

SEXUAL DYSFUNCTION IN KLINEFELTER'S SYNDROME PATIENTS IN ANDROLOGY AND FERTILITY HOSPITAL OF HANOI IN 2023-2024

Dinh Huu Viet*, Nguyen Van Kien, Nguyen Thi Huyen Trang,
Trinh Kien Cuong, Pham Minh Ngoc, Pham Thi My Hanh

Andrology and Fertility Hospital of Hanoi - 431 Tam Trinh, Lot 07-3A, Hoang Mai Industrial Cluster, Hanoi, Vietnam

Received: 10/04/2024

Revised: 25/04/2024; Accepted: 04/05/2024

ABSTRACT

Objective: To evaluate of sexual activity and function in Klinefelter's syndrome patients in Andrology and Fertility Hospital of Hanoi and some related factors in 2023-2024.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 70 males with Klinefelter syndrome in the Andrology and Fertility Hospital of Hanoi January 2023 to March 2024. Evaluating erectile dysfunction through the scale (IIEF-5), premature ejaculation diagnostic tool (PEDT), intravaginal ejaculation latency time (IELT).

Results: The mean age patients were 32.6 ± 4.2 years. The rate of erectile dysfunction was 22.9%, the IIEF-5 erectile dysfunction score was 23.21 ± 1.95 . The rate of erectile dysfunction was higher in patients over 30 years old and in patients with overweight and obesity, $p < 0,05$. The rate of premature ejaculation was 31.4%, the average waiting time for ejaculation in the vagina was 6.97 ± 6.02 minutes, the shortest was 1 minute, the longest was 30 minutes. PEDT premature ejaculation score was 7.71 ± 2.56 points.

Conclusion: The rate of erectile dysfunction and premature ejaculation in the KS group seem to be comparable with the data of the general population. Two contributing factors to elevated risk of erectile dysfunction are older age group (over 30 years old), overweight and obesity. Hopefully, there will be more research evaluating sexual function in KS men, contributing to creating a comprehensive basis for consultation and treatment, enhancing the quality of life for Klinefelter patients.

Keywords: Sexual dysfunction, sexual activity, Klinefelter's syndrome.

*Corresponding author

Email address: vietdh@afhanoi.com

Phone number: (+84) 977 583 999

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1164>



ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG VÀ CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NAM GIỚI MẮC KLINEFELTER TẠI BỆNH VIỆN NAM HỌC HIẾM MUỘN HÀ NỘI NĂM 2023 ĐẾN 2024

Đình Hữu Việt*, Nguyễn Văn Kiên, Nguyễn Thị Huyền Trang,
Trịnh Kiên Cường, Phạm Minh Ngọc, Phạm Thị Mỹ Hạnh

Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội - 431 Tam Trinh, Lô 07-3A, Cụm công nghiệp Hoàng Mai, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10 tháng 04 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 25 tháng 04 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 04 tháng 05 năm 2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hoạt động và chức năng tình dục ở nam giới mắc hội chứng Klinefelter tại Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội và một số yếu tố liên quan từ 2023 đến 2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 70 nam giới mắc hội chứng Klinefelter tại Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội từ 01/2023 đến 03/2024. Đánh giá chức năng tình dục qua các thang điểm IIEF-5, PEDT và ghi nhận thời gian xuất tinh (IELT).

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $32,6 \pm 4,2$. Tỷ lệ rối loạn cương là 22,9%, điểm số rối loạn cương IIEF-5 là $23,21 \pm 1,95$. Các yếu tố liên quan đến rối loạn cương là trên 30 tuổi và thừa cân béo phì ($p < 0,05$). Tỷ lệ xuất tinh sớm là 31,4%, thời gian chờ xuất tinh trong âm đạo trung bình là $6,97 \pm 6,02$ phút, ngắn nhất 1 phút, dài nhất 30 phút. Điểm xuất tinh sớm PEDT là $7,71 \pm 2,56$ điểm.

Kết luận: Tỷ lệ rối loạn cương, xuất tinh sớm trong nhóm KS chưa khác biệt nhiều với quần thể dân số chung. Hai yếu tố liên quan đến gia tăng nguy cơ cương kém là nhóm tuổi cao (trên 30 tuổi) và thừa cân béo phì. Hy vọng có thêm nhiều nghiên cứu đánh giá chức năng hoạt động tình dục ở nam giới KS, góp phần tạo cơ sở tư vấn và điều trị toàn diện, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân Klinefelter.

Từ khóa: Hội chứng Klinefelter, hoạt động tình dục, chức năng tình dục.

*Tác giả liên hệ

Email: vietdh@afhanoi.com

Điện thoại: (+84) 977 583 999

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1164>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Klinefelter (KS) là hội chứng do rối loạn nhiễm sắc thể giới tính, thừa nhiễm sắc thể X (47, XXY). Đây là nguyên nhân phổ biến nhất gây vô tinh không do bế tắc, với tần xuất gặp khoảng 1/600 trẻ nam sơ sinh. Triệu chứng điển hình là rối loạn nội tiết, tăng LH, tăng FSH, giảm testosterone, từ đó dẫn đến quá trình hyalin hóa, xơ hóa ống sinh tinh và suy giảm chức năng tinh hoàn, bất thường về bộ phận sinh dục, thường là suy sinh dục và vô sinh [1].

Testosterone đóng vai trò sinh lý trong các khía cạnh khác nhau của phản ứng tinh dục ở nam giới, bắt đầu từ ham muốn tinh dục, hưng phấn, cực khoái và xuất tinh. Do đó, có căn cứ cho rằng KS ảnh hưởng đến chức năng tinh dục. Một số tác giả nghiên cứu nhận thấy bệnh nhân có tỷ lệ rối loạn ham muốn và tỷ lệ xuất tinh sớm cao [2], ngoài ra có xu hướng kết hôn với phụ nữ lớn tuổi và thường ly hôn do rối loạn tinh dục.

Mặc dù ảnh hưởng đến khả năng sinh sản đã được nghiên cứu rộng rãi nhưng rất ít nghiên cứu đánh giá chức năng tinh dục của bệnh nhân mắc KS. Vì vậy nghiên cứu về chức năng tinh dục ở bệnh nhân KS rất quan trọng, giúp cung cấp thông tin đầy đủ trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cũng như hỗ trợ tâm lý cho nhóm đối tượng này. Với mong muốn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

“Mô tả hoạt động và chức năng tinh dục ở nam giới mắc Klinefelter tại Bệnh viện Nam học Hiếm muộn Hà Nội.”

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội.

- Thời gian: Từ 01/01/2023 đến 30/03/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Nam giới mắc hội chứng Klinefelter thể thuần, được chẩn đoán xác định qua xét nghiệm nhiễm sắc thể (47,XXY).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Nam giới Klinefelter thể khảm

+ Nam giới rối loạn tinh dục bởi: suy sinh dục (không do KS), ản tinh hoàn, quai bị, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa, chấn thương sinh dục, yếu tố tâm lý, sử dụng thuốc, đối tác bị rối loạn tinh dục,...

+ Đối tượng không đồng ý nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Cỡ mẫu: 70 bệnh nhân.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu

- Công cụ thu thập thông tin: Bộ câu hỏi được thiết kế sẵn bao gồm 2 phần:

+ Đặc điểm chung: tuổi, học vấn, chiều cao/cân nặng (BMI), tiền sử quai bị, hành vi hút thuốc/uống rượu bia; tuổi thủ dâm, tuổi quan hệ tình dục lần đầu, tần suất quan hệ tình dục.

+ Đánh giá chức năng tinh dục: rối loạn cương dương (thang IIEF-5), xuất tinh sớm (thang PEDT), thời gian chờ xuất tinh trong âm đạo (IELT).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình xử lý số liệu

- Dữ liệu được thu thập dựa trên bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Bệnh nhân được giải thích quy trình, đồng thuận trước khi trả lời phỏng vấn.

- Chẩn đoán rối loạn cương bằng “Chỉ số đánh giá chức năng cương thể giới rút gọn” (IIEF5) [3], bản được dùng đã được chuẩn hóa tiếng Việt [4]. Mỗi câu hỏi có 5 câu trả lời với thang điểm từ 1 đến 5. Theo đó từ 22 - 25 điểm là không có rối loạn cương, ≤ 21 điểm là có rối loạn cương dương.

- Chẩn đoán xuất tinh sớm qua “Công cụ đánh giá xuất tinh sớm” (PEDT). Thang gồm 5 mục hỏi, mỗi mục có 5 lựa chọn từ 0 - 4 điểm [5]. Theo đó ≤ 8 điểm là không mắc xuất tinh sớm, từ 9-10 điểm là có thể xuất tinh sớm, >10 điểm là có xuất tinh sớm.

- Thời gian xuất tinh là thời gian tính từ khi dương vật đưa vào âm đạo đến khi xuất tinh (thời gian chờ xuất tinh trong âm đạo).

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu nhập bằng phần mềm Excel, làm sạch và phân tích bằng STATA 17.0. Kết quả trình bày theo dạng bảng tần số, tỷ lệ cho biến định tính, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng. Kiểm định sự khác biệt với biến định tính sử dụng test Chi-square và Fisher



exact test khi có tần suất mong đợi nhỏ hơn 5.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện Nam học Hiếm muộn Hà Nội. Bệnh nhân được tư vấn, ký cam kết trước thăm khám và điều trị. Cam kết bao gồm mục đồng ý cho phép bệnh viện sử dụng dữ liệu không định danh phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

- Mọi thông tin cá nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu được giữ kín và các đối tượng nghiên cứu có thể thông tin liên lạc với nghiên cứu viên chính khi cần thiết. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

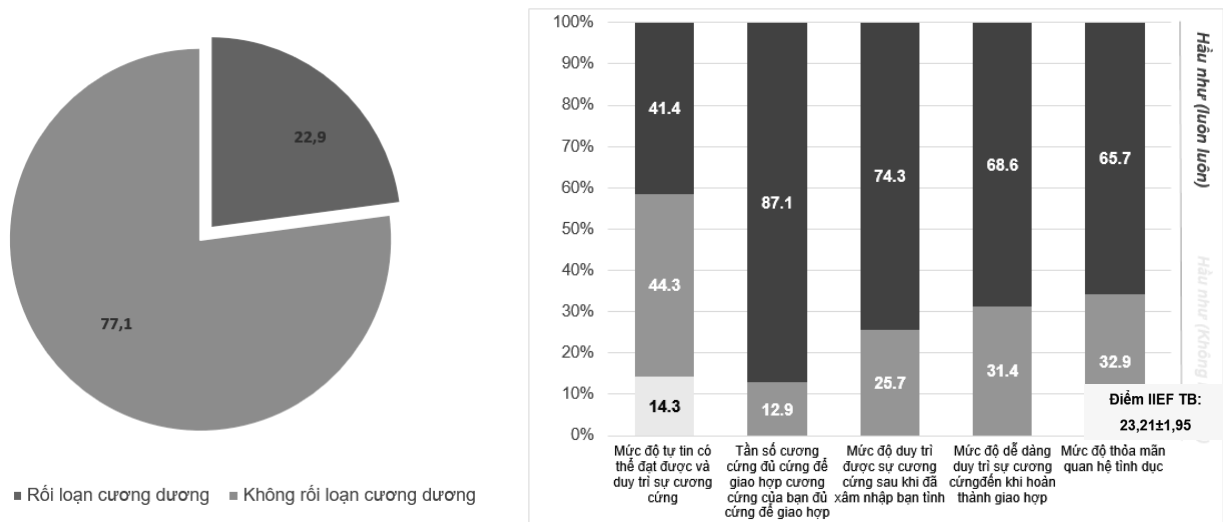
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=70)

Đặc điểm chung		Kết quả
Nhóm tuổi n (%)	≤30	22 (31,4)
	31-40	45 (64,3)
	> 40	3 (4,3)
Tuổi trung bình (TB±SD), (min-max) tuổi		32,6 ± 4,2 (24-45)
Trình độ học vấn n (%)	Từ THPT trở xuống	37 (52,9)
	Trên THPT	33 (47,1)
BMI trung bình (TB±SD), (min-max) kg/m ²		21,99 ± 2,14 (14,7-28,3)
Nhóm BMI	Suy dinh dưỡng	4 (5,7)
	Bình thường	46 (65,7)
	Thừa cân béo phì	20 (28,6)
Đặc điểm hoạt động tình dục		
Tuổi dậy thì (Trung bình ± SD), min-max (tuổi)		14,06 ± 1,06 (12-17)
Tuổi thủ dâm (Trung bình ± SD), min-max (tuổi)		16,60 ± 1,83 (14-22)
Tuổi quan hệ tình dục lần đầu (TB±SD), min-max (tuổi)		21,84 ± 3,73 (17-32)
Tần suất quan hệ tình dục (TB ± SD), min-max (tuổi)		1,90 ± 0,99 (1-5)

Độ tuổi trung bình là 32,6 ± 4,2 tuổi, nhỏ nhất 24 và lớn nhất là 45, đa số trong nhóm 31-40 tuổi và có trình độ trên trung học phổ thông (47,1%). Chỉ số BMI trung bình 21,99 ± 2,14(kg/m²), 28,6% thừa cân béo phì. Tuổi

dậy thì trung bình là 14,06, thủ dâm trung bình 16,60 tuổi, quan hệ tình dục lần đầu là 21,84 tuổi. Tần suất quan hệ tình dục trung bình là 1,90 lần/ tuần.

Biểu đồ 1. Đặc điểm rối loạn cương dương (n=70)



Điểm rối loạn cương dương (IIEF-5) là $23,21 \pm 1,95$ điểm. Tỷ lệ rối loạn cương là 22,9%. Về thang điểm IIEF-5: 41,4% rất tự tin có thể đạt được và duy trì cương, khi được kích thích tình dục có 87,1% luôn luôn đủ cương để giao hợp, khi đã xâm nhập vào âm đạo

74,3% duy trì được sự cương cứng của mình, trong cả quá trình giao hợp 68,8% không gặp khó khăn gì đến khi hoàn thành và 65,7% là luôn cảm thấy thỏa mãn khi quan hệ tình dục.

Bảng 2. Đặc điểm xuất tinh sớm (PEDT) (n=70)

Điểm PEDT (Trung bình \pm SD), min-max	7,71 \pm 2,56	5-16
Phân loại xuất tinh sớm n (%)		
- Không	48	68,6
- Có thể	12	17,1
- Có	10	14,3
Thời gian chờ xuất tinh trong âm đạo (Trung bình \pm SD), min-max (phút)	6,97 \pm 6,02	1-30

Điểm xuất tinh sớm (PEDT) trung bình là $7,71 \pm 2,56$. Theo thang PEDT, tỷ lệ đối tượng có xuất tinh sớm là 31,4%. Thời gian chờ xuất tinh trong âm đạo trung bình

là $6,97 \pm 6,02$ phút với thời gian ngắn nhất 1 phút, dài nhất 30 phút.

Bảng 3. Mối liên quan một số yếu tố đến chức năng tình dục (n=70)

Đặc điểm		Rối loạn cương dương			Xuất tinh sớm		
		Không (n=54)	Có (n=16)	p	Không (n=60)	Có (n=10)	p
Nhóm tuổi	≤ 30 tuổi	21 (95,5)	1 (4,5)	0,01*	20 (90,9)	2 (9,1)	0,49
	>30 tuổi	33 (68,8)	15 (32,2)		40 (83,3)	8 (16,7)	
Học vấn	Dưới THPT	28 (75,7)	9 (24,3)	0,76	33 (89,2)	4 (10,8)	0,50
	Trên THPT	26 (78,8)	7 (21,1)		27 (81,8)	6 (18,2)	
BMI	Suy dinh dưỡng/ bình thường	42 (84,0)	8 (16,0)	0,03*	43 (86,0)	7 (14,0)	0,60
	Thừa cân béo phì	12 (60,0)	8 (40,0)		17 (85,0)	3 (15,0)	
Tần suất quan hệ tình dục/tuần	≤ 2 lần	43 (74,1)	15 (25,9)	0,27	49 (84,5)	9 (15,5)	0,45
	> 2 lần	11 (91,7)	1 (8,3)		11 (91,7)	1 (8,3)	

Tỷ lệ đối tượng rối loạn cương ở nhóm trên 30 tuổi là 32,22%, cao hơn so với nhóm dưới 30 tuổi (4,5%), khác biệt có nghĩa thống kê với $p = 0,01$. Tỷ lệ rối loạn cương ở nhóm thừa cân béo phì là 40,0%, cao hơn so với nhóm còn lại (16,0%), khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không thấy sự khác biệt tỷ lệ rối loạn cương theo trình độ học vấn và tần suất quan hệ tình dục.

Tỷ lệ đối tượng có xuất tinh sớm cao hơn ở nhóm trên 30 tuổi, nhóm thừa cân béo phì, nhóm có tần suất quan hệ dưới 2 lần, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Theo sổ tay Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần (DSM), rối loạn chức năng tình dục được đặc trưng bởi “những thay đổi tâm sinh lý dẫn đến rối loạn bất cứ khâu nào trong chu kỳ phản ứng tình dục và gây ra phiền muộn giữa các cá nhân”. Các rối loạn tình dục hay gặp ở nam giới là rối loạn cương, xuất tinh sớm và giảm ham muốn. Trong KS, nồng độ testosterone giảm [6], trong khi đó testosterone có liên hệ mật thiết đến chức năng tình dục, đặc biệt là ham muốn tình dục và khả năng cương [7]. Do đó nhiều tác giả cho rằng rối loạn chức năng tình dục được coi là một biểu hiện có thể xảy ra đối với bệnh nhân mắc Klinefelter [8]. Yoshida nhận thấy 67,5% đối tượng mắc Klinefelter có ít nhất một rối loạn chức năng tình dục [9].

Trong 70 đối tượng tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $32,6 \pm 4,2$ với tuổi trẻ nhất 24 tuổi và lớn nhất 45 tuổi. Phần lớn đối tượng thuộc nhóm 31 – 40 tuổi (64,3%) và trình độ học vấn trên trung học phổ thông (47,1%). Chỉ số BMI trung bình $21,99 \pm 2,14$ (kg/m^2), trong đó 28,6% đối tượng thừa cân béo phì.

Hoạt động tình dục

Việc ghi nhận thông tin về hoạt động tình dục là cần thiết để sơ bộ đánh giá về hoạt động tình dục của bệnh nhân với quần thể dân số chung. Tuy nhiên hoạt động tình dục không dễ đo lường và có nhiều yếu tố liên quan, do đó chúng tôi chỉ ghi nhận những biến số dễ đo lường và quan trọng như tần suất quan hệ tình dục, độ tuổi đầu tiên quan hệ tình dục, thủ dâm.

Thủ dâm là một hành vi tình dục tự nhiên trong đó dùng tay hoặc các dụng cụ hỗ trợ tự kích thích bộ phận sinh dục để đạt khoái cảm và thỏa mãn. Trong nghiên cứu này tuổi bắt đầu thủ dâm là $16,60 \pm 1,83$, sớm nhất năm 14 tuổi và muộn nhất là 22 tuổi. Tuổi quan hệ tình dục lần đầu đối với những bệnh nhân Klinefelter là $21,84 \pm 3,73$, trong đó có những người quan hệ từ rất sớm (17 tuổi), nhưng cũng có những người quan hệ ở độ tuổi khá muộn (37 tuổi), cùng với thời điểm kết hôn. Tần suất quan hệ tình dục $1,90 \pm 0,99$ lần/tuần. Kết quả cũng tương tự nghiên cứu trên quần thể dân số chung của SM Yasir Arafat năm 2020. Nghiên cứu của SM Yasir Arafat được thực hiện giữa các cư dân Bangladesh, Ấn Độ và Nepal cho thấy, tần suất quan hệ tình dục trung bình là 2,23 lần/tuần, trong đó là 2,70 đối với người Nepal, 2,32 đối với người Bangladesh và

1,82 đối với người Ấn Độ.

Chức năng tinh dục

- Rối loạn cương

Rối loạn cương (ED) là mối quan tâm sức khỏe tình dục nam giới phổ biến nhất với tỷ lệ hiện mắc tăng theo độ tuổi. Ước tính có tới 30 triệu người ở Hoa Kỳ và 150 triệu bệnh nhân trên toàn thế giới bị ED. Người ta tin rằng, sau 25 tuổi khoảng 70% bệnh nhân Klinefelter phàn nàn về việc giảm ham muốn tình dục và rối loạn cương dương [10]. Trong nghiên cứu này, điểm rối loạn cương dương (IIEF-5) trung bình là $23,21 \pm 1,95$, tỷ lệ đối tượng có rối loạn cương dương là 22,9%. Theo Dữ liệu từ Khảo sát Quốc gia về Sức khỏe Tình dục (NSSW) năm 2021, nghiên cứu trên 1.822 nam giới từ 18 tuổi trở lên thấy tỷ lệ mắc ED là 24,2%. So sánh với tỷ lệ này ta thấy tỷ lệ mắc ED ở bệnh nhân Klinefelter không khác biệt nhiều so với những dân số chung. Nếu xét trong quần thể bệnh nhân Klinefelter, kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu A. Ferlin (14/62, 22,6%) [11]. Trong nghiên cứu này, với cỡ mẫu là 62 bệnh nhân được chẩn đoán mắc hội chứng Klinefelter, thấy 14/62 (22,6%) bệnh nhân mắc ED. Trong đó 7/62 (11,3%) bị rối loạn cương nhẹ, 3/62 (4,8%) rối loạn mức vừa và 4/62 (6,5%) rối loạn cương nặng. Hay nghiên cứu của Corona, trong số 1386 nam giới (tuổi trung bình $48,9 \pm 12,7$ tuổi), 23 (1,7%) bệnh nhân đã được chẩn đoán mắc Klinefelter, 5 trong số 23 bệnh nhân đó (22,7%) mắc rối loạn cương [7]. Kết quả của nghiên cứu cũng tương tự với của El Bardisi (10/53, 18,9%) [12].

Đa số nghiên cứu hiện nay đều công nhận độ tuổi là yếu tố liên quan với cương kém: tuổi càng cao tỷ lệ rối loạn cương càng nhiều. Theo đó tỷ lệ cương kém là 40% ở tuổi 40, 60% tuổi 60, 70% ở 70 tuổi [13]. Nghiên cứu này cũng có kết quả tương tự, khi tỷ lệ rối loạn cương ở nhóm trên 30 tuổi là 32,22% cao hơn so với nhóm dưới 30 tuổi là 4,5%, sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngoài cương kém, rối loạn chuyển hóa, đặc biệt là béo phì cũng là một yếu tố nguy cơ độc lập gây ra rối loạn cương dương ở nam giới. Có nghiên cứu cho rằng 79% nam giới rối loạn cương dương có chỉ số BMI từ 25 kg/m² trở lên. Khi chỉ số BMI ở mức 25-30 kg/m² thì nguy cơ rối loạn chức năng tình dục cao gấp 1,5 lần so với BMI bình thường, ở mức trên 30 kg/m² thì nguy cơ rối loạn chức năng tình dục cao gấp 3 lần [14]. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ rối loạn cương ở nhóm thừa cân béo phì là 40,0%, cao hơn so với nhóm không thừa cân/ béo phì (16,0%), sự khác biệt có nghĩa thống

kê với $p < 0,05$. Ngoài các yếu tố này, chưa thấy sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn cương dương theo yếu tố học vấn và tần suất quan hệ tình dục.

- Xuất tinh sớm

Theo Hội y học tình dục Thế giới (ISSM): Xuất tinh sớm là tình trạng nam giới không có khả năng kìm chế xuất tinh dẫn tới xuất tinh trước khi mong muốn (thời gian IELT dưới 1 phút với xuất tinh sớm nguyên phát và dưới 3 phút với xuất tinh sớm thứ phát), gây những tác động tiêu cực tới tâm lý bản thân và đời sống. Trong điều tra quốc gia về sức khỏe và đời sống xã hội nam giới ở tất cả các lứa tuổi cho biết có khoảng 30% xuất tinh sớm. Sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán xuất tinh sớm theo ISSM, tỷ lệ xuất tinh ở bệnh nhân Klinefelter trong nghiên cứu của chúng tôi là 31,4%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của El Bardisi là 22,6%. Năm 2016, El Bardisi nghiên cứu trên 53 nam giới mắc Klinefelter, có 12 bệnh nhân bị xuất tinh sớm [12].

Theo đó, điểm PEDT trung bình là $7,71 \pm 2,56$ với thời gian IELT là $6,97 \pm 6,02$ phút, ngắn nhất là 1 phút, dài nhất 30 phút. Thời gian này tương đương với kết quả nghiên cứu “Khảo sát dân số đa quốc gia về thời gian trễ xuất tinh trong âm đạo” của Waldinger: trung bình IELT là 5,4 phút. Tỷ lệ đối tượng có xuất tinh sớm cao hơn ở nhóm trên 30 tuổi, nhóm thừa cân béo phì, nhóm có tần suất quan hệ dưới 2 lần, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Theo nhiều nghiên cứu, xuất tinh sớm là một phản xạ tâm – sinh lý dưới sự kết hợp nhiều cơ quan với nhau. Ở bệnh nhân Klinefelter, hiện tại chưa có nghiên cứu nào chỉ ra có tổn thương thần kinh, không có gia tăng số lượng nhánh thần kinh lưng dương vật hay gia tăng chất dẫn truyền thần kinh. Như vậy chưa thấy có cơ chế rõ ràng liên quan giữa tổn thương trong Klinefelter và bệnh xuất tinh sớm. Nghiên cứu của chúng tôi cũng không ghi nhận sự khác biệt IELT, PEDT ở bệnh nhân Klinefelter với quần thể chung.

5. KẾT LUẬN

Hội chứng Klinefelter là một trong nguyên nhân phổ biến nhất gây vô tinh không bé tắc. Theo kết quả nghiên cứu này, ở đối tượng Klinefelter, tần suất quan hệ tình dục là $1,90 \pm 0,99$ lần/tuần. Tỷ lệ mắc rối loạn cương là 22,9% với điểm rối loạn cương (IIEF-5) là $23,21 \pm 1,95$ điểm. Tỷ lệ xuất tinh sớm là 31,4%, điểm PEDT trung



bình là $7,71 \pm 2,56$ với thời gian IELT là $6,97 \pm 6,02$ phút. Yếu tố độ tuổi và béo phì liên quan có ý nghĩa thống kê với gia tăng nguy cơ rối loạn cương ($p < 0,05$). Hiện tại đã có nhiều nghiên cứu tập trung vào đánh giá tổn thương chức năng sinh sản ở nam giới mắc Klinefelter, song còn ít nghiên cứu đánh giá chức năng tình dục. Hy vọng có thêm nhiều nghiên cứu đánh giá chức năng hoạt động tình dục ở nam giới mắc Klinefelter, góp phần tạo cơ sở tư vấn và điều trị toàn diện, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân Klinefelter.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Gary B, Umasuthan S, Jennie F et al., Klinefelter syndrome: going beyond the diagnosis. Archives of disease in childhood, 2023. 108(3): p. 166-171.
- [2] Longhi EV et al., Klinefelter: Which Sexuality. Journal of Sexual Medicine Research, 2023. 120: p. 2-4.
- [3] RC Rosen, JC Cappelleri, MD Smith et al., Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. International Journal of Impotence Research, 1999. 11(6): p. 319-326.
- [4] Nguyễn Hoài Bắc, Nguyễn Cao Thắng, Chuẩn hóa bộ câu hỏi iief-5 tiếng Việt và ứng dụng trong chẩn đoán rối loạn cương dương. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2022, 152(4): p. 86-94.
- [5] Tara S, Michael AP, Stanley A et al., Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. European Urology, 2007. 52(2): p. 565-573.
- [6] H Okada, H Fujioka, N Tatsumi et al., Klinefelter's syndrome in the male infertility clinic. Human Reproduction, 1999. 14(4): p. 946-952.
- [7] G Corona, L Petrone, F Paggi et al., Sexual dysfunction in subjects with Klinefelter's syndrome. International journal of Andrology, 2010. 33(4): p. 574-580.
- [8] Vogt, H.-J., Sexual behavior in Klinefelter's syndrome. Springer. p. 163-169, 1984.
- [9] A Yoshida, K Miura, K Nagao et al., Sexual function and clinical features of patients with Klinefelter's syndrome with the chief complaint of male infertility. International journal of andrology, 1997. 20(2): p. 80-85.
- [10] Nieschlag E et al., Disorders at the testicular level. Andrology: male reproductive health dysfunction, 2010: p. 193-238.
- [11] A Ferlin, R Selice, S Angelini et al., Endocrine and psychological aspects of sexual dysfunction in Klinefelter patients. Andrology, 2018. 6(3): p. 414-419.
- [12] H El Bardisi, A Majzoub, S Al Said et al., Sexual dysfunction in Klinefelter's syndrome patients. Andrologia, 2017. 49(6): p. e12670.
- [13] Duterte E, T Segraves, S Althof, Psychotherapy and pharmacotherapy for sexual dysfunctions. 2007. DOI:10.1093/med:psych/9780195304145.003.0019
- [14] Leslie S, T Sooriyaamoorthy, Erectile Dysfunction. StatPearls, 2024.