

CLINICAL CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OF SEXUAL DYSFUNCTION IN PERIMENOPAUSAL AND MENOPAUSAL WOMEN: A CASE SERIES

Pham Minh Ngoc*, Nguyen Anh Tu, Ho Huu Phuc, Nguyen Trong Hoang Hiep, Nguyen Quoc Linh, Le Thi Phuong Anh, Vu Duc Vuong

The Center for Sexual Medicine of Hanoi, Andrology and Infertility Hospital of Hanoi

Received: 16/06/2026

Revised: 13/07/2026; Accepted: 20/07/2026

ABSTRACT

Objective: To investigate the clinical characteristics and management methods for sexual dysfunction in perimenopausal and postmenopausal women.

Subjects and methods: From July 2024 to April 2026, 25 cases of sexual dysfunction in perimenopausal and menopausal women were recorded at the Hanoi Center for Sexual Medicine. All patients underwent clinical evaluation for menopausal symptoms, characteristics of sexual activity, and morphological types of sexual dysfunction. Screening and assessments were conducted using the menopause rating scale (MRS), decreased sexual desire screener (DSDS), female sexual function index (FSFI), and female sexual distress scale-revised (FSDS-R). Treatment modalities were also documented.

Results: The study subjects had a mean age of 47.5 ± 6.1 . The majority (52%) reported being “very dissatisfied” or “somewhat dissatisfied” with their sex lives. The most frequently observed disorder was hypoactive sexual desire (96%), followed by dyspareunia (pain during intercourse) (68%). The mean duration of the condition was 2.4 years, and 76% of patients presented with 2 or more concurrent dysfunctions. The mean MRS score was 16.56 ± 6.27 , with severe (32%) and very severe (56%) cases comprising the majority. The mean FSFI score was 19.22, and 64% of patients exhibited psychological distress associated with sexual dysfunction as screened by the FSDS-R scale.

Pharmacological treatments alongside counseling and education were implemented for all patients. Specifically, hormone therapy was administered in 22 cases, whereas lubricating gels and vaginal moisturizers were utilized in 11 and 15 cases, respectively. Pelvic floor physical therapy was prescribed for 6 patients, and mindfulness-based therapy was applied in 5 cases.

Conclusion: Female sexual dysfunction during menopause presents as a complex, chronic condition frequently characterized by a combination of multiple symptoms—most notably, hypoactive sexual desire and dyspareunia—resulting in profound negative impacts on psychological well-being and overall quality of life. Consequently, therapeutic strategies mandate a multidisciplinary approach: establishing counseling and education as foundational elements, while integrating personalized hormone therapy, localized topical treatments, and physical/psychological support to comprehensively address the patients’ conditions.

Keywords: Menopause, female sexual dysfunction.

*Corresponding author

Email: bsngocnamkhoa@gmail.com Phone: (+84) 366270431 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD9.5798



ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI LÂM SÀNG VÀ PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ RỐI LOẠN TÌNH DỤC Ở PHỤ NỮ TIỀN MÃN KINH, MÃN KINH: BÁO CÁO LOẠT CA BỆNH

Phạm Minh Ngọc*, Nguyễn Anh Tú, Nguyễn Trọng Hoàng Hiệp, Hồ Hữu Phúc, Nguyễn Quốc Linh, Lê Thị Phương Anh, Vũ Đức Vượng

Trung tâm Y học Giới tính Hà Nội, Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội

Ngày nhận bài: 16/06/2026

Ngày chỉnh sửa: 13/07/2026; Ngày duyệt đăng: 20/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm hình thái lâm sàng và phương pháp xử trí rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ tiền mãn kinh, mãn kinh.

Đối tượng và phương pháp: Từ tháng 7/2024 đến 4/2026, tại Trung tâm Y học Giới tính Hà Nội có 25 trường hợp rối loạn tình dục ở phụ nữ tiền mãn kinh, mãn kinh được ghi nhận. Tất cả được khai thác triệu chứng mãn kinh, đặc điểm hoạt động và hình thái rối loạn tình dục, sàng lọc đánh giá các thang điểm mãn kinh (MRS), giảm ham muốn tình dục (DSDS), chỉ số chức năng tình dục nữ (FSFI), ảnh hưởng tâm lý (FSDS-R), cũng như ghi nhận phương pháp điều trị.

Kết quả: Các đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $47,5 \pm 6,1$. Đa số (52%) cảm thấy “rất không hài lòng” hoặc “tương đối không hài lòng” về đời sống tình dục. Rối loạn gặp nhiều nhất là giảm ham muốn (96%), tiếp theo là đau khi quan hệ (68%). Thời gian mắc trung bình là 2,4 năm và 76% bệnh nhân có từ 2 rối loạn trở nên. Điểm MRS trung bình là $16,56 \pm 6,27$, trong đó mức độ nặng (32%) và rất nặng (56%). Điểm trung bình FSFI là 19,22; và 64% đã ảnh hưởng tâm lý do rối loạn tình dục khi sàng lọc qua thang FSDS-R.

Phương pháp điều trị được lý và giáo dục tư vấn được sử dụng ở tất cả các bệnh nhân, trong đó liệu pháp hormon được sử dụng ở 22 trường hợp, gel bôi trơn và kem dưỡng ẩm lần lượt ở 11 và 15 ca, vật lý trị liệu sàn chậu ở 6 bệnh nhân, liệu pháp tâm định 5 trường hợp.

Kết luận: Rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ mãn kinh diễn biến phức tạp, kéo dài và thường kết hợp nhiều triệu chứng (điển hình là giảm ham muốn và đau), gây ảnh hưởng nặng nề đến tâm lý và chất lượng sống. Do đó, chiến lược điều trị bắt buộc phải tiếp cận đa mô thức: lấy giáo dục tư vấn làm nền tảng, kết hợp cá thể hóa với liệu pháp nội tiết tố, trị liệu tại chỗ và hỗ trợ vật lý/tâm lý để giải quyết toàn diện vấn đề của người bệnh.

Từ khóa: Mãn kinh, rối loạn chức năng tình dục nữ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng tình dục nữ (female sexual dysfunction) là một thách thức sức khỏe phổ biến ở phụ nữ giai đoạn tiền mãn kinh, mãn kinh. Ước tính trong nhóm phụ nữ 45-64 tuổi, cứ 8 người thì có 1 người giảm ham muốn, và cứ 15 người thì có 1 người gặp rối loạn hưng phấn và khoái cảm. Phụ nữ sau mãn kinh không chỉ gặp một mà thường nhiều rối loạn chức năng tình dục nữ cùng lúc: 50-65% giảm ham muốn kèm rối loạn hưng phấn, 70% kèm rối loạn cực khoái và đau tình dục [1]. Mặc dù tỷ lệ mắc cao, vấn đề này vẫn chưa được quan tâm và điều trị đúng mức do rào cản tâm lý từ người bệnh và sự thiếu chủ động từ phía y tế.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm hiểu đặc điểm hình thái lâm sàng và phương pháp xử trí rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ tiền mãn kinh, mãn kinh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Báo cáo loạt ca bệnh.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Trung tâm Y học Giới tính Hà Nội, Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội từ tháng 7/2024 đến tháng 4/2026.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp nữ tiền mãn kinh, mãn kinh mắc rối loạn tình dục.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Loạt ca bệnh gồm 25 trường hợp. Loại trừ các ca bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu; hoặc khi xác định rõ căn nguyên do bệnh lý tâm thần, nội khoa, ngoại khoa, sản khoa.

2.5. Biến số, chỉ số, nội dung, chủ đề nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng gồm: đặc điểm triệu chứng mãn kinh, đặc điểm hoạt động và hình thái rối loạn tình dục.

- Các thang điểm sàng lọc: thang điểm mãn kinh (menopause rating scale - MRS), giảm ham muốn tình dục (decreased sexual desire screener - DSDS), chỉ số chức năng tình dục nữ (female sexual function index - FSFI), ảnh hưởng tâm lý (female sexual distress scale-revised - FSDS-R).

- Ghi nhận các phương pháp xử trí.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Chẩn đoán xác định rối loạn tình dục theo tiêu chuẩn của Hội Y học Tình dục Thế giới (ISSM). Tiếp cận và điều trị rối loạn chức năng tình dục nữ theo Hướng dẫn Quốc gia

*Tác giả liên hệ

Email: bsngocnamkhoa@gmail.com Điện thoại: (+84) 366270431 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD9.5798

nội dung Chăm sóc sức khỏe tình dục. Chẩn đoán và điều trị rối loạn mãn kinh theo Hướng dẫn Quốc gia nội dung Chăm sóc sức khỏe phụ nữ tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh.

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 các phần mềm Excel, SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội. 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

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân (n = 25)

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	47,5 $\pm$ 6,1
	Min-max (tuổi)	37-61
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở	8 (32%)
	Trung học phổ thông	7 (28%)
	Cao đẳng, đại học	5 (20%)
	Sau đại học	5 (20%)
Tự tin hình thể	Rất tự tin	4 (16%)
	Tự tin	17 (68%)
	Không tự tin	4 (16%)
BMI	Gầy (thiếu cân)	3 (12%)
	Bình thường	14 (56%)
	Thừa cân (tiền béo phì)	4 (16%)
	Béo phì độ I	4 (16%)
	Béo phì độ II	0
Tiền sử bệnh lý	Rối loạn chuyển hóa	7 (28%)
	Sản phụ khoa	3 (12%)
	Bệnh tuyến giáp	6 (24%)
	Không có tiền sử bệnh lý	9 (32%)
Hài lòng đời sống tình dục	Rất không hài lòng	3 (12%)
	Tương đối không hài lòng	10 (40%)
	Nửa hài lòng nửa không	8 (32%)
	Khá hài lòng	4 (16%)
	Rất hài lòng	0

Nhóm đối tượng nghiên cứu phần lớn có trình độ từ trung học phổ thông trở xuống, cảm thấy “tự tin” về hình thể. Tuy nhiên, mức độ hài lòng về tình dục lại thiên về các mức kém, với hơn 50% cảm thấy “rất không hài lòng” hoặc “tương đối không hài lòng”.

Bảng 2. Đặc điểm hành vi tình dục và hình thái rối loạn tình dục (n = 25)

Đặc điểm		Kết quả
Dạo đầu quan hệ		17 (68%)
Chia sẻ đời sống tình dục		5 (20%)
Quan hệ tình dục*	Có	20 (80%)
	Không	5 (20%)
Tần suất quan hệ tình dục	$\bar{X} \pm SD$ (lần/tháng)	3,6 $\pm$ 2,4
	Min-max (lần/tháng)	0-8

Đặc điểm		Kết quả
Đối tác bị rối loạn tình dục		5 (20%)
Hình thái lâm sàng rối loạn chức năng tình dục nữ	Giảm ham muốn	24 (96%)
	Giảm hưng phấn tình dục	16 (64%)
	Giảm khoái cảm	7 (28%)
	Đau khi quan hệ	17 (68%)
Thời gian mắc rối loạn chức năng tình dục nữ	$\bar{X} \pm SD$ (năm)	2,4 $\pm$ 2,2
	Min-max (năm)	1-10
Số lượng rối loạn chức năng tình dục trung bình		2,6 $\pm$ 1,1
Số rối loạn chức năng tình dục đồng mắc	1 rối loạn	6 (24%)
	2 rối loạn	5 (20%)
	3 rối loạn	8 (32%)
	4 rối loạn	6 (24%)

Ghi chú: *Tính trong tháng gần nhất.

Đa số có màn dạo đầu và vẫn quan hệ tình dục tháng gần nhất với tần suất trung bình 3,6 $\pm$ 2,4 lần/tháng. Rối loạn gặp nhiều nhất là giảm ham muốn (96%), tiếp theo là đau khi quan hệ (68%). Thời gian mắc rối loạn chức năng tình dục trung bình là 2,4 năm và đa số bệnh nhân mắc nhiều rối loạn cùng lúc.

Bảng 3. Đặc điểm mãn kinh và triệu chứng các rối loạn thời kỳ mãn kinh (n = 25)

Đặc điểm		Kết quả
Đối tượng	Tiền mãn kinh	17 (68%)
	Mãn kinh	8 (32%)
Thời gian mãn kinh (n = 8)	$\bar{X} \pm SD$ (năm)	5
	Min-max (năm)	1-15
Thang đánh giá tình trạng mãn kinh (MRS)	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	16,56 $\pm$ 6,27
	Min-max (điểm)	3-27
Phân độ thang MRS	Không có/nhẹ (0-4 điểm)	1 (4%)
	Vừa (5-8 điểm)	2 (8%)
	Nặng (9-15 điểm)	8 (32%)
	Rất nặng ($\geq$ 16 điểm)	14 (56%)
Nhóm triệu chứng tâm lý (MRS1)	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	4,96 $\pm$ 3,23
	Tâm trạng trầm cảm (điểm)	1,20 $\pm$ 0,91
	Dễ bị kích thích (điểm)	1,36 $\pm$ 1,04
	Lo âu, bồn chồn (điểm)	0,96 $\pm$ 0,93
	Mệt mỏi về thể chất và tinh thần (điểm)	1,44 $\pm$ 0,92
Nhóm triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật (MRS2)	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	6,04 $\pm$ 3,30
	Triệu chứng vận mạch (điểm)	2,16 $\pm$ 1,21
	Khó chịu ở tim (điểm)	1,00 $\pm$ 1,04
	Rối loạn giấc ngủ (điểm)	1,52 $\pm$ 1,12
	Khó chịu cơ, xương, khớp (điểm)	1,36 $\pm$ 0,99
Nhóm triệu chứng niệu dục (MRS3)	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	5,56 $\pm$ 1,89
	Rối loạn tình dục (điểm)	2,32 $\pm$ 0,85
	Rối loạn tiết niệu (điểm)	1,20 $\pm$ 1,12
	Triệu chứng do khô âm đạo (điểm)	2,04 $\pm$ 1,02

Đại đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là đối tượng tiền mãn kinh (68%), đang gặp phải triệu chứng rối

loạn mãn kinh ở mức độ nặng (32%) và rất nặng (56%). Triệu chứng rối loạn tình dục có điểm trung bình cao nhất trong tất cả các câu hỏi đơn ($2,32 \pm 0,85$ điểm).

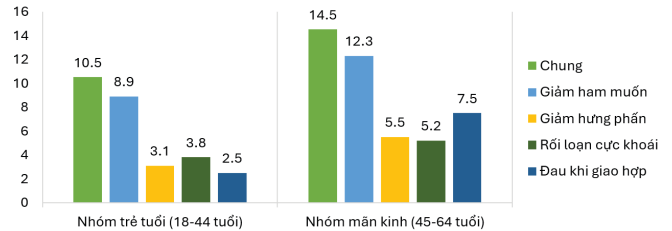
Bảng 4. Thang điểm tình dục, tâm lý và xét nghiệm cận lâm sàng

Chỉ số đánh giá		Kết quả	Min-max
Tổng điểm FSFI	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	$19,22 \pm 4,28$	11,2-28,8
	Ham muốn (điểm)	$2,66 \pm 1,01$	1,2-4,8
	Kích thích (điểm)	$2,81 \pm 1,16$	0,6-5,1
	Bôi trơn (điểm)	$2,76 \pm 1,02$	1,2-4,8
	Cực khoái (điểm)	$4,02 \pm 1,06$	2,0-5,2
	Hài lòng (điểm)	$3,60 \pm 1,10$	1,6-4,8
	Đau khi giao hợp (điểm)	$3,38 \pm 1,12$	1,2-4,8
Điểm phiền muộn FSDF-R	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	$12,36 \pm 4,27$	5-21
	Không ảnh hưởng tâm lý do rối loạn chức năng tình dục (< 11 điểm)	9 (36%)	
	Ảnh hưởng tâm lý do rối loạn chức năng tình dục (≥ 11 điểm)	16 (64%)	
Tỷ lệ giảm ham muốn sàng lọc bằng DSDS		25 (100%)	
FSH (mIU/ml)		$41,45 \pm 30,90$	2,79-103,00
Estradiol (pg/ml)		$60,48 \pm 65,36$	5,00-247,50
Testosterone (nmol/L)		$1,61 \pm 4,92$	0,00-20,00
pH âm đạo		$4,67 \pm 0,61$	4,00-5,50

Điểm trung bình chỉ số chức năng tình dục nữ (FSFI) là 19,22, thấp hơn nhiều mức trung bình ($\geq 26,55$). Toàn bộ bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều giảm ham muốn khi sàng lọc thang giảm ham muốn tình dục. Kèm theo đó, đa số đối tượng (64%) đã ảnh hưởng tâm lý do rối loạn tình dục khi sàng lọc qua thang FSDF-R.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục nữ từ 9-26%, thấp nhất ở nhóm mãn kinh tự nhiên và cao nhất (26%) ở nhóm 20-49 tuổi mãn kinh sau phẫu thuật. Nếu áp dụng cả tiêu chí phiền muộn thì tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục phụ nữ tuổi trẻ là 10-11%, tăng lên khoảng 14-15% ở giai đoạn tiền mãn kinh/mãn kinh sớm, và sau đó tụt xuống dưới 9% ở nhóm phụ nữ lớn tuổi do thay đổi trong nhận thức và kỳ vọng (biểu đồ 1) [2]. Có thể thấy giảm ham muốn luôn là rối loạn chức năng tình dục chiếm tỷ lệ cao nhất bất kể tuổi tác, ngoài ra có sự dịch chuyển: ở nhóm trẻ tuổi rối loạn cực khoái đứng thứ 2 thì ở tuổi mãn kinh đã đứng cuối cùng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ tương tự khi giảm ham muốn có tỷ lệ cao nhất (96%), sau đó là đau khi quan hệ (68%), rối loạn cực khoái chiếm tỷ lệ ít nhất (28%). Sự dịch chuyển này khẳng định tiếp cận phụ nữ mãn kinh không thể sao chép y nguyên phác đồ của phụ nữ trẻ.



Biểu đồ 1. Tương quan hình thái rối loạn chức năng tình dục nữ theo nhóm tuổi

Giai đoạn mãn kinh đặc trưng bởi suy giảm estrogen và androgen. Thiếu estradiol gây teo niêm mạc niệu dục, giảm tiết dịch, tăng pH âm đạo ($> 5,0$), tăng nguy cơ viêm nhiễm và khó chịu khi giao hợp [3]. Do khi thăm khám chúng tôi thăm khám nhẹ nhàng bằng mỏ vịt nhỏ đảm bảo đủ gel bôi trơn, đồng thời cần tầm soát kỹ tình trạng sa tạng chậu do hệ dây chằng suy yếu ở tuổi mãn kinh. Ngoài ra, triệu chứng vận mạch (bốc hỏa, đổ mồ hôi đêm) gây rối loạn giấc ngủ và mệt mỏi, thứ phát trầm trọng thêm phiền muộn tình dục và triệt tiêu nhu cầu sinh lý [4]. Chúng tôi ghi nhận 18/25 ca có bốc hỏa với trung bình 1,6 cơn/ngày.

Bên cạnh tuổi tác, yếu tố tâm lý - xã hội tác động mạnh đến sức khỏe tình dục ngay từ đầu thời kỳ mãn kinh. Chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp tự ti về thay đổi hình thể. Những thay đổi thể chất do lão hóa (tái phân bố mỡ, béo phì, rụng tóc, khô da) không chỉ là yếu tố nguy cơ độc lập của rối loạn chức năng tình dục nữ mà còn gây mặc cảm ngoại hình, thúc đẩy vòng xoắn bệnh lý trầm cảm - suy giảm tình dục. Ngoài ra, thời gian mắc trung bình là 2,4 năm và có tới 76% bệnh nhân mắc nhiều rối loạn cùng lúc khiến hơn 50% cảm thấy “rất không hài lòng” hoặc “tương đối không hài lòng” về đời sống tình dục, cho thấy tính chất phức tạp và ảnh hưởng của rối loạn chức năng tình dục đến đời sống.

Theo thang MRS, đa số gặp triệu chứng rối loạn mãn kinh mức độ nặng (32%) và rất nặng (56%), trong đó triệu chứng rối loạn tình dục có điểm trung bình cao nhất trong tất cả các câu hỏi đơn ($2,32 \pm 0,85$ điểm). Điểm trung bình chỉ số chức năng tình dục là 19,22, thấp hơn nhiều mức trung bình ($\geq 26,55$ điểm). Toàn bộ bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều giảm ham muốn khi sàng lọc thang giảm ham muốn tình dục. Kèm theo đó, đa số (64%) đã ảnh hưởng tâm lý do rối loạn tình dục khi sàng lọc qua thang FSDF-R.

Estrogen toàn thân cải thiện các triệu chứng vận mạch, tâm lý, rối loạn tình dục và nâng cao chất lượng cuộc sống [5]. Nguyên tắc là sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả để kiểm soát triệu chứng, kết hợp progesterone nếu còn tử cung. Bổ sung testosterone giúp tăng ham muốn và giảm phiền muộn; hiện thường dùng off-label chế phẩm của nam giới với liều 1/10 [6]. Trái lại, DHEA toàn thân, oxytocin và progesterone không được khuyến cáo điều trị rối loạn chức năng tình dục nữ do thiếu hụt dữ liệu [7].

Estrogen tại chỗ có hiệu quả cao đối với hội chứng niệu dục, giúp tái tạo biểu mô, giảm pH, tân tạo mạch máu và tăng tiết dịch [8]. Liệu pháp này an toàn, không làm tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung hay tái phát ung thư vú nên không cần dùng kèm progestogen. Phác đồ kết hợp testosterone và estradiol tại chỗ đáp ứng tốt với chứng đau vùng tiền đình âm hộ. Dù vậy, mọi chỉ định testosterone cho rối loạn chức năng tình dục nữ hiện nay đều là off-label (sử dụng ngoài chỉ định).

Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã phê duyệt Ospemifene điều trị chứng giao hợp đau do teo niêm mạc tuổi mãn kinh. Các thuốc khác dùng off-label như Bupropion và Buspirone cũng giúp cải thiện kích thích và cực khoái. Gel bôi trơn cung cấp độ ẩm tức thời, giảm ma sát và vi chấn thương trên nền niêm mạc mỏng, giúp triệt tiêu chứng giao hợp đau. Song song đó, kem dưỡng ẩm dùng định kỳ (2-3 lần/tuần) có tác dụng tái hydrat hóa tế bào biểu mô, phục hồi độ ẩm sinh lý, hạ pH và tăng độ đàn hồi, giải quyết hiệu quả tình trạng khô ngứa mạn tính.

Bảng 5. Các phương pháp điều trị rối loạn tình dục

Phương pháp điều trị		Cụ thể	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Liệu pháp dinh dưỡng - lối sống Liệu pháp hoạt động thể chất		Liệu pháp dinh dưỡng	8	32
		8	32	
Dược lý	Liệu pháp bổ sung nội tiết	Chung	22	88
		Estrogen tại chỗ	8	32
		Estrogen đường uống	6	24
		Testosterone bôi da	10	40
	Các thuốc ngoài nội tiết	Bôi trơn	11	44
		Dưỡng ẩm	15	60
Liệu pháp tình dục và tâm lý hỗ trợ Tập trung cảm nhận Liệu pháp tâm định		Giáo dục tư vấn	25	100
		0	0	
		5	20	
Luyện tập cơ sàn chậu			6	24

Cần xác định và đảm bảo các vấn đề tâm lý, văn hóa, xã hội được giải quyết đồng thời cùng các phương pháp điều trị khác. Giáo dục bệnh nhân là bước đầu trong điều trị, sau đó liệu pháp tâm lý (psychotherapy) có thể được cân nhắc. 3 biện pháp can thiệp tâm lý thường được sử dụng: liệu pháp hành vi (behavior therapy), liệu pháp hành vi nhận thức (cognitive behavior therapy) và liệu pháp

chánh niệm (mindfulness therapy). Ngoài ra, các nghiên cứu lâm sàng chỉ ra rằng luyện tập cơ sàn chậu giúp cải thiện chức năng tình dục thông qua 3 cơ chế: tăng cường tuần hoàn tưới máu tại chỗ, tăng trương lực và sức mạnh cơ, kiểm soát vận động tự chủ và thư giãn cơ.

5. KẾT LUẬN

Rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ mãn kinh diễn biến phức tạp, kéo dài và thường kết hợp nhiều triệu chứng (điển hình là giảm ham muốn và đau), gây ảnh hưởng nặng nề đến tâm lý và chất lượng sống. Do đó, chiến lược điều trị bắt buộc phải tiếp cận đa mô thức: lấy giáo dục tư vấn làm nền tảng, kết hợp cá thể hóa với liệu pháp nội tiết tố, trị liệu tại chỗ và hỗ trợ vật lý/tâm lý để giải quyết toàn diện vấn đề của người bệnh.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Cabe M.P, Sharlip I.D, Atalla E et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. J Sex Med, 2016, 13: 135-143.
- [2] Leiblum S.R, Koochaki P.E, Rodenberg C.A et al. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). Menopause, 2006, 13 (1): 46-56.
- [3] Nappi R.E, Palacios S, Panay N et al. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. Climacteric, 2016, 19: 188-97.
- [4] Parish S.J, Hahn S.R. Hypoactive sexual desire disorder: a review of epidemiology, biopsychology, diagnosis, and treatment. Sex Med Rev, 2016, 4: 103-20.
- [5] Kingsberg S.A, Althof S, Simon J.A et al. Female sexual dysfunction-medical and psychological treatments, Committee 14. J Sex Med, 2017, 14: 1463-91.
- [6] Nappi R.E, Albani F, Santamaria V et al. Hormonal and psychorelational aspects of sexual function during menopausal transition and at early menopause. Maturitas, 2010, 67: 78-83.
- [7] Worsley R, Santoro N, Miller K.K et al. Hormones and female sexual dysfunction: beyond estrogens and androgens-findings from the fourth International Consultation on Sexual Medicine. J Sex Med, 2016, 13: 283-90.
- [8] Fooladi E, Bell R.J, Whittaker A.M et al. Women's expectations and experiences of hormone treatment for sexual dysfunction. Climacteric, 2014, 17: 674-81.