

OVERVIEW OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FEMALE GENITAL - PELVIC PAIN DYSFUNCTION

Pham Minh Ngoc^{1*}, Dinh Huu Viet¹, Nguyen Quang²

¹Hanoi Andrology and Fertility Hospital - 431 Tam Trinh Street, Lot 07-3A, Industrial Complex Hoang Mai, Hanoi, Vietnam

²Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received: 12/04/2024

Revised: 20/04/2024; Accepted: 07/05/2024

ABSTRACT

Objective: To develop an overview of the diagnosis, approach, and treatment of Female genital – pelvic pain dysfunction.

Subject and method: Synthesis and analysis of studies on Female genital – pelvic pain dysfunction and the latest guidelines on diagnosis and treatment of the International Society for the Study of Women’s Sexual Health, The International Society for the Vulvovaginal Disease, The International Pelvic Pain Society.

Results: Complete an update on the diagnosis and treatment of Female genital – pelvic pain dysfunction.

Conclusions: The ISSVD, ISSWSH, and IPPS adopted a new vulvar pain and vulvodynia terminology, divides vulvar pain into two overarching categories: Vulvar pain related to a specific disorder and Vulvodynia. Pelvic genitourinary examination should be performed in all patients. Treatments should be individualized, and a multimodal treatment approach to address all aspects of pain is recommended. If appropriate, should start with conservative medical non-invasive approaches. It will rarely be necessary to escalate to surgical interventions.

Keywords: Female sexual dysfunction, female genital - pelvic pain dysfunction, dyspareunia, vulvodynia.

*Corresponding author

Email address: bsngocnamkhoa@gmail.com

Phone number: (+84) 366 270 431

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1168>



RỐI LOẠN ĐAU VÙNG CHẬU - SINH DỤC NỮ: TỔNG QUAN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Phạm Minh Ngọc^{1*}, Đinh Hữu Việt¹, Nguyễn Quang²

¹Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội - 431 Đường Tam Trinh, Lô 07-3A, Cụm công nghiệp Hoàng Mai, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12 tháng 04 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 20 tháng 04 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 07 tháng 05 năm 2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng tổng quan chẩn đoán và điều trị đau vùng chậu – sinh dục nữ.

Phương pháp: Tổng hợp các nghiên cứu đau vùng chậu – sinh dục nữ và hướng dẫn cập nhật nhất về chẩn đoán, điều trị của Hội nghiên cứu Sức khỏe tình dục nữ Quốc tế (ISSWSH), Tổ chức Quốc tế nghiên cứu Đau âm hộ âm đạo (ISSVD), Hiệp hội Đau vùng chậu Quốc tế (IPPS).

Kết quả: Hoàn thành tổng quan cập nhật chẩn đoán, điều trị rối loạn đau vùng chậu – sinh dục nữ.

Kết luận: Danh pháp ISSVD, ISSWSH, IPPS hiện thống nhất chia đau âm hộ thành đau do nguyên nhân cụ thể và đau do nguyên nhân không cụ thể. Khám vùng chậu – sinh dục cần thực hiện ở tất cả bệnh nhân. Điều trị đa phương thức và cá thể hóa vô cùng quan trọng, sử dụng phương pháp không xâm lấn trước, phẫu thuật là lựa chọn cuối cùng.

Từ khóa: Rối loạn tình dục nữ, rối loạn đau vùng chậu - sinh dục nữ, đau khi quan hệ, đau âm hộ mãn tính vô căn.

*Tác giả liên hệ

Email: bsngocnamkhoa@gmail.com

Điện thoại: (+84) 366 270 431

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD4.1168>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tình dục nữ mới chỉ nghiên cứu dưới góc nhìn hiện đại hơn sáu thập, do đó hiểu biết về giải phẫu, cơ chế bệnh sinh, phân loại các rối loạn tình dục nữ còn hạn chế. Đau tình dục nữ là một chủ đề phức tạp, đến nay vẫn chưa có sự thống nhất trong phân loại, chẩn đoán và điều trị bệnh nhân. Chính vì vậy mà việc tiếp cận tìm hiểu cũng như đưa ra hướng xử trí bệnh khá mơ hồ, đặc biệt là với các bác sĩ mới tìm hiểu về lĩnh vực tình dục học. Do đó mục tiêu bài viết là xây dựng tổng quan chẩn đoán và điều trị đau vùng chậu – sinh dục nữ, giúp các bác sĩ có cái nhìn khái quát và dễ tiếp cận thông tin khi tìm hiểu về lĩnh vực tình dục nữ.

2. PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN

Chúng tôi tiến hành thu thập dữ liệu từ Trung tâm Thông tin Công nghệ Sinh học Quốc gia Hoa Kỳ (Pubmed), tạp chí Jsexmed của Hội Y học Giới tính Thế giới (ISSM). Các từ khóa được dùng liên quan đến đau vùng chậu – sinh dục nữ như “female genital – pelvic pain dysfunction”, “genito – pelvic pain/penetration disorder”, “dyspareunia”, “vaginismus”, “vulvodynia”, “vulvar pain”, “sexual pain” từ năm 2015 đến nay. Ưu tiên những bài có thời gian cập nhật trong 5 năm gần nhất, của những tổ chức uy tín về tình dục như Hội nghiên cứu Sức khỏe tình dục nữ Quốc tế (ISSWSH), Tổ chức Quốc tế nghiên cứu Đau âm hộ âm đạo (ISSVD), Hiệp hội Đau vùng chậu Quốc tế (IPPS).

3. KẾT QUẢ

3.1. Định nghĩa

Theo lịch sử, ba thuật ngữ phổ biến nhất mô tả đau vùng chậu – sinh dục nữ là vulvodynia, dyspareunia và vaginismus [1]. Theo Hội nghiên cứu Sức khỏe tình dục nữ Quốc tế, rối loạn đau vùng chậu – sinh dục nữ là: “*Khó khăn dai dẳng hoặc tái phát với ít nhất một dấu hiệu sau:*

(i) *thâm nhập âm đạo khi quan hệ tình dục;*

(ii) *đau âm hộ hoặc vùng chậu rõ rệt khi tiếp xúc với bộ phận sinh dục;*

(iii) *sợ hãi hoặc lo lắng rõ rệt về đau âm hộ hoặc đau vùng chậu trước, trong hoặc do tiếp xúc bộ phận sinh dục; hoặc*

(iv) *tăng trương lực rõ rệt hoặc hoạt động quá mức của các cơ sàn chậu có hoặc không có tiếp xúc với bộ phận sinh dục.”*

Năm 2015, Tổ chức Quốc tế nghiên cứu Đau âm hộ âm đạo (ISSVD), Hội nghiên cứu Sức khỏe tình dục nữ Quốc tế (ISSWSH), Hiệp hội Đau vùng chậu Quốc tế (IPPS) đã triệu tập một đại hội đồng thuận để sửa đổi danh pháp [2]. Thuật ngữ cuối cùng đã được chấp nhận tháng 7, 8 (Bảng 1). Theo đó chia đau âm hộ thành 2 nhóm: do nguyên nhân cụ thể và Vulvodynia (không do nguyên nhân cụ thể).

Bảng 1. Phân loại ISSVD, ISSWSH, IPPS đau âm hộ

A) Đau âm hộ do nguyên nhân cụ thể
Nhiễm trùng; viêm/lichen; ung thư/paget; thần kinh/zona; chấn thương; y tế; thiếu hụt nội tiết tố
B) Vulvodynia (đau âm hộ trên 3 tháng, không rõ nguyên nhân). Phía dưới là đặc điểm mô tả:
Khu trú/toàn bộ
Khởi phát: kích thích/tự phát/hỗn hợp
Nguyên phát, thứ phát
Thời gian: ngắt quãng/dai dẳng/liên tục

3.2. Dịch tễ

Tỷ lệ đau âm hộ mãn vô căn từ 8 – 28% ở phụ nữ tuổi sinh sản, tại Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ đau khi quan hệ là hơn 30% [3]. Tỷ lệ lưu hành khác nhau mỗi chủng tộc, phụ nữ Tây Ban Nha có tỷ lệ tỷ số chênh (OR) = 1,4

và cường độ đau nhiều hơn ở phụ nữ da đen so với da trắng. Đau âm hộ tác động lớn đến kinh tế, trung bình chi phí điều trị một bệnh nhân trong 6 tháng là 8862,40 USD, tổng chi phí hàng năm tại Hoa Kỳ lên tới 31 – 72 tỷ USD.

3.3. Chẩn đoán

Theo Tham vấn Quốc tế Y học tình dục lần 4, hỏi bệnh là việc quan trọng cần thực hiện đầu tiên khi tiếp cận bệnh nhân. Chú ý khai thác các tiền sử sau:

- Tiền sử y tế: Chấn thương, phẫu thuật, xạ trị vùng chậu; sử dụng thuốc, sản phụ khoa, cơ xương khớp, rối loạn tiêu hóa, rối loạn tiết niệu.
- Tiền sử tình dục: quá khứ bị lạm dụng tình dục, rối loạn tình dục trước đây.
- Tiền sử tâm lý: lo lắng, căng thẳng, stress, bệnh hướng thần.
- Yếu tố đối tác: mối quan hệ, chức năng tình dục đối tác, niềm tin, quan điểm tình dục đối tác.

Các câu hỏi tập trung vào tính chất đau (thời gian, vị trí, cường độ), phân loại nguyên phát/thứ phát, tự nhiên/sau kích thích, liên tục/ngắt quãng. Tốt nhất theo dõi đau thông qua nhật ký đau. Bên cạnh đó cần khai thác tình trạng ham muốn, mức độ hưng phấn, khả năng đạt cực khoái, hậu quả của rối loạn tình dục. Khám vùng chậu sinh dục là bắt buộc với mọi bệnh nhân. Nên tiến hành ở phòng kín đáo, riêng tư, yên tĩnh. Tốt nhất có gương và máy nội soi âm hộ (vulvoscopy) liên kết với màn hình.

Xét nghiệm cận lâm sàng như soi tươi, pH âm đạo, hormone (estrogen, progesterone, LH, FSH, T3, T4, TSH, prolactin), giải phẫu bệnh, siêu âm, MRI tiểu khung để chẩn đoán nhóm đau sinh dục do nguyên nhân xác định. Những xét nghiệm này để bám sát các nguyên nhân thường gặp như viêm phụ khoa, nấm candida, herpes, ung thư, hội chứng niệu sinh dục thời kỳ mãn kinh.

3.4. Điều trị

Việc điều trị cá nhân hóa và liên ngành được nhiều chuyên gia trong ICSM 4 tán thành để điều trị đau âm hộ mãn [1]. Các lựa chọn là thay đổi lối sống, tham vấn tâm lý, vật lý trị liệu và dược lý.

- Tham vấn tâm lý

Tham vấn tâm lý là một phương pháp an toàn, không xâm lấn, hiệu quả và rất được khuyến khích trong kiểm soát đau âm hộ. Liệu pháp hành vi nhận thức hiệu quả trong việc giảm lo lắng. Đây là can thiệp hành vi được sử dụng và nghiên cứu phổ biến nhất. Nó giúp xác định các hành vi liên quan đến suy nghĩ và cảm xúc tiêu cực, từ đó thay đổi chúng.

- Vật lý trị liệu

Phương pháp vật lý trị liệu (vật lý trị liệu sàn chậu, phản hồi sinh học, trị liệu thủ công, giải tỏa cảm tiền đình, bộ nong âm đạo) và trị liệu hành vi cho thấy hiệu quả trong giảm đau và cải thiện chức năng tình dục [4]. Gentilcore - Saulnier đã chứng minh vật lý trị liệu sàn chậu cải thiện kiểm soát cơ sàn chậu ở phụ nữ đau khi quan hệ và đau âm hộ mãn vô căn [5]. Bệnh nhân kích thích tiền đình âm hộ đã cải thiện đáng kể hài lòng tình dục và giảm đau khi quan hệ sau can thiệp vật lý trị liệu, giải tỏa cảm âm hộ kết hợp với liệu pháp hành vi nhận thức [6]. Liệu pháp thủ công đề cập đến cách tiếp cận bằng tay để cải thiện mô liên kết và tăng lưu lượng máu. Các kỹ thuật trị liệu thủ công là giải phóng cân cơ, vận động mô mềm, khớp, thần kinh, các cơ quan và giải tỏa cảm tiền đình. Giải tỏa cảm tiền đình là một quá trình tập tăng áp lực lên tiền đình để tăng ngưỡng đau cơ học. Kỹ thuật này kết hợp với liệu pháp hành vi nhận thức đã giúp cải thiện đáng kể trong bảng câu hỏi tình dục nữ McCoy. Ngoài ra, không thể thiếu bộ nong âm đạo, giúp kéo dài các mô, cơ sàn chậu, duy trì hoặc lấy lại chiều dài và dung tích âm đạo, nó rất có ích trong ung thư, phẫu thuật, xạ trị vùng chậu.

- Dược lý

+ Thuốc tác dụng tại chỗ

Thuốc tê chẹn dẫn truyền tin từ cảm giác ngoại vi, giúp giải tỏa cảm và giảm đau. Nhược điểm là khó thoa kem vào đúng khu vực, nóng rát và có thể gây tê cho đối tác. Hiện còn thiếu bằng chứng trong sử dụng nitroglycerine, glyceryl trinitrate, capsaicin trong điều trị đau sinh dục nữ. Điều trị nội tiết estradiol 0,01% và testosterone 0,1% rất thích hợp điều trị đau ở phụ nữ có hội chứng sinh dục tiết niệu thời kỳ mãn kinh. Estrogen giúp khôi phục pH âm đạo, làm dày và tăng số lượng tế bào, tái tạo mạch máu biểu mô. Interleukin-B (một cytokine trung gian gây viêm) cao hơn ở tiền đình phụ nữ đau âm hộ. Vì vậy, chất chống viêm như corticosteroid và chất ổn định tế bào mast đã được sử dụng và ghi nhận một số cải thiện. Dữ liệu hiện tại cho thấy corticosteroid chỉ có hiệu quả tối thiểu trong điều trị đau tiền đình âm hộ. Botulinum Type A là chất ức chế giải phóng glutamate và chất P từ các tế bào thần kinh nociceptive, giúp giảm nhạy cảm ngoại vi và trung tâm. Tiêm botulinum A vào cơ sàn chậu đã được sử dụng để điều trị co thắt âm đạo, tuy vậy nó không được khuyến cáo là liệu pháp đầu tay vì cần có thêm thử nghiệm lâm sàng [7].

+ Thuốc toàn thân

Thuốc chống trầm cảm ba vòng như amitriptyline và thuốc chống co giật như gabapentin làm giảm nhạy cảm thần kinh ngoại biên, kiểm soát đau thần kinh và cải thiện đau âm hộ. Acyclovir đã cho thấy hứa hẹn trong điều trị đau âm hộ vô căn, song còn cần thêm nhiều bằng chứng để thấy hiệu quả rõ rệt. Interferon thường được tiêm bắp trong da vào vùng bị ảnh hưởng vài lần một tuần trong 4 tuần cho tỷ lệ thành công từ 16 – 88%. Ngày nay, interferon hiếm khi được sử dụng.

- Phương pháp phẫu thuật

Cắt bỏ tiền đình là phương pháp được nghiên cứu thường xuyên nhất với viêm tiền đình âm hộ. Cơ sở là một nhóm đau tiền đình âm hộ liên quan đến sự gia tăng gấp 10 lần mật độ thụ thể đau hướng tâm C. Cho đến nay có hơn 20 nghiên cứu báo cáo tỷ lệ thành công từ 43 - 100%. Ở những bệnh nhân đau âm hộ vô căn, cắt bỏ tiền đình không được khuyến khích vì ít thành công. Gần đây hơn, cố định tử cung bằng kỹ thuật “UPLIFT” (treo cố định tử cung và cắt dây chằng ngoài phúc mạc) đã được nghiên cứu trong điều trị đau liên quan đến tử cung ngã sau.

- Phương pháp khác

Laser là phương pháp mới nổi điều trị đau khi quan hệ và đau âm hộ mãn tính vô căn. Nghiên cứu của Murina trên 70 phụ nữ điều trị rối loạn đau kích thích tiền đình âm hộ bằng laser CO2 phân đoạn vi mô, cho thấy tình trạng đau đã được cải thiện dần trong 4 tháng theo dõi

[8]. Không có tai biến và biến chứng nào được ghi nhận. Các phương pháp khác như châm cứu, thôi miên, sóng siêu âm và kích thích điện cũng đang được nghiên cứu [7]. Siêu âm sử dụng năng lượng sóng cường độ thấp để tạo ra các hiệu ứng nhiệt trong mô được xử lý, giúp cải thiện lưu lượng máu. Kích thích điện giúp ngăn chặn các tín hiệu đau tiếp cận não, từ đó được sử dụng để giảm đau. Tuy vậy còn ít bằng chứng và cần nhiều nghiên cứu hơn trong tương lai.

4. BÀN LUẬN

4.1. Danh pháp, phân loại

Thuật ngữ “Vulvodynia” (đau âm hộ mãn tính) có nguồn gốc từ âm hộ “vulva” và Odyne (nữ thần đau Hy Lạp). “Dyspareunia” (đau khi giao hợp) lần đầu được Robert Barnes sử dụng năm 1878 trong “Chuyên luận tiền sử lâm sàng bệnh và phẫu thuật nữ”, còn co thắt âm đạo “Vaginismus” được đặt ra bởi J. Marion Sims vào năm 1862. Sự đa dạng các thuật ngữ còn tồn tại đến ngày nay. Tuy chưa thống nhất nhưng nhìn chung chia rối loạn đau thành 2 nhóm chính: liên quan sinh dục và liên quan thâm nhập. Ngoài ra xu hướng phân loại đã được đa số tán thành là: do nguyên nhân cụ thể (Vulvar pain related to a specific disorder) và đau âm hộ mãn chưa rõ nguyên nhân (Vulvodynia). Hiện mỗi hiệp hội lại dùng danh pháp riêng và chưa có sự thống nhất. Danh pháp và phân loại được liệt kê trong bảng 2.

Bảng 2. Danh pháp, phân nhóm Đau vùng chậu - sinh dục nữ

- Tham vấn Quốc tế Y học tình dục lần 4 (ICSM 2015)	Female genital - pelvic pain dysfunction (Rối loạn đau sinh dục - vùng chậu nữ)
- Hội tâm thần Hoa Kỳ (DSM V)	F52.6: Genito - Pelvic Pain/ Penetration Disorder (Đau vùng chậu sinh dục - rối loạn thâm nhập)
- Bảng phân loại Quốc tế các bệnh (ICD-11)	GA12: Dyspareunia (đau liên quan tình dục) HA20: Sexual pain - penetration disorder (Đau tình dục - Rối loạn thâm nhập)
- 2015 ISSVD, ISSWSH và IPPS: Thuật ngữ đồng thuận và phân loại	A. Vulvar pain related to a specific disorder B. Vulvodynia

4.2. Chẩn đoán

Về chẩn đoán, chúng tôi thấy cần khai thác kỹ tiền sử. Đa số các rối loạn đau chỉ thông qua hỏi bệnh cũng có thể định hướng được chẩn đoán. Phổ biến nhất hay

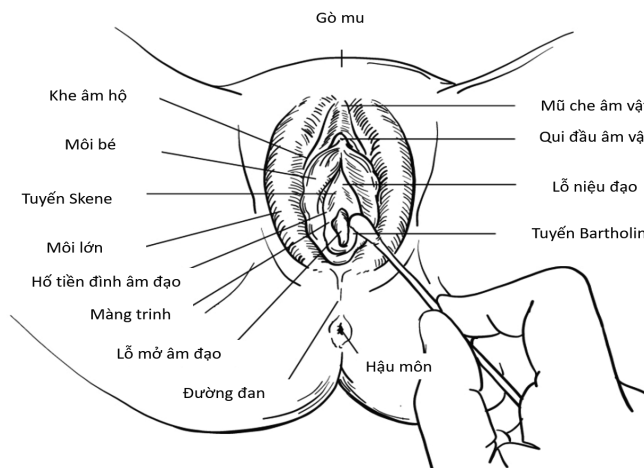
gặp là rối loạn kích thích tiền đình với cảm giác nóng rát, đau nghiêm trọng ở cửa âm đạo, tăng khi có kích thích (chèn tampon, đi xe đạp, quan hệ tình dục). Có nhiều công cụ hỗ trợ đánh giá đau là thang điểm Visual Analog Scale (VAS), Bộ câu hỏi chỉ số chức năng tình

dục nữ (FSFI), Bảng câu hỏi về cơn đau McGill, Thang đo độ khó chịu âm hộ tự báo cáo (PROMIS). Hiện tại chúng tôi đang dùng thang VAS và (FSFI), do tính đơn giản và phổ biến của nó.

Chưa có thống nhất quy cách khám vùng chậu sinh dục nữ. Nhưng sau khi tổng hợp hiện chứng tiến hành thăm khám qua 6 bước: nhìn/ đánh giá sơ bộ, xét nghiệm tăm bông (Q-TIP test), khám âm đạo bằng tay, khám qua mỏ vịt, đánh giá sản chậu, khám trực tràng. Q-TIP test thực hiện bằng cách dùng tăm bông ẩm, nhẹ nhàng chạm bề mặt âm hộ từ 12 giờ theo chiều kim đồng hồ trên đường Hart, gốc màng trinh. Chú ý tuyến Skene, Bartholin (4 và 8 giờ), hố tiền đình âm đạo và hướng 6

giờ (Hình 1). Bệnh nhân đau tiền đình âm hộ sẽ bị loạn cảm đau giới hạn trong mô của tiền đình âm hộ nhưng có cảm giác bình thường bên cạnh mốc giải phẫu này. Ngoài ra yêu cầu mỏ vịt ẩm, bôi trơn, tốt nhất sử dụng mỏ vịt kích thước nhi khoa và chèn mỏ vịt qua gốc màng trinh mà không chạm vào tiền đình âm hộ. Đánh giá trực tràng cần đánh giá lực, thời gian siết chặt ngón tay trong lỗ âm đạo khi bệnh nhân gồng, kiểm tra điểm đau, trương lực cơ, sức cơ vùng chậu, dải xơ cứng, cảm giác xúc giác, nóng, lạnh. Ngoài ra cần kiểm tra khớp cùng chậu, khớp háng, khớp mu, đánh giá dây thần kinh thẹn, chậu bẹn, chậu hạ vị và sinh dục đùi. Khám tiêu hóa và tiết niệu (đặc biệt bàng quang) nếu cần.

Hình 1. Xét nghiệm tăm bông (Q-TIP test)



Chúng tôi nhận thấy xét nghiệm soi tươi, pH, nội tiết, siêu âm đánh giá tưới máu âm đạo triển khai không quá phức tạp, và có ý nghĩa nhiều trong trường hợp: rối loạn kích thích tiền đình âm đạo, đau sau viêm mãn, hội chứng niệu sinh dục thời kỳ mãn kinh. Tuy vậy không có ý nghĩa nhiều trong co thắt âm đạo, đau sau Zona.

4.3. Điều trị

Về chiến lược, đa số khuyến nghị nên bắt đầu bằng phương pháp không xâm lấn trước, phẫu thuật là lựa chọn cuối cùng, và nếu xác định được nguyên nhân rõ ràng, phải điều trị theo nguyên nhân. Theo chúng tôi bước đầu tiên là giáo dục cung cấp thông tin giải phẫu, sinh lý, cách chăm sóc vệ sinh âm hộ, yếu tố nguy cơ, các lựa chọn điều trị. Với những trường hợp lo lắng, sợ đau quá mức, đặc biệt trong co thắt âm đạo, sẽ kết hợp tham vấn tâm lý trước, giúp bệnh nhân lấy lại tự tin,

giảm bớt căng thẳng, lo lắng để sẵn sàng điều trị.

Thuốc tê thường chỉ dùng tạm thời và kết hợp điều trị. Lidocaine 5% 1 – 2 lần mỗi ngày và đánh giá lại sau 6 – 8 tuần trong điều trị kích thích tiền đình âm đạo. Các phương pháp khác như gel chống nám, kháng sinh, kháng vi-rút và corticosteroid thường không hiệu quả. Về dược lý chúng tôi ưu tiên dùng liệu pháp nội tiết tại chỗ cho hội chứng niệu sinh dục thời kỳ mãn kinh. Thuốc toàn thân có thể cân nhắc sau khi loại trừ chống chỉ định của thuốc (ung thư, bệnh nền) và đã giải thích kỹ tác dụng phụ có thể gặp với bệnh nhân. Phẫu thuật là phương án cuối cùng khi các phương pháp khác thất bại, hoặc khi có nguyên nhân rõ ràng như dính vùng chậu, lạc nội mạc tử cung, sa cơ quan vùng chậu. Phổ biến nhất là rạch màng trinh, cắt bỏ tiền đình âm hộ, gỡ dính vùng chậu hoặc cắt bỏ lạc nội mạc tử cung.

5. KẾT LUẬN

Rối loạn đau vùng chậu – sinh dục nữ đã được nghiên cứu từ lâu, tuy nhiên đến nay những hiểu biết về cơ chế bệnh sinh, chẩn đoán và điều trị vẫn còn hạn chế. Hỏi bệnh, khám phụ khoa, sản chậu vô cùng quan trọng, giúp chẩn đoán xác định, đánh giá các yếu tố nguy cơ cũng như định hướng điều trị. Xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán nhóm đau sinh dục do nguyên nhân xác định. Điều trị đa phương thức và cá thể hóa vô cùng quan trọng, sử dụng phương pháp không xâm lấn trước (có thể kết hợp chiến lược tâm lý/ xã hội), phẫu thuật là lựa chọn cuối cùng. Tuy nhiên, bệnh nhân nên được tư vấn kỹ lưỡng và được lựa chọn chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Goldstein AT, Pukall CF, Brown C et al., Vulvodinia: Assessment and treatment. *J Sex Med*; 13:572, 2016.
- [2] Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK et al., 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodinia. *J. Sex. Med.* 13 (4): 607–612, 2016.
- [3] Herbenick D et al., Pain experienced during vaginal and anal intercourse with other-sex partners: findings from a nationally representative probability study in the United States. *J Sex Med.*;12(4):1040–1051, 2015.
- [4] Reed BD, Advincula AP, Fonde KR et al., Sexual activities and attitudes of women with vulvar dysesthesia. *Obstet Gynecol*; 102: 325–31, 2003.
- [5] Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C et al., Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J Sex Med*;7:1003–1022, 2010.
- [6] Goldfinger C, Pukall CF, Thibault-Gagnon S et al., Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and physical therapy for provoked vestibulodynia: A randomized pilot study. *J Sex Med*;13:88–94, 2016.
- [7] Sorensen J, Bautista KE, Lamvu G et al., Evaluation and Treatment of Female Sexual Pain: A Clinical Review. *Cureus*;10(3):e2379, 2018.
- [8] Murina F, Karram M, Salvatore S et al., Fractional CO2 Laser Treatment of the vestibule for patients with vestibulodynia and genitourinary syndrome of menopause: a pilot study. *J Sex Med.*;13:1915–1917, 2016.

