

# REPORT ON A SERIES OF VAGINAL SPASMS TREATED AT THE CENTER FOR GENDER MEDICINE, HANOI ANDROLOGY AND FERTILITY HOSPITAL FROM 2022 TO 2024

Pham Minh Ngoc\*, Nguyen Anh Tu, Le Thi Phuong Anh

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

Received: 10/04/2024

Revised: 25/04/2024; Accepted: 02/05/2024

## ABSTRACT

**Objective:** The understanding of physiology, pathogenesis vaginismus is still limited, so the treatment of vaginismus is challenging. Sex therapy is one of the therapy treatment vaginismus. Serial cases report of vaginismus treated with sex therapy.

**Subject and method:** The serial cases with vaginismus presented including subjective reporting, clinical findings, diagnostics, and follow-up. Successful treatment determines when penetrative sex is possible. Female sexual function index (FSFI) was recorded before and after treatment.

**Results:** We presented a 20 cases of female vaginismus treated with sex therapy, 19/20 patients were successfully. Female sexual function index improved from 7.1 points to 25.1 points 1 month after treatment. No adverse events or complications were recorded.

**Conclusions:** Sex therapy seems to be a safe and successful remedy, low-cost one in terms of primary vaginismus treatment.

*Key words:* Vaginismus, female sexual dysfunction, sex therapy.

---

\*Corresponding author

Email address: [bsngocnamkhoa@gmail.com](mailto:bsngocnamkhoa@gmail.com)

Phone number: (+84) 366 270 431

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1167>



# BÁO CÁO LOẠT CA BỆNH CO THẮT ÂM ĐẠO ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM Y HỌC GIỚI TÍNH BỆNH VIỆN NAM HỌC VÀ HIẾM MUỘN HÀ NỘI TỪ 2022 ĐẾN 2024

Phạm Minh Ngọc\*, Nguyễn Anh Tú, Lê Thị Phương Ánh

Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội - 431 Đường 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: 02 tháng 05 năm 2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Hiểu biết về co thắt âm đạo (Vaginismus) còn hạn chế, chưa có thống nhất trong phương pháp điều trị. Tình dục liệu pháp là một trong những phương pháp điều trị co thắt âm đạo. Nghiên cứu báo cáo loạt ca co thắt âm đạo được điều trị tại Trung tâm Y học Giới tính, bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ tháng 9/2022 đến tháng 3/2024 có 20 bệnh nhân được chẩn đoán co thắt âm đạo. Tất cả bệnh nhân được báo cáo bệnh sử, thăm khám lâm sàng, chẩn đoán và điều trị. Điều trị thành công xác định khi có khả năng quan hệ tình dục thâm nhập. Chỉ số chức năng tình dục nữ (FSFI) được ghi nhận trước, sau điều trị.

**Kết quả:** Chúng tôi báo cáo 19/20 bệnh nhân điều trị thành công bằng liệu pháp tình dục. Chỉ số chức năng tình dục nữ cải thiện từ 7,1 điểm lên 25,1 điểm sau điều trị 1 tháng. Không ghi nhận tai biến, biến chứng, trong quá trình điều trị.

**Kết luận:** Tình dục liệu pháp dường như là một trong những phương pháp an toàn, thành công, chi phí thấp điều trị co thắt âm đạo.

**Từ khóa:** Co thắt âm đạo, rối loạn chức năng tình dục nữ, tình dục liệu pháp.

---

\*Tác giả liên hệ

Email: bsngocnamkhoa@gmail.com

Điện thoại: (+84) 366 270 431

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1167>

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co thắt âm đạo (Vaginismus) là tình trạng cơ không tự chủ nhóm cơ từ xương mu đến xương cụt, cản trở mọi động thái thâm nhập âm đạo [1]. Tuy đã được công nhận là bệnh trong Sổ tay chẩn đoán và thống kê Hội Tâm thần Hoa Kỳ lần 3 (DSM III) từ năm 1980, song đến nay vẫn chưa thống nhất trong phân loại. DSM V xếp nó vào “Đau vùng chậu sinh dục/rối loạn thâm nhập”, còn trong Phân loại quốc tế về các bệnh (ICD) lần thứ 11, xếp vào nhóm: “Đau tình dục – rối loạn thâm nhập” (mã HA20). Masters và Johnson cho rằng bệnh tương đối hiếm gặp [2], trong khi số khác cho rằng đây là một trong những rối loạn chức năng tâm lý – tình dục nữ phổ biến nhất [3]. Gần đây, Spector và Carey M báo cáo tỷ lệ hiện hành trong khoảng 5-17% [4].

Chưa rõ nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh, tuy nhiên bệnh có nhiều yếu tố liên quan: nhóm yếu tố thể chất (chấn thương, phẫu thuật, lạc nội mạc tử cung, nhiễm trùng niệu mãn tính), yếu tố tâm lý, yếu tố nội tâm vô thức (sợ sinh con), yếu tố tôn giáo. Ba triệu chứng nổi bật co thắt âm đạo là co thắt cơ ngoài ý muốn, đau sinh dục và sợ. Cho đến nay có nhiều phương pháp điều trị như dược lý, tâm lý, tình dục liệu pháp [5], song chưa phương pháp nào là tiêu chuẩn, điều trị chủ yếu dựa trên kinh nghiệm.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Báo cáo hàng loạt ca bệnh.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Các trường hợp co thắt âm đạo chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Y học Giới tính Hà Nội, bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội từ tháng 9/2022 đến 3/2024.

**2.3. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân co thắt âm đạo. Chẩn đoán xác định dựa trên tiêu chuẩn “Sổ tay chẩn đoán và thống kê Hội Tâm thần Hoa Kỳ” lần thứ V.

**2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:** Loạt ca bệnh gồm 20 trường hợp co thắt âm đạo. Loại trừ đau vùng chậu – sinh dục nữ do: màng trinh dày, rối loạn kích thích tiền đình âm đạo, đau do hội chứng niệu sinh dục thời kỳ mãn kinh,

đau âm hộ mãn vô căn, đau sinh dục do nhiễm trùng/lichen/ ung thư/ chấn thương/ u/ thần kinh/ lạc nội mạc tử cung/ bệnh lý da liễu/ phẫu thuật.

**2.5. Biện số/ chỉ số/ Nội dung/ chủ đề nghiên cứu:** Đặc điểm bệnh sử, lâm sàng, dữ liệu điều trị được thu thập bằng biểu mẫu thu thập dữ liệu. Thông tin ghi lại gồm nhân khẩu học, tiền sử, triệu chứng, thang điểm đánh giá tình dục nữ, phương pháp và chi tiết điều trị.

**2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:** Thời gian mắc tính từ khi phát hiện đến khi chẩn đoán xác định. Phân độ bệnh theo Pacik từ độ 1 (nhẹ nhất) đến độ 5 (nặng nhất) [5]. Chức năng tình dục nữ đánh giá qua bộ câu hỏi chỉ số chức năng tình dục nữ (FSFI), gồm 19 câu hỏi thuộc 6 lĩnh vực, đã được chuẩn hóa sang tiếng Việt [6]. Đo lường phiền muộn liên quan tình dục bằng thang FSDS-R. Phiên điều trị được thực hiện tại phòng thủ thuật bệnh viện Nam học Hiếm muộn Hà Nội. Dụng cụ nong là dương vật giả hãng HATOPLA, sản xuất Nhật Bản, mã UPPP – 317,2, chất liệu silicone, đường kính ½ giữa là 3cm, chu vi 9 cm, dài 9 cm. Điều trị thành công khi có khả năng quan hệ tình dục thâm nhập, xác nhận qua siêu âm đường bụng.

**2.7. Xử lý và phân tích số liệu:** Dữ liệu được phân tích bởi nhóm nghiên cứu của Trung tâm Y học Giới tính Hà Nội, Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội trên Excel, SPSS 20.0.

## 2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu 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. 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 NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung bệnh nhân được tóm tắt trong bảng 1.



**Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân**

Đặc điểm		Kết quả
Trình độ học vấn n (%)	Trung học phổ thông	2 (10%)
	Đại học	14 (70%)
	Sau đại học	4 (20%)
Tình trạng hôn nhân n (%)	Độc thân	0 (0%)
	Đã kết hôn	19 (95%)
	Li hôn/ góa	1 (5%)
Yếu tố nguy cơ n (%)	Thể chất	2 (10%)
	Tâm lý	2 (10%)
	Không	16 (80%)
Điều trị trước đó n (%)	Có	8 (40%)
	Không	12 (60%)
Phân độ n (%)	I	4 (20%)
	II	3 (15%)
	III	7 (35%)
	IV	4 (20%)
	V	2 (10%)
Thời gian mắc bệnh (tháng)		48,8

**Kết quả:** Bảng 1 cho thấy đa số bệnh nhân có trình độ đại học và đã kết hôn, 1 trường hợp đã li hôn. Đa số không có yếu tố nguy cơ, chỉ 2 bệnh nhân có tiền sử sang chấn tâm lý và 2 bệnh nhân viêm mạn tính. Phân

độ trải tương đối đồng đều từ độ I đến độ V. Thời gian mắc bệnh khá dài lên tới 48,8 tháng. Dựa trên phân độ Pacik, đặc điểm lâm sàng chính trong bảng 2.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng chính**

Phân độ		1	2	3	4	5
Tính chất						
Cơ co		- Hành hang - Hoặc không rõ	Hành hang	- Hành hang - Ngồi hang	- Như độ 3 - Một số thêm thất ngoài hậu môn	- Như độ 4, thêm cơ nâng hậu môn
Đau	Vị trí	- Khi thâm nhập 2/3 trong âm đạo	2/3 trong âm đạo	2/3 trong âm đạo	Toàn bộ sinh dục	Toàn bộ sinh dục + da tầng sinh môn lân cận
	Cường độ	Đau nhẹ (VAS 1-2 điểm)	Đau vừa (VAS 3-4 điểm)	Đau nhiều (VAS 5-6 điểm)	Đau dữ dội (VAS 7-8đ)	Đau dữ dội (VAS 7-8đ)
	Thâm nhập	Đa số được 2 ngón tay	Đa số được 1 ngón tay	Không được 1 ngón tay	Không được bất cứ gì	Không được bất cứ gì
Sợ		Không lo	Không lo	Lo nhẹ khi khám	- Như độ 3 - Lo cả trước khám. Đánh trống ngực, ra mồ hôi tay	- Như độ 4 - Thở gấp, ưỡn lưng, giật lùi người, khép chặt chân

**Kết quả:** Tính chất các triệu chứng phụ thuộc vào phân độ bệnh. Với độ 1, 2 có thể khám bằng ngón tay, bệnh nhân co cơ không rõ ràng. Với độ 3 không thâm nhập được 1 ngón tay, còn với độ 4, 5 khó thâm nhập được tầm bông và có cơ toàn bộ cơ vùng chậu – sinh dục kèm

sợ trước khi thâm nhập.

Mỗi phiên trị liệu kéo dài 45 – 60 phút, thường thực hiện 1 buổi/ tuần. Kết quả điều trị được tổng hợp trong Bảng 3.

**Bảng 3. Tóm tắt kết quả điều trị**

Nội dung		Kết quả
Phương pháp điều trị n (%)	Giáo dục, tư vấn	3 (15%)
	Tình dục liệu pháp (TDLP)	14 (70%)
	Tham vấn tâm lý và TDLP	3 (15%)
Số buổi điều trị		4,1 buổi
Buổi nong dụng cụ đầu tiên		3,9 buổi
Chỉ số chức năng tình dục nữ FSFI	Trước	7,1 điểm
	Sau	25,1 điểm
Điểm phiên muộn do rối loạn tình dục nữ FSFS-R	Trước	13,2 điểm
	Sau	1,9 điểm
Hiệu quả	Thành công	19 (95%)
	Không thành công	1 (5%)
Tái phát		1 (5%)
Tai biến, biến chứng		0 (0%)

**Kết quả:** Theo bảng 3, phương pháp điều trị chủ yếu là tình dục liệu pháp với tỷ lệ thành công 95% qua trung bình 4,1 buổi. Bước đầu cho thấy có cải thiện điểm FSFI và FSFS-R theo hướng tích cực sau điều trị. Tỷ lệ tái phát là 5% và không ghi nhận tai biến, biến chứng.

#### 4. BÀN LUẬN

Trước thế kỷ 19, Trotula và Huguier đã mô tả tình trạng âm đạo quá chặt cản trở quan hệ. Người đầu tiên đưa thuật ngữ “Vaginismus” mô tả co thắt âm đạo là Marion Sims vào năm 1861 tại Hiệp hội Sản phụ khoa London [7]. Chúng tôi nhận thấy, tại Việt Nam do tâm lý ngại ngùng, xấu hổ không khám sớm nên có sự chậm trễ trong điều trị với thời gian mắc trung bình 48,8 tháng. Ngoài ra có 8 trường hợp đã thăm khám điều trị trước đó nhưng tình trạng chưa cải thiện. Thời gian mắc bệnh dài gây chán nản, tuyệt vọng, mất niềm tin, thậm chí có những suy nghĩ ảnh hưởng đến đời sống hôn nhân.

Điểm số phiên muộn do rối loạn tình dục (FSFI-R) trung bình là 13,2 điểm, 13/20 trên 11 (mức điểm bị ảnh hưởng tâm lý). Tất cả là minh chứng cho thấy hậu quả co thắt âm đạo tới hôn nhân và chất lượng cuộc sống nếu không được điều trị. Rất dễ nhầm màng trinh dày với co thắt âm đạo, bằng chứng đã có 5 ca được rạch màng trinh. Thực tế, thông qua khám lâm sàng cũng có thể phân biệt được, thông qua ba triệu chứng nổi bật của bệnh là: co thắt âm đạo không tự chủ, đau và sợ.

#### Lâm sàng

Co thắt cơ không tự chủ là yếu tố cốt lõi co thắt âm đạo, được đề xuất bởi Đại học Sản khoa Hoa Kỳ (ACOG) [1]. Thông qua điện cơ đồ bề mặt, trương lực cơ bệnh nhân vaginismus cao hơn so với nhóm chứng [8]. Tuy nhiên chưa có đồng thuận về nhóm cơ nào co thắt: cơ 1/3 ngoài âm đạo, cơ vùng chậu hay cơ ngồi hang, cơ hành xóp, cơ nâng hậu môn [7]. Chúng tôi ghi nhận độ 1, 2 chủ yếu co cơ hành hang, độ 3 trở lên co cả cơ hành xóp, ngồi hang, độ 4,5 co gần hết các cơ vùng chậu –



sinh dục. Tuy nhiên cần lưu ý cơ cơ có thể không nhiều, chỉ 28% vượt trội bình thường và chỉ 24% cơ thất khi cố gắng quan hệ thâm nhập. Hơn nữa vài nghiên cứu lại không ghi nhận khác biệt về khả năng co/ giãn cơ sàn chậu giữa phụ nữ có và không vaginismus [9].

Đau là một trong những triệu chứng quan trọng. Hiện chưa có thống nhất về tính chất, nhưng theo chúng tôi thì tính chất đau phụ thuộc phân độ. Độ 1, 2 chỉ đau sâu khi thâm nhập 2/3 trong âm đạo, có thể khám thậm chí mở vệt nhỏ nếu dùng bôi trơn và khám chậm. Với độ 3 bệnh nhân đau nhiều hơn, mọi vị trí vùng chậu – sinh dục, hết sau vài phút. Với độ 4, 5 bệnh nhân đau ngay khi tiếp xúc chỉ với kích thích nhỏ, thậm chí tại vùng da tầng sinh môn bên ngoài bộ phận sinh dục.

Nỗi sợ đóng vai trò quan trọng trong vaginismus, biểu hiện nhiều mức độ. Sợ đau là lý do chính, cũng như là động cơ cốt lõi khiến họ tránh quan hệ tình dục. Một tỷ lệ lớn (74 – 88%) báo cáo sợ đau đáng kể trong quá trình quan hệ [7]. Triệu chứng này có một số đặc điểm giống hội chứng ám ảnh cụ thể (specific phobia). Phobias là ‘nỗi sợ hãi, hoảng loạn dai dẳng, quá mức, không tương xứng với sự hiện diện hoặc dự đoán một tình huống cụ thể [1]. Hai ca cơ thất độ 5 mặc dù đã khám giải thích và tư vấn kỹ, bệnh nhân vẫn sợ, lo lắng trước lúc khám.

#### *Chẩn đoán phân biệt*

Màng trinh dày không cơ cơ và không sợ quá mức, không đau nếu chỉ chạm vào âm hộ. Thực tế thì chẩn đoán phân biệt khó của vaginismus là “rối loạn kích thích tiền đình âm đạo” (Provoked vestibulodynia – PVD). Đây là phân nhóm phổ biến nhất của Dyspareunia (Đau khi quan hệ) ở phụ nữ tiền mãn kinh với tỷ lệ mắc 7% [10]. Bệnh nhân PVD cũng tăng trương lực cơ, cũng có cơ thất không khác gì vaginismus [11]. Trên thực tế, 42 – 100% phụ nữ vaginismus cũng đáp ứng các tiêu chí PVD. Chỉ có đặc điểm khác biệt là PVD đặc trưng bởi đau bề mặt, còn vaginismus liên quan đến đau sâu hơn. Ngoài ra, vaginismus có mức căng thẳng cao hơn khi khám phụ khoa và có các động tác tránh nỗ lực thâm nhập âm đạo hơn đáng kể so với PVD [12].

#### *Điều trị*

Hiện chưa có phương pháp điều trị chuẩn vaginismus. Theo bằng chứng y văn thu thập được, chúng tôi chia điều trị thành ba nhóm chính: dược lý, tâm lý trị liệu nói chung và liệu pháp tình dục.

Ba nhóm thuốc chính điều trị vaginismus là thuốc tê, giãn cơ và giải lo âu. Hiệu quả thuốc tê và mỡ nitroglycerin

tại chỗ chỉ được báo cáo trong nghiên cứu trường hợp. Pacik tiêm Botox vào cơ hành hang dưới gây mê kết hợp nong âm đạo bằng dụng cụ từ năm 1997 [14], cho tỷ lệ thành công 71% với thời gian điều trị trung bình 5,1 tuần. Thuốc giải lo âu như diazepam kết hợp tâm lý trị liệu dựa trên giả thuyết rằng tình trạng tâm lý do chấn thương trong quá khứ. Mikhail báo cáo 4 ca lâm sàng điều trị thành công 100% bằng sử dụng diazepam tiêm tĩnh mạch [7]. Tuy hiệu quả nhưng phương pháp này khá tốn kém, đòi hỏi trang thiết bị (tiêm Botox, bộ nong) và bệnh nhân phải trải qua gây mê toàn thân. Điều trị tâm lý dựa trên cơ sở xuất phát từ căn nguyên vaginismus do xung đột tâm lý-tình dục chưa được giải quyết. Liệu pháp cặp đôi, liệu pháp tương tác, hiện sinh, tăng cường mối quan hệ và thôi miên được đưa ra [15]. Ngoại trừ nghiên cứu có đối chứng của Ben-Zion (n=32) cho tỷ lệ thành công 100% so với nhóm chứng (điều trị phương pháp khác) là 75%, các nghiên cứu khác đều là báo cáo trường hợp ca bệnh.

Từ những năm 1970, Masters và Johnson đã sử dụng liệu pháp hành vi kết hợp dụng cụ nong để điều trị cơ thất âm đạo với tỷ lệ thành công 100% [7]. Chúng tôi lựa chọn phương pháp này do nhận thấy ưu điểm đơn giản, không cần nhiều trang thiết bị và bệnh nhân không phải gây mê. Có 3 trường hợp cần kết hợp tham vấn tâm lý do lo lắng. Mục tiêu là giúp bệnh nhân thay đổi suy nghĩ ám ảnh lo lắng (nếu có), cảm nhận và kiểm soát cơ vùng chậu theo ý, sau đó kết hợp nong âm đạo với mục đích giải mãn cảm. Liệu pháp này được Rosenbaum TY báo cáo [13] với tỷ lệ thành công từ 60 – 100% [7]. Theo Hawton, liệu pháp tình dục thành công 80%, so với 51% điều trị bằng phương pháp khác. Một số tác giả đã kết hợp tình dục liệu pháp và dược lý, cụ thể là xylocaine cho tỷ lệ thành công 93% [16].

Theo đó tỷ lệ thành công tại Trung tâm ghi nhận 95% qua trung bình 4,1 phiên, buổi trung bình đưa được dụng cụ nong lần đầu là 3,9. Điểm FSFI tăng từ 7,1 trước trị liệu lên 25,1 sau trị liệu. Điểm số FSIDS-R giảm từ 13,2 điểm trước điều trị xuống 1,9 điểm sau điều trị, cho thấy có cải thiện về mặt tâm lý. Một trường hợp thất bại (độ 5), sau tham vấn tâm lý 2 buổi và trị liệu tình dục 2 buổi nhưng vì nhiều lý do bệnh nhân không tiếp tục điều trị. Một trường hợp tái phát (độ 5) do không tái khám theo lịch hẹn, đã được điều trị thành công, không ghi nhận biến chứng trong quá trình điều trị. Một số thông tin thu thập (bảng 4) nhằm xác định yếu tố nào liên quan quá trình điều trị. Do lượng dữ liệu khiêm tốn, chưa đủ điều kiện thực hiện so sánh thống

kê nhưng bước đầu thấy rằng có vẻ như phân độ, tiền sử tập thể dục, điểm FSDS-R trước điều trị, số buổi tập ở nhà có liên quan đến thời gian và hiệu quả điều trị. Đối tượng tập thể dục từ trước, điểm FSDS-R dưới

11, số buổi tập/ tuần nhiều hơn có số phiên điều trị ngắn hơn. Trong khi thời gian mắc bệnh chưa cho thấy có liên quan tới hiệu quả điều trị.

**Bảng 4. Yếu tố liên quan quá trình điều trị**

Yếu tố liên quan điều trị	Số phiên điều trị	Phiên nông được 2 ngón	Phiên nông dụng cụ
<b>Phân độ</b>	1	1	1
	2	2,7	1,7
	3	4,4	2,9
	4	5,6	3,8
	5	2	x
<b>Tập thể dục, yoga</b>	Có	3,3	2,4
	Không	4,7	2,8
<b>Thời gian mắc (năm)</b>	≤ 1	5	3
	1 – 5	3,7	2,3
	≥ 5	4,5	3,1
<b>FSDS-R trước điều trị</b>	≤ 11	2,1	1,7
	> 11	5,2	3,1
<b>Số buổi tập/ tuần (buổi)</b>	0	7,7	5
	1 – 3	4,1	2,4
	4 – 6	1	1

**5. KẾT LUẬN**

Chẩn đoán cơ thắt âm đạo chủ yếu dựa ba triệu chứng chính: cơ thắt cơ vùng chậu sinh dục ngoài ý muốn, đau và nỗi sợ. Đánh giá bước đầu cho thấy liệu pháp tình dục là phương pháp đơn giản, an toàn, không đòi hỏi nhiều trang thiết bị, ít tốn kém trong điều trị cơ thắt âm đạo với tỷ lệ thành công cao.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

[1] American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2000). First MB (Ed.). American Psychiatric Association, Washington, DC, USA.

[2] Masters WH, Johnson VE, Human Sexual Inadequacy. Little, Brown, Boston, USA, 1970.

[3] Simons JS, Carey MP, Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. Arch. Sex. Behav. 30, 177–219, 2001.

[4] Spector IP, Carey MP, Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. Arch Sex Behav;19:389-408, 1990.

[5] Pacik PT, Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. Int Urogynecol J;25:1613-1620, 2014.

[6] Võ Minh Tuấn, Ngô Thị Yên, Rối loạn tình dục nữ: thách thức và giải pháp. NXB Y học, tr 144-151, 2017.

[7] Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R et al., Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment.



- Womens Health (Lond). Sep;6(5):705-19, 2010.
- [8] Frasson E, Grazziotin A, Priori A et al., Central nervous system abnormalities in vaginismus. *Clin. Neurophysiol.* 120, 117–122, 2009.
- [9] Engman M, Lindehammar H, Wijma B, Surface electromyography diagnostics in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis and in asymptomatic women. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 25, 281–294, 2004.
- [10] Harlow BL, Wise LA, Stewart EG, Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 185, 545–50, 2001.
- [11] Reissing ED, Brown C, Lord MJ et al., Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 26, 107–113, 2005.
- [12] Engman M, Lindehammar H, Wijma B, Surface electromyography diagnostics in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis and in asymptomatic women. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 25, 281–294, 2004.
- [13] Rosenbaum TY, The role of physiotherapy in female sexual dysfunction. *Current Sexual Health Reports* 5, 97–101, 2008.
- [14] Pacik PT, Vaginismus: review of current concepts and treatment using Botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. *Aesthetic Plast Surg*;35:1160-1164, 2011.
- [15] Ben-Zion I, Rothschild S, Chudakov B et al., Surrogate versus couple therapy in vaginismus. *J. Sex Med.* 4(3), 728–733, 2007.
- [16] Jeng CJ, Wang LR, Chou CS et al., Management and outcome of primary vaginismus. *J. Sex Marital Ther.* 32, 379–87, 2006.