

DISTRIBUTION OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE SYNDROME TYPES AND CLINICAL CHARACTERISTICS IN 299 PREMATURE EJACULATION PATIENTS: A CASE SERIES STUDY IN A CHINESE HOSPITAL

Nguyen Dinh Thanh^{1,2}, Zhou Shaohu¹, Hoang Thuy Hong³, Nguyen Truong Nam^{3*}, Hoang Van Hieu⁴, Feng Jiaming⁵, Le Van Minh²

¹Guangzhou University of Chinese Medicine - 232, Waihuan East road, University town, Panyu district, Guangzhou city, Guangdong province, China

²Vietnam Military Medical University - 160 Phung Hung, Ha Dong ward, Hanoi city, Vietnam

³Phenikaa University - Nguyen Trac street, Duong Noi ward, Hanoi city, Vietnam

⁴Military Institute of Traditional Medicine - 442 Kim Giang, Dinh Cong ward, Hanoi city, Vietnam

⁵Foshan Chinese Medicine Hospital - 6 Shenren, Chancheng district, Foshan city, Guangdong province, China

Received: 07/06/2026

Revised: 10/07/2026; Accepted: 20/07/2026

ABSTRACT

Objective: To investigate the distribution of traditional Chinese medicine syndrome types and clinical characteristics in patients with premature ejaculation.

Methods: A case series study was conducted on 299 premature ejaculation patients at the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine from May 2023 to February 2024. Patients meeting ISSM (2014) criteria were classified into four traditional Chinese medicine syndromes: unconsolidation of kidney-qi, liver depression and kidney deficiency, downward dampness-heat, and yin deficiency with fire hyperactivity. Data on age, disease duration, premature ejaculation type, PEDT score, and comorbid erectile dysfunction were collected and compared between primary and secondary premature ejaculation.

Results: The mean age was 32.16 ± 7.17 years, 83.61% under 40. The predominant syndrome was unconsolidation of kidney-qi (75.93%), followed by liver depression and kidney deficiency (12.37%), downward dampness-heat (7.02%), and yin deficiency with fire hyperactivity (4.68%). No significant difference in traditional Chinese medicine syndrome distribution was observed between primary and secondary premature ejaculation ($p = 0.464$). PEDT scores were significantly higher in primary premature ejaculation ($p < 0.001$).

Conclusion: Unconsolidation of kidney-qi is the dominant traditional Chinese medicine syndrome in premature ejaculation patients. Primary and secondary premature ejaculation share similar syndrome patterns but differ in PEDT scores. These findings support traditional Chinese medicine syndrome differentiation for individualized premature ejaculation management.

Keywords: Premature ejaculation, traditional Chinese medicine syndrome types, unconsolidation of kidney-qi, PEDT.

*Corresponding author

Email: nam.nguyentruong@phenikaa-uni.edu.vn Phone: (+84) 985180858 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD9.5842



PHÂN BỐ THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở 299 BỆNH NHÂN XUẤT TINH SỚM TẠI MỘT BỆNH VIỆN TRUNG QUỐC

Nguyễn Đình Thành^{1,2}, Zhou Shaohu¹, Hoàng Thúy Hồng³, Nguyễn Trường Nam^{3*}, Hoàng Văn Hiếu⁴, Feng Jiaming⁵, Lê Văn Minh²

¹Đại học Trung Y Dược Quảng Châu - 232 Đông Waihuan, thị trấn Đại học, quận Phiên Ngung, thành phố Quảng Châu, tỉnh Quảng Đông, Trung Quốc

²Học viện Quân y - 160 Phùng Hưng, phường Hà Đông, thành phố Hà Nội, Việt Nam

³Đại học Phenikaa - phố Nguyễn Trác, phường Dương Nội, thành phố Hà Nội, Việt Nam

⁴Viện Y học cổ truyền Quân đội - 442 Kim Giang, phường Định Công, thành phố Hà Nội, Việt Nam

⁵Bệnh viện Trung Y Phạt Sơn - 6 Thân Nhân, quận Thiên Thành, thành phố Phạt Sơn, tỉnh Quảng Đông, Trung Quốc

Ngày nhận bài: 07/06/2026

Ngày chỉnh sửa: 10/07/2026; Ngày duyệt đăng: 20/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự phân bố các thể bệnh y học cổ truyền và một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân xuất tinh sớm.

Phương pháp: Nghiên cứu loạt ca bệnh được thực hiện trên 299 bệnh nhân xuất tinh sớm tại Bệnh viện số 1 Đại học Trung Y Dược Quảng Châu, Trung Quốc, từ tháng 5/2023 đến tháng 2/2024. Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Y học Tình dục Quốc tế (2014), được phân thành 4 thể bệnh y học cổ truyền gồm: Thận khí bất cố, Can uất Thận hư, Thấp nhiệt hạ chú và Âm hư hỏa vượng. Các thông tin về tuổi, thời gian mắc bệnh, loại xuất tinh sớm, điểm PEDT và rối loạn cương dương kèm theo được thu thập và phân tích.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $32,16 \pm 7,17$ tuổi; 83,61% bệnh nhân dưới 40 tuổi. Thể Thận khí bất cố chiếm tỷ lệ cao nhất với 75,93%, tiếp theo là Can uất Thận hư (12,37%), Thấp nhiệt hạ chú (7,02%) và Âm hư hỏa vượng (4,68%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố thể bệnh giữa nhóm xuất tinh sớm nguyên phát và thứ phát ($p = 0,464$). Điểm PEDT ở nhóm xuất tinh sớm nguyên phát cao hơn nhóm thứ phát có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Kết luận: Thận khí bất cố là thể bệnh y học cổ truyền chiếm ưu thế ở bệnh nhân xuất tinh sớm. Xuất tinh sớm nguyên phát và thứ phát có phân bố thể bệnh tương tự nhau, nhưng nhóm nguyên phát có mức độ triệu chứng nặng hơn theo điểm PEDT. Kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp cơ sở cho biện chứng luận trị cá thể hóa trong điều trị xuất tinh sớm bằng y học cổ truyền.

Từ khóa: Xuất tinh sớm, thể bệnh y học cổ truyền, Thận khí bất cố, PEDT.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất tinh sớm (premature ejaculation - PE) là một trong những rối loạn chức năng tình dục nam thường gặp, với tỷ lệ mắc được báo cáo từ 20-40% trong cộng đồng [1]. Tình trạng này không chỉ ảnh hưởng đến khả năng kiểm soát xuất tinh mà còn làm suy giảm chất lượng cuộc sống, sức khỏe tâm lý và sự hài lòng trong đời sống tình dục. Theo Hội Y học Tình dục Quốc tế (ISSM) năm 2014, PE được đặc trưng bởi thời gian xuất tinh ngắn, giảm khả năng kiểm soát xuất tinh và gây ra các cảm xúc tiêu cực cho người bệnh [2].

Hiện nay, PE được điều trị bằng nhiều phương pháp như liệu pháp hành vi, tâm lý trị liệu và điều trị bằng thuốc. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị còn chưa đồng đều, một số trường hợp có thể gặp tác dụng không mong muốn hoặc tái phát sau điều trị [3]. Vì vậy, các phương pháp tiếp cận bổ sung và cá thể hóa trong quản lý PE ngày càng được quan tâm. Theo quan điểm y học cổ truyền (YHCT), PE có liên quan đến sự mất cân bằng chức năng tạng phủ và có thể được phân thành các thể bệnh khác nhau, từ đó định hướng điều trị theo nguyên tắc biện chứng luận trị.

Mặc dù biện chứng luận trị là cơ sở quan trọng trong thực hành YHCT, dữ liệu về phân bố thể bệnh ở bệnh nhân PE hiện vẫn còn hạn chế, đặc biệt là các nghiên cứu có cỡ mẫu tương đối lớn và so sánh giữa PE nguyên phát với PE thứ phát. Tại Trung tâm Y học Sinh sản, Bệnh viện số 1, Đại học Trung Y Dược Quảng Châu, Trung Quốc, bệnh nhân PE chủ yếu được biện chứng thành 4 thể bệnh gồm: Thận khí bất cố, Can uất Thận hư, Thấp nhiệt hạ chú và Âm hư hỏa vượng. Việc xác định đặc điểm phân bố của các thể bệnh này có ý nghĩa trong định hướng điều trị cá thể hóa trên lâm sàng.

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát phân bố các thể bệnh YHCT ở bệnh nhân PE; mô tả một số đặc điểm lâm sàng của người bệnh; và so sánh sự khác biệt về thể bệnh, điểm PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool) để tầm soát và chẩn đoán tình trạng xuất tinh sớm ở nam giới, và tình trạng rối loạn cương dương giữa nhóm PE nguyên phát và PE thứ phát.

*Tác giả liên hệ

Email: nam.nguyentruong@phenikaa-uni.edu.vn Điện thoại: (+84) 985180858 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD9.5842

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh nhằm khảo sát phân bố thể bệnh YHCT và đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân PE.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Y học Sinh sản, Bệnh viện số 1 trực thuộc Đại học Trung Y Dược Quảng Châu, Trung Quốc, từ tháng 5/2023 đến tháng 2/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân nam được chẩn đoán PE và điều trị tại Khoa Y học Sinh sản trong thời gian nghiên cứu.

Chẩn đoán PE được xác định theo tiêu chuẩn của ISSM (2014) [1]. Phân loại thể bệnh YHCT dựa trên Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đa mô thức kết hợp Đông Tây y cho PE (2021) và giáo trình Trung y Chẩn đoán học [2-3]. Bệnh nhân được biện chứng thành 4 thể bệnh gồm: Thận khí bất cố, Can uất Thận hư, Thấp nhiệt hạ chú và Âm hư hỏa vượng. Việc biện chứng được thực hiện bởi Giáo sư Chu Thiếu Hồ, chuyên gia nam khoa có hơn 30 năm kinh nghiệm.

Tiêu chuẩn lựa chọn gồm nam giới từ 18 đến dưới 55 tuổi, đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán PE theo ISSM (2014), có điểm PEDT ≥ 11 , có bệnh tình cố định ít nhất 6 tháng và triệu chứng kéo dài tối thiểu 6 tháng. Các trường hợp có bệnh lý hoặc sử dụng thuốc ảnh hưởng đến chức năng tình dục, bất thường cơ quan sinh dục hoặc hồ sơ bệnh án không đầy đủ được loại khỏi nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện liên tiếp. Tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian khảo sát đều được đưa vào phân tích. Tổng cộng có 299 bệnh nhân được tuyển chọn.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các biến số được thu thập bao gồm tuổi, thời gian mắc bệnh, loại PE (nguyên phát hoặc thứ phát), điểm PEDT, tình trạng rối loạn cương dương kèm theo và thể bệnh YHCT.

2.6. Thu thập và quản lý số liệu

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án theo biểu mẫu thống nhất, nhập liệu độc lập bởi 2 nghiên cứu viên và kiểm tra chéo trước khi phân tích. Toàn bộ dữ liệu được mã hóa và ẩn danh nhằm bảo đảm tính bảo mật.

2.7. Phân tích thống kê

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định lượng được kiểm tra phân phối bằng kiểm định Kolmogorov-Smirnov và trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) [M (P25-P75)] tùy theo phân phối. So sánh giữa các nhóm được thực hiện bằng kiểm định t độc lập hoặc Mann-Whitney U. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm và so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

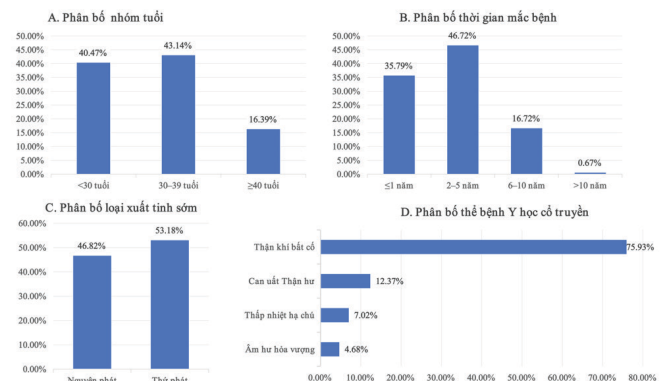
2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc của Tuyên bố Helsinki. Nghiên cứu hồi cứu sử dụng dữ liệu bệnh án, không can thiệp trên người bệnh. Tất cả thông tin cá nhân được mã hóa, ẩn danh và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Việc khai thác dữ liệu đã được sự

cho phép của Khoa Y học Sinh sản, Bệnh viện số 1 trực thuộc Đại học Trung Y Dược Quảng Châu, Trung Quốc.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Hình 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân PE nghiên cứu (n = 299)

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $32,16 \pm 7,17$ tuổi (18-53 tuổi). Phần lớn bệnh nhân dưới 40 tuổi, chiếm 83,61% tổng số trường hợp. Về thời gian mắc bệnh, đa số bệnh nhân có thời gian mắc dưới 5 năm (82,61%), trong đó nhóm mắc bệnh từ 2-5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (46,72%). PE thứ phát gặp nhiều hơn PE nguyên phát (53,18% so với 46,82%). Về phân bố thể bệnh YHCT, thể Thận khí bất cố chiếm ưu thế với 75,93%, tiếp theo là thể Can uất Thận hư (12,37%), thể Thấp nhiệt hạ chú (7,02%) và thể Âm hư hỏa vượng (4,68%).

3.2. So sánh giữa bệnh nhân PE nguyên phát và PE thứ phát

Bảng 1. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa bệnh nhân PE nguyên phát và thứ phát

Biến số		PE nguyên phát (n = 140)	PE thứ phát (n = 159)	p
PEDT [M (P25-P75)]		18 (16-19)	15 (12-17)	< 0,001
Rối loạn cương dương		70 (50,0%)	91 (57,2%)	0,256
Thể bệnh YHCT	Thận khí bất cố	103 (73,6%)	124 (78,0%)	
	Can uất Thận hư	20 (14,3%)	17 (10,7%)	
	Thấp nhiệt hạ chú	12 (8,6%)	9 (5,7%)	
	Âm hư hỏa vượng	5 (3,6%)	9 (5,7%)	
p		0,464		

Chú thích: Điểm PEDT được so sánh bằng kiểm định Mann-Whitney U. Các biến phân loại được so sánh bằng kiểm định Chi-square.

Trong số 299 bệnh nhân PE nghiên cứu, có 140 bệnh nhân PE nguyên phát và 159 bệnh nhân PE thứ phát. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố thể bệnh YHCT giữa hai nhóm ($p = 0,464$). Thận khí bất cố là thể bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả nhóm PE nguyên phát và nhóm PE thứ phát, lần lượt là 73,6% và 78,0%.

Điểm PEDT ở nhóm PE nguyên phát cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm PE thứ phát [18 (16-19)] so với [15 (12-17)], $p < 0,001$. Ngược lại, tỷ lệ rối loạn cương dương kèm theo không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (50,0% so với 57,2%; $p = 0,256$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Trong nghiên cứu hiện tại, tuổi trung bình của bệnh nhân PE là $32,16 \pm 7,17$ tuổi, trong đó hơn 80% trường hợp dưới 40 tuổi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ học trước đây cho thấy PE thường gặp ở nhóm nam giới trẻ và trung niên, là những người có tần suất hoạt động tình dục cao và chịu nhiều áp lực tâm lý - xã hội liên quan đến công việc, gia đình và chất lượng đời sống tình dục [1-2]. Một số nghiên cứu cho rằng lo âu trong hoạt động tình dục, căng thẳng kéo dài và các yếu tố lối sống không lành mạnh có thể góp phần làm gia tăng nguy cơ PE ở nhóm tuổi này [3].

Bên cạnh đó, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm. Điều này có thể phản ánh xu hướng ngày càng quan tâm đến sức khỏe tình dục và chủ động tìm kiếm hỗ trợ y tế của nam giới trong những năm gần đây. Việc phát hiện và điều trị sớm có ý nghĩa quan trọng vì PE kéo dài thường liên quan đến suy giảm chất lượng cuộc sống, giảm sự hài lòng trong quan hệ tình dục và gia tăng các vấn đề tâm lý như lo âu hoặc trầm cảm [4].

4.2. Phân bố thể bệnh YHCT

Kết quả nổi bật nhất của nghiên cứu là thể Thận khí bất cổ chiếm tỷ lệ áp đảo (75,93%), cao hơn đáng kể so với các thể Can uất Thận hư, Thấp nhiệt hạ chú và Âm hư hỏa vượng. Phát hiện này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó Thận khí bất cổ được ghi nhận là thể bệnh thường gặp nhất ở bệnh nhân PE [5]. Sự nhất quán giữa các nghiên cứu cho thấy đây có thể là hội chứng trung tâm trong bệnh sinh của PE theo quan điểm YHCT.

Theo lý luận YHCT, thận tàng tinh và chủ sinh dục; sự suy giảm chức năng cố nhiếp của thận có thể dẫn đến mất khả năng kiểm soát xuất tinh. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng gần một phần tư số bệnh nhân thuộc các thể bệnh khác, bao gồm Can uất Thận hư, Thấp nhiệt hạ chú và Âm hư hỏa vượng. Điều này cho thấy bệnh sinh của PE có tính đa dạng và phức tạp, đồng thời nhấn mạnh vai trò của biện chứng luận trị trong thực hành lâm sàng. Từ góc độ ứng dụng, kết quả nghiên cứu gợi ý rằng các phương pháp điều trị theo hướng bổ thận cố tinh có thể phù hợp với phần lớn bệnh nhân, nhưng vẫn cần cá thể hóa điều trị dựa trên đặc điểm chứng hậu của từng trường hợp.

4.3. So sánh giữa PE nguyên phát và PE thứ phát

Nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố thể bệnh YHCT giữa nhóm PE nguyên phát và PE thứ phát. Kết quả này cho thấy mặc dù hai nhóm khác nhau về thời điểm khởi phát bệnh theo y học hiện đại, biểu hiện chứng hậu theo YHCT có thể tương đối tương đồng. Điều này phù hợp với nguyên tắc biện chứng luận trị, trong đó việc phân loại thể bệnh chủ yếu dựa trên các biểu hiện lâm sàng hiện tại của người bệnh thay vì cơ chế hoặc thời điểm khởi phát bệnh.

Tương tự, tỷ lệ rối loạn cương dương kèm theo không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Phát hiện này

phù hợp với một số nghiên cứu trước đây cho thấy rối loạn cương dương là bệnh lý đồng mắc phổ biến ở bệnh nhân PE, bất kể thuộc nhóm nguyên phát hay thứ phát [6-7]. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá đồng thời cả hai rối loạn chức năng tình dục trong quá trình thăm khám và điều trị.

Ngược lại, điểm PEDT ở nhóm PE nguyên phát cao hơn đáng kể so với nhóm PE thứ phát. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây và cho thấy bệnh nhân nguyên phát có thể có mức độ triệu chứng nghiêm trọng hơn [8-9]. Một số giả thuyết được đưa ra nhằm giải thích hiện tượng này bao gồm thời gian mắc bệnh kéo dài hơn, khả năng kiểm soát xuất tinh kém hơn và sự tham gia của các yếu tố thần kinh - sinh học đặc thù ở nhóm nguyên phát. Do đó, bên cạnh các biện pháp điều trị triệu chứng, việc tư vấn tâm lý và giáo dục sức khỏe tình dục có thể đặc biệt cần thiết đối với nhóm bệnh nhân này.

4.4. Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu này có một số điểm mạnh đáng chú ý. Thứ nhất, đây là một trong số ít nghiên cứu khảo sát phân bố thể bệnh YHCT ở bệnh nhân PE với cỡ mẫu tương đối lớn (299 trường hợp). Thứ hai, việc áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán ISSM (2014) giúp bảo đảm tính thống nhất trong xác định đối tượng nghiên cứu và tạo điều kiện thuận lợi cho việc so sánh với các nghiên cứu quốc tế. Thứ ba, toàn bộ bệnh nhân được biện chứng bởi cùng một chuyên gia nam khoa có hơn 30 năm kinh nghiệm, góp phần giảm thiểu sự khác biệt giữa các nhà lâm sàng trong quá trình phân loại thể bệnh YHCT.

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế cần được xem xét khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu được thực hiện tại một trung tâm duy nhất nên tính đại diện của mẫu nghiên cứu còn hạn chế. Thứ hai, mặc dù việc biện chứng được thực hiện bởi cùng một chuyên gia giúp bảo đảm tính nhất quán, nghiên cứu chưa đánh giá được độ tin cậy giữa các nhà lâm sàng trong phân loại thể bệnh. Thứ ba, nghiên cứu chưa phân tích mối liên quan giữa thể bệnh với các yếu tố tâm lý, lối sống hoặc các chỉ số đánh giá chức năng tình dục khác. Cuối cùng, thiết kế nghiên cứu mô tả không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố được khảo sát. Các nghiên cứu đa trung tâm, tiền cứu với cỡ mẫu lớn hơn cần được thực hiện trong tương lai nhằm xác nhận và mở rộng các kết quả hiện tại.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên bệnh nhân PE cho thấy Thận khí bất cổ là thể bệnh YHCT chiếm ưu thế, tiếp theo là Can uất Thận hư, Thấp nhiệt hạ chú và Âm hư hỏa vượng. Kết quả này phản ánh vai trò trung tâm của hội chứng Thận khí bất cổ trong bệnh sinh của PE theo quan điểm YHCT, đồng thời cho thấy sự đa dạng về biểu hiện chứng hậu, nhấn mạnh tầm quan trọng của biện chứng luận trị trong thực hành lâm sàng.

Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố thể bệnh YHCT và tỷ lệ rối loạn cương dương giữa nhóm PE nguyên phát và PE thứ phát. Tuy nhiên, bệnh nhân PE nguyên phát có điểm PEDT cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân PE thứ phát, cho thấy mức độ triệu

chứng nghiêm trọng hơn. Những phát hiện này góp phần bổ sung bằng chứng về đặc điểm lâm sàng và phân bố thể bệnh YHCT ở bệnh nhân PE, đồng thời cung cấp cơ sở thực tiễn cho việc lựa chọn và cá thể hóa các chiến lược điều trị trong tương lai.

Việc khai thác dữ liệu đã được sự cho phép của Khoa Y học Sinh sản, Bệnh viện số 1 trực thuộc Đại học Trung Y Dược Quảng Châu, Trung Quốc. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Althof S.E, McMahon C.G, 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*, 2014, 2 (2): 60-90. doi: 10.1002/sm2.28
- [2] 早泄中西医结合多学科诊疗指南. 中国男科学杂志, 2021, 35 (03): 66-72.
- [3] 吴若萌, 王开振 & 张太君.早泄中西医治疗研究进展. 实用中西医结合临床, 2023, 23 (18): 120-124. doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2023.18.035.
- [4] Huang Y.P, Liu W, Zhang M et al. Clinical characteristics and influencing factors of premature ejaculation patients in andrology clinic. *Journal of Sun Yat-sen University (Medical Sciences)*, 2022, 43 (6): 892-897.
- [5] Song S.H, Choi W.S, Son H, Paick J.S. Validity of the premature ejaculation diagnostic tool in four subgroups of premature ejaculation syndrome: data from the Korean Internet Sexuality Survey - part 1. *Sexual Health*, 2014, 11 (1): 73-80. doi: 10.1071/SH13171
- [6] Porst H, Montorsi F, Rosen R.C et al. The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *European Urology*, 2007, 51 (3): 816-824. doi: 10.1016/j.eururo.2006.07.004
- [7] El-Hamd M.A, Saleh R, Majzoub A. Premature ejaculation: an update on definition and pathophysiology. *Asian journal of andrology*, 2019, 21 (5): 425-432. doi: 10.4103/aja.aja_122_18
- [8] Chen X. Clinical characteristics and influencing factors of different types of premature ejaculation patients [dissertation]. Guangzhou University of Chinese Medicine, 2016.
- [9] Rowland D.L, Kövi Z, Tamas S, Hevesi K. Do ejaculation latency and other sexual measures differ between men with lifelong and acquired premature ejaculation? *Urology*, 2024, 184: 112-121. doi: 10.1016/j.urology.2023.09.055

