

RỐI LOẠN CƯƠNG

1. Định nghĩa

Rối loạn cương là tình trạng mất khả năng đạt được và duy trì sự cương hữu hiệu để thực hiện một cuộc giao hợp thoả mãn.

Rối loạn cương là một rối loạn lành tính nhưng ảnh hưởng lên sức khoẻ, tâm lý, và chất lượng cuộc sống của bản thân và bạn tình

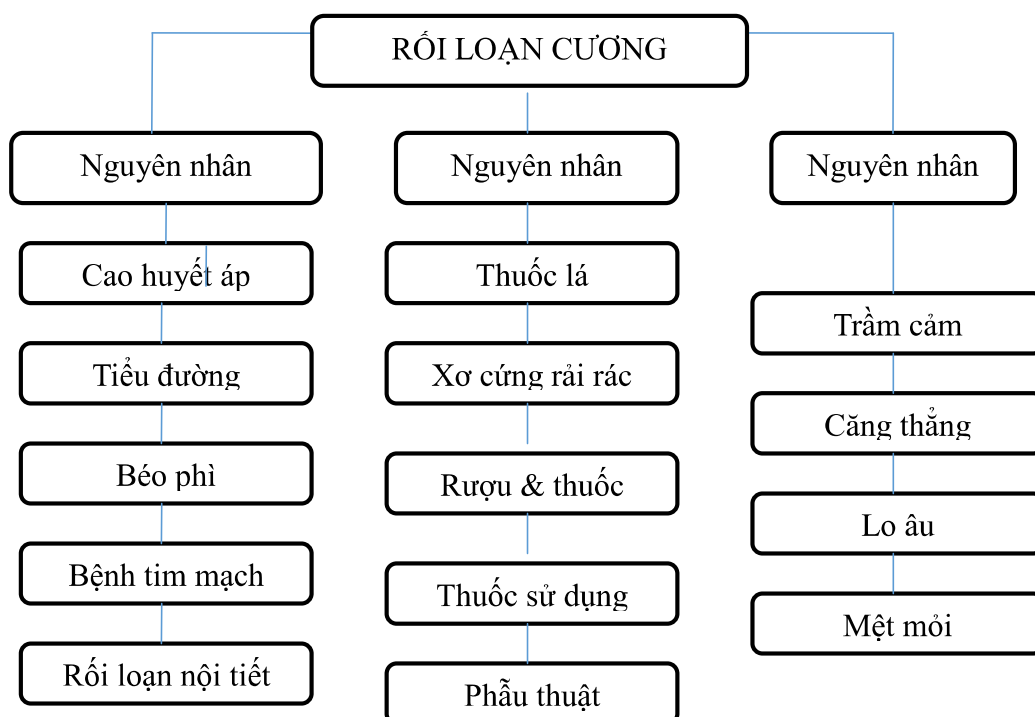
Rối loạn cương không chỉ là chỉ số đánh giá chất lượng sống mà còn là biểu hiện sớm của bệnh mạch vành và bệnh lý mạch máu ngoại biên

2. Dịch tễ học

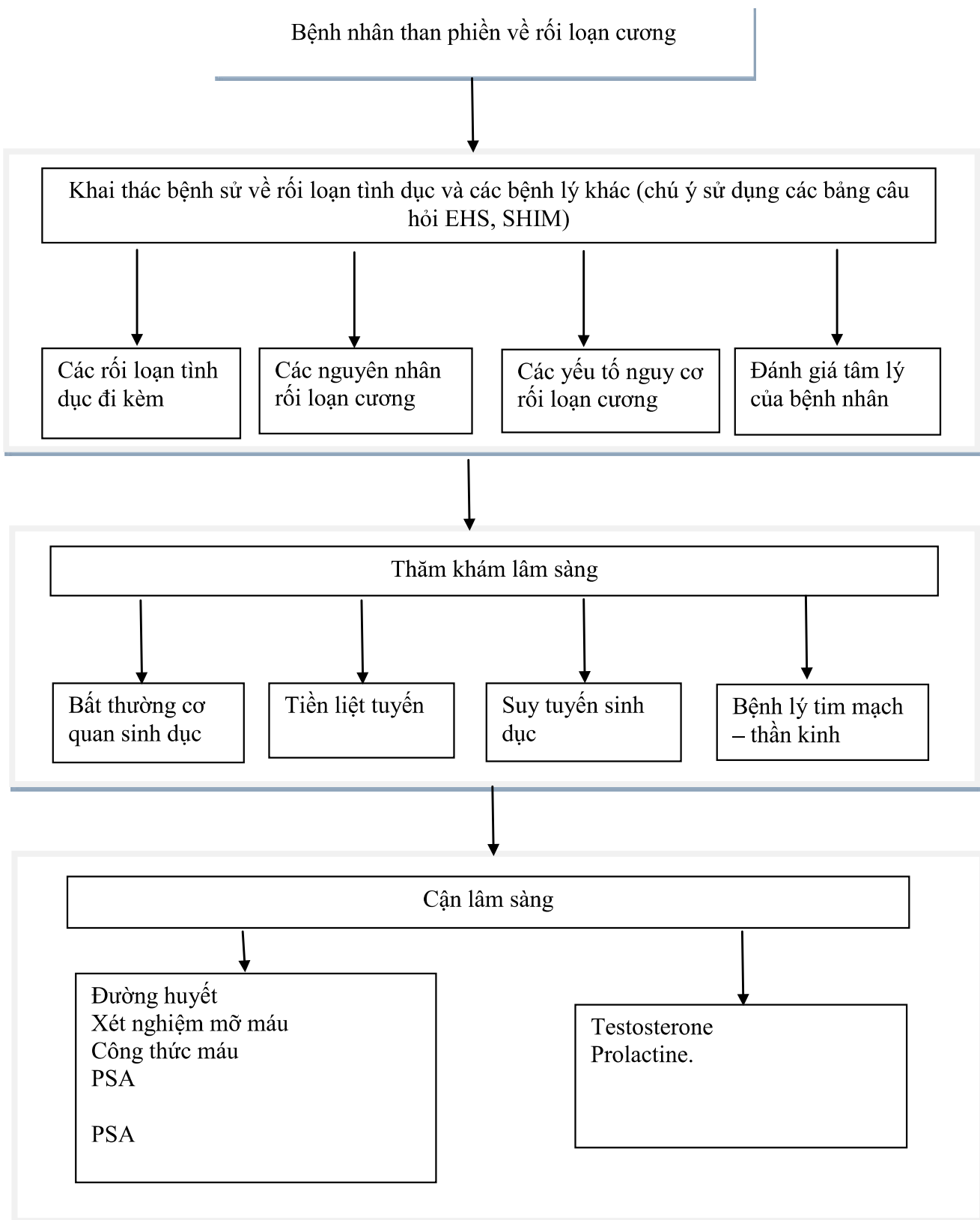
Trong nghiên cứu của MMAS (Massachusetts Male Aging Study), trong độ tuổi từ 40 đến 70, tỉ lệ rối loạn cương hoàn toàn tăng 5.1% lên 15%, rối loạn cương trung bình tăng từ 17% lên 34%, và rối loạn cương nhẹ vẫn giữ khoảng 17%.

Những yếu tố nguy cơ rối loạn cương gồm: tổng trạng, đái tháo đường, bệnh tim mạch, các bệnh niệu-dục, các rối loạn tâm thần và tâm lý, các bệnh mạn tính, và tình trạng kinh tế xã hội. Các yếu tố nguy cơ liên quan khác như thuốc lá, dược phẩm, và các rối loạn nội tiết.

3. Nguyên nhân rối loạn cương



4. Sơ đồ chẩn đoán



5. Điều trị rối loạn cương

Mục tiêu điều trị rối loạn cương: xác định nguyên nhân và điều trị các nguyên nhân có thể điều trị. Rối loạn cương luôn kèm theo các yếu tố nguy cơ, lối sống, các thuốc đang sử dụng của bệnh nhân và các bệnh lý toàn thân

Điều trị rối loạn cương theo các bước sau:

A – Thay đổi lối sống của bệnh nhân và loại bỏ các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân.

B – Điều trị với thuốc hoặc phẫu thuật

Bước số 1:

Thuốc ức chế men PDE5

Thuốc tác động qua cơ chế ức chế cGMP trong tế bào và giãn cơ trơn thể hang. Thuốc thường dung nạp tốt và có hiệu quả. Tác dụng phụ nhẹ là nhức đầu, khó tiêu, rối loạn nhẹ màu sắc.

Các nhóm thuốc ức chế PDE5: Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil . Cần lưu ý phối hợp thuốc ức chế PDE5 với các thuốc sau:

- **Nitrate**

Các nhóm thuốc nitrate (nitroglycerine, isosorbide mononitrate, isosorbide dinitrate) được sử dụng trong điều trị đau thắt ngực, nếu sử dụng đồng thời nhóm thuốc ức chế PDE5 sẽ gây tác dụng tụt huyết áp nghiêm trọng có thể gây tử vong.

- **Ức chế alpha**

Hầu hết các thuốc ức chế PDE5 đều có tương tác với nhóm thuốc ức chế thụ thể alpha và gây hạ huyết áp tư thế.

- Sildenafil: cần trọng khi dùng với nhóm thuốc ức chế thụ thể alpha (đặc biệt daazosin), hạ huyết áp được ghi nhận xảy ra trong vòng 4 giờ sau khi điều trị với thuốc ức chế thụ thể alpha.
- Vardenafil: sử dụng sau khi bệnh nhân đã ổn định huyết áp khi điều trị thuốc ức chế thụ thể alpha.
- Tadalafil: không nên sử dụng khi bệnh nhân sử dụng doxazosin nhưng có thể kết hợp với tamsulosin 0.4mg
- Điều chỉnh liều: với các thuốc chuyển hóa qua CYP3A4 (ketoconazole, itraconazole, erythromycin, clarithromycin, ritonavir, saquinavir) có thể ức chế chuyển hóa của thuốc ức chế men PDE5. Sử dụng đồng thời sẽ làm tăng nồng độ thuốc ức chế PDE5 trong máu, khuyến cáo nên sử dụng liều thấp.

Dụng cụ ống hút chân không

Đây là một trong 3 cách điều trị chính rối loạn cương của Hội Nội Khoa Hoa Kỳ (AUA). Đây là một phương pháp không xâm lấn.

Bộ dụng cụ gồm một ống hình trụ và một bộ phận hút mà bệnh nhân trùm lên dương vật tạo áp lực âm để gây cương. Duy trì cương nhờ vòng dây đàn hồi ở gốc dương vật

Thuận lợi của phương pháp này là dễ sử dụng, giá thành thấp, khá an toàn và khởi đầu tức thì việc điều trị. Bệnh nhân mắc bệnh mạch máu ngoại vi và đái tháo đường không nên dùng phương pháp này.

Lưu ý: hoại tử da dương vật ghi nhận ở những bệnh nhân sử dụng vòng dây đàn hồi trên 30 phút, bệnh nhân không xuất tinh, ghi nhận hiện tượng xuất huyết.

Bước 2: thuốc tiêm thể hang hay đặt niệu đạo

Thuốc tiêm thể hang

Aprostadil (Prostaglandine E1): là thuốc suy nhất được chấp nhận tiêm vào thể hang để điều trị rối loạn cương .

Chú ý không dùng cho bệnh nhân đang sử dụng thuốc MAO, bệnh nhân nhạy cảm với thuốc, bệnh nhân dễ bị cương đau dương vật (Bệnh hồng cầu hình liềm, leukemia, đa u tủy). Có thể chỉ định trong một số bệnh như đái tháo đường, xơ vữa động mạch và một số bệnh thần kinh tủy sống.

Cơ chế tác dụng của Aprostadil là làm giãn mạch ngoại vi đồng thời làm giãn các cơ trơn do ức chế bài tiết noradrenalin và triệt tiêu sự bài tiết angiotensin.

Alprostadil đơn thuần hay phối hợp với papaverin hoặc phentolamine tiêm vào thể hang. Nhiều nghiên cứu cho thấy phối hợp 3 thuốc có hiệu quả hơn dùng đơn thuần. Liều thấp có thể dùng cho bệnh nhân chấn thương tủy sống, bệnh nhân tiểu đường cần liều cao hơn. Sau khi tiêm 10 phút dương vật sẽ bắt đầu cương lên, duy trì trong 30 phút đến 6 giờ.

Biến chứng của tiêm thể hang đã được liệt kê ở trên gồm: máu tụ tại chỗ, đau tại chỗ tiêm, cương đau dương vật, xơ cứng dương vật. Trong đó, cương đau dương vật là biến chứng nguy hiểm có thể gây xơ hóa thể hang vĩnh viễn. Xơ cứng thể hang là biến chứng xa thường gặp nhất

Thuốc đặt niệu đạo

Alprostadil qua ngã niệu đạo: thuốc được đưa vào niệu đạo bằng một bơm nhỏ. Thuốc ngấm qua thể xốp vào thể hang để khởi phát hiện tượng huyết động học gây cương. Tuy nhiên số bệnh nhân đạt độ cứng để giao hợp chỉ đạt 30 -65,9%. Thuận lợi của phương pháp này là dễ sử dụng so với tiêm thể hang. Đau dương vật, bỏng rát niệu đạo trong quá trình thuốc thấm là những bất lợi của phương pháp này. Tỷ lệ cương dương vật kéo dài < 1%. Nhiễm trùng niệu khoảng 0,2%

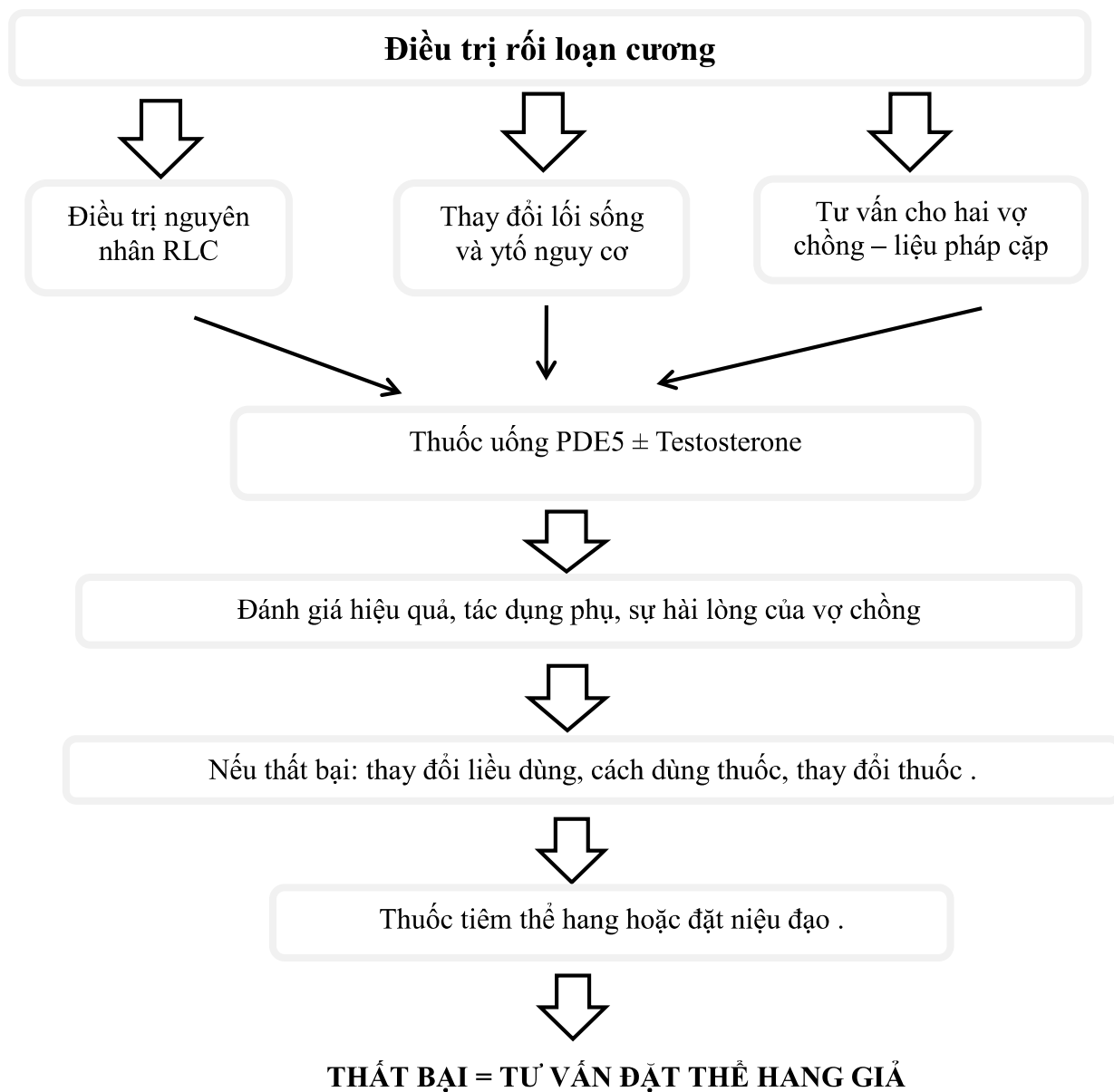
Bước 3: Phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo

Là phẫu thuật đặt vào 2 bên vật hang một ống chất dẻo cứng bằng silicone, có chiều dài phù hợp với từng người làm cho dương vật luôn luôn cương cứng có thể giao hợp bất cứ lúc nào. Có 2 loại thể hang không bơm phòng được và loại thể hang bơm phòng được.

+ Thể hang giả không bơm phòng được: không thẩm mỹ như loại bơm phòng được.

+ Thể hang giả bơm phòng được: có thẩm mỹ và chức năng tốt. Do thỏa mãn các yếu tố: tính kín đáo và khả năng giao hợp tốt.

Các biến chứng bao gồm: Tỷ lệ nhiễm trùng từ 0.6-8.9%, thường xảy ra trong 3 tháng đầu và dụng cụ không hoạt động .



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ghanem HM, Salonia A, Martin-Morales A. SOP: Physical Examination and Laboratory Testing for Men with Erectile Dysfunction. *J Sex Med*. 2012 Apr 23.
2. Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, et al; Sildenafil Study Group. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. 1998. *J Urol* 2002 Feb;167(2 Pt 2):1197-203.
3. Gupta BP, Murad MH, Clifton MM, et al. The effect of lifestyle modification and cardiovascular risk factor reduction on erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2011 Nov 14;171(20):1797-803.
4. Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, et al. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med* 2004 Jul;1(1):49-57.
5. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999 Feb;281(6):537-44.
6. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey. *Int J Impot Res* 1999 Sep;11(Suppl 1):S60-4.
7. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2004 Jul;1(1):6-23.
8. Lue TF, Tanagho EA. Physiology of erection and pharmacological management of impotence. *J Urol* 1987 May;137(5):829-36.
9. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, et al. Guidelines on Erectile Dysfunction. *Eur Urol* 2002 Jan 41(1):1-5.