

Nghiên cứu

Khảo sát tình trạng rối loạn cương dương và rối loạn xuất tinh của bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được điều trị nội khoa

Võ Minh Nhật¹, Lê Đình Đạm¹, Nguyễn Xuân Mỹ¹, Nguyễn Đức Anh Quân², Nguyễn Khoa Hùng¹,
Lê Đình Khánh¹, Nguyễn Trường An³, Nguyễn Nhật Minh^{1*}

¹Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Bệnh viện Trung Ương Huế

³Bộ môn Giải phẫu - Phẫu thuật thực hành, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Nhật Minh; Email: nnminh@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 15/04/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 05/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 18/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-1.32

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là một bệnh lý phổ biến ở nam giới lớn tuổi. Điều trị nội khoa được khuyến cáo cho các trường hợp có triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) từ trung bình đến nặng. Các chiến lược điều trị khác nhau đối với tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có thể ảnh hưởng đến chức năng tình dục của bệnh nhân.

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng rối loạn cương dương (RLCD) và rối loạn xuất tinh (RLXT) của bệnh nhân TSLTTTL trước và sau điều trị nội khoa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu được thực hiện trên 80 bệnh nhân TSLTTTL được điều trị nội khoa tại phòng khám Ngoại tiết niệu – Nam khoa Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $63,0 \pm 5,9$. Mức độ RLCD và RLXT có mối tương quan thuận với điểm điểm triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS) và tương quan nghịch với lưu lượng dòng tiểu tối đa (Qmax) ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân gặp RLCD và RLXT ở nhóm điều trị phối hợp (Alfuzosin và Dutasteride) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sử dụng đơn trị liệu Alfuzosin.

Kết luận: Điều trị nội khoa TSLTTTL với phác đồ phối hợp thuốc chẹn alpha và thuốc ức chế 5-alpha reductase (Alfuzosin + Dutasteride) có khả năng làm suy giảm chức năng cương dương và xuất tinh đáng kể so với chỉ dùng Alfuzosin đơn độc sau 3 tháng.

Từ khóa: Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt; rối loạn cương dương; rối loạn xuất tinh; Alfuzosin; Dutasteride.

Erectile and ejaculatory dysfunction in patients with benign prostatic hyperplasia undergoing medical therapy

Võ Minh Nhật¹, Lê Đình Đạm¹, Nguyễn Xuân Mỹ¹, Nguyễn Đức Anh Quân², Nguyễn Khoa Hùng¹,
Lê Đình Khánh¹, Nguyễn Trường An³, Nguyễn Nhật Minh^{1*}

¹Surgery Department, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

²Hue Central Hospital

³Anatomy and Practice Surgery Department, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Benign prostatic hyperplasia (BPH) is a common condition in aging men. Medical therapy is recommended for patients with moderate to severe lower urinary tract symptoms (LUTS). However, various medical treatment strategies for BPH can negatively impact patients' sexual function.

Objectives: To investigate the prevalence and severity of erectile dysfunction (ED) and ejaculatory dysfunction (EjD) in BPH patients before and after treatment.

Materials and Methods: A prospective study was conducted on 80 patients with BPH receiving medical therapy at the urology clinic of Hue University Hospital.

Results: The mean age of patients was 63.0 ± 5.9 years. The severity of ED and EjD was positively correlated with the International Prostate Symptom Score (IPSS) and negatively correlated with the maximum urinary flow rate (Qmax). The incidence of ED and EjD in the combination therapy group (Alfuzosin và Dutasteride) was significantly higher compared to the Alfuzosin monotherapy group.

Conclusion: Medical treatments for BPH, particularly the combination therapy of an alpha-blocker and a 5-alpha reductase inhibitor, may decrease erectile and ejaculatory functions.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia; erectile dysfunction, ejaculatory dysfunction, Alfuzosin, Dutasteride.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là một bệnh lý phổ biến ở nam giới lớn tuổi [1]. Theo điều tra dịch tễ của Trần Đức Thọ và cộng sự tiến hành trên 3 vùng Bắc, Trung, Nam năm 2008, cho thấy tỷ lệ mắc bệnh là 61,2% ở nam giới trên 45 tuổi và 72,8% ở nam giới trên 75 tuổi, không có sự khác biệt giữa các vùng miền, môi trường sống và nghề nghiệp [2]. Điều trị nội khoa được khuyến cáo cho các trường hợp có triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) từ trung bình đến nặng [1, 3]. Các chiến lược điều trị khác nhau đối với TSLTTTL có thể ảnh hưởng đến chức năng tình dục của bệnh nhân [4, 5]. Mặc dù tác dụng phụ này của thuốc đã được biết đến, nhưng dữ liệu thực tế đánh giá mức độ ảnh hưởng của phác đồ trên bệnh nhân Việt Nam còn hạn chế, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm tình dục của bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt trước và sau điều trị nội khoa.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 80 bệnh nhân TSLTTTL được điều trị nội khoa (38 đơn trị liệu và 42 phối hợp) tại phòng khám Ngoại tiết niệu – Nam khoa Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 6/2022 đến tháng 12/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân TSLTTTL được chỉ định điều trị nội khoa lần đầu với thuốc Alfuzosin đơn độc (thể tích tuyến tiền liệt < 40 g) hoặc Alfuzosin kết hợp với Dutasteride (thể tích tuyến tiền liệt ≥ 40 g).

3. KẾT QUẢ

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $63,0 \pm 5,9$. Nhỏ nhất là 46 tuổi và lớn nhất là 75 tuổi

Bảng 1. Điểm IIEF và PEDT trước điều trị

Điểm số	Số lượng	Tỉ lệ (%)	$\bar{x} \pm SD$
IIEF	Không có rối loạn (51 - 60)	18	22,5
	Rối loạn nhẹ (31 - 50)	57	71,3
	Rối loạn trung bình (21 - 30)	5	6,2
PEDT	Không có xuất tinh sớm (0 - 8)	58	72,4
	Có nguy cơ xuất tinh sớm (9 - 10)	11	13,8
	Có xuất tinh sớm (11 - 20)	11	13,8

Trước điều trị, đa số bệnh nhân có rối loạn cương dương nhẹ (71,3%) và không có xuất tinh sớm (72,4%).

- Bệnh nhân còn quan hệ tình dục.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- TSLTTTL kèm các bệnh lý khác gây ra các triệu chứng đường tiểu dưới như: BQ thần kinh, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, viêm tuyến tiền liệt, dị vật đường tiết niệu, hẹp niệu đạo, u bàng quang, bàng quang tăng hoạt, sỏi niệu đạo...

- Bệnh nhân có các bệnh lý khác ảnh hưởng đến chức năng tình dục: Viêm nhiễm đường sinh dục, chấn thương đường sinh dục, đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả

- Những bệnh nhân TSLTTTL có chỉ định điều trị nội khoa được thu thập các dữ liệu như: tên, tuổi, địa chỉ, tiền sử, các đặc điểm lâm sàng.

- Đánh giá thang điểm IPSS; thang điểm chất lượng cuộc sống (QoL), thang điểm đánh giá chức năng cương dương (IIEF); thang điểm chẩn đoán xuất tinh sớm (PEDT) trước điều trị.

- Ghi nhận các đặc điểm cận lâm sàng: siêu âm, kết quả niệu dòng đồ, scan bàng quang

- Đánh giá lại thang điểm IPSS, thang điểm QoL, thang điểm IIEF, PEDT sau 3 tháng điều trị.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 25.

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế chấp thuận ngày 08/06/2022, số văn bản H2022/193

Bảng 2. Mối tương quan giữa IPSS, Qmax và rối loạn chức năng tình dục qua thang điểm IIEF, PEDT trước điều trị

Tương quan	r	p
Giữa điểm IIEF và điểm IPSS	-0,445	< 0,01
Giữa điểm IIEF và Qmax	0,361	< 0,01
Giữa điểm PEDT và điểm IPSS	0,471	< 0,01
Giữa điểm PEDT và Qmax	-0,343	< 0,01

Có mối tương quan nghịch mức độ trung bình giữa điểm IPSS với IIEF và Qmax với PEDT. Có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa Qmax với IIEF và IPSS với PEDT.

Bảng 3. Thay đổi IPSS và QoL sau 3 tháng điều trị

Điểm số	Nhóm thuốc	Trung bình IPSS			p
		Trước điều trị	Sau điều trị 3 tháng	Biên độ cải thiện	
IPSS	Nhóm điều trị đơn độc Alfuzosin (n = 38)	16,7 ± 4,3	9,7 ± 5,0	7,0 ± 3,8	p < 0,05
	Nhóm điều trị phối hợp Alfuzosin và Dutasteride (n = 42)	18,9 ± 6,4	11,1 ± 6,1	7,8 ± 4,1	p < 0,05
	p	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	
QoL	Nhóm điều trị đơn độc Alfuzosin (n = 38)	3,9 ± 0,8	2,7 ± 0,8	1,2 ± 1,1	p < 0,05
	Nhóm điều trị phối hợp Alfuzosin và Dutasteride (n = 42)	4,3 ± 0,9	2,7 ± 1,0	1,6 ± 1,1	p < 0,05
	p	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	

Sau 3 tháng điều trị có sự cải thiện điểm IPSS và QoL ở cả 2 nhóm bệnh nhân.

Bảng 4. Thay đổi IIEF và PEDT sau 3 tháng điều trị

Điểm số	Nhóm thuốc	Trung bình điểm số			p
		Trước điều trị	Sau điều trị 3 tháng	Biên độ giảm	
IIEF	Nhóm điều trị đơn độc Alfuzosin (n = 38)	44,6 ± 8,1	44,4 ± 9,7	0,2 ± 9,2	p > 0,05
	Nhóm điều trị phối hợp Alfuzosin và Dutasteride (n = 42)	42,8 ± 9,4	36,7 ± 10,6	6,1 ± 7,2	p < 0,05
	p	p > 0,05	p < 0,05	p < 0,05	
PEDT	Nhóm điều trị đơn độc Alfuzosin (n = 38)	4,5 ± 4,3	5,3 ± 4,3	0,8 ± 3,2	p > 0,05
	Nhóm điều trị phối hợp Alfuzosin và Dutasteride (n = 42)	5,6 ± 4,3	8,1 ± 4,3	2,5 ± 3,6	p < 0,05
	p	p > 0,05	p < 0,05	p < 0,05	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm IIEF và PEDT sau 3 tháng ở nhóm điều trị phối hợp so với trước điều trị và so với nhóm điều trị đơn trị.

4. BÀN LUẬN

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 63,0 ± 5,9, nhỏ nhất là 46 tuổi và lớn nhất là 75 tuổi. Qua đó cho thấy, ở độ tuổi này

nhu cầu và khả năng duy trì hoạt động tình dục của nam giới vẫn còn tương đối cao. Do đó, trên thực hành lâm sàng, các bác sĩ không nên bỏ qua việc đánh giá chức năng tình dục khi thăm khám các bệnh

lý tuyến tiền liệt.

Thực tế nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân TSLTTTL gặp rối loạn cương dương (RLCD) và rối loạn xuất tinh (RLXT) ngay tại thời điểm chẩn đoán là đáng kể. Có 18/80 bệnh nhân không có rối loạn cương dương (RLCD), chiếm 22,5%; 57/80 bệnh nhân có RLCD mức độ nhẹ chiếm 71,3%, 5/80 bệnh nhân có RLCD mức độ trung bình chiếm 6,2%, không có bệnh nhân có RLCD mức độ nặng. Điểm IIEF trung bình trước điều trị là $43,7 \pm 8,8$. Về tình trạng RLXT, có 58/80 bệnh nhân không có xuất tinh sớm (XTS) (72,4%); 11/80 bệnh nhân có nguy cơ XTS (13,8%) và 11/80 bệnh nhân có XTS (13,8%). Điểm PEDT trung bình trước điều trị là $5,0 \pm 4,3$.

Kết quả ở Bảng 2 cho thấy điểm IIEF và điểm IPSS của bệnh nhân trước điều trị có mối tương quan nghịch, mức độ trung bình ($r = -0,445$, $p < 0,01$); tương quan giữa điểm IIEF và giá trị Qmax trước điều trị là tương quan thuận, mức độ trung bình ($r = 0,361$, $p < 0,01$); có mối tương quan thuận, mức độ trung bình giữa điểm PEDT và điểm IPSS của bệnh nhân trước điều trị ($r = 0,471$, $p < 0,01$); tương quan giữa điểm PEDT và giá trị Qmax ở bệnh nhân trước điều trị là tương quan nghịch, mức độ trung bình ($r = -0,343$, $p < 0,01$). Từ kết quả này cho thấy LUTS càng nặng thì mức độ RLCD và RLXT càng cao. Nhiều nghiên cứu đa quốc gia trên thế giới trên một lượng khá đông bệnh nhân đã chứng minh nhận xét này [4, 5].

Liên quan giữa LUTS do TSLTTTL và rối loạn tình dục (RLTD) bắt đầu được chú ý từ những năm cuối của thế kỷ 20, sau đó có nhiều nghiên cứu đa trung tâm, đa quốc gia với số lượng lớn bệnh nhân được công bố. Năm 2003, MSAM-7 (Multinational survey of the Aging Male) nghiên cứu 14.254 nam giới 50-80 tuổi tại 7 quốc gia: Hoa Kỳ, Anh, Pháp, Đức, Ý, Hà Lan, Tây Ban Nha [6]. Năm 2005, ASAM (Asian Survey of Aging Males) nghiên cứu trên 1155 nam giới 50-80 tuổi tại 5 quốc gia: Hong Kong, Singapore, Malaysia, Philippines, Thailand [7]. Năm 2006, AMORE (Asian Multinational Prospective Observational Registry) nghiên cứu 994 nam giới 40-88 tuổi và BRPS (BPH Registry and Patient Survey) nghiên cứu trên 6909 nam giới (tuổi trung bình 66 tuổi) tại Hoa Kỳ đi đến thống nhất là giữa LUTS và RLTD có mối quan hệ tương quan chặt chẽ và là một yếu tố độc lập với tuổi [8, 9]. Nghiên cứu MSAM-7 là nghiên cứu tiêu biểu, khẳng định nhu cầu về đời sống tình dục vẫn còn đóng một vai trò quan trọng trong đời sống của nam giới >50 tuổi; rối loạn chức năng tình dục liên quan mạnh mẽ với LUTS; 50% nam giới có LUTS mức độ trung bình có RLCD [6]. Tại Việt Nam, nhiều nghiên

cứu cho kết luận tương tự nghiên cứu của chúng tôi như nghiên cứu của nhóm tác giả Cao Hữu Triều Giang và cộng sự, nghiên cứu tác giả Đào Quang Oánh và cộng sự [10, 11].

Alfuzosin (thuộc nhóm thuốc chẹn thụ thể alpha1) và Dutasteride (thuộc nhóm ức chế 5 α -reductase) là 2 loại thuốc thường được sử dụng trong điều trị LUTS do TSLTTTL. Trong nghiên cứu này chúng tôi nghiên cứu trên hai nhóm: 38 bệnh nhân điều trị đơn độc Alfuzosin và 42 bệnh nhân điều trị kết hợp thuốc Alfuzosin và Dutasteride. Kết quả sau 3 tháng điều trị cho thấy: Nhóm điều trị đơn độc Alfuzosin có biên độ cải thiện điểm IPSS là $7,0 \pm 3,8$, biên độ cải thiện điểm QoL là $1,2 \pm 1,1$. Nhóm điều trị phối hợp, biên độ cải thiện điểm IPSS là $7,8 \pm 4,1$, biên độ cải thiện điểm QoL là $1,6 \pm 1,1$. Sự cải thiện của điểm IPSS và QoL trên cả hai nhóm đều có ý nghĩa thống kê; không có sự khác biệt giữa hai nhóm [12].

Đào Quang Oánh (2014) nghiên cứu trên 69 bệnh nhân điều trị Alfuzosin cho kết quả IPSS trung bình là 19,3 điểm, sau 12 tuần IPSS giảm xuống còn 10,2 điểm và sau 24 tuần còn 9,6 điểm ($p=0,001$). Tương tự như sự cải thiện IPSS, điểm chất lượng cuộc sống QoL cũng cải thiện rõ, điểm QoL trung bình là 4,4 điểm (trung gian giữa khổ sở (điểm 4) và rất khổ sở (điểm 5)) giảm xuống còn 2,5 điểm (tạm bằng lòng) [11]. Theo một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên mới đây của Basiri và cộng sự (2024), sau 3 tháng điều trị, điểm triệu chứng IPSS ở nhóm sử dụng đơn trị liệu chẹn $\alpha 1$ giảm trung bình 2,9 điểm, trong khi nhóm điều trị phối hợp ghi nhận mức giảm đáng kể hơn là 6,2 điểm [13].

Tuy nhiên, sự khác biệt lớn nhất giữa hai phác đồ nằm ở tác động của thuốc lên chức năng tình dục. Ở nhóm bệnh nhân được điều trị đơn độc Alfuzosin, điểm IIEF giảm nhẹ so với trước điều trị, biên độ giảm $0,2 \pm 9,2$; điểm PEDT tăng nhẹ so với trước điều trị, biên độ tăng là $0,8 \pm 3,2$ sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong khi đó, nhóm điều trị phối hợp Alfuzosin và Dutasteride có sự thay đổi rõ hơn về ảnh hưởng của thuốc lên chức năng cương dương và xuất tinh, điểm IIEF trung bình giảm là $6,1 \pm 7,2$, điểm PEDT tăng là $2,5 \pm 3,6$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nghiên cứu của Rosen (2009) chỉ ra rằng, các thuốc chẹn alpha-1 không chọn lọc (Alfuzosin, Doxazosin, Terazosin) ít gây tác động bất lợi lên chức năng tình dục hơn so với việc sử dụng đơn độc nhóm ức chế 5 α -reductase (5-ARI) hoặc phác đồ điều trị phối hợp [14]. Theo tác giả Mauro Gacci và cộng sự (2014), điều trị kết hợp thuốc chẹn alpha và nhóm 5-ARI làm tăng nguy cơ RLXT gấp 3 lần so với dùng

thuốc chẹn anpha đơn độc [15]. Bên cạnh đó cũng có nhiều nghiên cứu chỉ ra việc sử dụng Alfuzosin có hiệu quả cải thiện chức năng tình dục, như nghiên cứu của tác giả Đào Quang Oánh (2014) [11], nghiên cứu của tác giả Kumar (2009) [16].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự suy giảm rõ rệt về chức năng cương dương thể hiện qua điểm số IIEF và gia tăng tỷ lệ RLXT ở nhóm điều trị phối hợp so với nhóm chỉ dùng Alfuzosin đơn độc ($p < 0,05$). Sự khác biệt này chủ yếu xuất phát từ việc bổ sung Dutasteride (ức chế men 5-alpha reductase - 5-ARI). Theo một phân tích gộp toàn diện được công bố năm 2022 bởi Zhang và cộng sự, việc sử dụng các thuốc nhóm 5-ARI làm tăng đáng kể nguy cơ gặp phải các biến cố bất lợi về tình dục nói chung, đặc biệt là sự gia tăng tỷ lệ mắc RLCD, giảm ham muốn và RLXT. Về mặt cơ chế, sự suy giảm này được giải thích là do các thuốc 5-ARI ức chế mạnh mẽ quá trình chuyển hóa testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Việc thiếu hụt DHT nội bào không chỉ làm giảm ham muốn tình dục do cơ chế thần kinh trung ương, mà còn tác động trực tiếp lên vi cấu trúc của mô dương vật, thúc đẩy quá trình chết theo chương trình (apoptosis) của tế bào cơ trơn thể hang và làm giảm tổng hợp nitric oxide (NO). Như vậy, trên lâm sàng, mặc dù việc kết hợp thêm Dutasteride mang lại lợi ích vượt trội trong việc thu nhỏ thể tích tuyến tiền liệt và ngăn ngừa bí tiểu cấp, các bác sĩ cần đặc biệt lưu tâm và tư vấn kỹ lưỡng cho bệnh nhân về sự đánh đổi đối với chất lượng đời sống tình dục [17].

Cần lưu ý rằng trong nghiên cứu này, việc phân nhóm điều trị dựa trên thể tích tuyến tiền liệt (dưới 40 g dùng đơn trị liệu, từ 40 g trở lên dùng phối hợp) là tiêu chuẩn lâm sàng được chấp nhận rộng rãi, song chính thể tích tuyến tiền liệt lớn hơn cũng có thể là một yếu tố gây nhiễu độc lập, ảnh hưởng đến mức độ nặng của LUTS và gián tiếp tác động đến chức năng tình dục. Do đó, không thể loại trừ hoàn toàn khả năng sự khác biệt về chức năng tình dục sau điều trị giữa hai nhóm phản ánh một phần tình trạng bệnh lý nền ban đầu khác nhau, chứ không chỉ thuần túy là do ảnh hưởng của phác đồ thuốc. Đây là một hạn chế phương pháp luận trong nghiên cứu của chúng tôi; các nghiên cứu trong tương lai với thiết kế phân ngẫu nhiên và kiểm soát đồng đều về thể tích tuyến tiền liệt giữa các nhóm sẽ giúp làm rõ hơn vai trò độc lập của từng phác đồ đối với chức năng tình dục.

Về sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Basiri (2024) trong việc cải thiện điểm IPSS giữa hai nhóm, cần nhấn mạnh rằng Dutasteride là thuốc ức chế men 5-alpha reductase có cơ chế tác dụng theo thời gian: hiệu quả thu nhỏ

thể tích tuyến tiền liệt và cải thiện triệu chứng tối đa thường chỉ đạt được sau 6 đến 12 tháng sử dụng liên tục. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian theo dõi chỉ là 3 tháng, đây có thể là lý do khiến nhóm phối hợp chưa thể hiện ưu thế vượt trội so với nhóm đơn trị liệu về mức cải thiện IPSS. Các nghiên cứu dài hơi hơn, theo dõi bệnh nhân ít nhất 6 đến 12 tháng, sẽ cần thiết để đánh giá đầy đủ lợi ích của phác đồ phối hợp đối với triệu chứng đường tiểu dưới trong bối cảnh Việt Nam.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu này vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu tương đối nhỏ ($n = 80$) làm giảm độ mạnh thống kê và khả năng khái quát hóa kết quả cho toàn bộ quần thể nam giới Việt Nam mắc TSLTTTL. Thứ hai, thời gian theo dõi 3 tháng chưa đủ để đánh giá toàn diện hiệu quả của Dutasteride, vốn cần ít nhất 6 đến 12 tháng để phát huy tác dụng thu nhỏ thể tích tuyến tiền liệt và cải thiện triệu chứng tối đa. Thứ ba, sự phân nhóm dựa trên thể tích tuyến tiền liệt (không phải ngẫu nhiên) có thể tạo ra yếu tố gây nhiễu tiềm ẩn như đã đề cập. Những hạn chế này sẽ được xem xét khắc phục trong những nghiên cứu trong tương lai.

5. KẾT LUẬN

Một số thuốc điều trị triệu chứng đường tiểu dưới trong TSLTTTL có thể ảnh hưởng đến chức năng tình dục của bệnh nhân. Cần đánh giá và thảo luận về chức năng tình dục với bệnh nhân khi xem xét chiến lược điều trị thích hợp đối với LUTS liên quan đến BPH, cũng như khi đánh giá đáp ứng của bệnh nhân đối với điều trị.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lokeshwar SD, Harper BT, Webb E, Jordan A, Dykes TA, Neal DE, Jr, et al. Epidemiology and treatment modalities for the management of benign prostatic hyperplasia. *Transl Androl Urol*. 2019;8(5):529-39.
2. Trần Đức Thọ, Đỗ Thị Khánh Hỷ. Tình hình u phì đại tuyến tiền liệt ở người Việt Nam. *Y học Việt Nam*. 2008;345:47-52.
3. Lerner LB, McVary KT, Barry MJ, Bixler BR, Dahm P, Das AK, et al. Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA GUIDELINE PART I-Initial Work-up and Medical Management. *The Journal of urology*. 2021;206(4):806-17.
4. Al-Shaiji TF. Commentary: Lower Urinary Tract Symptoms and Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:716371.
5. Calogero AE, Burgio G, Condorelli RA, Cannarella R,

La Vignera S. Treatment of lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia and erectile dysfunction. *Aging Male*. 2018;21(4):272-80.

6. Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby RS, Lukacs B, Meuleman E, et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). *European urology*. 2003;44(6):637-49.

7. Li MK, Garcia LA, Rosen R. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction in Asia: a survey of ageing men from five Asian countries. *BJU international*. 2005;96(9):1339-54.

8. Giuliano F. Impact of medical treatments for benign prostatic hyperplasia on sexual function. *BJU international*. 2006;97 Suppl 2:34-8; discussion 44-5.

9. Miner M, Rosenberg MT, Perelman MA. Treatment of lower urinary tract symptoms in benign prostatic hyperplasia and its impact on sexual function. *Clinical therapeutics*. 2006;28(1):13-25.

10. Cao Hữu Triều Giang, Đàm Văn Cương, Vũ Hồng. Tần suất rối loạn cương ở những bệnh nhân nam bị bursitis lành tuyến tiền liệt trước khi cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2017;17:345-50.

11. Đào Quang Ánh. Nghiên cứu hiệu quả Alfuzosin trên triệu chứng đường tiểu dưới và đời sống tình dục ở bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2014;18:42-6.

12. O'Quin C, White KL, Campbell JR, Myers SH, Patil S, Chandler D, et al. Pharmacological Approaches in Managing Symptomatic Relief of Benign Prostatic Hyperplasia: A Comprehensive Review. *Cureus*. 2023;15(12):e51314.

13. Basiri A, Zare R, Zahir M, Kashi AH, Zobeiry M, Borumandnia N, et al. Comparison of combination therapy with tamsulosin and dutasteride or finasteride in patients with benign prostatic hyperplasia: a randomized clinical trial. *African Journal of Urology*. 2024;30(1).

14. Rosen RC, Wei JT, Althof SE, Seftel AD, Miner M, Perelman MA. Association of sexual dysfunction with lower urinary tract symptoms of BPH and BPH medical therapies: results from the BPH Registry. *Urology*. 2009;73(3):562-6.

15. Gacci M, Ficarra V, Sebastianelli A, Corona G, Serni S, Shariat SF, et al. Impact of medical treatments for male lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia on ejaculatory function: a systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine*. 2014;11(6):1554-66.

16. Kumar R, Nehra A, Jacobson DJ, McGree ME, Gades NM, Lieber MM, et al. Alpha-blocker use is associated with decreased risk of sexual dysfunction. *Urology*. 2009;74(1):82-7.

17. Zhang JJ, Shi X, Wu T, Zhang MD, Tang J, Yin GM, et al. Sexual, physical, and overall adverse effects in patients treated with 5alpha-reductase inhibitors: a systematic review and meta-analysis. *Asian J Androl*. 2022;24(4):390-7.