

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 48

DỰ PHÒNG SINH NON



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 48

DỰ PHÒNG SINH NON

- 06 < Phòng ngừa chuyển dạ sinh non tự phát Lê Thị Thu Hà
- 12 < Cập nhật chứng cứ dự phòng sinh non Đặng Quang Vinh
- 18 < Sinh non và yếu tố di truyền Lê Long Hồ
- 20 < Giá trị của đo chiều dài kênh cổ tử cung trên song thai Phạm Thị Phương Anh
- 24 < Nhiễm khuẩn trong thai kỳ và sinh non Lê Tiểu My
- 27 < Dự phòng sinh non ở phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh Hê Thanh Nhã Yến
- 30 < Dấu ấn sinh học dự báo chuyển dạ sinh non Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 33 < Cận ối: yếu tố tiên lượng sinh non tự nhiên Nguyễn Duy Linh
- 36 < "AFS – Cận ối" yếu tố tiên lượng sinh non Trần Thế Hùng
- 39 < Quan điểm mới trong điều trị chuyển dạ sinh non Hê Thanh Nhã Yến
- 42 < Thực hư vai trò giảm gò của magnesium sulfate trong chuyển dạ sinh non Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 45 < Magnesium sulfate – Vai trò bảo vệ não thai nhi sinh non Huỳnh Vĩnh Phạm Uyên
- 51 < Vai trò của sản khoa hiện đại đối với thai kỳ ở ranh giới có khả năng sống Nguyễn Mai An
- 55 < Chăm sóc trẻ non tháng Phạm Thị Thanh Tâm
- 58 < Những ảnh hưởng dài hạn của sinh non Lê Tiểu My
- 62 < Vỡ ối sớm ở tam cá nguyệt II của thai kỳ Phan Hà Minh Hạnh
- 66 < Quản lý thai kỳ tăng huyết áp mạn tính theo nhóm nguy cơ Bùi Quang Trung
- 70 < Thuyên tắc mạch trong thai kỳ Trần Thế Hùng
- 74 < Sẩy thai liên tiếp và những hướng tiếp cận mới trong nghiên cứu Võ Như Thanh Trúc
- 80 < Xuất tinh sớm – Cập nhật chẩn đoán và điều trị Từ Thành Trí Dũng
- 84 < Điều trị thay thế testosterone theo EAU 2018 Dương Quang Huy
- 91 < Stand-up meeting: Kiến tạo văn hóa LEAN Võ Thị Hà

JOURNAL CLUB

- 94 < Kích thích buồng trứng kẹp trong cùng một chu kỳ kinh nguyệt ở nhóm bệnh nhân có tiên lượng đáp ứng kém
- 96 < Vai trò của HbA1C trong dự đoán tiền sản giật ở thai phụ đái tháo đường type I
- 97 < Nguy cơ ung thư buồng trứng, ung thư vú và ung thư thân tử cung ở những phụ nữ điều trị hỗ trợ sinh sản
- 98 < Vỡ ối trước chuyển dạ

100 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC

02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: "MÃN KINH"
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: "HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG"
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). Journal Club là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500 - 1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để được tư vấn quảng bá trên Y học sinh sản, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



Abbott



XUẤT TINH SỚM CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Từ Thành Trí Dũng

Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM



ĐỊNH NGHĨA

Theo định nghĩa của Hội Y học Giới tính Quốc tế (ISSM – International Society for Sexual Medicine) năm 2013^[1,3]: Xuất tinh sớm là tình trạng rối loạn xuất tinh của nam giới với các đặc trưng như sau:

- Luôn luôn hoặc gần như luôn luôn xuất tinh sớm hơn hoặc trong vòng 1 phút kể từ khi đưa dương vật vào âm đạo (nguyên phát), hay thời gian xuất tinh ngắn gây phiền toái, có ý nghĩa lâm sàng, khoảng 3 phút hay ít hơn (thứ phát), và:
- Không có hoặc gần như không có khả năng kiểm soát xuất tinh, và:
- Gây ảnh hưởng tiêu cực như: lo lắng, căng thẳng, chán nản và né tránh quan hệ tình dục.

Những lưu ý:

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

TẦN SUẤT

- Khảo sát tại châu Á – Thái Bình Dương tháng 3 – 4/2009: tần suất xuất tinh sớm khoảng 20%^[1].
- Theo nghiên cứu của Waldinger và cộng sự (2005)^[6]: thời gian xuất tinh trung bình: 5,4 phút. 90% số nam giới xuất tinh sớm nguyên phát có thời gian xuất tinh trong vòng 60 giây.
- Tần suất xuất tinh sớm ở nam giới khoảng 20 –

30%. Tỷ lệ cao nhất từ 18 – 59 tuổi: 31%^[5].

PHÂN LOẠI

Xuất tinh sớm được phân 2 loại: nguyên phát và thứ phát^[1,3].

Nguyên phát: Xuất tinh sớm xuất hiện ngay từ khi lần đầu tiên quan hệ tình dục và thường xuyên hay gần như luôn luôn xảy ra khi quan hệ tình dục. Thời gian xuất tinh khoảng 1 phút.

Thứ phát: Xuất tinh sớm thứ phát xuất hiện từ từ hoặc đột ngột ở nam giới đang có cuộc sống quan hệ tình dục bình thường. Thường thời gian xuất tinh không quá ngắn như xuất tinh sớm nguyên phát.

ẢNH HƯỞNG CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG

- Khoảng 50% nam giới xuất tinh sớm không hài lòng với đời sống tình dục của mình, ít thỏa mãn khi quan hệ tình dục và tần suất quan hệ tình dục cũng ít hơn^[1].
- Khoảng 50% nam giới xuất tinh sớm mất tự tin khi quan hệ tình dục, dẫn đến căng thẳng, lo lắng, có thể gây ra trầm cảm^[4].
- Đối với nữ giới sự hài lòng giảm khi nam giới bị xuất tinh sớm (khoảng 80%).

CHẨN ĐOÁN

Hỏi bệnh

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào hỏi bệnh^[3].

Các câu hỏi có thể chia thành các nhóm như sau:

– Thời gian xuất tinh? Thời gian xuất tinh (IELT – Intravaginal Ejaculation Latency Time) là thời gian tính từ lúc đưa dương vật vào âm đạo cho tới khi xuất tinh.

– Phân biệt xuất tinh sớm nguyên phát hay thứ phát.

– Đánh giá có rối loạn cương kèm theo không?

– Đánh giá sự ảnh hưởng lên mối quan hệ lứa đôi.

– Đánh giá ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống.

– Hỏi các bệnh lý kèm theo hoặc thuốc đã và đang sử dụng.

Chẩn đoán xác định dựa vào: thời gian xuất tinh và bảng PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic tool – Công cụ chẩn đoán xuất tinh sớm)^[1,3].

– Bảng câu hỏi PEDT (Bảng 1)

– Đánh giá kết quả :

- Điểm PEDT được tính bằng cách cộng điểm tất cả 5 câu hỏi
- Tổng điểm ≤ 8 : không bị xuất tinh sớm
- Tổng điểm = 9 hoặc 10: có thể đang bị xuất tinh sớm

- Tổng điểm ≥ 11 điểm: chắc chắn bị xuất tinh sớm

Khám lâm sàng

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

– Khám thực thể: khám bộ phận sinh dục và tuyến tiền liệt: cong dương vật, viêm nhiễm, ...

– Khám toàn thân: bệnh tim mạch, rối loạn chuyển hóa, bệnh tâm – thần kinh, ...

Xét nghiệm

Các xét nghiệm cận lâm sàng ít giá trị cho chẩn đoán xuất tinh sớm^[3]. Có thể làm một số xét nghiệm khi cần thiết như xét nghiệm nước tiểu để loại trừ nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

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

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

Bảng 1. Bảng câu hỏi PEDT.

1 - Khi quan hệ tình dục, anh thấy khó khăn như thế nào để trì hoãn sự xuất tinh?				
Hoàn toàn không có gì khó khăn □ 0	Chỉ hơi khó khăn một tí □ 1	Khá khó □ 2	Rất khó □ 3	Cực kì khó □ 4
2 - Khi quan hệ tình dục, anh có xuất tinh trước khi anh muốn không?				
Gần như không bao giờ hoặc không bao giờ □ 0	Ít hơn một nửa số lần quan hệ □ 1	Khoảng một nửa số lần quan hệ □ 2	Nhiều hơn một nửa số lần quan hệ 75% □ 3	Gần như thường xuyên □ 4
3 - Có bao giờ khi quan hệ tình dục, chỉ với kích thích nhỏ cũng khiến anh bị xuất tinh không?				
Gần như không bao giờ hoặc không bao giờ □ 0	Ít hơn một nửa số lần quan hệ □ 1	Khoảng một nửa số lần quan hệ □ 2	Nhiều hơn một nửa số lần quan hệ 75% □ 3	Gần như thường xuyên □ 4
4 - Anh có thấy hụt hẫng vì bị xuất tinh trước khi anh muốn không ?				
Hoàn toàn không □ 0	Hơi có □ 1	Có □ 2	Rất nhiều □ 3	Cực kỳ nhiều □ 4
5 - Anh lo lắng như thế nào về thời gian xuất tinh làm cho bạn tình của anh không thoả mãn về tình dục?				
Hoàn toàn không lo lắng □ 0	Hơi lo lắng □ 1	Có lo lắng □ 2	Rất lo lắng □ 3	Cực kỳ lo lắng □ 4

ĐIỀU TRỊ

Các phương pháp điều trị xuất tinh sớm

Các phương pháp không dùng thuốc

Liệu pháp hành vi

- Phương pháp “dừng - bắt đầu”:

Bạn tình kích thích dương vật đến khi người nam cảm thấy muốn xuất tinh. Lúc đó, người nam sẽ ra hiệu cho bạn tình dừng lại, đợi cho cảm giác muốn xuất tinh vượt qua, sau đó bắt đầu lại.

- Kỹ thuật “bấm quy đầu”:

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

Cả hai thủ thuật này thường áp dụng trong một chu kỳ ba lần, dừng trước khi sắp xuất tinh.

- Thủ dâm trước khi quan hệ tình dục:

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

Liệu pháp tâm lý

- Các yếu tố tâm lý liên quan đến xuất tinh sớm cần được giải quyết trong điều trị.
- Liệu pháp hành vi - tâm lý có thể có hiệu quả nhất khi được sử dụng hỗ trợ cho điều trị thuốc^[3].

Các thuốc điều trị xuất tinh sớm

- Dapoxetine

Dapoxetine là thuốc duy nhất và đầu tiên được Hội Nội khoa châu Âu chấp thuận cho điều trị xuất tinh sớm^[3].

Dapoxetine thuộc nhóm ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc tác dụng nhanh. Dapoxetine được hấp thu nhanh, đạt nồng độ đỉnh 72 phút sau uống và bài tiết nhanh chóng. Nồng độ của dapoxetine trong huyết tương sau 24 giờ < 5% so với nồng độ đỉnh^[4]. Liều khuyến cáo là 30 mg, sử dụng trước khi giao hợp 1 – 3 giờ. Có thể tăng liều đến 60 mg. Nên uống với 1 ly nước đầy. Tác dụng phụ thường gặp gồm: buồn nôn, chóng mặt, tiêu chảy và nhức đầu. Tuy nhiên, hiếm bệnh nhân phải ngừng thuốc do các tác dụng phụ. Hạ huyết áp tư thế là tác dụng phụ nặng nhất của thuốc tuy nhiên hiếm gặp. Dapoxetine khi dùng chung với một thuốc nhóm ức chế PDE5 cho thấy dung nạp tốt, an toàn.

- Nhóm thuốc chống trầm cảm chưa được chấp thuận chính thức

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

- Thuốc gây tê tại chỗ

Một số loại thuốc gây tê tại chỗ làm giảm cảm giác của vùng quy đầu dẫn đến chậm xuất tinh bao gồm: kem lidocain 2,5%, kem emla hoặc prilocain 2,5% dùng 20 – 30 phút trước khi giao hợp^[3]. Chú ý sử dụng kem bôi lâu dài có thể gây mất khả năng cương do mất cảm giác dương vật. Nên sử dụng bao cao su để tránh khuếch tán thuốc vào âm đạo.

- Tramadol

Tramadol có tác dụng làm chậm sự xuất tinh. Tramadol là thuốc giảm đau tác động trung ương, thuốc kết hợp kích hoạt opioid thụ thể và ức chế tái hấp thu của serotonin và noradrenalin. Tác dụng làm chậm xuất tinh của thuốc có thể được giải thích bằng khả năng kích hoạt thụ thể CNS μ -opioid và não tăng 5-HT ở não bộ. Tuy nhiên, hiệu quả và khả năng dung nạp của tramadol cần phải được chứng minh qua số lượng lớn bệnh nhân hơn và thời gian dài hơn. Cơ quan Quản lý Dược và Thực phẩm Mỹ cảnh báo về nguy cơ gây nghiện và gây khó thở của tramadol^[3].

- Thuốc nhóm ức chế phosphodiesterase type 5

Một số nghiên cứu cho thấy chỉ có sildenafil có hiệu quả trong điều trị^[2]. Mặc dù, có thể thời gian giao hợp chưa được cải thiện đáng kể nhưng sildenafil làm tăng sự tự tin, tăng khả năng kiểm soát

xuất tinh và thỏa mãn tình dục, giảm lo lắng và giảm thời gian phục hồi để dương vật có thể cương cứng tiếp sau khi xuất tinh. Một số nghiên cứu cho thấy sildenafil kết hợp với một SSRI tốt hơn SSRI đơn trị liệu. Sildenafil kết hợp với liệu pháp hành vi cải thiện đáng kể thời gian giao hợp và sự hài lòng so với liệu pháp hành vi một mình.

Có rất ít dữ liệu về hiệu quả của các thuốc nhóm ức chế PDE5 khác (tadalafil và vardenafil). Vai trò của thuốc ức chế PDE5 ở bệnh nhân xuất tinh sớm không kèm rối loạn cương chữa rõ^[3].

Phẫu thuật

Phẫu thuật (cắt da quy đầu, cắt dây thần kinh lưng dương vật...) không được khuyến cáo trong điều trị xuất tinh sớm (theo Hội Y học Giới tính Quốc tế)^[1].

Theo dõi

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Althof SE, McMahon ChG, Waldinger M D, et al, An Update of the International Society of Sexual Medicine's. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). Sexual Medicine published by Wiley Periodicals, Inc. 2014.
2. Althof S. Treatment of rapid ejaculation: Psychotherapy, pharmacotherapy, and combined therapy. In: Leiblum S, ed. Principles and practice of sex therapy. 4th edition. New York: Guilford Press; 2007:212-40.
3. K. Hatzimouratidis, I. Eardley, F. Giuliano, I. Moncada, A. Salonia. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. European association of Urology. 2015.
4. McMahon Ch, Kim SW, Park NCh et al. Treatment of Premature Ejaculation in the Asia-Pacific Region: Results from a Phase III Double-blind, Parallel-group Study of Dapoxetine. J Sex Med 2010;7:256-268
5. McMahon et al. J Sex Med. 2012;9:45145-465.
6. Waldinger M. Premature ejaculation: Different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. J Sex Marital Ther 2008;34:1-13.

KHÓA TẬP HUẤN

BƠM TÍNH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG LẦN XII

TPHCM, ngày 01/12/2018

7:30	Đón tiếp đại biểu
8:00	Khai mạc khóa tập huấn
8:05	Bài kiểm tra đầu khóa (15 phút)
8:20	Tối ưu khả năng có thai - nguyên lý
9:00	Khảo sát và chẩn đoán hiếm muộn nữ
9:40	Giải lao - Thực hành & kiến tập chuẩn bị tinh trùng - IUI (30 phút)
10:10	Khảo sát và chẩn đoán hiếm muộn nam
10:50	Kỹ thuật chuẩn bị tinh trùng và điều kiện về tinh trùng cho IUI
11:30	Tiệc trưa
13:00	Thực hành & kiến tập chuẩn bị tinh trùng - IUI
13:30	Gây phóng noãn và kích thích buồng trứng cho IUI
14:10	Sâu âm theo dõi sự phát triển nang noãn kích thích buồng trứng - IUI
14:50	Giải lao - Thực hành & kiến tập chuẩn bị tinh trùng - IUI (30 phút)
15:20	Các biến chứng của kích thích buồng trứng và IUI
16:00	Bài kiểm tra cuối khóa
16:20	Tổng kết và bế mạc