

xương đùi cho thấy bất đồng thuận thường gặp hơn tại cột sống, phù hợp với dữ liệu của chúng tôi khi tỷ lệ bất tương hợp cao hơn ở L3, L4 và L1-L4. Theo ISCD, ở nam giới dưới 50 tuổi, Z-score $\leq -2,0$ nên được xem là “thấp hơn so với kỳ vọng theo tuổi”, không nên chẩn đoán loãng xương chỉ dựa trên MĐX đơn thuần. Do đó, Z-score có vai trò sàng lọc nhóm nguy cơ và gợi ý tìm nguyên nhân thứ phát, hơn là thay thế hoàn toàn đánh giá lâm sàng

Hạn chế: Nghiên cứu này còn một số hạn chế như thiết kế cắt ngang, dữ liệu từ một trung tâm và sử dụng cơ sở tham chiếu NHANES III, có thể ảnh hưởng đến khả năng khái quát và độ chính xác tại một số vị trí giải phẫu. Tuy nhiên, chúng tôi đã áp dụng tiêu chuẩn chọn mẫu chặt chẽ, kiểm soát các yếu tố nhiễu và phân tích trên cỡ mẫu lớn nhằm giảm thiểu sai lệch.

V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng ngưỡng Z-score $-2,0$ giúp gần như loại bỏ chẩn đoán quá mức (0-0,1%) trong khi tỷ lệ bỏ sót thấp (0,0-2,7%), phù hợp và cân bằng trong đánh giá mật độ xương ở nam giới dưới 50 tuổi cả theo khuyến cáo ISCD 2013 và bối cảnh lâm sàng Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Burge R, Dawson-Hughes B, Solomon DH, Wong JB, King A, Tosteson A. Incidence and economic

burden of osteoporosis-related fractures in the United States, 2005-2025. *Journal of Bone and Mineral Research*. 2007;22(3):465-475. doi:10.1359/jbmr.061113

2. World Health O. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. *Technical Report Series 843*. 1994;
3. International Society for Clinical D. 2023 ISCD Official Positions Adult. 2023.
4. Kim KM, Choi SH, Lim S, et al. Discordance between T-score and Z-score in the diagnosis of low bone mass in Korean young adult men. *Journal of Bone and Mineral Metabolism*. 2018;36(2):219-228. doi:10.1007/s00774-017-0830-8
5. Quốc hội Việt Nam. Luật số 114/2025/QH15 về Luật phòng bệnh ban hành ngày 10 tháng 12 năm 2025.
6. Slart RHJA, Punda M, Ali DS, et al. Updated practice guideline for dual-energy X-ray absorptiometry (DXA). *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*. 2025;52:539-563. doi:10.1007/s00259-024-06912-6
7. Binkley N, Bilezikian JP, Kendler DL, Leib ES, Lewiecki EM, Petak SM. Official Positions of the International Society for Clinical Densitometry and Executive Summary of the 2023 ISCD Position Development Conference. *Journal of Clinical Densitometry*. 2024;27(1):101455. doi:10.1016/j.jocd.2023.101455
8. Lewiecki EM, Gordon CM, Baim S, et al. International Society for Clinical Densitometry 2007 Adult and Pediatric Official Positions. *Bone*. 2008;43(6):1115-1121. doi:10.1016/j.bone.2008.08.106.

CHỨC NĂNG CƯƠNG DƯƠNG, XUẤT TINH VÀ HỘI CHỨNG ĐƯỜNG TIỂU DƯỚI: ĐẶC ĐIỂM VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT CÓ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Hạ Hồng Cường¹, Nguyễn Gia Hào², Ngô Duy Anh², Phạm Bá Vĩnh², Cao Mạnh Long^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm chức năng cương dương, chức năng xuất tinh, hội chứng đường tiểu dưới (LUTS) và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hạ Hồng Cường

Email: mr.hahongcuong@gmail.com

Mã bài: N766

Ngày nhận bài: 2/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 1/5/2026

Ngày duyệt bài: 2/6/2026

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 141 bệnh nhân được chẩn đoán xác định tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật, điều trị tại Khoa Ngoại tiết niệu - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022.

Kết quả: 74,5% bệnh nhân có rối loạn cương dương, chủ yếu mức độ nhẹ (44,7%) và trung bình (29,8%). Tất cả bệnh nhân đều có rối loạn xuất tinh, phần lớn là mức độ trung bình (40,4%) và nặng (59,6%). Phần lớn bệnh nhân có hội chứng đường tiểu dưới mức độ trung bình (46,8%) đến nặng (48,9%). Rối loạn cương dương liên quan đến tuổi và tần số quan hệ tình dục. Rối loạn xuất tinh liên quan đến nồng độ PSA máu và tần suất quan hệ tình dục. Hội chứng đường tiểu dưới liên quan đến nồng độ PSA máu và

thể tích tuyến tiền liệt.

Kết luận: Hầu hết bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật đều có rối loạn chức năng cương dương, chức năng xuất tinh và LUTS. Các yếu tố có thể liên quan đến bao gồm tuổi, nồng độ PSA, thể tích tiền liệt tuyến và tần suất quan hệ tình dục.

Từ khóa: Chức năng cương dương, IIEF-5, chức năng xuất tinh, MSHQ-EjD SF, hội chứng đường tiểu dưới, IPSS.

SUMMARY

ERECTILE AND EJACULATORY FUNCTION AND LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS: CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA INDICATED FOR SURGERY

Objective: To describe the characteristics and correlations among erectile dysfunction, ejaculatory dysfunction, lower urinary tract symptoms (LUTS), and several related factors in patients with benign prostatic hyperplasia indicated for surgery.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 141 patients with confirmed benign prostatic hyperplasia indicated for surgical intervention, treated at the Department of Urology, Hanoi Medical University Hospital from January 2020 to December 2022.

Results: Erectile dysfunction was observed in 74.5% of patients, predominantly mild (44.7%) and moderate (29.8%). All patients had ejaculatory dysfunction, with the majority being moderate (40.4%) and severe (59.6%). Most patients presented with moderate (46.8%) to severe (48.9%) lower urinary tract symptoms. Erectile dysfunction was associated with age and frequency of sexual intercourse. Ejaculatory dysfunction was associated with serum PSA levels and frequency of sexual intercourse. Lower urinary tract symptoms were associated with serum PSA levels and prostate volume.

Conclusion: Most patients with benign prostatic hyperplasia indicated for surgery had erectile dysfunction, ejaculatory dysfunction, and LUTS. Factors that may be associated include age, PSA levels, prostate volume, and frequency of sexual activity.

Keywords: Erectile function, IIEF-5, ejaculatory function, MSHQ-EjD SF, lower urinary tract symptoms, IPSS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (BPH - Benign Prostatic Hyperplasia) là bệnh phổ biến ở nam giới lớn tuổi, đặc trưng bởi sự tăng sinh mô tuyến và mô đệm, gây tắc nghẽn và dẫn đến hội chứng đường tiểu dưới (LUTS - Lower Urinary Tract Symptoms). Tỷ lệ mắc BPH tăng theo tuổi, có thể lên tới 80-90% ở nam giới trong khoảng 70-80 tuổi.³ Khoảng 31% bệnh nhân có LUTS mức độ trung bình đến nặng, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống, tuy nhiên chỉ một tỷ lệ nhỏ chủ động tìm kiếm hỗ trợ y tế.⁸

Các rối loạn chức năng tình dục, bao gồm rối loạn cương dương và rối loạn xuất tinh, cũng gia tăng theo tuổi và có mối liên quan đến LUTS do BPH. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn cương dương tăng theo mức độ LUTS, đồng thời rối loạn xuất tinh cũng có xu hướng tương tự.⁸ Ngoài tuổi, các yếu tố như thể tích tuyến tiền liệt, nồng độ PSA và tần suất quan hệ tình dục có liên quan đến mức độ LUTS và chức năng tình dục.⁴ Các nghiên cứu trước đây chủ yếu tập trung đánh giá từng rối loạn riêng lẻ, chưa đánh giá đồng thời rối loạn cương, rối loạn xuất tinh và rối loạn tiểu tiện trên người bệnh BPH. Ba tình trạng này có thể cùng tồn tại và tương tác lẫn nhau, ảnh hưởng đến mức độ biểu hiện và diễn tiến lâm sàng của bệnh. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh và hội chứng đường tiểu dưới ở bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

141 bệnh nhân BPH có chỉ định phẫu thuật, tại khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Được chẩn đoán xác định BPH.

Có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo.

Còn hoạt động tình dục trong vòng 6 tháng trước mổ.

Có khả năng hiểu và trả lời các câu hỏi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có dẫn lưu bàng quang trên xương mu hoặc đặt sonde tiểu >2 tuần trước nhập viện.

Bệnh nhân đang sử dụng các thuốc điều trị có ảnh hưởng đến chức năng tình dục.

Bệnh án thiếu thông tin nghiên cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu bao gồm toàn bộ các trường hợp đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Bộ công cụ và thu thập số liệu

Các dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, phỏng vấn bệnh nhân, thăm khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng. Chức năng cương dương được đánh giá bằng thang International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) với phân loại: nặng (5-

7), trung bình (8-16), nhẹ (17-21) và bình thường (≥ 22). Rối loạn xuất tinh được đánh giá bằng thang Male Sexual Health Questionnaire-Ejaculatory Dysfunction Short Form (MSHQ-EjD SF) với phân loại: nặng (2-7), trung bình (8-14) và nhẹ (15-20). Hội chứng đường tiểu dưới được đánh giá bằng thang International Prostate Symptom Score (IPSS) với phân loại: nhẹ (0-7), trung bình (8-19) và nặng (20-35).

2.4. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập, làm sạch trước khi phân tích bằng phần mềm R phiên bản 4.5.2.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

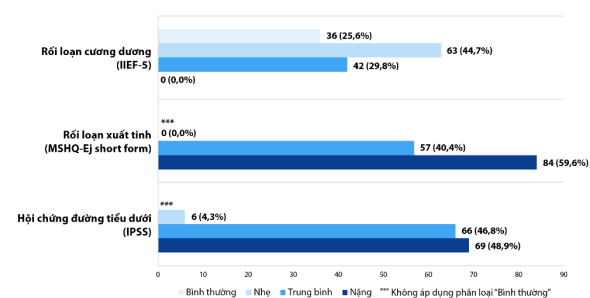
Nghiên cứu được chấp thuận bởi Khoa Ngoại Tiết niệu và Phòng Kế hoạch Tổng hợp - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thông tin của người bệnh được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và bệnh lý của bệnh nhân ($n = 141$)

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi*		67,23 $\pm$ 4,93 (58-77)
Lý do vào viện**	Tiểu khó	105 (74,5%)
	Tiểu đêm	81 (57,4%)
	Bí tiểu	33 (23,4%)
Tiền sử điều trị nội khoa**	Nhóm Alpha Blocker	30 (21,3%)
	Nhóm 5 Alpha Reductase	15 (10,7%)
	Nhóm thuốc đông y	63 (44,7%)
	Không điều trị	57 (40,5%)
Triệu chứng thực thể**	Cầu bàng quang (+)	33 (23,4%)
	Thăm trực tràng tuyến tiền liệt to	108 (76,6%)
	Ấn đau hạ vị	3 (2,13%)
Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu**	Bình thường	60 (42,6%)
	Nitrite niệu, hồng cầu niệu, bạch cầu niệu (+)	81 (57,4%)
Định lượng PSA toàn phần (ng/mL)*		8.56 $\pm$ 8.29 (0,67 - 40)
Kích thước tuyến tiền liệt (mL)*		67,62 $\pm$ 27,17 (30 - 127)
Tần suất quan hệ tình dục (tuần/tháng)*		2,00 $\pm$ 1,51 (0,5 - 8)
*: trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất)		
**: số lượng (%)		

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 67,23 $\pm$ 4,93; với 55,4% bệnh nhân tuổi từ 60-69 và 38,3% từ 70 tuổi trở lên. Người bệnh có thể vào viện vì nhiều lý do, trong đó thường gặp nhất là tiểu khó (74,5%) và tiểu đêm (57,4%); tỷ lệ bí tiểu là 23,4%. Về tiền sử điều trị, 40,5% người tham gia chưa từng sử dụng thuốc. Trong nhóm điều trị nội khoa, nhóm sử dụng thuốc đông y chiếm tỷ lệ cao nhất (44,7%), tiếp theo là alpha-blocker (21,3%) và 5-alpha reductase inhibitor (10,7%). Khi thăm khám, 76,6% bệnh nhân có tuyến tiền liệt to, 23,4% có cầu bàng quang và chỉ 2,13% có ấn đau hạ vị. Xét nghiệm nước tiểu bất thường được ghi nhận ở 57,4% người tham gia. Giá trị PSA trung bình là 8,56 $\pm$ 8,29 ng/mL và kích thước tuyến tiền liệt trung bình là 67,62 $\pm$ 27,17 mL.



Hình 1: Đặc điểm rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh và hội chứng đường tiểu dưới của bệnh nhân ($n = 141$)

Rối loạn cương dương được ghi nhận ở 74,5% trường hợp, trong đó mức độ nhẹ và trung bình lần lượt chiếm 44,7% và 29,8%. Rối loạn chức năng xuất tinh gặp ở tất cả các bệnh nhân đến khám với các mức độ trung bình (40,4%) và nặng (59,6%). Hội chứng đường tiểu dưới có mức độ nặng ở 48,9%, mức độ trung bình ở 46,8%, và mức độ nhẹ chiếm 4,3%.

Bảng 2: Tương quan giữa rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh và hội chứng đường tiểu dưới của bệnh nhân ($n = 141$)

	Hệ số tương quan R	Giá trị p (Spearman)
Rối loạn cương dương & Hội chứng đường tiểu dưới	0,218	0,010
Rối loạn cương dương & Rối loạn xuất tinh	-0,422	< 0,001
Rối loạn xuất tinh & Hội chứng đường tiểu dưới	-0,049	0,565

Có mối tương quan thuận nhẹ giữa rối loạn cương dương và hội chứng đường tiểu dưới ($R = 0,218$; $p = 0,010$). Rối loạn cương dương có tương quan nghịch mức độ trung bình với rối loạn xuất tinh ($R = -0,422$; $p < 0,001$). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa rối loạn xuất tinh và hội chứng đường tiểu dưới.

Bảng 3: Hồi quy tuyến tính đơn biến và đa biến phân tích các yếu tố liên quan đến rối loạn cương dương, xuất tinh sớm và hội chứng đường tiểu dưới ($n = 141$)

Đặc điểm	Rối loạn cương dương		Chức năng xuất tinh		Hội chứng đường tiểu dưới	
	Đơn biến	Đa biến	Đơn biến	Đa biến	Đơn biến	Đa biến
Tuổi	-0,211 ($p < 0,001$)	-0,102 ($p = 0,054$)	-0,027 ($p = 0,376$)	0,014 ($p = 0,646$)	-0,010 ($p = 0,914$)	-0,060 ($p = 0,525$)
PSA	0,060 ($p = 0,103$)	0,046 ($p = 0,136$)	-1,000 ($p < 0,001$)	-0,025 ($p = 0,167$)	-3,000 ($p = 0,108$)	0,153 ($p = 0,006$)
Thể tích tuyến tiền liệt	-0,004 ($p = 0,741$)	-0,005 ($p = 0,625$)	-0,009 ($p = 0,115$)	-0,005 ($p = 0,346$)	-0,050 ($p = 0,002$)	-0,064 ($p < 0,001$)
Tần suất quan hệ tình dục	1,225 ($p = 0,054$)	1,085 ($p < 0,001$)	1,824 ($p < 0,001$)	0,388 ($p < 0,001$)	1,314 ($p = 0,370$)	-0,237 ($p = 0,442$)

Đối với chức năng cương dương đánh giá bằng IIEF-5, điểm số có xu hướng thấp hơn ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, thể hiện qua hệ số hồi quy âm có ý nghĩa ($\beta = -0,211$; $p < 0,001$). Điều này phản ánh chức năng cương dương suy giảm theo tuổi. Khi phân tích đa biến, tần suất quan hệ tình dục là yếu tố liên quan có ý nghĩa ($\beta = 1,085$; $p < 0,001$) gợi ý điểm IIEF-5 cải thiện theo mức độ hoạt động tình dục. Đối với chức năng xuất tinh đánh giá bằng MSHQ-Ej, PSA là yếu tố có liên quan nghịch trong phân tích đơn biến ($\beta = -1,000$; $p < 0,001$). Tần suất quan hệ

tình dục thể hiện mối liên quan dương có ý nghĩa ($\beta = 1,824$; $p < 0,001$). Khi chuyển sang mô hình đa biến, tần suất quan hệ tình dục tiếp tục là yếu tố duy nhất duy trì được ý nghĩa thống kê ($\beta = 0,388$; $p < 0,001$), phản ánh xu hướng điểm chức năng xuất tinh tốt hơn liên quan đến tần suất quan hệ tình dục nhiều hơn. Đánh giá hồi quy thang điểm IPSS ghi nhận nồng độ PSA tăng liên quan đến điểm IPSS tăng ($\beta = 0,153$; $p = 0,006$) trong khi thể tích tuyến tiền liên quan nghịch biến nhẹ với điểm IPSS ($\beta = -0,064$; $p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $67,23 \pm 4,93$, là nhóm tuổi có xác suất cao xuất hiện các triệu chứng đường tiểu dưới. Về lý do vào viện, tiểu khó chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là tiểu đêm và bí tiểu. Tỷ lệ phân bố các đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu này có sự khác biệt so với một số công bố từ các tác giả khác, có thể liên quan đến sự khác nhau về đặc điểm dân số, thời điểm nhập viện cũng như thói quen tiếp cận dịch vụ y tế.⁶ Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc đông y và không điều trị chiếm ưu thế so với các nhóm điều trị nội khoa theo phác đồ (alpha-blocker và 5 α -reductase inhibitor) cho thấy xu hướng trì hoãn hoặc chưa tiếp cận điều trị chuẩn trong giai đoạn sớm góp phần làm bệnh tiến triển nặng hơn trước khi nhập viện. Hơn một nửa số bệnh nhân có bất thường tổng phân tích nước tiểu như nitrite dương tính, hồng cầu hoặc bạch cầu niệu gợi ý tình trạng viêm hoặc nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Thể tích tuyến tiền liệt trung bình trong nghiên cứu là $67,62 \pm 27,17$ mL, với 34,04% bệnh nhân có thể tích tuyến tiền liệt ≥ 80 mL, cao hơn so với một số nghiên cứu trong nước khác.¹ Do nằm bao quanh niệu đạo đoạn sau và sát cổ bàng quang, sự gia tăng kích thước tuyến tiền liệt, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi, đóng vai trò quan trọng trong cơ chế gây tắc nghẽn dòng tiểu và làm nặng các triệu chứng LUTS. Về hoạt động tình dục, hầu hết bệnh nhân cho biết tần suất quan hệ trước mổ giảm đáng kể so với thời kỳ sung mãn. Sự suy giảm tần suất quan hệ tình dục có mối liên quan với tuổi và mức độ nặng của LUTS, đồng thời chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như giảm ham muốn tình dục, suy giảm chức năng cương dương, tình trạng sức khỏe toàn thân kém hơn và các bệnh lý mạn tính đồng mắc.

Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chức năng cương dương và mức độ hội chứng đường tiểu dưới, mặc dù mức độ tương quan yếu. Một số giả thuyết giải thích cơ chế sinh lý bệnh có thể kể đến là sự mất cân bằng trong kiểm soát cơ trơn của thể hang dương vật do kích hoạt thụ thể $\alpha 1$ -adrenergic ở cổ bàng quang và tuyến tiền liệt.⁹ LUTS có thể làm nặng rối loạn chức năng tình dục qua tăng hoạt động giao cảm, co thắt cơ trơn và giảm tưới máu thể hang, dẫn đến giảm chức năng cương dương.⁸ Đồng thời, LUTS mức độ nặng cũng làm giảm ham muốn, sự hài lòng khi quan hệ và giảm tần suất quan hệ.⁸ Vì vậy, mối liên quan giữa giảm tần suất quan hệ và giảm điểm IIEF-5 trong nghiên cứu của chúng tôi phản ánh ảnh hưởng của LUTS lên chức năng tình dục. Chúng tôi ghi nhận hai tình trạng rối loạn cương dương và rối loạn xuất tinh có mối tương quan nghịch, còn mối liên quan giữa

rối loạn xuất tinh và hội chứng đường tiểu dưới thì không có ý nghĩa thống kê. Các kết quả này khác với một số nghiên cứu trước đó có thể được giải thích bởi đặc điểm chọn mẫu gồm các bệnh nhân BPH có chỉ định phẫu thuật và còn hoạt động tình dục, cũng như vai trò của tắc nghẽn cổ bàng quang trong rối loạn xuất tinh.² Cơ chế liên quan giữa các chức năng này hiện vẫn chưa được làm rõ và cần thêm các nghiên cứu sâu hơn.

Tuổi và tần suất quan hệ tình dục có tương quan với điểm IIEF-5, nhưng chỉ tần suất quan hệ có ý nghĩa trong mô hình đa biến, gợi ý đây có thể là yếu tố liên quan độc lập và chỉ báo về chức năng cương dương còn ảnh hưởng của tuổi có thể bị nhiễu bởi các yếu tố khác. Tần suất quan hệ giảm có thể vừa là nguyên nhân và hậu quả của việc rối loạn cương dương. Một mặt, rối loạn cương dương có thể làm giảm tần suất quan hệ tình dục. Mặt khác, tần suất quan hệ tình dục tăng có thể là yếu tố cải thiện tình trạng rối loạn cương dương.⁵ Đối với rối loạn xuất tinh, tần suất quan hệ cao có liên quan đến sự cải thiện chức năng xuất tinh, có thể theo cơ chế tương tự. Thể tích tuyến tiền liệt và điểm IPSS có mối tương quan âm có ý nghĩa, mặc dù hệ số tương quan yếu. Kết quả này khác với một số nghiên cứu trước đó cho thấy thể tích tuyến tiền liệt tăng thường đi kèm với triệu chứng LUTS nặng hơn.⁴ Sự khác biệt này có thể bởi đặc điểm chọn mẫu tập trung vào các bệnh nhân BPH có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt. Trong thực hành lâm sàng, bệnh nhân có tuyến tiền liệt lớn có xu hướng được chỉ định phẫu thuật sớm hơn, ngay cả khi mức độ triệu chứng chưa quá trầm trọng, trong khi những bệnh nhân có tuyến nhỏ đến trung bình thường chỉ được can thiệp khi triệu chứng LUTS đã nặng. Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan thuận giữa định lượng PSA và điểm IPSS trong hồi quy đa biến. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó cho thấy PSA tăng thường đi kèm với sự trầm trọng của LUTS.⁴ Mối liên quan này có thể do cả PSA và IPSS đều liên quan chung đến mức độ phì đại và viêm của tuyến tiền liệt. Khi tuyến tiền liệt phì đại, số lượng tế bào tuyến tăng lên, làm tăng sản xuất và giải phóng PSA vào máu, đồng thời gây chèn ép niệu đạo và làm nặng thêm các triệu chứng LUTS, dẫn đến tăng điểm IPSS, không những thế, tình trạng viêm mạn tính tuyến tiền liệt làm tăng tính thấm hàng rào mô tuyến, tạo điều kiện cho PSA thoát vào máu, đồng thời thúc đẩy tăng sinh tế bào và làm trầm trọng thêm LUTS.⁷

V. KẾT LUẬN

Hầu hết bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật đều có rối loạn chức năng

cương dương, chức năng xuất tinh và LUTS ở các mức độ khác nhau. Tuổi, nồng độ PSA, thể tích tiền liệt tuyến và tần suất quan hệ tình dục là các yếu tố có liên quan trong mô hình hồi quy đơn biến hoặc đa biến.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần đánh giá đồng thời triệu chứng đường tiểu dưới, chức năng cương dương và xuất tinh ở bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt nhằm cá thể hóa chỉ định điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hung N, Vinh Lac N, Le K, Dam LD, My N.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khảo sát nguyên nhân của các triệu chứng đường tiết niệu dưới. 2018;22:157-163
2. **Couteau N, Duquesne I, Frédéric P, et al.** Ejaculations and Benign Prostatic Hyperplasia: An Impossible Compromise? A Comprehensive Review. *J Clin Med.* 2021;10(24):5788.
3. **Foo KT.** Diagnosis and treatment of benign prostate hyperplasia in Asia. *Transl Androl Urol.* 2015;4(4):478-483.
4. **Gyani R, Goel A, Sankhwar S, et al.** Association Between Erectile Dysfunction and Lower Urinary Tract Symptoms in a North Indian Tertiary Care Hospital. *Cureus.* 2025;17.
5. **Koskimäki J, Shiri R, Tammela T, Häkkinen J, Hakama M, Auvinen A.** Regular Intercourse Protects Against Erectile Dysfunction: Tampere Aging Male Urologic Study. *Am J Med.* 2008;121(7):592-596.
6. **Lee SWH, Chan EMC, Lai YK.** The global burden of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2017;7(1):7984.
7. **Naiyila X, Li J, Huang Y, et al.** A Novel Insight into the Immune-Related Interaction of Inflammatory Cytokines in Benign Prostatic Hyperplasia. *J Clin Med.* 2023;12(5):1821.
8. **Rosen R, Altwein J, Boyle P, et al.** Lower Urinary Tract Symptoms and Male Sexual Dysfunction: The Multinational Survey of the Aging Male (MSAM-7). *Eur Urol.* 2003;44(6):637-649.