

FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION: CURRENT SITUATION DIAGNOSTIC, TREATMENT AND SOLUTIONS IN VIETNAM

Nguyen Quang*

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

Received: 10/09/2025

Revised: 29/09/2025; Accepted: 07/10/2025

ABSTRACT

Female sexual dysfunction is a common condition encompassing decreased desire, reduced arousal, difficulty achieving orgasm, vaginal dryness, and pain during intercourse, significantly affecting women's quality of life, mental health, and family relationships. Prevalence in Vietnam ranges from 25-67%, with higher rates among women undergoing infertility treatment, during pregnancy, postpartum, or with chronic illnesses. Local studies report low sexual desire, reduced arousal, and dyspareunia as the most frequent complaints. Diagnosis is often delayed due to cultural barriers, patient reluctance to discuss sexual issues, lack of standardized screening tools, and insufficiently trained healthcare providers.

Female sexual dysfunction classification relies mainly on DSM-5 and ICD-11 criteria, integrating detailed sexual history, the female sexual function index, psychological assessment (HADS, PHQ-9), and physical examination to enable personalized treatment. In Vietnam, the use of these tools is inconsistent, particularly at primary care level. Management requires a comprehensive bio-psycho-social approach, including counseling for individuals and couples, cognitive-behavioral therapy, mindfulness, sexual education, lifestyle modifications, treatment of underlying medical conditions, hormone replacement therapy (topical/systemic estrogen $\pm$ testosterone), pharmacological options such as Flibanserin and Bremelanotide, and pelvic floor rehabilitation (Kegel exercises, biofeedback).

Current treatment in Vietnam remains limited in scope and integration. Specialized sexual health clinics are scarce, clinician training is inadequate, and no unified national guidelines exist. Psychological and rehabilitative services are rarely covered by health insurance, creating financial barriers. To improve outcomes, national diagnostic and treatment protocols should be developed, multidisciplinary training expanded, sexual health clinics scaled up, community education campaigns strengthened, telemedicine services leveraged, and insurance coverage broadened for counseling and pelvic floor therapy. These coordinated strategies could enable earlier detection, more effective treatment, and ultimately improve women's quality of life, sexual well-being, and family happiness in Vietnam.

Keywords: Sexual health, female sexual dysfunction, women's mental health.

*Corresponding author

Email: quangvietduc@gmail.com **Phone:** (+84) 903201919 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3390**

RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NỮ: THỰC TRẠNG CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ GIẢI PHÁP TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Quang*

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, P. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 10/09/2025

Ngày sửa: 29/09/2025; Ngày đăng: 07/10/2025

ABSTRACT

Rối loạn chức năng tình dục nữ là nhóm tình trạng thường gặp, bao gồm giảm ham muốn, giảm hứng thú, khó đạt cực khoái, khô âm đạo và đau khi giao hợp, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống, hạnh phúc gia đình và sức khỏe tâm thần. Tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục nữ tại Việt Nam dao động từ 25-67%, cao ở phụ nữ điều trị vô sinh, mang thai, sau sinh hoặc có bệnh mạn tính. Các nghiên cứu trong nước ghi nhận rối loạn chức năng tình dục nữ phổ biến nhất là giảm ham muốn, giảm hứng thú và đau khi giao hợp. Tuy nhiên, chẩn đoán còn chậm trễ do rào cản văn hóa, sự e ngại của bệnh nhân, thiếu quy trình sàng lọc chuẩn hóa và hạn chế nhân lực chuyên môn.

Phân loại rối loạn chức năng tình dục nữ hiện dựa vào DSM-5 và ICD-11, kết hợp khai thác bệnh sử, thang đo FSFI, đánh giá tâm lý và khám lâm sàng để cá thể hóa điều trị. Tại Việt Nam, việc áp dụng công cụ này chưa đồng bộ, đặc biệt ở tuyến cơ sở. Điều trị rối loạn chức năng tình dục nữ cần tiếp cận toàn diện theo mô hình sinh học - tâm lý - xã hội, bao gồm tư vấn cá nhân/cặp đôi, liệu pháp nhận thức - hành vi, giáo dục tình dục, thay đổi lối sống, điều trị bệnh nền, liệu pháp hormone, thuốc đặc hiệu (Flibanserin, Bremelanotide), phục hồi chức năng sàn chậu (bài tập Kegel, biofeedback).

Thực trạng điều trị ở Việt Nam còn hạn chế về mô hình phòng khám, đào tạo nhân lực, phác đồ thống nhất và dịch vụ hỗ trợ. Để cải thiện, cần xây dựng hướng dẫn quốc gia, đào tạo đa chuyên ngành, mở rộng phòng khám sức khỏe tình dục, tăng truyền thông cộng đồng, ứng dụng telemedicine và đưa các dịch vụ tư vấn - phục hồi vào chi trả bảo hiểm y tế. Các giải pháp đồng bộ này sẽ giúp nâng cao khả năng phát hiện, điều trị sớm, cải thiện chất lượng sống và hạnh phúc gia đình cho phụ nữ Việt Nam.

Từ khóa: Sức khỏe tình dục, rối loạn chức năng tình dục nữ, sức khỏe tâm thần của phụ nữ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tình dục là nền tảng cho sức khỏe thể chất và tinh thần, cũng như hạnh phúc của cá nhân, các cặp đôi và gia đình, đồng thời đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển xã hội và kinh tế của cộng đồng và quốc gia.

Định nghĩa hiện hành của Tổ chức Y tế Thế giới về "sức khỏe tình dục", được hình thành từ một cuộc họp quốc tế của các chuyên gia vào năm 2002, phản ánh một quan điểm toàn diện: "Sức khỏe tình dục là trạng thái khỏe mạnh về thể chất, cảm xúc, tinh thần và xã hội liên quan đến tình dục; không chỉ đơn thuần là sự vắng mặt của bệnh tật, rối loạn chức năng hay yếu đuối. Sức khỏe tình dục đòi hỏi một cách tiếp cận tích cực và tôn trọng đối với tình dục

và các mối quan hệ tình dục, cũng như khả năng có được những trải nghiệm tình dục an toàn và đầy khoái cảm, không bị ép buộc, phân biệt đối xử hay bạo lực. Để đạt được và duy trì sức khỏe tình dục, quyền tình dục của tất cả mọi người phải được tôn trọng, bảo vệ và thực thi".

Rối loạn chức năng tình dục nữ (female sexual dysfunction - FSD) là nhóm tình trạng thường gặp, bao gồm giảm ham muốn, khó khăn về hứng thú tình dục, khó đạt cực khoái, giảm bôi trơn, đau khi giao hợp. Những rối loạn này không chỉ ảnh hưởng đến khả năng đáp ứng tình dục, mà còn tác động sâu sắc đến chất lượng cuộc sống, hạnh phúc gia đình và sức khỏe tâm thần của phụ nữ.

*Tác giả liên hệ

Email: quangvietduc@gmail.com Điện thoại: (+84) 903201919 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3390>

Các nghiên cứu quốc tế và Việt Nam ghi nhận tỷ lệ FSD dao động từ 25,8-67%, cao hơn ở những phụ nữ có bệnh nền, ít hoạt động thể chất, đang điều trị vô sinh hoặc trong thai kỳ. Tuy nhiên, việc chẩn đoán và điều trị FSD ở Việt Nam còn nhiều hạn chế do rào cản văn hóa, sự e ngại của bệnh nhân và thiếu quy trình sàng lọc chuẩn hóa. Điều này đòi hỏi cần có chiến lược tiếp cận toàn diện, phối hợp đa chuyên ngành và nâng cao nhận thức cộng đồng để cải thiện chất lượng sống cho phụ nữ.

2. PHÂN LOẠI VÀ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NỮ

Phân loại FSD đã có nhiều thay đổi trong hai thập kỷ qua nhằm phản ánh chính xác hơn cơ chế bệnh sinh và thực tiễn lâm sàng. Hiện nay, DSM-5 (2013) và ICD-11 (2022) là hai hệ thống phân loại được sử dụng rộng rãi nhất.

Theo DSM-5, FSD được chia thành 3 nhóm chính:

- Rối loạn hứng thú/kích thích tình dục nữ (female sexual interest/arousal disorder - FSIAD): kết hợp hai thực thể trước đây là giảm ham muốn tình dục (hypoactive sexual desire disorder - HSDD) và rối loạn kích thích, yêu cầu triệu chứng kéo dài ≥ 6 tháng, gây khó chịu rõ rệt và không giải thích được bởi bệnh lý hay thuốc.
- Rối loạn cực khoái nữ (female orgasmic disorder - FOD): khó khăn dai dẳng hoặc không đạt cực khoái dù có kích thích đầy đủ.
- Rối loạn đau/thâm nhập vùng sinh dục-chậu (genito-pelvic pain/penetration disorder - GPPPD): bao gồm đau khi giao hợp (dyspareunia) và co thắt âm đạo (vaginismus), được gom thành một chẩn đoán để phản ánh tính chất giao thoa.

Trong khi đó, ICD-11 của Tổ chức Y tế Thế giới vẫn giữ ranh giới rõ rệt giữa các rối loạn hứng thú và kích thích, đồng thời loại bỏ phân biệt “thực thể” hay “tâm lý” vốn gây khó khăn trong thực hành. ICD-11 còn bổ sung các yếu tố định tính như “nguyên phát” hay “mắc phải”, “luôn luôn” hay “tình huống” giúp cá thể hóa điều trị.

Bên cạnh DSM-5 và ICD-11, Hiệp hội Quốc tế Nghiên cứu sức khỏe tình dục của phụ nữ (ISSWSH) cũng đề xuất bổ sung PGAD (persistent genital arousal disorder - tình trạng kích thích sinh dục kéo dài không mong muốn), và các tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên mô hình sinh học-tâm lý-xã hội (bio-psycho-social).

Việc áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán chuẩn hóa, kết hợp khai thác bệnh sử chi tiết và các công cụ sàng lọc (như FSFI, HADS) giúp tăng độ chính xác, giảm bỏ sót và là nền tảng để triển khai các chiến lược điều trị hiệu quả, cá thể hóa cho từng bệnh nhân.

3. CÔNG CỤ CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NỮ

Chẩn đoán FSD đòi hỏi sự kết hợp giữa khai thác bệnh sử chi tiết, khám lâm sàng cẩn thận và sử dụng các công cụ đánh giá chuẩn hóa nhằm bảo đảm tính khách quan và so sánh được kết quả giữa các lần theo dõi.

3.1. Bệnh sử và khám lâm sàng

Bước đầu là khai thác bệnh sử tình dục một cách hệ thống, tập trung vào các khía cạnh: ham muốn, hứng thú, bôi trơn, cực khoái, đau/thâm nhập và sự hài lòng chung. Khám phụ khoa và đánh giá nội tiết, tâm lý giúp loại trừ các nguyên nhân thực thể (nhiễm khuẩn, teo âm đạo, rối loạn nội tiết, bệnh mạn tính).

3.2. Bộ câu hỏi FSFI (female sexual function index)

Đây là thang đo được sử dụng rộng rãi nhất, gồm 19 câu hỏi đánh giá 6 lĩnh vực: (1) ham muốn, (2) hứng thú/kích thích, (3) bôi trơn, (4) cực khoái, (5) thỏa mãn, (6) đau khi giao hợp. Điểm tổng tối đa 36; điểm cắt $\leq 26,55$ thường được xem là gợi ý FSD. FSFI phù hợp cho cả nghiên cứu dịch tễ và thực hành lâm sàng, có bản dịch tiếng Việt đã được kiểm định độ tin cậy.

3.3. Công cụ sàng lọc tâm lý - cảm xúc

Rối loạn lo âu, trầm cảm có mối liên quan chặt chẽ với FSD. HADS (hospital anxiety and depression scale) được khuyến nghị sử dụng để đánh giá nhanh tình trạng cảm xúc. Các thang khác như PHQ-9, GAD-7 cũng có thể áp dụng trong bối cảnh lâm sàng.

3.4. Đánh giá đau và chức năng vùng chậu

Với các trường hợp nghi ngờ GPPPD, nên sử dụng thang VAS (visual analog scale) hoặc NRS để định lượng mức độ đau khi giao hợp, giúp theo dõi đáp ứng điều trị. Đánh giá trương lực cơ sàn chậu bằng thăm khám hoặc thiết bị đo EMG/biofeedback hỗ trợ chỉ định tập luyện.

3.5. Câu hỏi sàng lọc nhanh và phỏng vấn có cấu trúc

Ở các phòng khám bận rộn, có thể dùng 2-3 câu hỏi sàng lọc (“Bạn có gặp khó khăn về ham muốn hoặc đạt cực khoái trong 6 tháng qua không?”, “Việc quan hệ tình dục có gây khó chịu hay đau đớn cho bạn không?”) để phát hiện sớm và quyết định có dùng bộ FSFI đầy đủ.

3.6. Khoảng trống và thách thức

Tại Việt Nam, việc áp dụng các công cụ này chưa đồng bộ; nhiều cơ sở chưa có quy trình chuẩn hóa hoặc nhân lực được đào tạo sử dụng thang đo. Cần chuẩn hóa phiên bản tiếng Việt của FSFI, HADS và tích hợp vào hồ sơ khám sức khỏe định kỳ, nhất là tại các khoa sản - tiết niệu - nam khoa.

Việc kết hợp khai thác bệnh sử, thang đo chuẩn hóa và đánh giá tâm lý - thực thể sẽ giúp chẩn đoán FSD chính xác hơn, từ đó cá thể hóa phác đồ điều trị và theo dõi hiệu quả theo thời gian.

4. THỰC TRẠNG CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NỮ TẠI VIỆT NAM

FSD là vấn đề sức khỏe đang ngày càng được quan tâm tại Việt Nam, dù vẫn thiếu các nghiên cứu đại diện toàn quốc. Một số khảo sát quy mô khu vực đã cung cấp bức tranh đáng chú ý về gánh nặng FSD ở nhiều nhóm dân số. Nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh trên 1160 phụ nữ trong độ tuổi sinh sản cho thấy tỷ lệ FSD là 34,2% (KTC 95%: 31,5-37,1%), với các biểu hiện phổ biến nhất là giảm ham muốn, giảm hứng thú tình dục và đau khi giao hợp [15]. Ở nhóm phụ nữ điều trị vô sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ FSD còn cao hơn, đạt 57,9%, cho thấy mối liên hệ rõ rệt giữa căng thẳng tâm lý do vô sinh và suy giảm chức năng tình dục [4].

Trong thai kỳ, chức năng tình dục của phụ nữ giảm đáng kể. Nghiên cứu năm 2020 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương ghi nhận tỷ lệ FSD lên tới 51,5%, với điểm FSFI trung bình là $23,9 \pm 7,7$ (ngưỡng chẩn đoán FSD $\leq 26,55$) [10]. Suy giảm chức năng tình dục trong thai kỳ không chỉ ảnh hưởng đến sự hài lòng cá nhân mà còn có thể làm gia tăng lo âu, căng thẳng gia đình và trầm cảm sau sinh. Một nghiên cứu khác tại quận Phú Nhuận (thành phố Hồ Chí Minh) trên 387 phụ nữ từng mắc COVID-19 cho thấy tỷ lệ FSD lên đến 57,6%, trong đó 92,2% báo cáo giảm ham muốn, 82,7% giảm hứng thú và 63,6% đau khi giao hợp [11]. Điều này gợi ý tác động của hậu COVID-19 và các yếu tố stress liên quan đại dịch lên sức khỏe tình dục nữ. Đáng chú ý, nghiên cứu tại Buôn Ma Thuột ở nhóm nữ nhân viên y tế cho thấy tỷ lệ FSD cực cao (69%, KTC 95%: 64,1-73,7%), có liên quan tới áp lực công việc, gánh nặng vai trò gia đình, yếu tố tôn giáo và sự hài lòng tình dục của bạn đời [5].

Mặc dù tỷ lệ mắc cao, công tác chẩn đoán FSD ở Việt Nam còn nhiều thách thức. Rào cản đầu tiên xuất phát từ phía người bệnh: phần lớn phụ nữ e ngại đề cập đến vấn đề tình dục với bác sĩ, do định kiến văn hóa và tâm lý xấu hổ. Nhiều người chỉ tìm đến cơ sở y tế khi tình trạng đau đớn rõ rệt hoặc ảnh hưởng nghiêm trọng đến hạnh phúc gia đình, khiến bệnh được phát hiện muộn. Sự thiếu thông tin về sức khỏe tình dục cũng khiến nhiều bệnh nhân cho rằng các triệu chứng là “bình thường” hoặc không cần điều trị.

Từ phía nhân viên y tế, việc khai thác bệnh sử tình dục chưa được thực hiện thường quy. Thực tế lâm sàng cho thấy việc khai thác tiền sử tình dục chủ yếu xảy ra khi bệnh nhân có triệu chứng liên quan đường sinh dục - tiết niệu, nghi ngờ bệnh lây qua đường tình dục hoặc đang sử dụng biện pháp tránh

thai. Ở những bệnh nhân không có triệu chứng hoặc lớn tuổi, tỷ lệ khai thác gần như giảm xuống mức tối thiểu. Nguyên nhân bao gồm thiếu thời gian trong quy trình khám bệnh, sự e dè khi đề cập đến vấn đề nhạy cảm, và chưa được đào tạo bài bản về giao tiếp, tư vấn tình dục... Hơn nữa, nhiều cơ sở y tế chưa tích hợp các công cụ sàng lọc chuẩn hóa như FSFI (female sexual function index) hay HADS (hospital anxiety and depression scale) vào quy trình khám bệnh định kỳ, dẫn đến bỏ sót các trường hợp FSD không biểu hiện rõ rệt.

Ngoài ra, hệ thống phòng khám chuyên sâu về sức khỏe tình dục nữ còn hạn chế, chủ yếu tập trung ở các bệnh viện tuyến trung ương, chưa hình thành mạng lưới đồng bộ ở tuyến tỉnh/huyện. Điều này buộc bệnh nhân phải đi nhiều nơi để được chẩn đoán đầy đủ, làm kéo dài thời gian phát hiện và giảm tuân thủ theo dõi. Ở tuyến y tế cơ sở, tình trạng quá tải bệnh nhân, thiếu phòng tư vấn riêng tư cũng là yếu tố cản trở phụ nữ chia sẻ vấn đề cá nhân.

Những hạn chế nêu trên dẫn đến hệ quả là chẩn đoán chậm trễ, điều trị không kịp thời, tăng nguy cơ kéo dài triệu chứng và gánh nặng tâm lý - quan hệ. Để cải thiện tình hình, cần: (1) chuẩn hóa quy trình sàng lọc bằng các thang đo quốc tế đã dịch và kiểm định, (2) đào tạo kỹ năng khai thác bệnh sử tình dục và tư vấn nhạy cảm văn hóa cho nhân viên y tế, (3) mở rộng mô hình phòng khám đa chuyên khoa tại tuyến tỉnh và thành phố lớn, và (4) tăng cường truyền thông giáo dục cộng đồng để phụ nữ nhận diện sớm vấn đề và chủ động tìm kiếm hỗ trợ y tế.

5. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ

Điều trị FSD cần được tiếp cận một cách toàn diện, dựa trên mô hình sinh học - tâm lý - xã hội, nhằm giải quyết đồng thời nguyên nhân sinh học, yếu tố tâm thần và hoàn cảnh quan hệ.

5.1. Can thiệp không dùng thuốc

Liệu pháp đầu tay trong hầu hết các trường hợp là tư vấn cá nhân và cặp đôi, giúp bệnh nhân và bạn tình hiểu rõ về sinh lý tình dục, cơ chế của rối loạn và giảm cảm giác tội lỗi hoặc lo âu. Các kỹ thuật tâm lý như liệu pháp nhận thức - hành vi (CBT), mindfulness, liệu pháp tập trung cảm giác (sensate focus) có bằng chứng cải thiện ham muốn và sự hài lòng tình dục. Giáo dục tình dục đúng cách giúp bệnh nhân nhận biết phản ứng tình dục bình thường, từ đó giảm căng thẳng và kỳ vọng quá mức. Thay đổi lối sống lành mạnh như cải thiện giấc ngủ, giảm stress, tập thể dục thường xuyên, tránh rượu bia và thuốc lá có tác động tích cực đến chức năng tình dục và hormon.

5.2. Can thiệp y khoa

Các yếu tố bệnh lý nền như đái tháo đường, tăng

huyết áp, rối loạn nội tiết cần được điều trị tối ưu. Ở phụ nữ mãn kinh, liệu pháp hormone thay thế (estrogen tại chỗ hoặc toàn thân, đôi khi phối hợp testosterone liều thấp) giúp cải thiện khô âm đạo, giảm đau khi giao hợp và tăng ham muốn. Thuốc đặc hiệu như Flibanserin (điều chỉnh chất dẫn truyền thần kinh trung ương) hoặc Bremelanotide (tác động receptor melanocortin) đã được chứng minh cải thiện ham muốn ở phụ nữ tiền mãn kinh, tuy nhiên cần chỉ định đúng, theo dõi tác dụng phụ và cân nhắc tương tác thuốc.

5.3. Phục hồi chức năng

Đối với bệnh nhân có co thắt âm đạo, đau giao hợp hoặc rối loạn sàn chậu, các bài tập Kegel, biofeedback và kích thích điện thần kinh (TENS, NMES) là lựa chọn hữu hiệu. Liệu pháp này nên được thực hiện dưới sự hướng dẫn của kỹ thuật viên được đào tạo để đảm bảo hiệu quả và an toàn.

5.4. Tiếp cận đa ngành và theo dõi lâu dài

Hiệu quả điều trị FSD được tối ưu khi có sự phối hợp giữa các chuyên khoa: sản phụ, tiết niệu, nội tiết, tâm lý, phục hồi chức năng. Bệnh nhân cần được theo dõi định kỳ, đánh giá lại điểm FSFI, mức độ đau và tình trạng tâm lý, từ đó điều chỉnh phác đồ cá thể hóa. Sự liên tục chăm sóc là chìa khóa duy trì kết quả lâu dài và cải thiện chất lượng sống.

6. THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NỮ TẠI VIỆT NAM

Điều trị FSD tại Việt Nam hiện còn nhiều hạn chế, cả về mô hình tổ chức dịch vụ và nội dung can thiệp. Phần lớn bệnh nhân tiếp cận điều trị qua kênh phụ khoa hoặc khám tổng quát, trong đó trọng tâm chủ yếu là xử trí triệu chứng (viêm nhiễm, teo âm đạo, đau vùng chậu) thay vì một chiến lược toàn diện dựa trên mô hình sinh - tâm lý - xã hội. Các phòng khám hoặc chương trình chuyên sâu về sức khỏe tình dục nữ hiện vẫn còn rất ít, tập trung ở một số bệnh viện tuyến cuối hoặc trung tâm nam học - tiết niệu, chưa hình thành mạng lưới đồng bộ trên phạm vi quốc gia.

Nhân lực chuyên môn là điểm nghẽn quan trọng. Nội dung tình dục học lâm sàng chưa được chuẩn hóa trong chương trình đào tạo tiền lâm sàng và sau đại học; các khóa CME về chẩn đoán, tư vấn và điều trị FSD còn thưa thớt. Hệ quả là nhiều bác sĩ, điều dưỡng chưa tự tin khai thác tiền sử tình dục, ngại thảo luận vấn đề nhạy cảm với người bệnh, dẫn đến bỏ sót yếu tố tâm lý - quan hệ, vốn đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng điều trị. Các liệu pháp tâm lý cá nhân hoặc liệu pháp cặp đôi mới được triển khai tại một số trung tâm lớn, chưa trở thành thực hành chuẩn ở các tuyến y tế cơ sở. Ở các bệnh viện quận, huyện, tình trạng quá tải và thiếu không gian riêng tư cũng khiến việc tư vấn giảm hiệu quả.

Về can thiệp y khoa, các cơ sở y tế hiện chủ yếu tập trung vào điều trị bệnh lý nền (nội tiết, chuyển hóa, phụ khoa) và áp dụng liệu pháp hormone (đặc biệt estrogen tại chỗ hoặc toàn thân cho phụ nữ quanh/mãn kinh) khi có chỉ định. Tuy nhiên, Việt Nam vẫn chưa ban hành hướng dẫn chuẩn quốc gia về liều lượng, cách theo dõi và chống chỉ định liệu pháp hormone, dẫn đến thực hành chưa đồng nhất. Các thuốc đặc hiệu cho rối loạn ham muốn như Flibanserin hay Bremelanotide chưa phổ biến, tiếp cận còn hạn chế do thủ tục đăng ký, chi phí cao và thiếu kinh nghiệm kê đơn. Một số bác sĩ cũng lo ngại về tương tác thuốc và các tác dụng phụ, trong khi chưa có quy trình theo dõi an toàn rõ ràng.

Phục hồi chức năng sàn chậu là một trụ cột điều trị quan trọng đối với nhóm bệnh nhân có co thắt âm đạo, đau giao hợp hoặc rối loạn sàn chậu, nhưng hiện mới được triển khai thí điểm tại một số bệnh viện lớn. Độ phủ còn thấp, thiếu kỹ thuật viên được đào tạo chuyên sâu, chưa có phác đồ chuẩn hóa về chỉ định, liều lượng và đánh giá hiệu quả. Điều này khiến nhiều bệnh nhân chưa được tiếp cận với biện pháp phục hồi chức năng, dù đây là phương án điều trị an toàn, ít xâm lấn và hiệu quả lâu dài.

Về chính sách và tài chính, các dịch vụ tư vấn tâm lý, trị liệu tình dục, vật lý trị liệu sàn chậu chưa được bảo hiểm y tế chi trả đầy đủ, tạo rào cản tiếp cận cho nhóm thu nhập thấp hoặc sinh sống ở vùng xa. Đồng thời, kỳ thị xã hội vẫn tồn tại, khiến nhiều bệnh nhân trì hoãn tìm kiếm hỗ trợ, giảm tuân thủ điều trị hoặc bỏ dở liệu trình giữa chừng.

Mặc dù còn nhiều khó khăn, đã xuất hiện những tín hiệu tích cực. Một số bệnh viện lớn bắt đầu triển khai mô hình đa chuyên khoa kết hợp phụ khoa - tiết niệu - nội tiết - tâm lý - phục hồi chức năng, đồng thời lồng ghép công cụ sàng lọc (FSFI, HADS) vào quy trình khám ban đầu. Một số cơ sở đã thử nghiệm dịch vụ telehealth để tư vấn kín đáo, phù hợp với đặc thù bệnh nhân ngại gặp trực tiếp. Đây là tiền đề quan trọng để trong tương lai có thể chuẩn hóa quy trình điều trị FSD, mở rộng độ phủ dịch vụ, đào tạo liên tục nhân viên y tế, xây dựng cơ chế chi trả hợp lý và giám sát, từ đó nâng cao khả năng tiếp cận và chất lượng chăm sóc cho phụ nữ Việt Nam.

7. GIẢI PHÁP ĐỀ XUẤT CHO VIỆT NAM

Để nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị FSD, cần một chiến lược tổng thể mang tính hệ thống, phối hợp giữa ngành y tế, cộng đồng và các nhà hoạch định chính sách.

7.1. Xây dựng phác đồ quốc gia và quy trình sàng lọc chuẩn hóa

Bộ Y tế nên ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị FSD dựa trên bằng chứng quốc tế (DSM-5, ICD-

11, ISSWSH) và điều chỉnh cho phù hợp văn hóa Việt Nam. Quy trình sàng lọc nên tích hợp các công cụ như FSFI, HADS vào khám phụ khoa, khám sức khỏe định kỳ và khám tiền sản, hậu sản để tăng khả năng phát hiện sớm.

7.2. Đào tạo nhân lực đa chuyên ngành

Cần đưa nội dung tình dục học lâm sàng vào chương trình đào tạo y khoa chính quy, đồng thời tổ chức các khóa CME cho bác sĩ phụ khoa, tiết niệu, nội tiết, tâm lý và kỹ thuật viên phục hồi chức năng. Nhân viên y tế cần được huấn luyện kỹ năng giao tiếp nhạy cảm về tình dục, giúp họ tự tin khai thác bệnh sử và tư vấn.

7.3. Phát triển mô hình phòng khám sức khỏe tình dục

Khuyến khích các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương xây dựng phòng khám đa chuyên khoa với sự tham gia của phụ khoa, tiết niệu, tâm lý, phục hồi chức năng. Mô hình này giúp cung cấp dịch vụ trọn gói, giảm thời gian đi lại và tăng tính tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

7.4. Truyền thông cộng đồng và giảm kỳ thị

Các chương trình giáo dục sức khỏe cần đưa chủ đề tình dục lành mạnh vào truyền thông đại chúng, hướng đến nâng cao hiểu biết, xóa bỏ định kiến và khuyến khích phụ nữ tìm kiếm sự trợ giúp sớm. Các hội thảo cộng đồng, lớp tiền hôn nhân và tư vấn tiền sản là kênh hiệu quả.

7.5. Ứng dụng công nghệ số và telemedicine

Phát triển nền tảng tư vấn trực tuyến giúp bệnh nhân tiếp cận bác sĩ một cách kín đáo, thuận tiện, đặc biệt hữu ích cho nhóm ở vùng sâu vùng xa. Hệ thống này có thể tích hợp bảng câu hỏi sàng lọc trước khám, tiết kiệm thời gian và chuẩn hóa dữ liệu.

7.6. Chính sách tài chính và bảo hiểm y tế

Đưa một số dịch vụ như tư vấn tâm lý, liệu pháp cặp đôi, phục hồi chức năng sàn chậu vào danh mục chi trả bảo hiểm y tế hoặc có cơ chế hỗ trợ chi phí nhằm giảm rào cản kinh tế.

Những giải pháp trên, nếu được triển khai đồng bộ, sẽ tạo nền tảng cho việc quản lý FSD hiệu quả, góp phần nâng cao chất lượng sống và hạnh phúc gia đình của phụ nữ Việt Nam.

8. KẾT LUẬN

FSD là một vấn đề y tế cộng đồng quan trọng nhưng vẫn chưa được quan tâm đúng mức tại Việt Nam. Tỷ lệ mắc cao ở nhiều nhóm dân số, đặc biệt ở phụ nữ điều trị vô sinh, mang thai hoặc sau sinh, nhưng phần lớn chưa được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Hệ quả không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất

và tâm thần của người phụ nữ mà còn làm suy giảm chất lượng mối quan hệ vợ chồng, tác động tiêu cực đến hạnh phúc gia đình và năng suất lao động xã hội.

Để giải quyết vấn đề này, cần một chiến lược toàn diện bao gồm sàng lọc định kỳ, chẩn đoán sớm, điều trị đa ngành và truyền thông giáo dục cộng đồng nhằm giảm kỳ thị. Đồng thời, việc đào tạo nhân lực y tế chuyên sâu, chuẩn hóa phác đồ quốc gia và phát triển mô hình phòng khám sức khỏe tình dục là bước đi then chốt.

Mục tiêu cuối cùng là nâng cao chất lượng sống, bảo vệ hạnh phúc gia đình và sức khỏe tình dục của phụ nữ Việt Nam, giúp họ tự tin, chủ động trong chăm sóc sức khỏe tình dục và đạt được sự hài hòa về thể chất - tinh thần - xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 213: Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Obstet Gynecol, 2019, 134 (1): e1-e18.
- [2] American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 214: Pelvic Organ Prolapse. Obstet Gynecol, 2019, 134 (5): e126-e142.
- [3] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
- [4] Ngô Toàn Anh, Nguyễn Việt Quang và cộng sự. Thực trạng sức khỏe tâm thần và rối loạn tình dục ở các cặp vợ chồng điều trị vô sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025, 547 (3). doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v547i3.13215>
- [5] Phạm Thị Diệu Linh, Nguyễn Thị Hoa và cộng sự. Tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục và các yếu tố liên quan của nữ nhân viên y tế ở các bệnh viện công trên địa bàn thành phố Buôn Ma Thuột. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 541 (2). doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v541i2.10813>
- [6] Parish S.J, Sara C.C, Clayton A.H et al. The Evolution of the Female Sexual Disorder/ Dysfunction Definitions, Nomenclature, and Classifications: A Review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD. J Sex Med Rev, 2021, 9 (1): 36-56.
- [7] Parish S.J, Simon J.A, Davis S.R, Giralaldi A, Goldstein I, Goldstein S.W et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. J Sex Med,

- 2021, 18: 849-867.
- [8] Kershaw V, Jha S. Female sexual dysfunction. *The Obs. & Gyn.*, 2022, 24: 12-23. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/tog.12778>.
 - [9] Salari N, Hasheminezhad R et al. Global prevalence of female sexual dysfunction based on physical activity: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*, 2025 Apr 23, 25 (1): 200. doi: 10.1186/s12905-025-03738-8.
 - [10] Phan Chí Thành, Trần Danh Cường và cộng sự. Thực trạng rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ mang thai và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học cộng đồng*, 2021, số chuyên đề, 230-235.
 - [11] Nguyễn Thị Thủy, Cao Hữu Thịnh và cộng sự. Tỷ lệ rối loạn tình dục ở phụ nữ tuổi sinh đẻ sau nhiễm SARS-COV-2 và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023, 527 (1B): 122-127.
 - [12] UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, World Health Organization. *International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach*. Revised ed. Geneva, 2018.
 - [13] World Health Organization. *Guidelines on sexual health education and promotion*. Geneva, 2020.
 - [14] Worly B, Schaffir J.A et al. *Female Sexual Dysfunction: Treatment & Management*. Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/2500107-treatment>. Updated: Jun 25, 2024.
 - [15] Ngô Thị Yên, Võ Minh Tuấn. Tỷ lệ rối loạn tình dục và các yếu tố liên quan ở phụ nữ trong tuổi sinh sản tại thành phố Hồ Chí Minh (2013). *Tạp chí Phụ Sản*, 2014, 12 (4): 48-51. <https://doi.org/10.46755/vjog.2014.4.1003>