 44,3%

Thượng Hải - Trung Quốc 1997: nghiên cứu 1582 nam giới

18 - 40 tuổi 10,8%

41 - 50 tuổi 44%

>60 tuổi 57%

Khi nghiên cứu trên các bệnh nhân nam giới bị bệnh tiểu đường, tỷ lệ rối loạn về khả năng cương cứng ở bệnh nhân tiểu đường tăng khá cao, qua 541 người bị bệnh tiểu đường cho thấy tỷ lệ rối loạn cương cứng chung là 35% và tăng theo tuổi:

Tuổi 20 - 24 tuổi chiếm 5,7% bị bất lực

Từ 55 - 59 tuổi chiếm 52,4% bị bất lực

Trong số người trong nhóm nghiên cứu không bị bất lực thì sau đó năm năm tỷ lệ bị bất lực là 28%.

Các yếu tố ảnh hưởng tới rối loạn cương cứng dương vật là: Tuổi, số lượng rượu uống, khả năng kiểm soát đường huyết ban đầu, các biến chứng của bệnh đái tháo đường.

Bảng dịch tễ rối loạn cương dương theo tuổi của một số tác giả

Tác giả Năm	Nước	Đối tượng nghiên cứu	Tỷ lệ và tuổi bị rối loạn cương dương
Kinsey và CS 1958	USA	4108 nam từ >25 tuổi	25 - 30 tuổi: < 1% 30 - 35 tuổi: < 3% 45 - 55 tuổi 6,7% > 65 tuổi 25% > 70 tuổi 55%
Feld man và CS 1994	USA	1290 nam 40 - 70 tuổi	40 tuổi: 39% 50 tuổi: 48% 60 tuổi: 57% 70 tuổi: 67% 80 tuổi: 75%
Sato và cộng sự 1995	Nhật	3490 nam có vợ 20 - 90 tuổi	20 - 44 tuổi: < 25% 45 - 59 tuổi: 10% 60 - 64 tuổi: 23%

			65- 69 tuổi: 30,4% ≥ 70 tuổi > 44,3%
Wang và CS 1997	Trung Quốc (Thượng Hải)	1258 người trưởng thành ≥ 40 tuổi	40- 49 tuổi: 32,8% 50- 59 tuổi: 36,4% 60- 69 tuổi: 74,2% ≥70 tuổi: 86,3%
Phạm Văn Thịnh 1997	Việt Nam	764 nam có vợ	18 - 30 tuổi: 10,8% 40 - 45 tuổi: 44% > 60 tuổi: 57 % tỷ lệ chung: 15,7%

II. BỆNH SINH

1. Sinh lý cương dương

Dương vật được cấu tạo bởi hai thể hình trụ ở 2 bên lưng dương vật gọi là vật hang và một thể sấp nằm ở giữa và dưới bao quanh niệu đạo gọi là vật xóp, hai vật hang được một bao xơ dày 2 lớp bao bọc lại có các lỗ thông giữa 2 vật hang và toàn bộ vật hang và vật xóp được bao bởi cân Buck.

Máu cung cấp cho dương vật là động mạch dương vật được tách ra từ động mạch thẹn trong. Động mạch dương vật chia thành nhiều động mạch nhỏ như: Động mạch hang, động mạch lưng dương vật, động mạch niệu đạo và động mạch hành. Động mạch hang đi vào vật hang và chia thành nhiều nhánh xoắn mở vào các khoảng hang.

Ở trạng thái bình thường của dương vật thì dương vật mềm, nhỏ lại là do sự co thắt của các cơ trơn của động mạch dương vật dẫn tới hạn chế lưu lượng máu vào vật hang và vật hang xẹp xuống.

Khi bị kích thích, các lớp cơ trơn của động mạch dương vật giãn ra và máu dồn về vật hang làm dương vật phồng to dần lên. Khi vật hang đầy căng máu làm các bó sợi cơ trơn dương vật căng ra tạo nên một áp lực lớn ở vật hang gây chèn ép vào các tĩnh mạch dương vật dẫn tới máu không thoát khỏi vật hang, như vậy các tĩnh mạch càng bị chèn ép thì dương vật càng cương cứng.

Dương vật mềm trở lại khi nhu cầu được thoả mãn, kết kích thích (xuất tinh, đi tiểu hết khi buồn tiểu) trừ các cơ trơn động mạch dương vật co thắt trở lại dẫn tới áp lực vật hang giảm -> giảm chèn ép tĩnh mạch dương vật -> máu thoát đi -> dương vật trở lại trạng thái bình thường. Quá trình co và giãn của mạch máu dương vật được điều khiển bởi nhiều cơ chế:

a. Cơ chế thần kinh - nội tiết

. Hệ thống thần kinh trung ương: Vỏ não

. Hệ thống thần kinh ngoại vi: Tuỷ sống

+ Điều hoà bởi hệ thần kinh trung ương:

- Các kích thích từ vỏ não: Những ngẫu hứng, trí tưởng tượng như đang vui cùng người đẹp, hồi ức lại những giây phút đã trải qua về mặt tình dục, hoàn cảnh sống gợi cảm

..

- Những tác động khách quan: Hình hoặc ảnh khiêu dâm, văn hoá đồi trụy có đoạn mô tả cảnh làm tình, ngửi mùi hương quyến rũ, hôn, ôm một người phụ nữ, âm thanh cũng có những tác động nhất định đến sự kích dục.

Tất cả hưng phấn kích thích từ võ não đều được truyền xuống trục hạ - đồi yên tới hệ thống thần kinh ngoại vi.

+ Thần kinh ngoại vi:

- Trung tâm giao cảm: Từ đốt sống lưng 11 - thắt lưng 2 (D11-L2) tiết adrenalin gây co mạch.

- Trung tâm phó giao cảm: Từ đốt xương cùng 2 đến đốt xương cùng 4 (S2 - S4) tiết acetylcholin có tác dụng giãn mạch.

b. Cơ chế sinh hoá

Sau khi có các kích thích về tình dục, No (Oxyd Nitric) tổng hợp từ L.Arginin được sinh ra từ tế bào nội mạc mạch máu và tế bào cơ trơn vật hang, neuron thần kinh. No được giải phóng sẽ kích hoạt enzym guanylate cyclase của tế bào để sản xuất ra GMPc vòng (guanosin monophosphate) là chất truyền tin thứ phát, chất GMPc giữ vai trò chính trong sự giãn cơ trơn của vật hang và làm dương vật cứng lên. Khi GMPc bị hủy bởi enzyme phosphodiesterase thì cơ trơn mạch máu co lại dẫn tới dương vật mềm trở lại.

III. NGUYÊN NHÂN RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG

Nguyên nhân của rối loạn cương dương có nhiều nguyên nhân, các nguyên nhân đan xen hoặc phối hợp nhau tạo nên bệnh lý rất phức tạp, tìm hiểu nguyên nhân rối loạn cương cứng dương vật đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị. Có 5 nguyên nhân chính: Nguyên nhân do bệnh lý mạch máu dương vật, nội tiết, thần kinh, tâm thần, dị dạng giải phẫu dương vật.

1. Nguyên nhân do bệnh lý mạch máu

- Cơ địa huyết áp thấp: Huyết áp thấp dẫn tới tới máu dương vật không đầy đủ.
- Chít hẹp động mạch tới máu dương vật
- Chít hẹp động mạch dương vật
- Chít hẹp động mạch vùng chậu do xơ vữa động mạch
- Chít hẹp động mạch chủ chỗ phân nhánh động mạch chậu
- Thoát máu nhanh vùng vật hang do :
 - * Nhiều tĩnh mạch tân tạo ở vật hang
 - * Dò tĩnh mạch - động mạch vật hang

2. Nguyên nhân nội tiết

+ Testosteron giảm: Đây là hormon giữ vai trò chủ đạo chức năng hoạt động tình dục nam giới, Testosteron cùng với FSH tác động lên tế bào Sertoli ở tinh hoàn để sản xuất tinh trùng và có tác dụng tăng ham muốn tình dục -> kích thích võ não dẫn tới tăng tiết No -> giãn động mạch dương vật -> dương vật cương cứng.

+ Androgen: Androgen có vai trò biệt hoá giới tính nam và duy trì giới tính thứ cấp, có tác dụng sinh sản tinh trùng;

Androgen chỉ có tác dụng gián tiếp lên sự cương cứng dương vật.

Androgen làm tăng khối lượng cơ bắp, tăng trọng lượng, các phản xạ cơ, khớp linh hoạt và mạnh mẽ, làm tăng phát triển nang lông, tuyến bã.

+ Các bệnh nội tiết khác:

- Suy tuyến yên -> giảm LH -> giảm Testosteron

- U tiết prolactin: Tăng prolactin ức chế tiết LH, FSH -> giảm tiết testosteron.

- Suy giáp, suy thượng thận -> giảm tiết androgen

- Tăng tiết estrogen ở nam -> nữ tính hoá -> rối loạn cương cứng dương vật.

- Teo dương vật trong bệnh lý bẩm sinh

- Bị thiếu, cắt bỏ do bệnh lý hoặc chấn thương

- Người cao tuổi: Hội chứng PADAM (partial Androgen Deficiency of the aging Male).

3. Nguyên nhân thần kinh

+ Nhiễm độc thần kinh: Rượu, nghiện thuốc lá, các chất ma túy

+ Bệnh đái tháo đường: Tổn thương hệ thần kinh giao cảm và phó giao cảm ngoại vi.

+ Bệnh lý tổn thương tuỷ sống:

Chấn thương, gãy cột sống..

+ Bệnh lý não: Xuất huyết, nhồi máu não, viêm màng não, lao màng não, giang mai, parkinson, bệnh Alzheimer ..

4. Nguyên nhân tâm thần

- Do Stress: Cuộc sống có những căng thẳng tinh thần do quá tải công việc.

- Do chấn động tâm thần đột ngột trong sinh hoạt tình dục hoặc có mặc cảm nặng nề về bất lực.

- Bệnh tâm thần: Hysteria, tâm thần phân liệt

5. Do dị dạng về giải phẫu

- Bệnh bẩm sinh: Dương vật nhỏ, dương vật quá ngắn.

- Bệnh xơ cứng vật hang

Benkert chia độ cương cứng của dương vật làm 5 độ:

Độ 1: mềm xỉu

Độ 2: mềm

Độ 3: Dương vật nở to

Độ 4: Dương vật cương đủ để giao hợp

Độ 5: Dương vật cương rất cứng.

IV. CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG

1. Triệu chứng lâm sàng

Để có một chẩn đoán xác định, vấn đề khám và hỏi tử mỉ, tạo được niềm tin cho bệnh nhân thì khi đó bệnh nhân mới mô tả trung thực triệu chứng, tốt nhất là nên khám khi có cả hai vợ chồng bệnh nhân.

a. Lý do đến khám

Xác định rối loạn cương dương là một phần quan trọng trong khám bệnh nhân đái tháo đường nam giới.

+ Những câu hỏi đầu tiên cần thiết là: Bạn có vấn đề như thế nào, tại sao đó lại là vấn đề bạn quan tâm, nó xảy ra lâu chưa, có còn ham muốn tình dục không hay là mất hẳn ham muốn. Thái độ của bạn tình đối với vấn đề này như thế nào, người bệnh mong muốn được gì khi nêu vấn đề này ra, nên đặt câu hỏi chung chung để có cái nhìn tổng quát về bệnh này.

+ Hỏi về tốc độ của rối loạn chức năng cương cứng dương vật:

- Biểu hiện mạnh, nhanh thường do stress về tâm lý

- Biểu hiện âm thầm, từ từ và tiến tới hoàn toàn bị liệt dương thường do bệnh lý thần kinh, mạch máu.

+ Có sự cương cứng vào buổi sáng, buổi tối hoặc cương cứng trong hoàn cảnh không đúng lúc không: khả năng cương cứng của dương vật ở những thời điểm khác nhau ngoài quá trình giao hợp cho thấy nguyên nhân chủ yếu là tâm lý.

b. Khám

Hầu hết các trường hợp bệnh nhân đái tháo đường bị rối loạn cương dương là do yếu tố thần kinh hoặc mạch máu hoặc phối hợp cả hai vì vậy phải khám kỹ.

+ Thần kinh: Thần kinh chi phối bàng quang và dương vật là chung nhau nếu có triệu chứng bàng quang sẽ chỉ ra nguyên nhân rối loạn cương dương.

- HA: Hạ huyết áp tư thế, nguyên nhân mạch máu - thần kinh tim.

- Khám dây thần kinh sọ, cột sống, rối loạn tiêu hoá .

+ Mạch máu:

- Kiểm tra sự co thắt mạch máu: Con đau cách hồi , cao HA, bệnh thận hoặc bệnh võng mạc do đái tháo đường.

+ Đường huyết: Đo đường huyết, HbA_{1c}

Đường huyết tăng cao là nguyên nhân gây rối loạn cương dương, kiểm soát đường huyết tốt tình trạng đó có thể trở về bình thường.

+ Bệnh lý nội tiết khác: Suy giáp, cường giáp, u tuyến yên, suy tuyến yên...

- Kiểm tra đặc tính sinh dục phụ thứ phát

- Định lượng testosterone, FSH, LH và prolactin

- Đánh giá chức năng gan, thận

- Đánh giá biến chứng của đái tháo đường: Có thể đây là nguyên nhân gây rối loạn cương dương.

- + Khám phát hiện bệnh lý thần kinh ngoại vi, thần kinh tự động của tim
- + Đánh giá sức khoẻ hiện tại: Liệt dương trong thời gian ngắn có thể gặp sau khi bệnh nhân vừa bị ốm nặng.
- + Tiền sử dùng thuốc: Có loại thuốc nào đang dùng và được dùng trong khoảng thời gian xuất hiện rối loạn cương dương lần đầu không, lượng rượu uống hàng ngày.
- + Đánh giá về tâm lý:
 - Cả bệnh nhân và bạn tình có hợp nhau không về vấn đề này:
 - Hiểu sai lệch về sinh hoạt tình dục bình thường
 - Thiếu sự tôn trọng và hoà hợp tình dục
 - Quá lo lắng về khả năng tình dục
 - Vấn đề kinh tế, hoàn cảnh khó khăn
 - Thiếu sự tự tin của bản thân, không có sự phối hợp động viên của bạn tình.

2. Cận lâm sàng

+ Xét nghiệm: albumin niệu, creatinin huyết, testosterone, LH, FSH, Prolactin, điện tâm đồ, X- Q hố yên. HIV.

+ Siêu âm doffler dương vật:

Đo áp lực tâm thu dương vật so với áp lực tâm thu cánh tay (chỉ số dương vật/cánh tay) cho biết có thiếu hụt máu dương vật hay không.

- Chỉ số dương vật/cánh tay < 0,6 : Nguyên nhân mạch máu

0,6 - 0,91: mạch máu chỉ là 1 nguyên nhân

> 0,91: Bình thường huyết động vùng khung chậu

+ Đánh giá thần kinh tự động:

- Đánh giá tỷ lệ % đường kính đồng tử và sự giãn đồng tử trong bóng tối.

- Test đánh giá phản ứng tuyến mô hôi

+ Đo độ cứng của dương vật ban đêm.

Sự cương cứng của dương vật thường xảy ra trong giấc ngủ sâu về đêm, người ta đánh giá sự cương cứng ban đêm bằng máy đo lực căng và chu vi của dương vật lúc nó cương lớn nhất, máy đồng thời ghi lại biên độ chuyển động giãn nở của dương vật trong suốt quá trình cương cứng, độ 3 là khả năng cương cứng của dương vật bình thường, độ 0 - 1 là bất lực thực thể.

+ Chụp động mạch: - Chụp động mạch khung chậu

- Chụp chọn lọc động mạch dương vật.

+ Chụp vật hang: Khi có nghi ngờ rò tinh mạch hang, sẽ không đáp ứng với test papaverin.

3. Đánh giá chức năng cương dương qua chỉ số I I E F

(International Index Erectil Function)

Thang điểm IIEF từ 1997 đã được áp dụng rộng rãi và giúp cho lượng hoá thông tin trong vấn đề chẩn đoán và xếp loại độ nặng nhẹ của rối loạn cương dương. Đây là thang điểm rất có giá trị thực tiễn trong lâm sàng và nghiên cứu, đã được quốc tế hoá. Thang điểm IIEF đánh giá năm lĩnh vực đời sống tính dục nam:

- Chức năng cương của dương vật (6 câu hỏi)
- Độ khoái cảm (2 câu hỏi)
- Ham muốn tình dục (2 câu hỏi)
- Sự thoả mãn trong giao hợp (3 câu hỏi)
- Sự thoả mãn toàn diện (2 câu hỏi)

Bảng thang điểm . IIEF

TT	Câu hỏi IIEF	Câu trả lời	Điểm
1	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có thường cương được dương vật trong lúc hoạt động tình dục hay không?	Không hoạt động tình dục/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 hầu hết (hơn 1/2 số lần)	4
		Luôn luôn hoàn toàn	5
2	Trong 4 tuần lễ qua, khi bạn có cương dương vật do kích thích tình dục. Dương vật của bạn có đủ cứng để đưa vào âm đạo không?	Không hoạt động tình dục/không giao hợp	0
		Gần nh không bao giờ/không bao giờ	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần)	3
		Gần hầu hết (hơn 1/2 số lần)	4
		Luôn luôn hoàn toàn	5
3	Trong 4 tuần lễ qua, khi muốn giao hợp, bạn có đã được dương vật vào âm đạo người phụ nữ không?	Không hoạt động tình dục/không giao hợp	0
		Gần nh không bao giờ/không bao giờ	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần)	3
		Gần hầu hết (hơn 1/2 số lần)	4
		Luôn luôn hoàn toàn	5
4	Trong 4 tuần lễ qua, suốt trong lúc giao hợp, bạn có duy trì được độ cương sau khi đã đưa được dương vật vào âm đạo người phụ nữ hay không?	Không hoạt động tình dục/không giao hợp	0
		Gần nh không bao giờ/không bao giờ	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần)	3
		Gần hầu hết (hơn 1/2 số lần)	4
		Luôn luôn hoàn toàn	5
5	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có thấy khó khăn khi duy trì cương dương vật để giao hợp trọn vẹn không?	Không hoạt động tình dục/không giao hợp	0
		Gần nh không bao giờ/không bao giờ	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần)	3
		Gần hầu hết (hơn 1/2 số lần)	4
		Luôn luôn hoàn toàn	5
6	Trong 4 tuần lễ qua, bạn ước lượng sự tin tưởng mà bạn có được trong việc truy trì cương dương vật như thế nào?	Rất ít / không có	1
		ít	2
		Vừa phải	3
		Cao	4
		Rất cao	5
7	Trong 4 tuần lễ qua, có bao nhiêu lần giao hợp?	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 thoải mái khi giao hợp không?	Không giao hợp	0
		Gần nh không bao giờ	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Khoảng 1/2 số lần	3
		Gần hầu hết (hơn 1/2 số lần)	4
		Luôn luôn - hoàn toàn	5
9	Trong 4 tuần lễ qua, bạn có thấy thích thú trong khi giao hợp không?	Không giao hợp	0
		Không thấy thích	1
		Không thích lắm	2
		Tàm tàm	3
		Rất thích thú	4
		Cực kỳ thích thú	5
10	Trong 4 tuần lễ qua khi được kích thích tình dục hay giao hợp, bạn có xuất tinh hay không?	Không hoạt động tình dục/không giao hợp	0
		Gần như không bao giờ	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Khoảng 1/2 số lần	3
		Gần hầu hết (hơn 1/2 số lần)	4
		Luôn luôn - Hoàn toàn	5
11	Trong 4 tuần lễ qua khi được kích thích tình dục hay giao hợp bạn có cảm giác cực khoái hay không?	Không giao hợp	0
		Gần nh không bao giờ	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Khoảng 1/2 số lần	3
		Gần 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 nh không bao giờ	1
		Dưới 1/2 số lần	2
		Khoảng 1/2 số lần	3
		Gần hầu hết (trên 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 cảm thấy hài lòng với cuộc sống tình dục của mình không?	Không hài lòng	1
		Hơi hài lòng	2
		Tàm hài lòng	3
		Khá hài lòng	4
		Rất hài lòng	5
15	Trong 4 tuần lễ qua, trong quan hệ tình dục với phụ nữ có làm cho người phụ nữ hài lòng không?	Rất ít - không có	1
		ít	2
		Vừa phải	3
		Cao	4
		Rất cao	5

15 câu hỏi bao gồm trong 5 lĩnh vực của đời sống tình dục nam giới có tổng số điểm từ 6 - 75 điểm (chín câu hỏi có điểm 0).

Số điểm được phân phối cho từng lĩnh vực như sau:

Bảng Các lĩnh vực của I.I.E.F về chức năng tình dục ở nam giới

Lĩnh vực	Câu hỏi	Tổng số điểm
Chức năng cương dương vật	1, 2, 3, 4, 5, 6	1 - 30
Thoả mãn giao hợp	7, 8, 9	0 - 15
Tột đỉnh khoái cảm	10, 11	0 - 10
Ham muốn tình dục	12, 13	2 - 10
Thoả mãn toàn diện	14, 15	2 - 10

Lĩnh vực chức năng cương dương của IIEF gồm 6 câu hỏi đầu có điểm số tối đa là 30 điểm, là tiêu chuẩn để định giá trị và phân hoá mức độ của rối loạn cương dương bởi vì độ cương cứng của dương vật là một yếu tố quyết định cho một cuộc giao hợp. Còn cuộc giao hợp là do ham muốn hay gượng ép? Cuộc giao hợp có đạt tới độ khoái cảm và làm thoả mãn người phụ nữ hay không? Đó là chi tiết các bệnh lý khác trong đời sống tình dục.

Sự phân loại độ nặng, nhẹ của rối loạn cương dương theo điểm số như sau:

Bảng Phân loại rối loạn cương dương bằng cách sử dụng lĩnh vực chức năng cương của IIEF

Điểm số (Tổng số 30 điểm) Lĩnh vực chức năng cương dương vật	Phân loại Rối loạn cương dương
1 - 10	Nặng
11 - 16	Vừa
17 - 25	Nhẹ
26 - 30	Không có rối loạn chức năng cương

Đánh giá chung trong toàn bộ 15 câu hỏi mức độ rối loạn cương dương được phân loại như sau:

- 6 - 20 điểm : Mức độ nặng
- 21 - 30 điểm : Mức độ trung bình
- 31 - 59 điểm : Mức độ nhẹ
- 60 - 75 điểm : Không có rối loạn cương dương

Trong quá trình điều tra dịch tễ học, đơn giản hơn, có thể thay thế bộ 15 câu hỏi bằng bộ 5 câu hỏi tóm tắt như sau:

Bảng liệt kê sức khoẻ tình dục dành cho nam giới. (IIEF).

* Trong 6 tháng qua:

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

Bộ thang điểm: IIEF mỗi câu từ 1 - 5 điểm

+ O điểm chỉ ra trường hợp không có khả năng hoạt động tình dục, không giao hợp được hoặc không có ý muốn giao hợp trong ít nhất 4 tuần.

+ Khoanh tròn số điểm mỗi câu hỏi

+ Một số khái niệm giải thích:

- Hoạt động tình dục: Gồm giao hợp, vuốt ve, thủ dâm, dạo đầu

- Giao hợp: Đưa được dương vật vào âm đạo phụ nữ.

- Kích thích tình dục: Như lúc dạo đầu, ảnh khêu gợi, film khêu gợi.

- Xuất tinh: Phóng tinh ra khỏi dương vật, khoái cảm tột độ

+ Tổng kết các điểm để đánh giá chức năng cương dương vật.

V. Điều trị rối loạn cương dương

1. Điều trị nội khoa

a. Tư vấn và thảo luận với người bệnh

Tư vấn và thảo luận vấn đề bệnh nhân quan tâm là điều đầu tiên và có tính quyết định tới kết quả điều trị, tạo cho bệnh nhân môi trường tự nhiên tin tưởng và cởi mở với bác sỹ và người bệnh sẽ tự nói vấn đề của mình với thầy thuốc.

Thầy thuốc nên đặt câu hỏi đầu tiên một cách tự nhiên và đặt câu hỏi đơn giản, những câu hỏi này là rất cần thiết cho những đánh giá đầu tiên, ví dụ như:

- Vấn đề chính xác của bạn là gì

- Tại sao đó lại là vấn đề đối với bạn

- Thái độ của vợ (bạn tình) đối với vấn đề đó nh thế nào?

- Bạn muốn được giải quyết vấn đề đó như thế nào.

Những cách đặt câu hỏi như trên rất quan trọng, cho biết bệnh nhân thực sự mất khả năng cương cứng hay là bị vấn đề khác chi phối do nhận thức không đúng hoặc hành vi tình dục không bình thường hoặc:

- Đau do hẹp bao quy đầu.

- Do bệnh xơ vật hang (peyronie)

- Xuất tinh sớm .

Trong thực tế lâm sàng, khi khám bệnh thì rất nhiều bệnh nhân nam giới không muốn bị thăm khám bằng biện pháp kỹ thuật song lại rất sẵn lòng trò chuyện về vấn đề này, thích được nghe giải thích và cần được tìm hiểu hoàn cảnh của vấn đề. Người bệnh rất cần tư vấn về tình trạng sức khỏe chung và các vấn đề hoạt động tình dục, cần được xoá tan những nghi ngờ, gạt bỏ những huyền thoại về hoạt động tình dục. Những huyền thoại như: “mọi đàn ông đều có khả năng hoạt động tình dục cho tới khi xuống lỗ”, huyền thoại như: “mọi phụ nữ đều phụ thuộc vào việc có được thoả mãn hay không”, nên xoá tan sự nghi ngờ về người bạn tình của mình đến nay không còn hấp dẫn nữa hay là sự không chung thủy của cô ta. Nhiều đàn ông cảm thấy xấu hổ và không chịu nói ra vấn đề

của mình và như vậy vấn đề càng nghiêm trọng hơn. Người bệnh phải hiểu rằng quan hệ vợ chồng là một phần của cuộc sống lứa đôi và không phải là một vấn đề nghiêm trọng đến nỗi phải bị phán xử với những mục tiêu không thực tế mà chúng ta vẫn thấy, nghe, đọc trên các phương tiện thông tin đại chúng.

Điều quan trọng nhất là qua những cuộc trao đổi và tư vấn này, chúng ta có thể có được một bức tranh toàn cảnh về vấn đề mà bệnh nhân quan tâm lo lắng. Nếu như không có vấn đề thực sự thì không cần điều trị mà chỉ tư vấn cũng đạt hiệu quả. Một điều hết sức lưu ý khi tư vấn là không nên gửi ngay bệnh nhân tới một bác sĩ lạ mặc dù là bác sĩ chuyên khoa khi bệnh nhân vừa tiết lộ điều thâm kín với mình, mà phải giải thích, động viên, gây cảm tình với bệnh nhân và như vậy tư vấn và điều trị mới đạt hiệu quả, một điều hết sức quan trọng là mọi bác sĩ đều phải chuẩn bị để cung cấp dịch vụ này cho người bệnh.

b. Trị liệu tâm lý

Trong một xã hội lý tưởng, mọi người đàn ông đến tuổi trưởng thành đều có một đội ngũ bác sĩ đa khoa tư vấn kể cả các chuyên gia tâm lý, nhưng thực tế điều này khó thành hiện thực. Vì vậy mọi cán bộ y tế đều phải có một số hiểu biết về tâm lý trị liệu. Mặc dù đa số bệnh nhân đái tháo đường có rối loạn cương dương nhưng vẫn kèm theo đó là các vấn đề tâm lý khá nghiêm trọng. Điều trị nội khoa chỉ có thể phục hồi sự cương dương mà không phục hồi được các quan hệ cần thiết, chính vì vậy phải có sự hỗ trợ về tâm lý.

Những người có vấn đề về tâm lý nghiêm trọng hoặc bệnh lý tâm thần phải được giới thiệu đến các chuyên gia đánh giá và tư vấn trước khi áp dụng các biện pháp điều trị nội khoa.

Có nhiều phương pháp trị liệu tâm lý có hiệu quả cho một người hoặc cả hai vợ chồng, dưới cách nhìn của các nhà tâm lý, điều quan trọng là phải thấu hiểu nguyên tắc của "trị liệu tình dục". Phải xác định được một số yếu tố liên quan:

- Yếu tố ảnh hưởng
- Các yếu tố tích tụ
- Các yếu tố tiềm năng
- Các yếu tố kéo dài dai dẳng

Phải tìm được thời gian hợp lý để thảo luận và quyết định điều trị cho bệnh nhân và hướng dẫn cho bác sĩ nội khoa có được phương pháp điều trị thích hợp nhất.

Phương pháp điều trị không dùng thuốc của Masters and Johnson có cải tiến dựa trên "trị liệu cả đôi" rất có hiệu quả và logic, biện pháp này không nhất thiết là mong muốn khôi phục hoàn toàn khả năng cương cứng, song có thể khôi phục lại quan niệm hạnh phúc lứa đôi, phương pháp này khuyến khích sự giao tiếp, trao đổi, tìm hiểu nhu cầu, sở thích và không thích của người bệnh, làm dịu đi sự lo lắng của bệnh nhân. Phương pháp điều trị bao gồm một số bài tập cùng với việc cấm quan hệ trong một thời gian nhất định, bài tập này gồm 3 phần:

- Không phải cơ quan sinh dục (Bài 1)
- Cơ quan sinh dục (Bài 2)
- Có tham gia của sự giao hợp (Bài 3)

Bài tập 1: Vợ chồng sẽ tâm sự, vuốt ve, đụng chạm nhau

Bài tập 2: Cho phép đụng chạm cơ quan sinh dục nhưng không giao hợp

Bài tập 3: Trước khi giao hợp, giai đoạn này phải duy trì thời gian hợp lý.

Khi thảo luận phương pháp Master and Johnson với người bệnh, phải thảo luận, hướng dẫn kỹ càng, những cuộc thảo luận như vậy sẽ giúp cả bác sỹ và bệnh nhân có cách nhìn rộng hơn về vấn đề và mục đích điều trị.

Bất cứ phương pháp gì gây được sự tin tưởng và xoá bỏ được những mặc cảm bất lực ở người bệnh đều có thể được sử dụng.

c. Thảo dược

Ở một số nước có kinh nghiệm dùng thảo dược giúp cho người đàn ông đạt được mong muốn.

- Thổ dân nam Mỹ có loại cây làm đồ trang sức đeo ở thắt lưng nam

- Barazil có cây muira puama làm nước uống.

- Việt Nam có kinh nghiệm dùng nhân sâm, ba kích, dâm dương hoắc, nhân sâm đỏ.

d. Các cơ quan động vật

- Ngâm rượu: Mật gấu, máu rắn, máu ba ba, tâm chín, cá ngựa, tắc kè, rắn độc, sừng tê giác.

- Ngâm rượu, rượu thuốc tinh hoàn cá sấu, dê, bò rừng, lõi chim, mào gà trống.

e. Điều trị bằng thuốc

Trước khi quyết định dùng thuốc điều trị phải đánh giá chi tiết toàn bộ tình trạng bệnh nhân về bất kỳ yếu tố gây mất khả năng cương cứng của dương vật.

- Tiền sử dùng thuốc ảnh hưởng tới rối loạn cương cứng.

. Thuốc điều trị tăng huyết áp loại chẹn beta giao cảm, thuốc lợi tiểu, methyldopa

. Bệnh nhân nghiện rượu, thuốc lá.

*** Thuốc nội tiết:**

+ Testosteron: Đã được dùng từ lâu

. Thuốc uống: Andriol viên 40mg của Organon - Hà Lan, liều tấn công 4 viên/ngày/21 ngày,

liều duy trì 1 - 2 viên /ngày/ 30 ngày.

Thuốc có tác dụng làm tăng ham muốn tình dục và độ cương của dương vật, tăng trương lực cơ.

. Mesterolone: liều 75 mg/ ngày

. Thuốc tiêm: Propionate testosteron 25 mg/ống

2 ống/tuần; tiêm bắp.

. Cao dán testosteron ở da bìu cũng có tác dụng tốt.

- Tác dụng phụ: Dùng nhiều gây phì đại tiền liệt tuyến, ung thư tiền liệt tuyến.
- Chống chỉ định: Bệnh nhân bị bệnh tim mạch, suy tim.

Đối với bệnh nhân đái tháo đường bị rối loạn cương dương, thuốc này kém hiệu quả, chỉ có tác dụng làm giảm bớt sự lãnh cảm, nhưng lại làm cho bệnh nhân thêm chán nản vì khả năng cương cứng của dương vật vẫn kém. Vì vậy phải kiểm tra uống testosterone ở bệnh nhân trước khi dùng.

*** Thuốc tác động thần kinh trung ương**

+ Yohimbine :

Là hoạt chất triết xuất từ vỏ cây Corynanthe Yohimbe Rubia ceac ở Tây Phi, có tác dụng đối kháng thụ thể Alpha2 adrenergic dẫn tới giãn mạch ngoại vi.

biệt dược Dynaton, ngày 2 - 3 viên / 30 ngày.

+ Trazodone: ức chế alpha 2 adrenergic gây giãn mạch, liều 40 - 80mg/ngày

+ Apomorphine : 2 - 4 mg/ngày

+ Bromocriptine : khôi phục chức năng cương cứng và lãnh cảm ở bệnh nhân tăng prolactin huyết.

+ Onaprubasic : 18 mg/ngày hoặc 6 - 12 mg trước khi quan hệ

+ Viagra: (silde nafil)

thuốc ức chế men phosphodiesterase type 5 trong chu trình chuyển hoá Nitrogen Oxyd làm giãn mạch.

Viên 25 mg - 50 mg - 100mg

Liều dùng: 1 viên x 2 lần/tuần x 5 tuần

Một số testosterone thường dùng

STT	Đường dùng	Biệt dược
1	Dạng uống	. Andriol, Halotestin . Metandren . Virilon, Mesterolone
2	Dạng tiêm	Testosteron, Delatestryl Sustanon 250
3	Dạng cao dán ngoài da	Testoderm Androderm.

*** Thuốc an thần:**

Mặc dù thuốc an thần có liên quan tới những nguyên nhân liệt dương nhưng đôi khi thuốc an thần rất có ích trong điều trị đặc biệt là những trường hợp có liên quan tới sự quá lo lắng, chán nản, bi quan của bệnh nhân. Tác dụng chủ yếu là làm thay đổi về trạng thái tâm lý, tính tình, giảm trạng thái lo âu.

Trazodone 50mg/ngày có thể gây chóng mặt và đau dương vật. Thuốc có tác dụng an thần và ức chế alpha Adrenergic.

* *Thuốc dùng tại chỗ:*

Thuốc dùng tại chỗ đã được áp dụng ở những bệnh nhân đái tháo đường bị rối loạn cương dương, đã có một số hiệu quả nhất định.

- . Nitrat transdermal: dán vào bìu hoặc dương vật
- . Ninoxidil dạng kem bôi vào dương vật nhưng ít hiệu quả hơn

f. Điều trị bằng tiêm thuốc vào vật hang

Nguyên tắc: Khi thuốc tiêm vào vật hang, thuốc làm tăng thể tích vật hang do giãn cơ trơn và gây dẫn mạch dẫn tới máu đến vật hang nhiều hơn -> cương cứng vật hang.

Các thuốc thường dùng:

- . Papaverin
- Postaglandin E₁
- Kết hợp Papaverin và phentolamin.

+ Papaverin là loại thường dùng nhất hiện nay, liều dùng 40 - 60mg/lần có thể gây tai biến như đau dương vật, có thể gây xơ cứng vật hang do dùng nhiều lần.

Có thể phối hợp Papaverin và phentolamin khi dùng đơn độc papaverin kém hiệu quả thì nên phối hợp papaverin 30 mg + 1 mg phentolamin.

+ Prostaglandin E₁ (alprostadil) biệt dược Caverject của Công ty Up John. Thuốc có tác dụng làm giãn mạch ngoại vi và giãn cơ trơn do ức chế bài tiết Noradrenalin và ức chế bài tiết angiotensin.

- liều lượng: 2,5 mg - 60 mg/ 1 lần, liều tiêm tăng dần cho tới khi đáp ứng được sự cương dương, sau khi tiêm dương vật cương được 60 - 90 phút.

- Tác dụng không mong muốn: Cương đau dương vật, tụ máu chỗ tiêm, xơ cứng vật hang, đau chỗ tiêm, nhiễm khuẩn...

- Tác dụng: Sau tiêm 10 phút thuốc có tác dụng làm dương vật cương cứng vì vậy phải tiêm tại nhà và gây bất tiện cho người bệnh nếu chưa có sự chuẩn bị trước.

g. Hướng dẫn ban đầu cho bệnh nhân

Quan trọng nhất là bệnh nhân phải được tư vấn, hướng dẫn kỹ lưỡng về kỹ thuật tiêm, liều lượng thuốc mỗi lần tiêm. Bệnh nhân phải được hướng dẫn bằng hình ảnh, giải thích kỹ về mặt kỹ thuật và được thực hành tại chỗ với liều nhỏ. Tốt nhất là bệnh nhân tự tiêm lấy như hướng dẫn tiêm Insulin vậy. Bệnh nhân tự đánh giá đây là kỹ thuật đơn giản, không đau. Bệnh nhân phải được hướng dẫn sử dụng thuốc tăng liều dần và phải hiểu rằng thoát đầu với liều nhỏ có thể không đáp ứng, nhưng khi tăng dần với liều nhỏ 10 mg papaverin hoặc 5 mg prosgalandin E₁, người bệnh sẽ tìm được liều đạt hiệu quả nhất và tác dụng tăng dần liều cũng là để tránh sự cương cứng kéo dài có thể xảy ra. Nhưng phương pháp tăng dần liều thì người bệnh sẽ phải mất thời gian đến khám nhiều lần tại phòng khám và như vậy sẽ khó khăn cho quan hệ sau khi sử dụng thuốc.

Phương pháp dùng liều cao ngay (80 mg papverin hoặc 30 mg PGE1) kiểm tra xem có đáp ứng hay không, nếu không đáp ứng thì loại bỏ phương pháp điều trị này. Nhưng phương pháp này có những phiền phức là nguy cơ gây cương cứng kéo dài và bên cạnh đó phải có sẵn phương tiện để làm giảm sự cương cứng rất khó thực hiện tại bệnh viện.

- Thiết bị tiêm: hướng dẫn cho người bệnh thiết bị cho điều trị
 - . Papaverin: dùng bơm kim tiêm Insulin là phù hợp
 - . Prostaglandin E1 (PGE1) có bơm kim tiêm riêng
 - . Bơm kim tiêm tự động

- Số lần dùng: Thông thường nên khuyên bệnh nhân hạn chế tiêm, không nên dùng quá 3 lần/tuần. Nên dùng càng ít lần càng tốt, tuy nhiên người bệnh cũng rất mừng khi biết rằng nếu cần họ có thể tạo ra sự cương cứng dương vật như ý.

h. Những biến chứng của phương pháp tiêm vật hang

Phải giải thích cho bệnh nhân biết rõ về các biến chứng khi tiêm vào vật hang để tạo sự cương dương.

- Thâm tím: Thường thâm tím nhỏ chiếm 25% trường hợp
- Xơ hoá và sẹo nơi tiêm: ít gặp
- Nhiễm trùng: rất hiếm gặp

- Cơn cương cứng dương vật kéo dài: đây là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân dùng liều cao và 2 lần/24 giờ. Không được dùng 2 lần/24 giờ. Nếu cơn cương cứng kéo dài có thể vận động hoặc chạy cho máu lưu thông bớt đi ở dương vật hoặc đắp đá lạnh. Nếu cương cứng quá 4 giờ phải tới bác sỹ chuyên khoa.

- Ngất: Có thể xảy ra ở những trường hợp quá lo lắng, căng thẳng không phải tác dụng phụ của thuốc. Thường xảy ra ở bệnh nhân tiêm lần đầu.

- Tổn thương niệu đạo và mạch máu lưng dương vật do tiêm không đúng vị trí.

- Rách bao quy đầu: Thường ở trường hợp có hẹp bao quy đầu, sau khi tiêm dương vật cương cứng gây rách bao quy đầu.

Nói chung ở bệnh nhân đái tháo đường bị rối loạn cương dương, kết quả đạt từ 65% - 75% hài lòng với phương pháp điều trị này trong vòng ít nhất là 6 tháng.

i. Viên đặt niệu đạo

Viên đạn Alpostadil được đặt vào niệu đạo sẽ khuếch tán vào tĩnh mạch vật xốp và vào vật hang gây giãn mạch vật hang -> cương dương. Viên 250 - 500mg/đặt 1 lần.

k. Thiết bị tạo cương cứng bằng chân không

Đây là phương pháp điều trị rất an toàn và hiệu quả ở đa số bệnh nhân nam giới. Được coi là phương pháp điều trị đầu tay.

Dụng cụ hình trụ tạo chân không được hoạt động theo nguyên tắc : 01 ống hình trụ được bôi trơn, đặt chụp lên dương vật, kèm theo 1 vòng cao su. Bơm có thể hoạt động bằng tay hoặc pin. Sau khi bơm hút hết không khí tạo ra chân không hút máu vào dương vật làm dương vật cương cứng, vòng cao su sẽ tuột xuống gốc dương vật và thít chặt tại

đó, Bỏ trụ chân không và tháo dụng cụ ra, tạo ra sự cương dương vật có thể đạt 30 - 45 phút.

Hạn chế: Thiết bị này không tạo ra sự cương cứng đầy đủ. Gốc dương vật vẫn mềm nhũn, dương vật cương cứng như treo vào gốc dương vật, tuy nhiên kết quả đạt được cuộc giao hợp là > 90% ở đàn ông.

Có 3 loại thiết bị trên thị trường: ERE CAID, ACTIVE/IMPULSE và RAPPORT giá thành cao từ £ 119 - £250.

Nói chung muốn đạt kết quả tốt phải có dụng cụ tốt và phải được hướng dẫn và luyện tập thành thục.

Tác dụng phụ:

- Thâm tím
- Không dùng cho trường hợp hẹp bao quy đầu
- Không xuất tinh được
- Không thoải mái, cương cứng không như tự nhiên
- Thiết bị kông kênh, đắt.

1. Vòng co khí

Vòng co khí chỉ là phương tiện hỗ trợ giúp cho sự cương cứng kéo dài ở những trường hợp sự cương cứng không đạt yêu cầu hoặc cương cứng quá ngắn. Trong trường hợp nào đó vòng co khí có thể coi như thiết bị chân không giúp đỡ sự cương cứng một cách hạn chế.

Sau khi tạo ra sự cương cứng của dương vật thì người bệnh đeo vòng này vào sát gốc dương vật.

* Điều trị bằng phẫu thuật:

Phương pháp điều trị bằng phẫu thuật thường có 3 loại:

- Sửa lại những bất thường của dương vật
- Phẫu thuật mạch máu
- Ghép dương vật nhân tạo (tạo bộ phận giả).

1. Phẫu thuật sửa lại bất thường dương vật

- Sửa lại bất thường bẩm sinh: Ngắn, bé, dị tật
- Các tình trạng gây đau đớn khi giao hợp: Rách bao quy đầu, hẹp
- Bệnh Peyronie: xơ hoá vật hang
- Chấn thương dương vật

2. Phẫu thuật mạch máu

Chỉ định: - Tổn thương mạch máu vùng khung chậu sau chấn thương

- Bệnh lý mạch máu vùng khung chậu
- Bệnh lý mạch máu bẩm sinh vùng khung chậu

- Thông động tĩnh mạch dương vật.

3. Tạo bộ phận giả trong dương vật

Chỉ tiến hành khi bệnh nhân không đáp ứng với phương pháp điều trị kể trên:

- Đặt vào vật hang 2 thời Silicon được bơm phồng và điều khiển bằng tay hoặc máy khi có yêu cầu.

***Điều trị đái tháo đường :**

Một vấn đề cơ bản của điều trị rối loạn cương dương ở bệnh nhân đái tháo đường là phải điều trị đái tháo đường tích cực . Bằng mọi phương pháp phải đưa được glucose huyết và HbA1c về mức mục tiêu . Điều trị tích cực các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp , rối loạn mỡ máu và các biến chứng thần kinh ngoại vi , thần kinh tự chủ , biến chứng thận , mắt .

Bệnh nhân đái tháo đường bị rối loạn cương dương thường bị quan chán nản , vì vậy ảnh hưởng rất lớn tới kết quả điều trị và đây là nguyên nhân quan trọng dẫn tới điều trị thất bại . hậu quả là đường huyết tăng cao kéo dài dẫn tới nhiều biến chứng trầm trọng và rối loạn cương dương càng trầm trọng hơn , Vì vậy người bệnh cần được tư vấn một cách đầy đủ về mọi vấn đề của bệnh đái tháo đường và rối loạn cương dương , gây được cảm tình và sự tin tưởng của người bệnh thì mới có hy vọng điều trị rối loạn cương dương ở bệnh nhân đái tháo đường .

Kết luận

Liệt dương không phải là vấn đề hiếm gặp ở đàn ông nói chung và đặc biệt ở đàn ông bị đái tháo đường thì tình trạng này còn nghiêm trọng hơn nhiều. Trong những năm gần đây, rối loạn cương dương được coi là một bệnh có tính xã hội thực sự; hầu như tất cả các bác sỹ ở tất cả các vùng đều đã từng được ít nhất 1 lần bệnh nhân phản nản về vấn đề của mình và yêu cầu điều trị. Vì vậy vấn đề chăm sóc sức khỏe ban đầu và các cơ sở khám chữa bệnh chuyên khoa phải có sự phối hợp và có tầm nhìn chiến lược trong chăm sóc sức khỏe. các bác sỹ đặc biệt là bác sỹ trong hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu phải:

- Có hiểu biết về vấn đề này, nguyên nhân và phương pháp điều trị.
- Được trang bị kiến thức để tư vấn cho người bệnh.
- Có bài báo, tài liệu, tờ rơi cho bệnh nhân.
- Giới thiệu đầy đủ, chi tiết các phương pháp điều trị cho người bệnh.
- Có sự tham khảo, tư vấn phương pháp điều trị tối ưu với các chuyên gia.

Các bác sỹ nội khoa trong các bệnh viện cũng phải được trang bị các kiến thức về vấn đề này. Chỉ nên chuyển bệnh nhân đến khoa ngoại khi có những điều kiện thích hợp nhất. Chỉ có như vậy kết quả điều trị mới có thể dễ được bệnh nhân chấp nhận và phổ biến, mục tiêu là nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh, giúp họ xoá bỏ mặc cảm tàn phế chức năng đàn ông của mình.