

Bộ Y tế

HƯỚNG DẪN QUỐC GIA
VỀ CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE
SINH SẢN - NỘI DUNG CHĂM SÓC
SỨC KHỎE TÌNH DỤC

Hà Nội, Năm 2026

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT.....	I
DANH MỤC BẢNG.....	VII
DANH MỤC SƠ ĐỒ	VIII
LỜI GIỚI THIỆU	XII
PHẦN I: ĐẠI CƯƠNG SỨC KHỎE TÌNH DỤC.....	1
MỘT SỐ KHÁI NIỆM CƠ BẢN VỀ SỨC KHỎE TÌNH DỤC.....	1
1. Định nghĩa về sức khỏe tình dục	1
2. Tính dục và xu hướng tính dục.....	1
3. Bản dạng giới và rối loạn bản dạng giới	3
4. Quyền tình dục.....	4
5. Khoái cảm tình dục.....	4
SINH LÝ TÌNH DỤC.....	6
1. Đại cương	6
2. Sinh lý tình dục.....	6
ẢNH HƯỞNG CỦA TÌNH DỤC ĐẾN SỨC KHỎE.....	11
1. Đại cương	11
2. Ảnh hưởng của sức khỏe tình dục đến cá nhân.....	11
3. Ảnh hưởng của sức khỏe tình dục đến cộng đồng	11
MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE TÌNH DỤC	14
1. Đại cương	14
2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tình dục.....	14
MỘT SỐ BIỆN PHÁP HỖ TRỢ SỨC KHỎE TÌNH DỤC	21
1. Đại cương	21
2. Một số biện pháp hỗ trợ sức khỏe tình dục	21
PHẦN II: CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÌNH DỤC NAM	25
RỐI LOẠN GIẢM HAM MUỐN TÌNH DỤC Ở NAM GIỚI.....	25
1. Đại cương	25
2. Triệu chứng.....	26
3. Chẩn đoán	27
4. Xử trí.....	28
5. Khuyến cáo	31

RỐI LOẠN GIẢM TESTOSTERONE Ở NAM GIỚI.....	32
1. Đại cương	32
2. Triệu chứng.....	32
3. Chẩn đoán	35
4. Xử trí.....	35
5. Khuyến cáo	38
RỐI LOẠN CƯỜNG DƯƠNG	40
1. Đại cương	40
2. Triệu chứng.....	41
3. Chẩn đoán	43
4. Xử trí.....	45
5. Khuyến cáo	49
RỐI LOẠN XUẤT TINH	52
1. Đại cương	52
2. Triệu chứng.....	54
3. Chẩn đoán	58
4. Xử trí.....	59
CƯỜNG DƯƠNG VẬT KÉO DÀI.....	63
1. Đại cương	63
2. Triệu chứng.....	65
3. Chẩn đoán	68
4. Xử trí.....	69
PHẦN III. CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÌNH DỤC NỮ	73
RỐI LOẠN GIẢM HAM MUỐN TÌNH DỤC NỮ	73
1. Định nghĩa và phân loại.....	73
2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ	74
3. Chẩn đoán rối loạn giảm ham muốn tình dục nữ	77
4. Xử trí giảm ham muốn tình dục nữ	79
RỐI LOẠN HƯNG PHẤN TÌNH DỤC NỮ	83
1. Định nghĩa và phân loại.....	83
2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ	84
3. Chẩn đoán rối loạn hưng phấn tình dục nữ	86
4. Xử trí rối loạn hưng phấn tình dục nữ	89
4.1. Nguyên tắc điều trị	89

RỐI LOẠN CỰC KHOÁI TÌNH DỤC NỮ	92
1. Định nghĩa và phân loại.....	92
2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ	93
3. Chẩn đoán rối loạn cực khoái tình dục nữ.....	94
4. Xử trí rối loạn cực khoái tình dục nữ	95
RỐI LOẠN ĐAU LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH DỤC	98
1. Khái niệm và phân loại.....	98
2. Nguyên nhân đau liên quan đến tình dục nữ	99
3. Chẩn đoán đau liên quan đến tình dục nữ	100
4. Xử lý đau liên quan tới tình dục nữ.....	103
ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NỮ'	106
1. Sơ lược các phương pháp đánh giá chức năng tình dục nữ.....	106
2. Bộ chỉ số chức năng tình dục nữ	108
3. Các bước đánh giá rối loạn chức năng tình dục nữ	113
PHỤ LỤC 1. THANG ĐIỂM INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTIONAL	1
PHỤ LỤC 2. BẢNG ĐÁNH GIÁ SỨC KHOẺ TÌNH DỤC DÀNH CHO NAM GIỚI IIEF – 5/SHIM.....	9
PHỤ LỤC 3 BẢNG ĐIỂM TRIỆU CHỨNG CỦA BỆNH TIỀN LIỆT TUYẾN IPSS	12
BẢNG ĐIỂM TRIỆU CHỨNG CỦA TUYẾN TIỀN LIỆT (IPSS)	12
PHỤ LỤC 4: CÔNG CỤ CHẨN ĐOÁN XUẤT TINH SỚM	14
PHỤ LỤC 5 BỘ CÔNG CỤ “CHỈ SỐ CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NỮ'	15

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Phần viết tắt	Phần viết đầy đủ
5- HT	Tên một loại thụ thể serotonin.
AI	Artificial Intelligence (Trí tuệ nhân tạo)
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải)
APA	American Psychiatric Association (Hiệp hội Tâm thần Học Hoa Kỳ)
ASFQ	Abbreviated Sexual Function Questionnaire (Phiên bản rút gọn của SFQ28)
BMI	Body Mass Index (Chỉ số Khối Cơ Thể)
BPH	Benign Prostatic Hyperplasia (Phì đại lành tính tuyến tiền liệt)
CBT	Cognitive behavioral therapy (Liệu pháp hành vi nhận thức)
CDVKD	Cương dương vật kéo dài
CFT	calculated free testosterone (lượng testosterone tự do được tính toán)
CGMP	Cyclic guanosine monophosphate (chỉ số đo lường lượng chất truyền tin thứ hai cGMP trong tế bào)
CNS	Central nervous system agonists (Thuốc chủ vận hệ thần kinh trung ương)
CP	Chronic prostatitis (Viêm tuyến tiền liệt mãn tính)
CPPS	Chronic pelvic pain syndrome (hội chứng đau vùng chậu mãn tính)
DE	Delayed Ejaculation (Xuất tinh chậm)
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê các Rối loạn Tâm thần, phiên bản thứ năm)

ED	Erectile Dysfunction (Rối loạn cương dương)
EEJ	Electroejaculation (Kích thích xuất tinh bằng điện)
EMA	European Medicines Agency (Cơ quan Dược phẩm Châu Âu)
EMLA	Tên biệt dược của một loại kem bôi chứa Lidocaine và Prilocaine
FPSA	Free Prostate-Specific Antigen
F52.0	mã bệnh thuộc nhóm rối loạn chức năng tình dục
FDA	Food and Drug Administration (Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ)
FSDS và FSDS-R	Female Sexual Distress scales - Revised (Thang đo mức độ đau khổ tình dục ở phụ nữ - Đã sửa đổi)
FSFI	Female Sexual Function Index (Chỉ số chức năng tình dục nữ)
FSH	Follicle-Stimulating Hormone (Kích noãn bào tố)
ft	free testosterone (Testosterone tự do)
FT4	Free Thyroxine
GHMTD	Rối loạn giảm ham muốn tình dục
GPP	Genito-Pelvic Pain
HCT	Chỉ số Hematocrit
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus gây suy giảm miễn dịch ở người)
HPG	Hypothalamic-Pituitary-Gonadal (Trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến sinh dục)
HRT	Hormone replacement therapy (Liệu pháp thay thế nội tiết)
HSDD	Hypoactive Sexual Desire Disorder (Rối loạn Giảm ham muốn Tình dục)
ICD/DSM-5	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Phân loại Thống kê Quốc tế về

Bệnh tật và các Vấn đề Sức khỏe Liên quan)/ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần, Phiên bản Thứ năm)

ICI	Intracavernous Injection (Tiêm thuốc vào vật hang).
ICSI	Intracytoplasmic Sperm Injection (Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn)
IELT	Intravaginal Ejaculatory Latency Time (Thời gian tiềm tàng trong âm đạo)
IIEF 5	The International Index of Erectile Function (Chỉ số quốc tế về chức năng cương dương)
IPE	Index of Premature Ejaculation (Chỉ số xuất tinh sớm)
IPSS	International Prostate Symptom Score (Điểm triệu chứng tuyến tiền liệt quốc tế)
ISSM	International Society for Sexual Medicine (Hội Y học Giới tính Quốc tế)
ISSVD	International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (Hiệp hội Quốc tế về Đau Âm Hộ)
ISSWSH/	International Society for the Study of Female Sexual Health
ISWSH	(Hiệp hội Nghiên cứu Sức khỏe Tình dục Nữ Quốc tế)
IUI	Intrauterine Insemination (Bơm tinh trùng vào buồng tử cung)
IVF	In-vitro Fertilization (Thụ tinh trong ống nghiệm)
LGBT	Lesbian, Gay, Bisexual và Transgender
LH	Luteinizing hormone (Hormone hoàng thể hóa)
LSD/I	Low sexual desire/interest – LSD/I(Ham muốn tình dục thấp)
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms (Triệu chứng đường tiểu dưới)

MetS	Metabolic syndrome (Hội chứng chuyển hóa)
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Chụp cộng hưởng từ)
MSHQ-ED	Male Sexual Health Questionnaire Ejaculatory Dysfunction (Rối loạn xuất tinh trong Bảng câu hỏi về sức khỏe tình dục nam)
NIP	Non-Ischemic Priapism (Cương dương vật thể không thiếu máu)
NO	nitric oxide
NPTR	Nocturnal Penile Tumescence and Rigidity (Nghiệm pháp đo độ cương và độ cứng dương vật ban đêm)
NSAID	Nonsteroidal anti inflammatory drug (Thuốc kháng viêm không steroid)
NYHA	New York Heart Association (Hiệp hội Tim mạch New York)
PCOS	Polycystic ovary syndrome (Hội chứng buồng trứng đa nang)
PCR	Polymerase Chain Reaction (Viết tắt của Phản ứng chuỗi polymerase)
PD	Penetration Disorder
PDE5i	Phosphodiesterase type 5 inhibitor (Thuốc ức chế phosphodiesterase loại 5)
PDUS	Penile Duplex Ultrasound (Siêu âm doppler màu dương vật)
PE	Premature Ejaculation (Xuất tinh sớm)
PEDT	The Premature Ejaculation Diagnostic Tool (Công cụ chẩn đoán xuất tinh sớm)
PEP	Premature Ejaculation Profile (Hồ sơ xuất tinh sớm)
PFMT	Pelvic Floor Muscle Training (Tập cơ sàn chậu)
PRL	Prolactin.

PRP	Platelet-Rich Plasma (Huyết tương giàu tiểu cầu)
PSA	Prostate-Specific Antigen (Kháng nguyên đặc hiệu của tuyến tiền liệt)
PTSD	Post-traumatic stress disorder (Rối loạn căng thẳng sau sang chấn)
PVA	Polyvinyl alcohol (Vật liệu không tái hấp thu Polyvinyl)
PVS	Penile vibratory stimulation (Dụng cụ kích thích rung dương vật)
RE	Retrograde Ejaculation (Xuất tinh ngược dòng)
RLCD	Rối loạn cương dương
RLCK	Rối loạn cực khoái
RLHPTDN	Rối loạn hưng phấn tình dục nữ
SDN	Selective Dorsal Neurectomy (Cắt chọn lọc thần kinh lưng dương vật)
SFQ28	Sexual Function Questionnaire (Bảng câu hỏi Chức năng Tình dục Nữ)
SHBG	Sex Hormone-Binding Globulin (Globulin liên kết với hormone sinh dục)
SHIM	SHIM: The Sexual Health Inventory For Men (Bảng đánh giá sức khỏe tình dục dành cho nam giới)
SIAMS	Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità).
SNRI	Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (Thuốc ức chế tái hấp thu Serotonin-Norepinephrine)
SQOL	Sexual Quality of Life- Female (Đánh giá chất lượng cuộc sống tình dục)
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc)
STDs	Sexually Transmitted Diseases (Bệnh lây truyền qua đường

tình dục)

TPSA	Total Prostate-Specific Antigen
TCA	Tricyclic antidepressant (Thuốc chống trầm cảm ba vòng)
TSH	Thyroid-Stimulating Hormone
tT	total testosterone (Testosterone toàn phần)
TURED	Transurethral Resection of the Ejaculatory Ducts (Cắt đốt nội soi ống phóng tinh)
TURP	Transurethral resection of the prostate (Phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt qua niệu đạo)
TRUS	Transrectal ultrasound (Siêu âm qua ngã trực tràng)
VR	Virtual Reality (Thực tế ảo)
VTE	Venous thromboembolism (Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch)
WHO	World Health Organization (Tổ chức y tế thế giới)

DANH MỤC BẢNG

Tên bảng	Trang
Bảng 1. Một số nhóm thuốc ảnh hưởng đến chức năng tình dục ở nam giới	17
Bảng 2. Các dấu hiệu chính trong cương dương vật kéo dài	66
Bảng 3. Giá trị khí máu điển hình trong các trường hợp CDVKD	67
Bảng 4. Khai thác bệnh sử và khám lâm sàng CDVKD	68
Bảng 5. Phân tích khí máu CDVKD (nếu thực hiện)	69
Bảng 6. Thuốc hướng thần và ảnh hưởng lên chức năng tình dục trong GHMTD ..	81
Bảng 7. Bộ câu hỏi đánh giá chỉ số chức năng tình dục nữ (FSFI)	108
Bảng 8. Bảng tính điểm FSFI theo từng hình thái rối loạn tình dục nữ	113

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Tên sơ đồ	Trang
Sơ đồ 1. Sơ đồ chẩn đoán và điều trị ham muốn/hứng thú tình dục thấp.....	30
Sơ đồ 2. Chẩn đoán và điều trị suy giảm testosterone	38
Sơ đồ 3. Sơ đồ thăm khám và chẩn đoán rối loạn cương dương	45
Sơ đồ 4. Sơ đồ chẩn đoán và hướng xử trí.....	46
Sơ đồ 5. Chẩn đoán CDVKD	69

CHỈ ĐẠO, BIÊN SOẠN HƯỚNG DẪN

Chỉ đạo biên soạn:

PGS.TS. Nguyễn Tri Thức	Thứ trưởng Bộ Y tế
ThS. BS. Đinh Anh Tuấn	Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế
TS. BS. Tống Trần Hà	Phó Cục trưởng, Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế

Ban biên soạn:

PGS.TS. Nguyễn Quang	Giám đốc Trung tâm Nam học - Bệnh viện Việt Đức, Trưởng ban
GS.TS. Lê Minh Tâm	Giám đốc Trung tâm Nội Tiết Sinh sản và Vô sinh BV Trường ĐH Y Dược Huế, Phó trưởng ban thường trực
PGS.TS. Đoàn Minh Thụy	Trưởng phòng Đào tạo Sau đại học - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Phó trưởng ban, Tổ trưởng Tổ thư ký
TS.BS. Mai Bá Tiến Dũng	Trưởng khoa Nam học – bệnh viện Bình Dân – Thành phố Hồ Chí Minh, Phó trưởng ban
PGS.TS. Đàm Văn Cương	Giám đốc bệnh viện Đại học Nam Cần Thơ, Thành viên
BSCKI. Nguyễn Thị Thu Hồng	Nguyên Chủ tịch Hội Y Dược tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu, Nguyên PGĐ Sở Y Tế Vũng Tàu, Thành viên
TS.BS. Ngô Thị Yên	Nguyên Trưởng khoa Kế hoạch hóa gia đình, Bệnh viện Từ Dũ, Thành viên
ThS.BS. Nguyễn Hồ Vĩnh Phước	Trưởng phòng Công tác Xã hội - Bệnh viện Bình Dân - Thành phố Hồ Chí Minh, Thành viên
TS.BS. Nguyễn Nhật Minh	Phó trưởng khoa Tiết niệu - Thần kinh, Trưởng Đơn vị Nam khoa BV Trường ĐH Y Dược Huế, Thành viên
ThS.BS. Nguyễn Duy Khánh	Chánh văn phòng Hội Y học Giới tính Việt Nam, Thành viên
PGS.TS. Nguyễn Hoài Bắc	Trưởng khoa Nam học và Y học giới tính - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Thành viên

TS.BS. Trịnh Hoàng Giang	Phó Giám đốc trung tâm Nam học BV HN Việt Đức, Thành viên
PGS.TS. Phạm Văn Trịnh	Nguyên Giảng viên YHCT đại học Y Hà Nội, Thành viên
PGS.TS. Nguyễn Thị Bay	Bộ môn YHCT - Đại học Y Dược TP.HCM, Thành viên
PGS.TS. Trương Việt Bình	Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Thành viên
TS. Phan Minh Đức	Bộ môn YHCT, Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội
TS.BSCKII. Nguyễn Thanh Hà Tuấn	Khoa YHCT- Học viện Quân Y, Thành viên
TS. BS. Lê Ngọc Hải	Nguyên PGĐ TTKH lâm sàng; PTK Ngoại CTCH – Chủ tịch hội đồng đạo đức Bệnh viện ĐDPHCN Trung ương; GD PKĐK Hải Ngoại, Lưu Vệ, Thanh Hóa, Thành viên, Thư ký ban soạn thảo
TS.BS. Nguyễn Trường Nam	Đại học Phenika, Thành viên, thư ký ban soạn thảo
TS.BS. Phan Chí Thành	Chánh văn phòng Trung tâm đào tạo và chỉ đạo tuyến Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Thành viên, Thư ký ban soạn thảo
ThS.BS. Trần Thị Như Quỳnh	Đại học Y Dược Huế, Thành viên, Thư ký ban soạn thảo
Bà Nguyễn Thị Thương	Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, Thư ký ban soạn thảo
Bà Nguyễn Thị Thu	Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, Thư ký ban soạn thảo
Hội đồng nghiệm thu:	
GS.TS. Nguyễn Viết Tiến	Chủ tịch Hội Phụ sản Việt Nam, Chủ tịch Hội đồng
ThS.BS. Đinh Anh Tuấn	Cục trưởng Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế, Phó Chủ tịch Hội đồng

GS.TS. Cao Ngọc Thành	Phó Chủ tịch Hội Phụ sản Việt Nam, Phó Chủ tịch Hội đồng
GS.TS. Trần Thị Phương Mai	Nguyên Phó Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ trẻ em, Thành viên
GS.TS. Nguyễn Đình Tảo	Chủ tịch Hội Hỗ trợ sinh sản Hà Nội, Thành viên
TS. Lê Quang Thanh	Chủ tịch Hội Y học Bà mẹ và Thai nhi TP.HCM, Thành viên
PGS.TS. Đậu Xuân Cảnh	Chủ tịch Hội Đông y Việt Nam, Thành viên
PGS.TS. Hồ Sỹ Hùng	Phó Giám đốc Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Phụ sản Trung ương
ThS.BS. Đoàn Thị Tuyết Mai	Trưởng phòng Quản lý Y cổ truyền, Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền, Thành viên
BS. Nguyễn Hải Yến	Chuyên viên Phòng nghiệp vụ, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Thành viên
TS.BS. Trần An Chung	Q. Trưởng phòng Phòng CSSKSS, Cục Bà mẹ và Trẻ em, Thư ký
ThS. Nguyễn Thị Bích Hằng	Chuyên viên Phòng CSSKSS, Cục Bà mẹ và Trẻ em, Thư ký

LỜI GIỚI THIỆU

Hội nghị thượng đỉnh về Dân số và Phát triển năm 1994 tại Cai rô - Ai cập (ICPD 1994) đã khẳng định mọi người đều có quyền có một đời sống tình dục khỏe mạnh và an toàn. Điều đó cho thấy chăm sóc sức khỏe tình dục là một trong những nội dung quan trọng của công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cho người dân. Chăm sóc sức khỏe tình dục góp phần quan trọng trong việc nâng cao sức khỏe, cải thiện chất lượng cuộc sống của người dân. Trên thế giới, chăm sóc sức khỏe tình dục đã phát triển, trở thành một chuyên ngành khoa học với nhiều tiến bộ vượt bậc. Tuy nhiên, ở Việt Nam, lĩnh vực này chưa được quan tâm đầy đủ trong thời gian qua.

Nhằm đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe tình dục cho người dân, được sự quan tâm chỉ đạo của Lãnh đạo Bộ Y tế, Cục Bà mẹ và Trẻ em phối hợp với Hội Y học Giới tính Việt Nam xây dựng và trình Bộ Y tế ban hành bổ sung Nội dung chăm sóc sức khỏe tình dục, một bộ phận quan trọng của Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Nội dung của hướng dẫn được xây dựng dựa trên các kiến thức khoa học, kinh nghiệm của các chuyên gia trong nước và quốc tế hoạt động trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục. Đây là một tài liệu quan trọng, đặt nền móng cho việc hình thành và phát triển chuyên ngành sâu về sức khỏe tình dục của nước ta trong thời gian tới, đồng thời cũng phản ánh cam kết mạnh mẽ của ngành y tế trong việc chăm sóc sức khỏe toàn diện, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người dân, vì một xã hội khỏe mạnh và hạnh phúc. Dựa trên tài liệu này, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ phát triển thành các hướng dẫn thực hành lâm sàng như quy trình chuyên môn, phác đồ điều trị..., các cơ sở đào tạo y khoa cũng có thể xây dựng các chương trình, tài liệu đào tạo liên tục, đào tạo chuyên sâu về sức khỏe tình dục.

Nhân dịp tài liệu được Bộ Y tế ban hành, Cục Bà mẹ và Trẻ em xin chân thành cảm ơn sự phối hợp của Hội Y học giới tính Việt Nam, các bệnh viện đầu ngành, các chuyên gia trong nước và quốc tế đã dành thời gian, tâm huyết để

biên soạn, đóng góp ý kiến hoàn thiện hướng dẫn. Do đây là lần đầu tiên một tài liệu chuyên môn về sức khỏe tình dục được Bộ Y tế ban hành, dù đã rất cố gắng nhưng không thể tránh khỏi những thiếu sót, Cục Bà mẹ và Trẻ em kính mong nhận được những ý kiến đóng góp của các bạn đồng nghiệp xa, gần để tài liệu được hoàn thiện hơn trong những lần cập nhật sau.

Xin trân trọng cảm ơn!

ThS.BS Đinh Anh Tuấn

Cục trưởng, Cục Bà mẹ và Trẻ em

PHẦN I

ĐẠI CƯƠNG SỨC KHỎE TÌNH DỤC

MỘT SỐ KHÁI NIỆM CƠ BẢN VỀ SỨC KHỎE TÌNH DỤC

1. Định nghĩa về sức khỏe tình dục

Sức khỏe tình dục được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa là trạng thái khỏe mạnh toàn diện về thể chất, cảm xúc, tinh thần và xã hội liên quan đến tình dục, không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hay rối loạn chức năng tình dục. 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 trải nghiệm tình dục an toàn, thú vị, không bị ép buộc, phân biệt đối xử hay bạo lực. Các quyền tình dục của con người phải được thực hiện, tôn trọng và bảo vệ về mặt pháp lý nhằm đạt được và duy trì sức khỏe tình dục.

Diễn giải tổng thể về sức khỏe tình dục:

- Là trạng thái hạnh phúc toàn diện, không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật.
- Liên quan đến sự tôn trọng, an toàn, không bị phân biệt đối xử và bạo lực.
- Phụ thuộc vào việc thực hiện các quyền con người.
- Liên quan đến mọi giai đoạn của cuộc đời, không chỉ giới hạn ở độ tuổi sinh sản mà còn bao gồm cả trẻ em và người cao tuổi.
- Chịu ảnh hưởng bởi các chuẩn mực giới tính, vai trò xã hội, kỳ vọng văn hóa và động lực quyền lực.
- Cần được hiểu trong bối cảnh xã hội, kinh tế và chính trị cụ thể.

2. Tính dục và xu hướng tính dục

2.1. Tính dục

Tính dục là một khía cạnh cốt lõi trong suốt cuộc đời con người, bao gồm tình dục, bản dạng giới, vai trò giới tính, khuynh hướng tình dục, tính khiêu gợi, khoái cảm, sự thân mật và sinh sản. Tính dục được thể hiện qua suy nghĩ, tưởng

tượng, ham muốn, niềm tin, thái độ, giá trị, hành vi, thực hành, vai trò và các mối quan hệ. Tính dục chịu ảnh hưởng bởi sự tương tác giữa các yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội, kinh tế, chính trị, văn hóa, pháp luật, lịch sử, tôn giáo và tâm linh.

2.2. Xu hướng tính dục

Xu hướng tính dục là sự hấp dẫn lâu dài, bền vững về thể chất, cảm xúc, lãng mạn hoặc tình dục của một người đối với một giới tính cụ thể. Xu hướng tính dục không giống với hành vi tình dục, vì nó bao gồm cả cảm nhận và quan niệm cá nhân. Một số xu hướng tính dục phổ biến bao gồm:

- Dị tính (Straight/ Heterosexual): là những người bị hấp dẫn lãng mạn, hấp dẫn tình dục hoặc hành vi tình dục bởi người khác giới. Đây là xu hướng tính dục phổ biến nhất.

- Đồng tính (Homosexual): là những người có hấp dẫn tình dục, lãng mạn và hành vi tình dục với những người cùng giới tính. Có hai dạng đồng tính là đồng tính nam (gay) và đồng tính nữ (lesbian).

- Song tính (Lưỡng tính – Bisexual): là những người có ham muốn tình dục với cả hai giới, gồm lưỡng tính thật (do bất thường trong quá trình phát triển bào thai mà tồn tại cả hai cơ quan sinh dục nam và nữ) và lưỡng tính giả (có cơ quan sinh dục hoàn chỉnh).

- Người chuyển giới (Transgender): là những người có bản dạng giới trái ngược với giới tính sinh học; bị thôi thúc, khao khát phẫu thuật để chuyển đổi giới tính cho phù hợp với bản dạng giới của mình.

- Vô tính (Asexual): là những người không có cảm xúc, tình cảm hay ham muốn tình dục với bất kỳ giới tính nào, nhưng vẫn có thể quan hệ tình dục hoặc thậm chí kết hôn để phù hợp với thuần phong mỹ tục, hay chỉ đơn giản là thích được chiều chuộng và thư giãn.

- Toàn tính (Pansexual): là những người bị thu hút về cả lãng mạn và ham muốn tình dục với những cá thể thuộc mọi giới tính. Trong khi người song tính

có thể bị thu hút bởi cả hai giới tính nam và nữ thì những người toàn tính có thể bị hấp dẫn bởi cả người chuyển giới.

- Á tính (Demisexual): là những người bị hấp dẫn tình dục sau khi đã có mối quan hệ tình cảm với một người nào đó mà không quan tâm đến giới tính của họ.

Thuật ngữ “*LGBT*” được hình thành bởi bốn xu hướng tính dục phổ biến, bao gồm Lesbian, Gay, Bisexual và Transgender. Hiện nay, để chỉ nhóm người có xu hướng tính dục bên cạnh dị tính, cụm từ “*LGBT*” đã được mở rộng thành “*LGBT+*”.

3. Bản dạng giới và rối loạn bản dạng giới

Bản dạng giới: là cảm giác của một cá nhân về bản sắc của họ là nam tính, nữ tính, kết hợp hoặc không có cả nam và nữ tính.

- Biểu hiện giới: là cách mà một cá nhân cư xử, giao tiếp, cách ăn mặc và thể hiện bản dạng giới của mình với xã hội.

- Chuẩn mực giới tính: là kỳ vọng của xã hội về cách mà một cá nhân sẽ cư xử và thể hiện giới tính sinh học của họ. Do vậy, một người sinh ra với cơ thể nữ giới được kỳ vọng sẽ hành động nữ tính theo khuôn mẫu, tương tự, một người sinh ra với cơ thể nam giới được kỳ vọng sẽ hành động nam tính theo khuôn mẫu.

- Rối loạn bản dạng giới: được định nghĩa là sự không phù hợp rõ rệt giữa bản dạng giới và giới tính sinh học của một cá nhân, gây ra sự đau khổ hoặc suy giảm chức năng về tình dục. Rối loạn bản dạng giới được chẩn đoán khi trải qua ít nhất hai trong số những trải nghiệm sau:

- Sự không phù hợp rõ rệt giữa bản dạng giới và đặc điểm giới tính sinh học.

+ Mong muốn thoát khỏi những đặc điểm giới tính sinh học của chính mình.

+ Ham muốn mạnh mẽ với các đặc điểm giới tính sinh học của giới khác.

+ Mong muốn mạnh mẽ được trở thành giới tính khác.

- + Mong muốn được đối xử như người mang giới tính khác.
- + Có niềm tin rằng bản thân có cảm xúc và phản ứng giống như người mang giới tính khác.

4. Quyền tình dục

“Việc áp dụng các quyền con người hiện có vào lĩnh vực tình dục và sức khỏe tình dục cấu thành nên quyền tình dục. Quyền tình dục bảo vệ quyền lợi của mọi người, được thỏa mãn và thể hiện tính dục của họ, tận hưởng sức khỏe tình dục, tôn trọng đúng mức đối với các quyền tình dục của người khác và trong khuôn khổ bảo vệ chống lại sự phân biệt đối xử.”

Một số quyền tình dục quan trọng về nhận thức sức khỏe tình dục bao gồm:

- Quyền được bình đẳng về giới tính.
- Quyền bất khả xâm phạm về thân thể, được bảo vệ sức khỏe, danh dự, nhân phẩm.
- Quyền bất khả xâm phạm đời sống riêng tư, được bảo vệ danh dự, uy tín.
- Quyền được chăm sóc sức khỏe (bao gồm sức khỏe tình dục).
- Quyền được hưởng an sinh xã hội.
- Quyền tự do kết hôn, lập gia đình.
- Quyền bình đẳng trong hôn nhân và khi ly hôn.
- Quyền về giáo dục sức khỏe tình dục

5. Khoái cảm tình dục

Khoái cảm tình dục là sự thỏa mãn, tận hưởng về thể chất và/hoặc tinh thần từ những trải nghiệm khiêu dâm đơn độc hoặc cùng với bạn tình, bao gồm cả những suy nghĩ, giấc mơ và tự thỏa mãn. Tự chủ, đồng thuận, an toàn, riêng tư, tự tin, giao tiếp và có sự trao đổi về quan hệ tình dục là những yếu tố quan trọng giúp khoái cảm đóng góp vào sức khỏe và hạnh phúc tình dục. Khoái cảm tình dục nên được thực hiện trong bối cảnh các quyền tình dục, đặc biệt là quyền bình đẳng, không phân biệt đối xử, quyền tự chủ và toàn vẹn cơ thể, quyền được hưởng tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe tốt nhất có thể đạt được và quyền tự do

ngôn luận. Những trải nghiệm về khoái cảm tình dục của con người rất đa dạng, các quyền tình dục đảm bảo rằng khoái cảm là một trải nghiệm tích cực cho tất cả những người liên quan và không thể đạt được nếu vi phạm quyền con người và phá vỡ hạnh phúc của người khác.

Định nghĩa về khoái cảm tình dục này chưa hoàn toàn nằm trong bối cảnh các quyền tình dục.

SINH LÝ TÌNH DỤC

1. Đại cương

Chu kỳ đáp ứng tình dục của con người được mô tả lần đầu tiên qua nghiên cứu của Masters và Johnson, sau đó Kaplan bổ sung thêm yếu tố tâm lý. Chu kỳ này bao gồm bốn giai đoạn tuyến tính: Ham muốn – Hưng phấn – Cực khoái – Thư giãn, thể hiện sự tương đồng cơ bản giữa hai giới, mặc dù có một số khác biệt. Ở nữ giới, các giai đoạn này thường chồng chéo hơn so với nam giới, đặc biệt là giữa giai đoạn ham muốn và hưng phấn, do có đáp ứng ham muốn.

2. Sinh lý tình dục

2.1. Chu kỳ đáp ứng tình dục

Chu kỳ đáp ứng tình dục bao gồm bốn giai đoạn chính:

2.1.1. Giai đoạn ham muốn

Ham muốn tình dục được định nghĩa là sự xuất hiện của các suy nghĩ, tưởng tượng và động lực liên quan đến tình dục, dẫn đến hành vi tình dục nhằm đáp lại các tín hiệu bên trong và bên ngoài. Giai đoạn này có thể kéo dài từ vài giây đến nhiều giờ, chịu sự chi phối của hệ viền và vùng dưới đồi tại não bộ, đồng thời bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như thái độ, cơ hội, bạn tình, tâm trạng và tình trạng sức khỏe. Nội tiết tố testosterone đóng vai trò quan trọng trong việc kích thích ham muốn tình dục ở cả hai giới.

Ở nam giới, biểu hiện rõ rệt nhất của ham muốn tình dục là sự cương cứng dương vật, một phản xạ có điều kiện được điều khiển bởi các tín hiệu cảm giác từ thần kinh lưng dương vật và quy đầu. Sự cương cứng xảy ra do giãn mạch, làm căng phòng thể hang, và chịu sự kiểm soát của thần kinh trung ương thông qua các kích thích xúc giác, thị giác, khứu giác và tưởng tượng tình dục.

Ở nữ giới, ham muốn tình dục có thể không xuất hiện ngay từ đầu, nhưng được thúc đẩy bởi mong muốn thân mật về cảm xúc và gắn bó trong mối quan hệ. Khi tiếp nhận kích thích tình dục, ham muốn đáp ứng và hưng phấn xảy ra đồng thời, tăng cường lẫn nhau. Ham muốn tự phát và ham muốn đáp ứng có thể cùng tồn tại.

2.1.2. Giai đoạn hưng phấn

Giai đoạn này bắt đầu khi cơ thể đáp ứng lại các kích thích tình dục, bao gồm cảm giác chủ quan (hứng thú, phấn khích) và các thay đổi khách quan về giải phẫu, sinh lý tại cơ quan sinh dục và các cơ quan khác. Giai đoạn này có thể kéo dài từ vài phút đến vài giờ. Cơ thể nhạy cảm hơn với kích thích tình dục cả về thể chất và tinh thần, cho thấy đã sẵn sàng cho hoạt động tình dục. Có mối quan hệ mật thiết giữa ham muốn, hưng phấn tình dục với các thay đổi sinh lý tại cơ quan sinh dục.

Ở cả hai giới, nhịp tim, huyết áp và nhịp thở tăng lên. Máu dồn về cơ quan sinh dục và vùng chậu, trương lực cơ tăng dần. Các cơ quan sinh dục trở nên cực kỳ nhạy cảm với kích thích tình dục. Lúc này toàn bộ cơ thể, đặc biệt là đường sinh dục trở nên cực kỳ nhạy cảm với kích thích tình dục và cảm nhận cực khoái sắp xảy ra. Các đáp ứng sinh lý khác bao gồm núm vú co săn, vùng da ngực và cổ phồng đỏ. Nồng độ dopamin và epinephrin máu gia tăng, tác động lên hệ thần kinh giao cảm, giúp đảm bảo lưu lượng máu đến các khu vực quan trọng cho hoạt động tình dục như cơ, xương, cung cấp năng lượng cho các hành vi tình dục.

- Ở nam giới: Duy trì sự cương cứng dương vật.
- Ở nữ giới: Âm đạo tăng tiết dịch được xem như là đáp ứng hưng phấn khách quan quan trọng nhất, tạo điều kiện thuận lợi cho giao hợp. Âm vật phồng to, sau đó co rút lại dưới mũ âm vật. Âm đạo ở 1/3 ngoài co giãn, hình thành "nền cực khoái", nơi máu ứ tối đa và cực kỳ nhạy cảm. 2/3 trong của âm đạo phồng lên, rộng và dài thêm, tạo hiệu ứng "dựng lều", hỗ trợ chức năng tình dục.

2.1.3. Giai đoạn cực khoái

Giai đoạn cực khoái xảy ra khi ứ máu và tăng trương lực cơ đạt đỉnh điểm, được giải phóng đột ngột, mang lại cảm giác đỉnh điểm của khoái cảm tình dục. Hiện tượng này chỉ kéo dài vài giây.

Ở cả hai giới, nhịp tim, huyết áp và nhịp thở đạt mức tối đa. Các cơ vùng đáy chậu và cơ quan sinh dục co thắt nhịp nhàng không tự chủ. Cực khoái có thể

thay đổi về cường độ và chất lượng, phụ thuộc vào thời gian kích thích tình dục và nồng độ testosterone.

Ở nam giới, cực khoái bao gồm hai giai đoạn: cảm giác xuất tinh không cưỡng lại được và xuất tinh thực sự với các cơn co thắt của niệu đạo dương vật, cơ quanh niệu đạo, cơ ngồi hang và cơ hành xóp. Xuất tinh được kiểm soát bởi hệ thần kinh tự chủ. Trong giai đoạn giải phóng tinh dịch, cổ bàng quang đóng với mục đích ngăn tinh dịch trào ngược vào bàng quang, sau đó, phóng thích dịch tuyến tiền liệt vào niệu đạo tiền liệt tuyến chứa đầy acid phosphate, acid citric và kẽm (chiếm 10% thể tích tinh dịch xuất ra). Dịch túi tinh chứa fructose sẽ kiềm hóa phần tinh dịch cuối cùng (chiếm 75-80% thể tích tinh dịch). Các cơ quan liên quan đến quá trình xuất tinh nhận được tín hiệu dày đặc từ hệ thần kinh tự chủ từ đám rối thần kinh vùng chậu nằm sau phúc mạc ở hai bên trực tràng, phía bên và sau túi tinh, gồm cả thần kinh giao cảm và phó giao cảm. Trong đó, các tế bào thần kinh giao cảm đóng vai trò chủ yếu dựa vào sự chế tiết norepinephrine. Tổng xuất tinh dịch là sự giải phóng tinh dịch qua lỗ niệu đạo, xảy ra sau khi quá trình xuất tinh đạt đến cực điểm. Tinh dịch được đẩy ra ngoài thông qua các cơn co thắt nhịp nhàng của cơ vân vùng chậu, cơ hành hang và cơ ngồi hang. Trong suốt quá trình, cổ bàng quang vẫn đóng trong khi cơ thắt niệu đạo ngoài mở.

Ở nữ giới, 1/3 ngoài âm đạo co thắt nhịp nhàng, không tự chủ, xuất phát từ “nền cực khoái”, có thể nhất quán cùng âm vật, cơ thắt ngoài hậu môn và tử cung, từ 6 – 12 lần cách nhau khoảng 0,8 giây. Một số người phụ nữ khi đạt được cực khoái mạnh mẽ có thể có hiện tượng “xuất tinh nữ”, là một lượng nhỏ dịch tiết của tuyến Skene và các tuyến cạnh niệu đạo. Trong một chu kỳ hoạt động tình dục, cực khoái có thể xảy ra cùng lúc ở hai giới. Tuy nhiên, cực khoái ở phụ nữ thường chậm hơn, đáp ứng kéo dài hơn và có thể xảy ra nhiều lần hơn nếu duy trì kích thích tình dục hiệu quả.

2.1.4. Giai đoạn thư giãn

Sau cực khoái, cơ thể giải phóng prolactin và oxytocin, giúp thư giãn cơ

bấp và mang lại cảm giác thỏa mãn. Máu ú trở về tuần hoàn chung, các hiện tượng sinh lý dần trở về bình thường, cơ thể ở trạng thái muốn nghỉ ngơi, tận hưởng sự thỏa mãn tình dục và thân mật. Giai đoạn này thường kéo dài 5-10 phút, có thể lên đến 30 phút.

Ở cả hai giới, nhịp tim, huyết áp và nhịp thở trở lại mức bình thường. Cơ thể ở trạng thái thư thái, mệt mỏi và buồn ngủ. Khi mọi kích thích tình dục đã dừng lại, những căng thẳng liên quan tình dục được giải tỏa, không đáp ứng với kích thích tình dục, gọi là giai đoạn trơ. Phụ nữ có thể tái lập đáp ứng tình dục sớm hơn so với nam giới.

2.2. Sinh lý tình dục trong thai kỳ

2.2.1. Hành vi tình dục ở nữ giới trong thai kỳ

Hoạt động tình dục của thai phụ trong mỗi quý thay đổi dạng biểu đồ hình sin.

Trong 3 tháng đầu, ham muốn tình dục ở thai phụ suy giảm rõ rệt do các triệu chứng sinh lý như buồn ngủ, căng tức ngực, buồn nôn, hoặc nôn. Những lo ngại về sảy thai hay quan điểm quan hệ tình dục trong thai kỳ có thể gây tác hại cho thai nhi là những yếu tố cản trở. Trong khi đó, những thay đổi về giải phẫu và sinh lý trong giai đoạn này tạo một số thuận lợi cho việc giao hợp như gia tăng nồng độ của nội tiết tố, sự căng tròn và phát triển của tuyến vú gia tăng hấp dẫn với bạn tình.

Trong 3 tháng giữa thai kỳ, khi tâm lý và sinh lý đã ổn định hơn, có sự gia tăng rõ rệt về tần suất quan hệ tình dục ở đa số trường hợp. Trong giai đoạn này, estrogen được tăng sinh giúp tăng tiết dịch âm đạo và tăng lưu lượng tuần hoàn đến âm hộ, làm tăng sung huyết tại cơ quan sinh dục và bôi trơn thành âm đạo, có thể dẫn đến gia tăng sự kích thích, hưng phấn và khoái cảm tình dục. Bên cạnh đó, sự thích nghi với tình trạng mang thai và chấp nhận những thay đổi về ngoại hình khiến cho người phụ nữ cởi mở và sẵn sàng cho việc giao hợp hơn.

Vào ba tháng cuối thai kỳ, hoạt động tình dục giảm rõ rệt cả về tần suất và khả năng đạt cực khoái do lo sợ nhiễm trùng, vỡ ối hay sinh non. Hiện tượng co thắt tử cung sinh lý sau mỗi lần giao hợp càng làm nặng thêm tâm lý này mặc dù

đó không phải là cơn gò chuyển dạ. Người phụ nữ cũng cảm thấy kém hấp dẫn hơn, ngày càng mệt mỏi, phù nề và dễ chuột rút, dẫn tới thiếu ham muốn tình dục, giảm hưng phấn, giảm tiết dịch bôi trơn âm đạo, giảm sự hài lòng và khó đạt cực khoái khi quan hệ tình dục.

2.2.2. Hành vi tình dục ở nam giới khi người vợ mang thai

Khi người vợ mang thai, tần suất thủ dâm ở nam giới xảy ra được coi là giải pháp cho những căng thẳng tình dục. Tuy vậy, cần lưu ý rằng tỷ lệ nam giới không được thỏa mãn nhu cầu tình dục tăng lên đáng kể.

Trong quý hai thai kỳ, mặc dù nhu cầu giao hợp của phụ nữ gia tăng và sự khó chịu hay mệt mỏi do “ôm nghén” thuyên giảm là điều kiện thuận lợi cho quan hệ tình dục, song sự có mặt của thai nhi thông qua cảm nhận chuyển động của người mẹ có thể ảnh hưởng đến cảm xúc nam giới, làm giảm khoái cảm tình dục.

ẢNH HƯỞNG CỦA TÌNH DỤC ĐẾN SỨC KHỎE

1. Đại cương

Sức khỏe tình dục ảnh hưởng sâu rộng đến sức khỏe toàn diện và chất lượng cuộc sống, trải dài suốt cuộc đời con người, chịu tác động từ nhiều khía cạnh văn hóa - xã hội - kinh tế và phản ánh chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

2. Ảnh hưởng của sức khỏe tình dục đến cá nhân

2.1. Ảnh hưởng của tình dục đến sức khỏe thể chất

- Ngăn ngừa bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs): Tư vấn và hướng dẫn sử dụng các biện pháp bảo vệ như bao cao su để giảm nguy cơ mắc các bệnh như HIV, giang mai, lậu và chlamydia.

- Hỗ trợ sức khỏe sinh sản: Chăm sóc sức khỏe tình dục tốt giúp duy trì khả năng sinh sản và phòng ngừa các bệnh lý ảnh hưởng đến cơ quan sinh sản.

- Cải thiện nguy cơ mắc bệnh: Hoạt động tình dục điều độ có thể cải thiện hệ miễn dịch, thúc đẩy hoạt động của tế bào diệt tự nhiên và giảm nguy cơ mắc các bệnh tim mạch, bệnh mạch vành, ung thư tuyến tiền liệt ở nam giới và ung thư vú ở nữ giới.

2.2. Ảnh hưởng của tình dục đến sức khỏe tinh thần

- Quan hệ tình dục lành mạnh giúp giảm căng thẳng và cải thiện tâm trạng thông qua việc sản sinh hormone oxytocin và endorphin.

- Xây dựng mối quan hệ tình dục an toàn và hài hòa, giúp nâng cao lòng tự trọng và sự tự tin của cá nhân.

- Tư vấn các vấn đề về tình dục hỗ trợ bệnh nhân đối mặt với các vấn đề như trầm cảm hoặc lo âu liên quan đến rối loạn chức năng tình dục.

3. Ảnh hưởng của sức khỏe tình dục đến cộng đồng

3.1. Sức khỏe tình dục quan trọng xuyên suốt cuộc đời con người

- Tình dục là mối quan tâm suốt đời, đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì sức khỏe tổng thể, hạnh phúc và mối quan hệ của con người.

- Nhu cầu về sức khỏe tình dục của nhóm người lớn tuổi chưa được đáp

ứng đầy đủ. Cần có những chính sách, chương trình đào tạo, chăm sóc sức khỏe tình dục sớm hơn với cách tiếp cận phù hợp mọi lứa tuổi

- Bằng chứng về hiệu quả của các biện pháp can thiệp nhằm hỗ trợ sức khỏe tình dục ở nhóm người lớn tuổi chưa rõ ràng.

3.2. Sức khỏe tình dục là dấu hiệu của sự công bằng trong cộng đồng

- Sức khỏe tình dục là một trong những tiêu chí đánh giá chất lượng sức khỏe dân số, nhằm xem xét các vấn đề bất bình đẳng về tình dục và những biểu hiện tình dục trong cộng đồng, bao gồm sự phân biệt đối xử về chủng tộc, dân tộc, tình trạng định cư, lạm dụng tình dục, các hành vi bạo lực tình dục liên quan đến giới tính, bản dạng giới, tình trạng mắc bệnh lý lây truyền qua đường tình dục và HIV trong bối cảnh của nền văn hóa – xã hội.

- Tiếp cận và thực hành chăm sóc sức khỏe tình dục góp phần tìm ra những vấn đề quan trọng xuyên suốt các thời kỳ phát triển kinh tế – xã hội – văn hóa, phát hiện kịp thời và giải quyết những nhu cầu cấp thiết của nhóm dân cư chịu ảnh hưởng của sự bất bình đẳng về sức khỏe tình dục và phù hợp với bối cảnh nền văn hóa.

3.3. Sức khỏe tình dục là một tiêu chí quan trọng đánh giá chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tổng thể

Đánh giá tình trạng sức khỏe tình dục mang lại những đóng góp tích cực trong các cuộc điều tra dân số, cung cấp dữ liệu quan trọng, bổ sung thêm phương hướng mới trong chính sách chăm sóc sức khỏe cộng đồng, liên kết với thực hành y tế công cộng để giải quyết các vấn đề cốt lõi liên quan đến sức khỏe tình dục mà trải rộng hơn là những vấn đề liên quan đến sức khỏe sinh sản.

3.4. Chăm sóc sức khỏe tình dục là nắm bắt xu hướng phát triển xã hội

- Liệu pháp kết hợp chăm sóc sức khỏe tình dục trong y học được công nhận về hiệu quả cải thiện tình trạng sức khỏe tổng thể.

- Mục tiêu của những can thiệp y học đều một phần hàm chứa nội dung về cải thiện sức khỏe tình dục.

- Theo dõi các vấn đề về sức khỏe tình dục là một phần thiết yếu trong

chiến lược chăm sóc sức khỏe dân số quốc gia.

3.5. Sức khỏe tình dục mang tính đạo đức, hình thái và thực tế của sức khỏe cộng đồng

- Theo dõi, giám sát và phòng ngừa các vấn đề về sức khỏe tình dục cho mỗi cá nhân và cộng đồng là cần thiết, nên được thực hiện một cách riêng tư và bảo mật thông tin.

- Mỗi địa phương cần có các chương trình hành động vì sức khỏe tình dục, tập trung nguồn lực vào các nhóm dân số có nhu cầu cao, kết hợp với các tổ chức y tế công cộng nhằm tạo dựng lòng tin và khuyến khích tham gia đầy đủ trong khi vẫn đảm bảo quyền riêng tư.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE TÌNH DỤC

1. Đại cương

Tình dục là một quá trình sinh lý phức tạp và đa chiều, là phần quan trọng của chất lượng cuộc sống. Việc duy trì chức năng tình dục bình thường phụ thuộc vào sự phối hợp của nhiều hệ thống trên cơ thể, bao gồm hệ thần kinh, tim mạch, nội tiết và sinh sản. Khi một trong các cơ quan bị ảnh hưởng hoặc các yếu tố tâm lý - xã hội thay đổi có thể tác động tiêu cực đến chất lượng đời sống tình dục.

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tình dục

2.1. Yếu tố sinh lý

2.1.1. Tuổi – Lão hóa

Rối loạn chức năng tình dục có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, từ trẻ tới già, liên quan đến nhiều yếu tố và có sự khác biệt trong từng giai đoạn của cuộc đời.

- Ở phụ nữ trẻ tuổi, đau khi giao hợp là dạng rối loạn chức năng tình dục thường gặp. Rối loạn tình dục ở người trẻ có thể liên quan đến sự lo lắng vì thiếu kinh nghiệm trong quan hệ tình dục và áp lực từ công việc, con cái, gia đình, cuộc sống mới sau hôn nhân.

- Ở độ tuổi trung niên (40-45), phụ nữ bắt đầu xuất hiện các rối loạn về tình dục như không có khoái cảm thứ phát do nguyên nhân khách quan, đau hay khó đạt cực khoái khi quan hệ tình dục.

- Sau 45 tuổi, rối loạn tiền mãn kinh ở phụ nữ thường bắt đầu xảy ra với các biểu hiện khác nhau như: bốc hỏa, rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, lo lắng, âm đạo khô và đau, dễ nhiễm trùng và ngứa... càng làm trầm trọng thêm tình trạng đau rát khi giao hợp. Đàn ông từ 45 tuổi trở lên cũng bắt đầu có xu hướng giảm ham muốn tình dục do suy giảm nồng độ testosterone và những thay đổi về thể chất, sinh lý, tâm lý, lối sống và bạn tình.

Ở cả hai giới, quá trình lão hóa đi kèm với sự gia tăng nguy cơ các bệnh lý toàn thân như đái tháo đường, tăng huyết áp, hội chứng chuyển hóa, bệnh lý tim mạch và một số bệnh lý tại cơ quan sinh, góp phần hình thành các rối loạn chức năng tình dục. Người lớn tuổi với tâm lý an phận khiến họ xem những biểu

hiện suy giảm chức năng tình dục là điều đương nhiên. Đồng thời, các cặp vợ chồng trong độ tuổi này thường cảm thấy thoải mái hơn nhờ kinh tế ổn định, không còn nỗi lo thai nghén, con cái đã lớn và có nhiều thời gian bên cạnh bạn đời của mình.

2.1.2. Mang thai và sinh sản

Trong thai kỳ, đặc điểm cơ thể và nội tiết tố có nhiều thay đổi sinh lý. Ham muốn tình dục đôi khi gia tăng ở giai đoạn giữa của thai kỳ và có thể suy giảm ở những giai đoạn khác. Tâm lý lo sợ quan hệ tình dục có thể ảnh hưởng đến thai nhi hoặc do con hiếm muộn là rào cản cho những hành vi tình dục trong thai kỳ. Trừ một số trường hợp bệnh lý như ra máu âm đạo, rỉ ối, nhiễm trùng phụ khoa, đau bụng, cơn gò tử cung, quan hệ tình dục nhẹ nhàng trong thai kỳ vẫn được khuyến khích bởi những tác động tích cực mà tình dục mang lại bao gồm cân bằng nội tiết tố, thỏa mãn nhu cầu tình dục của hai vợ chồng và gìn giữ hạnh phúc gia đình.

Ở giai đoạn sau sinh, lần quan hệ tình dục đầu tiên đánh dấu cảm xúc cho các cặp vợ chồng. Đau khi giao hợp thường xuyên xảy ra trong lần quan hệ này, bên cạnh đó là một số dạng rối loạn chức năng tình dục như suy giảm ham muốn tình dục, khô âm đạo và rối loạn cực khoái. Tỷ lệ phụ nữ mắc các vấn đề về tình dục sau sinh cao hơn so với trong giai đoạn thai kỳ. Sự thay đổi giải phẫu và chức năng cơ sàn chậu, vết cắt tầng sinh môn có thể tác động trực tiếp hoặc gián tiếp đến chức năng tình dục. Số lần sinh đẻ, quá trình chăm sóc con cái và cho con bú có thể dẫn đến mệt mỏi và trầm cảm sau sinh, gây rối loạn chức năng tình dục.

2.2. Yếu tố bệnh lý

2.2.1. Bệnh lý mạn tính

Tình trạng và mức độ bệnh lý mạn tính khiến cho cơ thể mệt mỏi, tình dục có thể trở thành gánh nặng trong đời sống vợ chồng vì mong muốn làm hài lòng bạn tình của mình. Mức độ bệnh càng nặng, thời gian mắc bệnh càng kéo dài, khả năng xuất hiện các dạng rối loạn chức năng tình dục càng cao, phổ biến nhất

là suy giảm ham muốn tình dục.

Rối loạn chức năng tình dục là một biến chứng phổ biến trên bệnh nhân đái tháo đường, bệnh tim mạch (bao gồm xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, bệnh tim và đột quỵ), hội chứng chuyển hóa và bệnh thận mạn tính. Ở nữ giới, bệnh phụ khoa như lạc nội mạc tử cung, nhiễm khuẩn âm đạo mạn tính, di chứng phẫu thuật vùng âm đạo - tiểu khung gây dính, xơ hóa các cơ quan có thể dẫn tới khô âm đạo, gây đau rát, sưng đỏ cơ quan sinh dục và đau khi giao hợp, làm suy giảm ham muốn tình dục và đôi khi hình thành cảm giác lo sợ mỗi khi có kích thích tình dục từ bạn tình. Một số bệnh lý làm tăng yếu tố làm dễ cho tình trạng nhiễm trùng sinh dục như suy giáp, cường giáp, hội chứng Cushing gây thương tổn thần kinh.

2.2.2. Ung thư

Ung thư tại cơ quan sinh dục liên quan đến tổn thương chức năng tình dục tạm thời hoặc vĩnh viễn, có thể do chính bệnh lý hoặc là biến chứng sau điều trị sau hóa trị, xạ trị hay sau phẫu thuật. Các phương pháp điều trị ung thư có thể gây ra rối loạn nội tiết tố, tổn thương thần kinh và mạch máu dương vật. Biến chứng toàn thân của bệnh lý bao gồm thiếu máu, chán ăn, teo cơ và tổn thương thần kinh cùng tâm lý sợ hãi, tuyệt vọng và lo lắng ảnh hưởng lớn đến chất lượng đời sống tình dục, gia tăng tỷ lệ mắc rối loạn chức năng tình dục.

2.2.3. Vô sinh

Rối loạn cương dương và xuất tinh sớm là những vấn đề thường gặp của cặp vợ chồng vô sinh. Quan hệ tình dục có thể mất đi cảm xúc hay cực khoái vì mục đích thụ thai, có thể gây ra những dạng rối loạn chức năng tình dục khác nhau. Rối loạn cương dương có liên quan đến nhiều yếu tố của vô sinh, bao gồm căng thẳng tâm lý, suy giảm lòng tự trọng do chất lượng tinh trùng thấp hoặc tình trạng vô tinh ở nam giới trẻ tuổi. Chức năng tình dục ở người đàn ông bị suy giảm nhiều hơn trong giai đoạn thụ thai của chu kỳ kinh nguyệt.

2.3. Yếu tố tâm lý

Rối loạn chức năng tình dục, căng thẳng mạn tính, lo âu và trầm cảm là

một vòng luẩn quẩn ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống nói chung. Từ góc độ sinh lý, căng thẳng mạn tính có thể gây gia tăng nồng độ cortisol, làm giảm nồng độ steroid sinh dục và androgen tuyến thượng thận, tạo điều kiện thuận lợi cho suy giảm ham muốn và hưng phấn tình dục. Từ quan điểm tâm lý học, căng thẳng có thể làm thay đổi trạng thái cảm xúc, nhận thức, khiến cá nhân không thể tập trung vào các kích thích tình dục khi giao hợp.

Lo âu và trầm cảm với cảm giác mệt mỏi, trầm uất, buồn bã vô cớ là nguyên nhân tâm lý hàng đầu gây rối loạn chức năng tình dục, chủ yếu làm giảm ham muốn tình dục. Các nhóm thuốc chống trầm cảm cũng có ảnh hưởng xấu đến đời sống tình dục của bệnh nhân ở các mức độ khác nhau. Nam giới nổi bật với triệu chứng khó cương dương vật, giảm ham muốn và khó xuất tinh, tương ứng với các triệu chứng giảm hoặc mất hoàn toàn ham muốn, khô âm đạo ở phụ nữ gây cảm giác đau rát và khó khăn khi quan hệ tình dục.

2.4. Sử dụng thuốc

Một số loại thuốc điều trị có thể làm suy giảm ham muốn tình dục, rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh hoặc xuất tinh ngược dòng. Việc xác định tác động cụ thể từng loại thuốc lên chức năng tình dục nhìn chung khá phức tạp do thực tế lâm sàng, bệnh nhân có thể sử dụng nhiều loại thuốc điều trị cùng lúc.

Bảng 1. Một số nhóm thuốc ảnh hưởng đến chức năng tình dục ở nam giới

Nhóm thuốc	Giảm ham muốn	Giảm hưng phấn	Rối loạn xuất tinh/cực khoái
Thuốc chống trầm cảm	Amitriptylin Clomipramine Fluoxetin Imipramine Paroxetin Phenelzine Sertralin	Amitriptylin Citalopram Clomipramine Doxepin Fluoxetin Imipramine Nortriptyline Paroxetin Phenelzine Sertralin Tranlylcypromin	Citalopram Clomipramine Doxepin Escitalopram Fluoxetin Fluvoxamine Imipramine Nortriptyline Paroxetin Sertralin Tranlylcypromin Venlafaxin

Thuốc hướng thần khác	Alprazolam Clopromazin Fluphenazin Haloperidol Liti Risperidone	Clopromazin Fluphenazin Liti Risperidone	Alprazolam Fluphenazin Haloperidol Risperidone
Thuốc tim mạch	Clonidine Digoxin Hydrochlorothiazide Metyldopa Spironolacton	Thuốc chẹn beta Clonidine Digoxin Hydrochlorothiazide Metyldopa Perhexilene Spironolacton	
Thuốc kháng sinh	Ketoconazol	Metronidazol	
Thuốc giảm đau, hạ sốt	Indometacin Phenylbutazone Phenacetin		
Thuốc kháng cholinergic	Atropina Anisodamine Probanthine		Trihexylphenidyl
Thuốc dị ứng			Cimetidin Ranitidin
Các loại thuốc khác	Cimetidin	Kháng histamine Cimetidin Cyproteron Disulfiram Propantheline Pseudoephedrine	Naproxen

2.5. Thói quen sinh hoạt

2.5.1. Hút thuốc lá

Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ độc lập của rối loạn cương dương và làm tăng nguy cơ ở nam giới mắc bệnh tim mạch, đái tháo đường và tăng huyết áp có triệu chứng của xơ vữa động mạch. Cai thuốc lá được xem là một trong những biện pháp thay đổi lối sống quan trọng giúp ngăn ngừa rối loạn cương dương.

2.5.2. Uống rượu bia

Uống rượu bia với một lượng vừa phải có thể làm tăng ham muốn tình

dục và cải thiện chức năng cương dương vì giảm lo lắng và gây giãn mạch. Tuy nhiên, nếu uống quá nhiều có thể ảnh hưởng đến tất cả các giai đoạn trong chu kỳ đáp ứng tình dục của con người. Chứng nghiện rượu bia mạn tính gây ra sự suy sinh dục và bệnh đa dây thần kinh, ảnh hưởng đường truyền tín hiệu thần kinh đến cơ quan sinh dục, gây rối loạn cương dương. Sau cai nghiện rượu, di chứng rối loạn chức năng tình dục vẫn tiếp tục tồn tại trong thời gian dài.

2.5.3. Tình trạng con cái ngủ chung với cha mẹ

Các cặp vợ chồng có con ngủ chung có khả năng làm tăng nguy cơ rối loạn tình dục cả hai vợ chồng vì quá trình quan hệ có thể bị gián đoạn do con chột khóc, tỉnh giấc hay diễn ra trong trạng thái lo lắng, bồn chồn, đột chấy giai đoạn vì sợ con bắt gặp. Bên cạnh đó, việc con cái ngủ chung tạo ra tâm lý e ngại, khiến việc quan hệ tình dục trở nên gấp gáp, không đạt được thỏa mãn như mong đợi.

2.6. Yếu tố văn hóa - xã hội

2.6.1. Trình độ học vấn

Vợ chồng có cùng trình độ học vấn có đời sống tình dục hạnh phúc hơn so với những cặp đôi có tay nghề và học vấn chênh lệch. Các cặp đôi là phụ nữ có trình độ học vấn thấp hơn có nguy cơ rối loạn chức năng tình dục cao hơn do thiếu kiến thức về sinh lý tình dục, nhận thức kém về các quyền tình dục, không dám tâm sự, bộc lộ với chồng/bạn tình về nhu cầu và cảm xúc của bản thân, gây ra mâu thuẫn trong mối quan hệ.

2.6.2. Nền văn hóa truyền thống

Trao đổi cởi mở về tình dục giữa hai vợ chồng có sự khác biệt giữa các nước. Đối với người Á Đông, truyền thống văn hóa lâu đời cùng với sự phân biệt giới tính trong xã hội và ảnh hưởng một phần bởi tôn giáo mà tình dục là một vấn đề khó đề cập. Phụ nữ Á Đông thường không dám tâm sự thẳng thắn với người chồng, gây ảnh hưởng đáng kể đến sự tận hưởng và thỏa mãn về đời sống tình dục.

2.7. Yếu tố môi trường

Việc tiếp xúc lâu dài với một số độc tố và hóa chất trong môi trường công việc như thuốc diệt cỏ, thuốc trừ sâu có thể ảnh hưởng tiêu cực lên chức năng tình dục và gây suy giảm ham muốn tình dục bằng con đường giảm nồng độ hormone sinh dục. Các chất hóa học gây phá huỷ cấu trúc của estrogen và androgen được biết đến bao gồm: bisphenol A, phthalates và organochlorine. Việc tiếp xúc lâu dài với một số kim loại nặng như chì, cadmium hay asen cũng có thể tác động tiêu cực đến chức năng tình dục.

2.8. Yếu tố bạn tình

Rối loạn cương dương và xuất tinh sớm ở nam giới liên quan chặt chẽ đến rối loạn chức năng tình dục ở nữ giới, chủ yếu là rối loạn giảm ham muốn và khoái cảm tình dục. Khả năng tình dục ở cả hai giới đồng thời đóng vai trò quan trọng trong sự hoà hợp về tình dục. Quan hệ tình dục giúp tình cảm của cặp vợ chồng khăng khít hơn và là cầu nối bền chặt của cuộc sống hôn nhân. Sự phối hợp nhịp nhàng của hai người có thể mang lại thỏa mãn trong quan hệ tình dục, tạo nên sự ổn định trong đời sống hàng ngày.

MỘT SỐ BIỆN PHÁP HỖ TRỢ SỨC KHỎE TÌNH DỤC

1. Đại cương

Việc thực hiện một số biện pháp nhằm hỗ trợ sức khỏe tình dục là một vấn đề quan trọng, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống và phát triển xã hội. Nhân viên y tế đóng vai trò trung tâm trong việc áp dụng và truyền tải những phương pháp này đến cộng đồng, tạo điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế dễ dàng, an toàn và hiệu quả.

2. Một số biện pháp hỗ trợ sức khỏe tình dục

2.1. Giáo dục hành vi

Các chương trình giáo dục hành vi tình dục chủ yếu đề cập đến các biện pháp phòng ngừa và cải thiện sức khỏe tình dục nhằm ứng phó với tình trạng nhiễm HIV/AIDS. Chương trình bao gồm các bước đánh giá kiến thức, nhận thức của cộng đồng về khả năng mắc HIV, mức độ nghiêm trọng và những hành vi tình dục có nguy cơ nhiễm HIV. Kiến thức truyền tải bao gồm định nghĩa về HIV/AIDS, đặc điểm bệnh lý, khả năng lây truyền, phương pháp phòng ngừa và các xét nghiệm chẩn đoán HIV. Một số hành vi tình dục nguy cơ bao gồm thói quen không sử dụng bao cao su và quan hệ tình dục với nhiều bạn tình.

2.2. Tiết thực, dinh dưỡng

Giảm cân dù bằng biện pháp thay đổi lối sống hay phẫu thuật giảm béo đều có thể cải thiện yếu tố sinh học, tâm lý và tình dục.

Chế độ ăn ít calo trong 2 tháng, giảm được 10% trọng lượng cơ thể có tác dụng tăng độ nhạy cảm insulin, tăng nồng độ testosterone huyết tương, cải thiện chức năng tình dục và gia tăng ham muốn tình dục ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc béo phì.

Chế độ ăn Địa Trung Hải bao gồm tiêu thụ các loại đậu, rau và trái cây, hạn chế thịt đỏ, các sản phẩm từ sữa, thực phẩm và đồ uống nhiều chất béo có tác dụng làm giảm nguy cơ rối loạn chức năng tình dục ở cả những trường hợp mắc hoặc không mắc bệnh lý mạn tính như đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa, xơ vữa động mạch.

2.3. Hoạt động thể chất

Hoạt động thể chất là một trong những hoạt động lành mạnh làm giảm nguy cơ mắc các bệnh mạn tính như đái tháo đường, tăng huyết áp hoặc rối loạn chức năng tình dục ở cả hai giới. Lối sống năng động làm gia tăng cơ hội kiểm soát đường máu.

Ở những đối tượng mắc rối loạn chức năng tình dục, đái tháo đường hoặc béo phì nghiêm trọng, hoạt động thể chất ở cường độ cao và vừa phải giúp bảo vệ chống lại rối loạn cương dương nhờ làm tăng sản xuất nitric oxit nội mô và làm giảm căng thẳng oxy hóa.

Luyện tập thể lực cũng có tác dụng có lợi đối với lòng tự trọng và sức khỏe tâm thần, hình ảnh cơ thể, tác động tích cực đến các vấn đề tâm lý liên quan đến chức năng tình dục.

2.4. Vật lý trị liệu cơ sàn chậu

Hướng dẫn thực hiện các bài tập cơ sàn chậu (PFMT) nên được đưa vào chương trình chăm sóc sức khỏe toàn diện cho cả nam và nữ, ở các giai đoạn khác nhau của cuộc đời. Mục tiêu là ngăn ngừa và kiểm soát các rối loạn chức năng sàn chậu (tiểu không kiểm soát, sa tạng chậu, rối loạn cương, rối loạn xuất tinh, đau vùng chậu mạn tính...) đồng thời cải thiện chức năng tình dục.

- Tập luyện cơ sàn chậu giúp:
 - + Tăng lưu lượng tuần hoàn vùng chậu, cải thiện nuôi dưỡng mô.
 - + Tăng cường độ đàn hồi, sức mạnh và khả năng kiểm soát cơ thắt hậu môn, niệu đạo, âm đạo/dương vật.
 - + Tăng đáp ứng cảm giác và khoái cảm tình dục, nhờ cải thiện sự co thắt nhịp nhàng và kiểm soát khi giao hợp.
 - + Hỗ trợ kiểm soát tiểu tiện, đại tiện và bảo vệ vùng sàn chậu trong các hoạt động hằng ngày (ho, hắt hơi, nâng vật nặng).
- Đối tượng khuyến khích tập luyện
 - + Phụ nữ: mọi lứa tuổi, đặc biệt khi mang thai, hậu sản, hoặc có yếu tố nguy cơ (gia đình có người bị rối loạn sàn chậu, sinh thường có can thiệp

forceps/hút chân không, chấn thương tầng sinh môn...).

+ Nam giới: sau phẫu thuật tuyến tiền liệt, sau chấn thương vùng chậu, hoặc khi có các triệu chứng rối loạn tiểu tiện – đại tiện – chức năng tình dục.

+ Người cao tuổi: duy trì chức năng sàn chậu, phòng ngừa tiểu són, sa tạng chậu và suy giảm chức năng tình dục.

- Nguyên tắc giám sát

Các chương trình luyện tập nên được thiết kế và theo dõi bởi chuyên gia vật lý trị liệu hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe có chuyên môn phù hợp.

- Mục tiêu giám sát:

+ Đánh giá khả năng co – giãn cơ sàn chậu đúng cách.

+ Cá thể hóa chương trình theo nhu cầu và tình trạng sức khỏe từng người.

+ Hướng dẫn kỹ thuật chính xác, phòng tránh đau hoặc khó chịu.

+ Khuyến khích duy trì tập luyện đều đặn để đạt hiệu quả lâu dài.

- Hướng dẫn tập luyện cơ bản

+ Siết chặt cơ sàn chậu: co cơ vòng hậu môn, niệu đạo và (ở nữ) âm đạo / (ở nam) gốc dương vật.

+ Tăng dần lực co hết mức có thể.

+ Giữ co 8 - 10 giây.

+ Thả lỏng từ từ 8 - 10 giây.

+ Lặp lại 8 lần.

+ Sau khi tập chậm, thực hiện 5 lần co - thả nhanh.

+ Chu trình: 8 lần chậm + 5 lần nhanh, lặp lại 3 lần/ngày.

+ Tập luyện hằng ngày, duy trì lâu dài.

2.5. Ứng dụng công nghệ

2.5.1. Giáo dục và nâng cao nhận thức

- Sử dụng các ứng dụng và nền tảng trực tuyến để cung cấp thông tin về sức khỏe tình dục, biện pháp phòng ngừa bệnh lây truyền qua đường tình dục và các kỹ năng giao tiếp trong mối quan hệ.

- Sử dụng công nghệ thực tế ảo – VR để đào tạo nhân viên y tế hoặc cung cấp giáo dục tình dục một cách an toàn và tương tác.

2.5.2. Tư vấn và hỗ trợ từ xa

- Các dịch vụ tư vấn trực tuyến như qua video, chat hoặc email giúp bệnh nhân dễ dàng tiếp cận hỗ trợ từ chuyên gia mà không cần đến trực tiếp cơ sở y tế.

- Sử dụng các ứng dụng di động để theo dõi sức khỏe tổng thể, sự thay đổi nội tiết tố và các chỉ số sức khỏe khác liên quan đến tình dục.

2.5.3. Chẩn đoán và điều trị

- Các thiết bị hỗ trợ kiểm tra tại nhà hoặc các công cụ theo dõi sức khỏe sinh sản và tình dục, giúp bệnh nhân tự quản lý sức khỏe một cách tiện lợi.

- Trí tuệ nhân tạo (AI) có thể hỗ trợ phân tích dữ liệu y tế để phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe tình dục, đồng thời kết hợp với công nghệ như: phản hồi sinh học (biofeedback), kích thích điện (EMS) và kích thích từ trường (electromagnetic stimulation), ... nhằm cá thể hóa điều trị, cải thiện phục hồi chức năng, nâng cao hiệu quả, độ an toàn và trải nghiệm của bệnh nhân.

2.5.4. Quản lý và nghiên cứu

- Quản lý hồ sơ y tế điện tử: Lưu trữ và quản lý dữ liệu sức khỏe tình dục của bệnh nhân một cách bảo mật và thuận tiện.

- Phân tích dữ liệu lớn (Big Data): Thu thập và phân tích dữ liệu để nghiên cứu xu hướng sức khỏe tình dục, từ đó đưa ra các chiến lược can thiệp hiệu quả.

PHẦN II

CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÌNH DỤC NAM

RỐI LOẠN GIẢM HAM MUỐN TÌNH DỤC Ở NAM GIỚI

1. Đại cương

Rối loạn giảm ham muốn tình dục (giảm ham muốn tình dục) hay còn gọi là hứng thú tình dục thấp (low sexual desire/interest – LSD/I) là một vấn đề thường gặp ở nam giới và gây ảnh hưởng tiêu cực tới chất lượng cuộc sống của họ. Mặc dù từ những năm 1970, người ta đã đưa ra khái niệm về ham muốn tình dục thấp nhưng cho tới nay vẫn chưa có một định nghĩa rõ ràng về vấn đề này.

Trên thực tế, ham muốn tình dục thay đổi lớn giữa các cá nhân khác nhau trong cộng đồng. Do vậy, việc đánh giá mức độ ham muốn tình dục của một người cần phải đặt trong mối quan hệ của từng cá nhân cụ thể. Trong một số trường hợp, ham muốn được cho là thấp ở người này nhưng lại có thể được đánh giá là cao ở một người khác.

Một vấn đề khó khăn khác khi đánh giá ham muốn tình dục ở nam giới đó là nam giới thường không cởi mở về các vấn đề tình dục. Vấn đề giảm ham muốn tình dục thường đi kèm với một trong các rối loạn chức năng tình dục khác như rối loạn cương dương (RLCD), xuất tinh sớm hay đau khi giao hợp,...

Cho tới nay, các nghiên cứu trong y văn thường tập trung vào các rối loạn chức năng tình dục và chỉ coi giảm ham muốn tình dục là một yếu tố nguy cơ của các rối loạn chức năng đó mà không coi đó là một rối loạn hoạt động tình dục.

Phân loại giảm ham muốn tình dục:

- Nguyên phát (lifelong): Những rối loạn này xuất hiện từ giai đoạn đầu của đời sống hoạt động tình dục.
- Mắc phải (acquired): Những rối loạn này bắt đầu sau 1 khoảng thời gian có chức năng tình dục bình thường.
- Có tính lan tỏa (Generalized): Không có một loại kích thích, tình huống

hoặc đối tác đặc thù hoặc cụ thể nào.

- Có tính tình huống (Situational): Chỉ xảy ra trong một số tình huống với một số loại kích thích, và đối tác đặc thù hoặc cụ thể nào đó.

2. Triệu chứng

2.1. Lâm sàng

- Biểu hiện và bệnh sử:

+ Người nam giới biểu hiện giảm hoặc mất ham muốn tình dục, không còn ý nghĩ, tưởng tượng hay sự hứng thú đối với hoạt động tình dục.

+ Không có nhu cầu đáp ứng với các kích thích tình dục (từ phía bạn tình hoặc tự bản thân), do đó không tìm kiếm hoặc chủ động tham gia các hoạt động tình dục để thỏa mãn nhu cầu.

+ Cần khai thác kỹ thời điểm khởi phát, diễn biến (thường xuyên hay từng đợt), hoàn cảnh và tình huống điển hình khi xuất hiện giảm ham muốn (ví dụ: với đối tác nào, trong môi trường nào).

- Tiền sử:

+ Bệnh lý tâm thần: trầm cảm, lo âu, rối loạn liên quan stress... thường là những yếu tố quan trọng dẫn đến giảm ham muốn.

+ Bệnh lý mạn tính: tim mạch, nội tiết, tiết niệu - sinh dục, thần kinh... đều có thể góp phần làm giảm ham muốn tình dục.

+ Thuốc điều trị: các thuốc ảnh hưởng đến hormon sinh dục hoặc hệ thần kinh trung ương như:

✓ Thuốc kháng androgen trong ung thư tuyến tiền liệt.

✓ Thuốc ức chế 5-alpha reductase trong tăng sản lành tính tuyến tiền liệt.

✓ Thuốc chống trầm cảm (đặc biệt nhóm ba vòng, SSRI).

+ Chất kích thích - gây nghiện: ma túy, cần sa, rượu bia... thường gặp ở người trẻ, nghề nghiệp không ổn định hoặc liên quan đến lĩnh vực dịch vụ - giải trí.

+ Mối quan hệ bạn tình: cần đánh giá chất lượng quan hệ đôi lứa, sự đồng thuận trong biểu hiện tình cảm, mức độ tin tưởng, khả năng chia sẻ thẳng thắn về vấn đề tình dục. Mâu thuẫn, nghi ngờ hay thiếu giao tiếp có thể

là yếu tố làm trầm trọng tình trạng giảm ham muốn.

2.2. Cận lâm sàng

Khi tiếp cận nam giới bị giảm ham muốn tình dục, xét nghiệm cận lâm sàng có vai trò quan trọng để loại trừ hoặc khẳng định nguyên nhân thực thể (nội tiết, chuyển hóa, bệnh mạn tính...). Tùy từng trường hợp, có thể triển khai theo các nhóm sau:

- Xét nghiệm nội tiết tố (cốt lõi): Testosterone, LH, FSH, Prolactin, Estrogen
- Xét nghiệm chuyển hóa và toàn thân: Đường huyết, HbA1C, mỡ máu, chức năng gan thận, tuyến giáp
- Các xét nghiệm chuyên biệt (khi cần): PSA; các marker viêm, nhiễm trùng (CRP, tổng phân tích nước tiểu); xét nghiệm HIV, viêm gan B,C (khi bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao); định lượng các chất gây nghiện,...
- Chẩn đoán hình ảnh (nếu chỉ định): siêu âm tinh hoàn - bìu, tuyến tiền liệt; MRI tuyến yên,...
- Các công cụ đánh giá hỗ trợ: bảng câu hỏi lâm sàng (IIEF, SHIM,...); đánh giá tâm lý (test trầm cảm, lo âu,...).

3. Chẩn đoán

Chẩn đoán giảm ham muốn tình dục ở nam giới là một chẩn đoán bao trùm, gồm hai phân nhóm chẩn đoán khác nhau: phân nhóm giảm ham muốn không có nguyên nhân thực tổn và phân nhóm giảm ham muốn có nguyên nhân thực tổn.

3.1. Giảm ham muốn tình dục không do nguyên nhân thực tổn

Theo ICD-10: F52.0; DSM-5: 302.71:

- Tiêu chuẩn A: Suy giảm hoặc không có ý nghĩ, tưởng tượng tình dục và/hoặc ham muốn hoạt động tình dục tái diễn, kéo dài. Mức độ suy giảm được thầy thuốc đánh giá, có cân nhắc yếu tố tuổi, văn hóa – xã hội, và bối cảnh sống.
- Tiêu chuẩn B: Các triệu chứng kéo dài ít nhất 6 tháng.
- Tiêu chuẩn C: Gây ảnh hưởng có ý nghĩa lâm sàng đến tâm lý cá nhân

hoặc mối quan hệ.

- Tiêu chuẩn D: Không giải thích tốt hơn bởi rối loạn tâm thần khác, sang chấn nặng, stress, tác dụng thuốc, chất gây nghiện hay bệnh lý mạn tính.

3.2. Giảm ham muốn tình dục có nguyên nhân thực thể

- Thỏa mãn tiêu chuẩn A - C của DSM-5.
- Không áp dụng tiêu chuẩn D (nghĩa là tìm thấy nguyên nhân thực thể như: suy giảm testosterone, tăng prolactin, bệnh lý mạn tính, rối loạn tâm thần liên quan đến tình dục, bệnh lý tiết niệu – sinh dục mạn tính,...).

4. Xử trí

4.1. Nguyên tắc chung

Cần trao đổi cởi mở với người bệnh và bạn tình để xây dựng kế hoạch điều trị đa phương thức, kết hợp giữa tâm lý trị liệu, thuốc (khi có chỉ định) và thay đổi lối sống. Mục tiêu là phục hồi ham muốn, cải thiện chất lượng quan hệ tình dục và tăng sự gắn kết đôi lứa.

4.2. Xử trí cụ thể

4.2.1. Tâm lý liệu pháp

Là nền tảng trong điều trị, áp dụng cho mọi trường hợp bất kể nguyên nhân. Các biện pháp bao gồm:

- Liệu pháp tâm lý cá nhân hoặc liệu pháp cặp đôi nhằm giảm xung đột quan hệ, giải tỏa căng thẳng và cải thiện giao tiếp.
- Liệu pháp tình dục để thay đổi hành vi, xây dựng lại hứng thú và thói quen tình dục lành mạnh.
- Các phương pháp thư giãn, giảm lo âu, điều chỉnh suy nghĩ tiêu cực.

Hiệu quả của tâm lý liệu pháp thường xuất hiện sớm, duy trì lâu dài và an toàn vì không có tác dụng phụ.

4.2.2. Điều trị bằng thuốc

- Thuốc tăng ham muốn tình dục: Các chất như apomorphine, yohimbine từng được nghiên cứu nhưng chưa chứng minh hiệu quả rõ rệt, hiện không khuyến cáo sử dụng.

- Điều trị nội tiết:

+ Giảm testosterone → chỉ định bổ sung testosterone khi có thiếu hụt rõ ràng trên lâm sàng và xét nghiệm.

+ Tăng prolactin → dùng thuốc đồng vận dopamin (như cabergoline) để điều chỉnh.

+ Suy giáp → điều trị thay thế bằng levothyroxine.

- Thuốc ức chế PDE5 (sildenafil, tadalafil, vardenafil...): không trực tiếp cải thiện ham muốn nhưng có thể nâng cao sự thỏa mãn tình dục ở người kèm rối loạn cương.

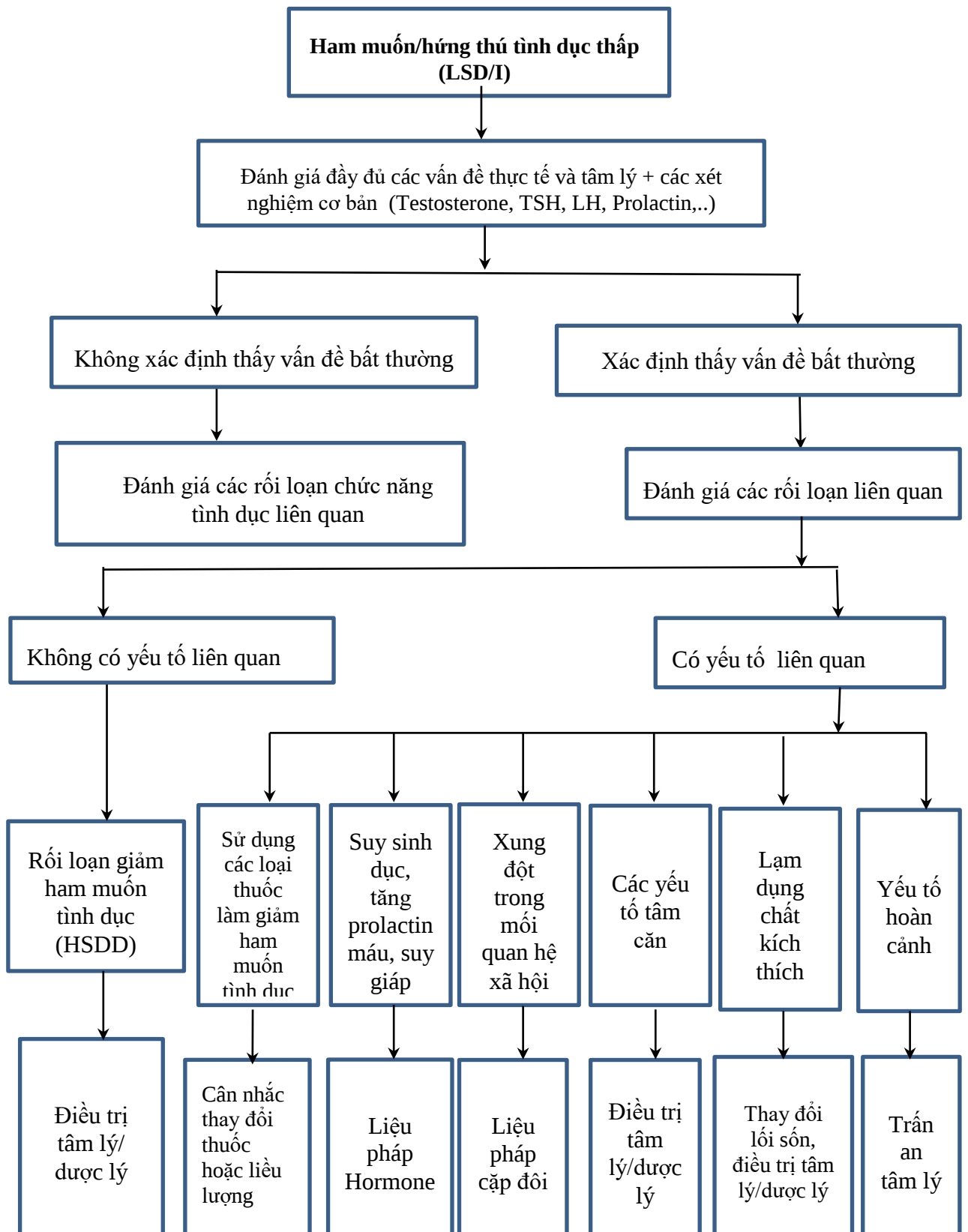
- Thuốc chống trầm cảm: Bupropion (NDRI) là lựa chọn ưu tiên khi bệnh nhân có trầm cảm hoặc rối loạn chức năng tình dục do SSRI. Một số nghiên cứu cho thấy bupropion cải thiện ham muốn so với giả dược, nhưng chưa đủ bằng chứng để dùng thường quy ở nam giới khỏe mạnh không có bệnh kèm theo.

4.2.3. Thay đổi lối sống

Khuyến khích người nam giới và bạn tình:

- Duy trì luyện tập thể lực đều đặn.
- Ngưng thuốc lá, rượu bia và các chất kích thích.
- Cải thiện mối quan hệ tình cảm, tăng sự chia sẻ và giao tiếp.
- Làm mới đời sống tình dục bằng các hoạt động gắn kết, tăng màn dạo đầu và trải nghiệm tích cực.

Sơ đồ 1. Sơ đồ chẩn đoán và điều trị ham muốn/hứng thú tình dục thấp



5. Khuyến cáo

Khuyến cáo 1. Nên khai thác và sàng lọc tình trạng giảm ham muốn tình dục ở nam giới có than phiền về chức năng tình dục hoặc có yếu tố nguy cơ (bệnh mạn tính, dùng thuốc, rối loạn tâm thần). Việc đánh giá nên thông qua các câu hỏi về ham muốn, sở thích, suy nghĩ và tưởng tượng tình dục.

Khuyến cáo 2. Sau khi chẩn đoán giảm ham muốn tình dục ở nam giới, thầy thuốc cần tìm hiểu rõ nguyên nhân, bao gồm cả yếu tố sinh học (nội tiết, bệnh mạn tính, thuốc) và yếu tố tâm lý - xã hội.

Khuyến cáo 3. Khi giảm ham muốn tình dục đi kèm với các rối loạn hoạt động tình dục khác (ví dụ: rối loạn cương, rối loạn đau khi quan hệ), cần phối hợp điều trị đồng thời.

Khuyến cáo 4. Nguyên tắc điều trị: cá thể hóa theo nguyên nhân, bao gồm tư vấn – liệu pháp tâm lý, thay đổi lối sống (giảm stress, tập luyện, hạn chế rượu bia, thuốc lá), điều trị thuốc hoặc hormon thay thế khi có chỉ định.

RỐI LOẠN GIẢM TESTOSTERONE Ở NAM GIỚI

1. Đại cương

Suy giảm testosterone (hay còn gọi là Suy sinh dục nam - male hypogonadism) là một hội chứng lâm sàng và sinh học, được xác định khi có triệu chứng/dấu hiệu gợi ý suy androgen kèm theo nồng độ testosterone huyết thanh thấp được khẳng định lặp lại, do bất thường ở tinh hoàn hoặc trục hạ đồi - tuyến yên - tinh hoàn.

Nguyên nhân có thể chia thành:

- Tổn thương thực thể của trục dưới đồi - tuyến yên - tinh hoàn (organic hypogonadism):

- + Bẩm sinh: hội chứng Klinefelter, hội chứng Kallmann, bất sản tế bào Leydig...

- + Mắc phải: u tuyến yên, viêm tinh hoàn, xạ trị, hóa trị, chấn thương tinh hoàn.

- Suy sinh dục chức năng (functional hypogonadism):

- + Không do tổn thương cấu trúc trực tiếp của trục HPG mà do ức chế hoạt động chức năng.

- + Thường gặp trong các tình trạng: béo phì, hội chứng chuyển hóa, bệnh tim mạch, bệnh mạn tính, tăng prolactin máu (thường do thuốc hoặc microprolactinoma), hội chứng Cushing, nhiễm sắt huyết thanh, stress, sử dụng thuốc gây ức chế hormon sinh dục.

2. Triệu chứng

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Tiền sử

- Bệnh lý kèm theo: tiểu đường, béo phì, hội chứng chuyển hóa, suy giảm chức năng nhiều cơ quan, bệnh lý tuyến thượng thận, ung thư.

- Thuốc đang sử dụng: các thuốc điều trị ung thư tuyến thượng thận, ung thư tuyến tiền liệt, nhóm ức chế 5 α -reductase, cùng với việc lạm dụng chất gây nghiện (ma túy, cần sa...).

- Chế độ sống: dinh dưỡng không hợp lý, ít luyện tập thể thao, hút thuốc

lá, lạm dụng bia rượu.

2.1.2 Triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng

- Triệu chứng tình dục

- + Giảm ham muốn tình dục.
- + Giảm tần suất và chất lượng cương cứng tự nhiên.
- + Rối loạn cương dương.
- + Giảm tần suất quan hệ tình dục và thủ dâm.
- + Chậm xuất tinh hoặc khó xuất tinh.

- Triệu chứng toàn thân

- + Cảm giác giảm năng lượng sống.
- + Sức mạnh cơ bắp và khả năng hoạt động thể lực suy giảm.
- + Con nóng bừng, vã mồ hôi.
- + Mệt mỏi kéo dài.

- Triệu chứng tâm thần - thần kinh

- + Giảm động lực, giảm hứng thú với công việc và sinh hoạt.
- + Ức chế cảm xúc: khí sắc giảm, buồn chán, thất vọng, lo âu.
- + Giảm khả năng tập trung, tư duy kém mạch lạc.
- + Chậm chạp trong vận động và phản ứng.

- Các dấu hiệu lâm sàng

- + Giảm lông trên mặt và cơ thể.
- + Giảm thể tích tinh hoàn.
- + Tăng khối mỡ, đặc biệt là béo bụng, kèm giảm khối lượng cơ.
- + Loãng xương, giảm mật độ xương.
- + Thiếu máu.

2.1.3. Khám thực thể

- Đo chiều cao, cân nặng, chu vi vòng eo, tính chỉ số BMI.
- Thăm khám tuyến vú để phát hiện tình trạng vú to ở nam.
- Đánh giá các đặc tính sinh dục phụ thứ phát (hệ thống lông, giọng nói, khối cơ...).

- Đo kích thước dương vật, tinh hoàn.
- Thăm trực tràng để đánh giá tuyến tiền liệt (kích thước, mật độ, hình thái), nhằm loại trừ bệnh lý ác tính.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm testosterone

- Testosterone toàn phần (tT):
 - + Lấy máu buổi sáng lúc đói (7–11 giờ), vì nồng độ tT dao động theo nhịp ngày – đêm, giữa các ngày, và bị ảnh hưởng bởi đường huyết.
 - + Nên làm xét nghiệm ít nhất 2 lần vào hai ngày khác nhau.
- Testosterone tự do (fT/cfT):
 - + Chỉ định khi có bất thường SHBG hoặc tT nằm trong vùng ranh giới (8–12 nmol/L), đặc biệt khi nghi ngờ có suy sinh dục trên lâm sàng.

2.2.2 Các xét nghiệm hormone tuyến yên

LH, FSH nên chỉ định ở tất cả người bệnh để phân biệt giữa suy giảm testosterone nguyên phát và thứ phát.

2.2.3 Xét nghiệm Prolactin máu

- Chỉ định khi:
 - + Testosterone < 6 nmol/L, hoặc
 - + Có triệu chứng gợi ý u tuyến yên (đau đầu, nhìn mờ).
- Giúp phát hiện tình trạng tăng prolactin do u tuyến yên hoặc suy tuyến yên.

2.2.4 Xét nghiệm sinh hóa máu và PSA

- Làm các xét nghiệm sinh hóa cơ bản để đánh giá sức khỏe tổng quát.
- PSA toàn phần (tPSA): nhằm sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt trước khi điều trị testosterone:
 - + Bình thường < 4 ng/mL.
 - + Nếu 4–10 ng/mL: làm thêm PSA tự do (fPSA), tính tỉ lệ fPSA/tPSA.
 - + Chỉ định khám chuyên khoa tiết niệu khi: tPSA > 10 ng/mL hoặc fPSA/tPSA < 15%.

2.2.5 Siêu âm

- Siêu âm tinh hoàn: đánh giá cấu trúc và bệnh lý tại tinh hoàn.
- Siêu âm tuyến tiền liệt: loại trừ u ác tính tuyến tiền liệt trước khi bắt đầu điều trị testosterone.

2.2.6 Chụp MRI sọ não và tuyến yên

Chụp MRI được chỉ định cho những người có suy giảm testosterone trong các trường hợp sau đây:

- Mức độ suy giảm tT < 6 nmol/L
- Tăng Prolactin máu
- Có phối hợp với các triệu chứng của hội chứng chèn ép sọ não: Đau đầu, rối loạn thị giác, mất ngủ, nôn hay buồn nôn, ngất,...

3. Chẩn đoán

Chẩn đoán suy giảm testosterone được xác định khi có sự hiện diện của các triệu chứng và/hoặc dấu hiệu lâm sàng gợi ý suy sinh dục, kết hợp với nồng độ testosterone huyết thanh toàn phần buổi sáng thấp, được khẳng định ít nhất hai lần trong điều kiện ổn định (không có bệnh cấp tính hoặc stress cấp tính).

- Testosterone toàn phần (tT):
 - + Ngưỡng chẩn đoán:
 - tT < 8 nmol/L: xác định suy giảm testosterone.
 - tT = 8–12 nmol/L: vùng nghi ngờ, cần kết hợp đánh giá lâm sàng hoặc đo testosterone tự do (fT).

- tT > 12 nmol/L: không suy giảm testosterone.

- Testosterone tự do (fT/cfT):

- + Ngưỡng chẩn đoán:

- cfT < 220 pmol/L (dao động 170–240 pmol/L), hoặc
- fT < 6,3 ng/dL (dao động 5,0–7,0 ng/dL).

4. Xử trí

4.1. Nguyên tắc chung

- Thay đổi lối sống và loại bỏ yếu tố nguy cơ: Ăn uống cân đối, bỏ thuốc lá, hạn chế rượu bia, tăng cường vận động, giảm cân và duy trì cân nặng hợp lý

ở nam giới thừa cân/béo phì. Đây là bước quan trọng trước khi cân nhắc điều trị thay thế.

- Điều trị bệnh lý nền: Kiểm soát tốt các bệnh đi kèm (tiểu đường, béo phì, rối loạn chuyển hóa...) có thể giúp cải thiện và phục hồi testosterone mà không cần can thiệp hormone.

- Điều trị thay thế testosterone: Khi có các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng suy giảm testosterone rõ ràng và không có chống chỉ định, mục tiêu là đưa testosterone về mức sinh lý ($tT > 14 \text{ nmol/L}$), cải thiện chất lượng sống, chức năng tình dục, sức cơ và mật độ xương.

4.2. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định điều trị thay thế testosterone:
 - + Nam giới chẩn đoán suy giảm testosterone, không có chống chỉ định.
 - + Bệnh nhân không còn nhu cầu sinh sản.
 - + Có kèm hội chứng chuyển hóa, béo phì hoặc loãng xương.
- Chống chỉ định tuyệt đối:
 - + Ung thư tuyến tiền liệt hoặc ung thư vú đang tiến triển.
- + Bệnh tim mạch cấp tính (nhồi máu cơ tim, đột quy) hoặc suy tim nặng (NYHA III–IV).
 - + Triệu chứng đường tiết niệu dưới nặng (IPSS > 19).
 - + Hematocrit $\geq 54\%$.
 - + Dị ứng với thành phần chế phẩm testosterone.
- Chống chỉ định tương đối:
 - + Tiền sử cá nhân hoặc gia đình có huyết khối tĩnh mạch sâu (VTE) hoặc yếu tố nguy cơ huyết khối (cần loại trừ rối loạn đông máu).
 - + Hematocrit 48–54%.
 - + PSA bất thường ($PSA > 4 \text{ ng/mL}$, hoặc $> 3 \text{ ng/mL}$ ở nhóm nguy cơ cao).
 - + Nam giới đang mong muốn sinh con.

4.3. Các dạng testosterone thay thế

- Tiêm bắp (enanthate, cypionate, undecanoate): hiệu quả, chi phí thấp, nhưng nồng độ dao động, phải tiêm định kỳ.
- Qua da (gel, miếng dán, kem): duy trì nồng độ ổn định, dễ sử dụng, song

cần dùng hàng ngày và tránh tiếp xúc da với người khác.

- Đường uống, cấy dưới da: ít dùng; đường uống hấp thu không ổn định; cấy dưới da tác dụng kéo dài 3–6 tháng nhưng cần thủ thuật nhỏ.

Việc lựa chọn chế phẩm cần cá thể hóa theo nhu cầu, khả năng tuân thủ và điều kiện kinh tế của người bệnh.

4.4. Theo dõi điều trị

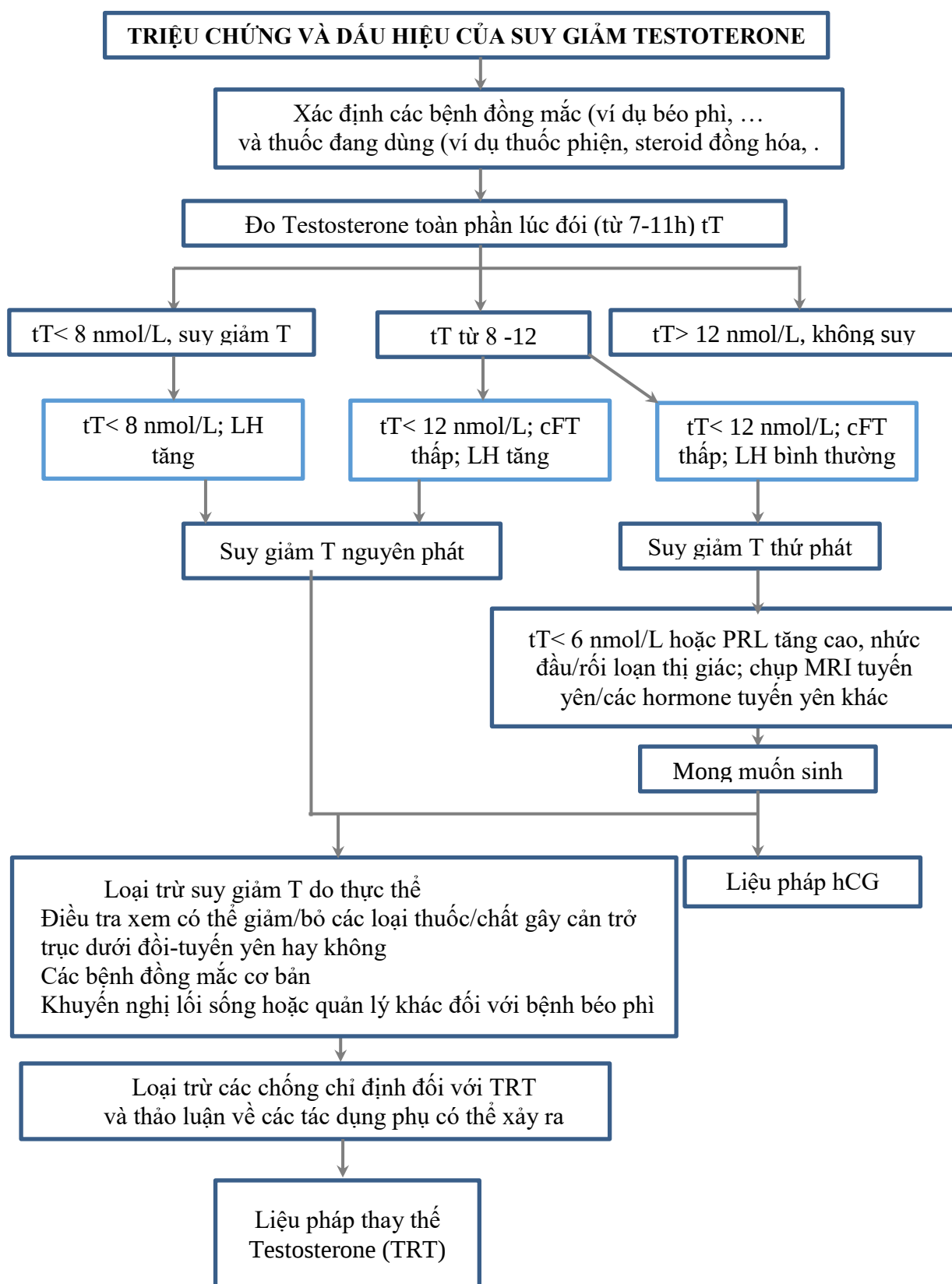
- Testosterone máu: kiểm tra sau 2 - 3 tháng, sau đó định kỳ - 12 tháng khi đã ổn định.

- Loãng xương: đo mật độ xương sau 2 năm; nếu hồi phục bình thường có thể dừng điều trị.

- PSA: theo dõi sau 3 tháng, 1 năm và định kỳ sau đó. Đánh giá thêm khi có khối bất thường tuyến tiền liệt hoặc PSA tăng $> 1,4$ ng/mL/năm hay vượt 4 ng/mL.

- Công thức máu: kiểm tra sau 3 - 6 tháng, rồi định kỳ hàng năm. Nếu hematocrit $\geq 54\%$, phải ngừng điều trị, theo dõi lại sau 2 tháng; nếu trở về bình thường mới cân nhắc điều trị lại.

Sơ đồ 2. Chẩn đoán và điều trị suy giảm testosterone



5. Khuyến cáo

- Chỉ sử dụng testosterone thay thế cho nam giới suy sinh dục có triệu

chứng lâm sàng rõ ràng kèm xét nghiệm testosterone thấp. (Mức độ mạnh)

- Có thể phối hợp testosterone thay thế với thuốc ức chế PDE5i ở bệnh nhân suy sinh dục có rối loạn cương dương không đáp ứng đơn độc với PDE5i. (Mức độ vừa)

- Không sử dụng testosterone thay thế ở nam giới có testosterone bình thường và chức năng tình dục bình thường. (Mức độ mạnh)

- Không khuyến cáo dùng testosterone thay thế với mục đích cải thiện thành phần cơ thể, giảm cân, hoặc cải thiện các yếu tố tim mạch – chuyển hóa ở nam giới không có suy sinh dục. (Mức độ yếu)

- Không sử dụng testosterone thay thế như liệu pháp tăng cường nhận thức, tăng sức mạnh thể lực, hoặc “chống lão hóa” cho nam trung niên và lớn tuổi. (Mức độ mạnh).

RỐI LOẠN CƯỜNG DƯƠNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Rối loạn cương dương (RLCD) được định nghĩa là tình trạng kéo dài, tái diễn, không có khả năng đạt được và duy trì sự cương dương của dương vật đủ để thực hiện hoạt động tình dục một cách thỏa mãn (Theo Hội Tiết niệu Châu Âu - EAU, 2025).

1.2. Nguyên Nhân

Rối loạn cương dương là tình trạng đa yếu tố. Nguyên nhân có thể đơn độc hoặc phối hợp, trong đó có 9 nhóm nguyên nhân chính gây rối loạn cương dương:

1.2.1. Nguyên nhân mạch máu – chuyển hóa

- Tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành.
- Đái tháo đường và biến chứng mạch máu do đái tháo đường.
- Rối loạn lipid máu, hội chứng chuyển hóa, béo phì.
- Yếu tố nguy cơ: hút thuốc lá, ít vận động, lối sống không lành mạnh.
- Tổn thương mạch máu sau phẫu thuật vùng chậu (cắt tuyến tiền liệt, cắt bàng quang) hoặc sau xạ trị.

1.2.2. Nguyên nhân nội tiết

- Suy sinh dục (giảm testosterone).
- Tăng prolactin máu.
- Bệnh tuyến giáp (cường giáp hoặc suy giáp).
- Bệnh lý tuyến yên (u tuyến yên, suy tuyến yên).
- Hội chứng Cushing, bệnh Addison, các rối loạn hormon khác.

1.2.3. Nguyên nhân thần kinh

- Chấn thương tủy sống, đa xơ cứng (MS).
- Bệnh Parkinson, Alzheimer.
- Đột quỵ, u não, tổn thương thần kinh trung ương.
- Tổn thương thần kinh ngoại biên sau phẫu thuật vùng chậu hoặc tiểu khung.

1.2.4. Nguyên nhân tâm lý

- Stress, lo âu, trầm cảm.
- Giảm hứng thú tình dục, mâu thuẫn – xung đột với bạn tình.
- Chấn thương tâm lý, thiếu tự tin, rối loạn tâm thần liên quan đến tình dục.

1.2.5. Nguyên nhân do bệnh lý mạn tính toàn thân

- Suy thận, suy gan, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).
- Thiếu máu mạn tính, rối loạn vận mạch.
- Hội chứng ngưng thở khi ngủ.
- Bệnh ác tính giai đoạn tiên triển.

1.2.6. Nguyên nhân cấu trúc dương vật

- Bệnh Peyronie (xơ cứng vật hang, cong dương vật mắc phải).
- Di chứng chấn thương dương vật.
- Dị tật bẩm sinh (hiếm gặp).

1.2.7. Nguyên nhân do thuốc và chất

- Thuốc hạ huyết áp (beta-blocker, lợi tiểu thiazid).
- Thuốc chống trầm cảm (SSRI, TCA), thuốc chống loạn thần.
- Thuốc kháng androgen, một số thuốc hóa trị.
- Rượu, thuốc lá, cần sa, ma túy (cocaine, heroin).

1.2.8. Nguyên nhân do can thiệp y khoa

- Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc, phẫu thuật trực tràng, bàng quang.
- Xạ trị vùng chậu.
- Một số can thiệp mạch máu vùng chậu.

1.2.9. Nguyên nhân hỗn hợp

Thường gặp nhất trên lâm sàng: ví dụ nam trung niên bị đái tháo đường (mạch máu - chuyển hóa), đang dùng thuốc chống trầm cảm (thuốc), đồng thời có stress tâm lý.

2. Triệu chứng

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng chủ quan

Bệnh nhân thường đến khám với một hoặc nhiều biểu hiện:

- Dương vật không cương khi có ham muốn tình dục.
- Đang cương nhưng nhanh chóng xìu khi chuẩn bị hoặc đang quan hệ.
- Thời gian cương ngắn, chưa kịp giao hợp đã xìu.
- Có thể cương tự nhiên khi ngủ hoặc sáng sớm, nhưng không cương được khi cần quan hệ.
- Giảm ham muốn tình dục, giảm hưng phấn, xuất tinh khó hoặc giảm cực khoái.

2.1.2. Khai thác bệnh sử chi tiết

- Mức độ rối loạn cương: nhẹ, vừa hay nặng; khả năng duy trì cương bao lâu.
- Thời điểm khởi phát: đột ngột hay từ từ, kéo dài bao lâu, xuất hiện trong hoàn cảnh nào.
- Yếu tố liên quan:
 - + Thuốc đang dùng (hạ áp, chống trầm cảm, kháng androgen...).
 - + Thói quen sử dụng rượu, thuốc lá, ma túy.
 - + Tiền sử bệnh mạn tính: tim mạch, tiểu đường, rối loạn chuyển hóa, suy thận, suy gan...
 - + Tiền sử phẫu thuật, chấn thương vùng tiểu khung, cột sống, tuyến tiền liệt, xạ trị, hóa chất.
- Tình trạng tâm lý và quan hệ: stress, trầm cảm, xung đột vợ chồng, thiếu sự hài lòng tình dục.

2.1.3. Khám lâm sàng định hướng

- Khám cơ quan sinh dục: hình thể dương vật, cong vẹo, dị tật lỗ tiểu, mảng xơ vật hang; bìu - tinh hoàn (vị trí, kích thước, giãn tĩnh mạch tinh),...
- Khám tầng sinh môn: khối bất thường, viêm loét, sẹo; phản xạ hành hang, phản xạ da bìu,...
- Khám toàn thân: BMI, vòng eo, huyết áp, tim mạch ngoại biên, dấu hiệu

suy sinh dục (rụng lông, teo cơ, vú to); bệnh toàn thân mạn tính (suy gan, suy thận,...).

- Khám thần kinh: di chứng chấn thương sọ não, tủy sống, phẫu thuật thần kinh.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm thường quy: Đường huyết lúc đói, HbA1c; Lipid máu; Chức năng gan, thận; Công thức máu; Nước tiểu.

- Xét nghiệm nội tiết: Testosterone, LH, FSH, Prolactin, TSH, FT4, Cortisol, estradiol.

- Thăm dò hình ảnh – chức năng: Siêu âm Doppler dương vật, Siêu âm bìu - tinh hoàn, Siêu âm tuyến tiền liệt, bàng quang; MRI hoặc CT sọ não – tuyến yên.

- Đánh giá tim mạch - toàn thân: Điện tim, siêu âm tim

- Đánh giá chuyên biệt về chức năng cương: NPT test (Nocturnal Penile Tumescence test - test đo khả năng cương dương vật ban đêm) hoặc thiết bị RigiScan; đo huyết động vật hang, chụp vật hang có thuốc cản quang (ít dùng).

3. Chẩn đoán

3.1. Các thang điểm đánh giá mức độ rối loạn cương dương

- IIEF (International Index of Erectile Function): bảng điểm quốc tế về chức năng cương dương vật gồm 15 câu hỏi (phụ lục 1), được tính như sau:

Tổng điểm:

Lĩnh vực	Câu hỏi	Tổng số điểm	
Chức năng cương dương vật	1,2,3,4,5,15	1 - 30	
Thỏa mãn giao hợp	6,7,8	0 - 15	
Tột đỉnh khoái cảm	9,10	0 - 10	
Ham muốn tình dục	11,12	2 - 10	
Thỏa mãn toàn diện	13,14	2 - 10	

Đánh giá chung trong toàn bộ 15 câu hỏi mức độ rối loạn cương dương được phân loại như sau:

- ✓ 6-20 điểm: Mức độ nặng
- ✓ 21-30 điểm: Mức độ trung bình
- ✓ 31-59 điểm: Mức độ nhẹ
- ✓ 60 – 75 điểm: Không có rối loạn cương dương

Bảng đánh giá sức khỏe tình dục dành cho nam giới SHIM/IIEF

+ SHIM: The Sexual Health Inventory For Men

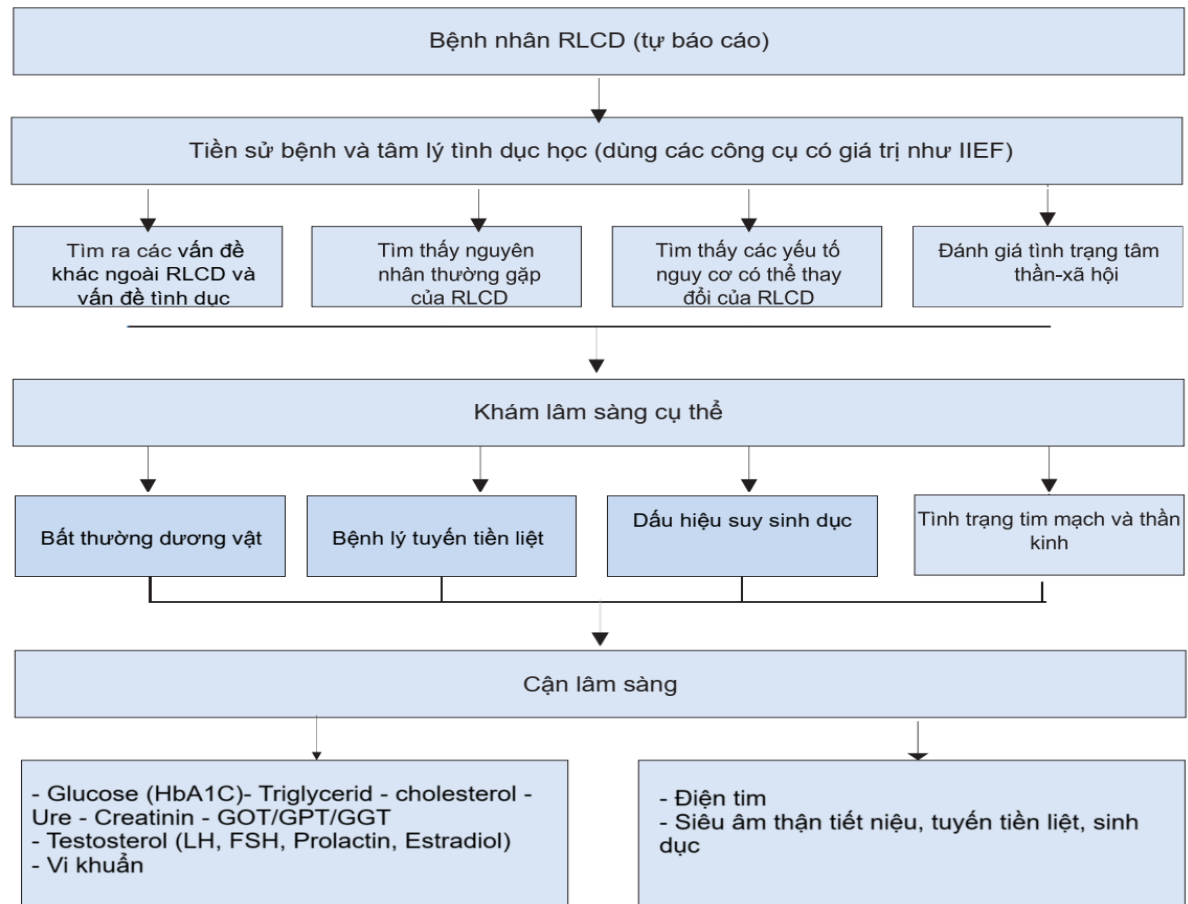
+ IIEF 5: The International Index of Erectile Function 5

Bảng điểm này có 5 câu hỏi, tổng điểm đánh giá như sau:

Kết quả điểm đạt:

- ✓ 22-25: Không rối loạn cương
- ✓ 17-21: Rối loạn cương dương nhẹ
- ✓ 12-16: Rối loạn cương dương nhẹ-trung bình
- ✓ 8-11: Rối loạn cương dương trung bình
- ✓ 5-7 : Rối loạn cương dương nặng

Sơ đồ 3. Sơ đồ thăm khám và chẩn đoán rối loạn cương dương



RLCD = rối loạn cương dương; IIEF = Chỉ số quốc tế về chức năng cương.

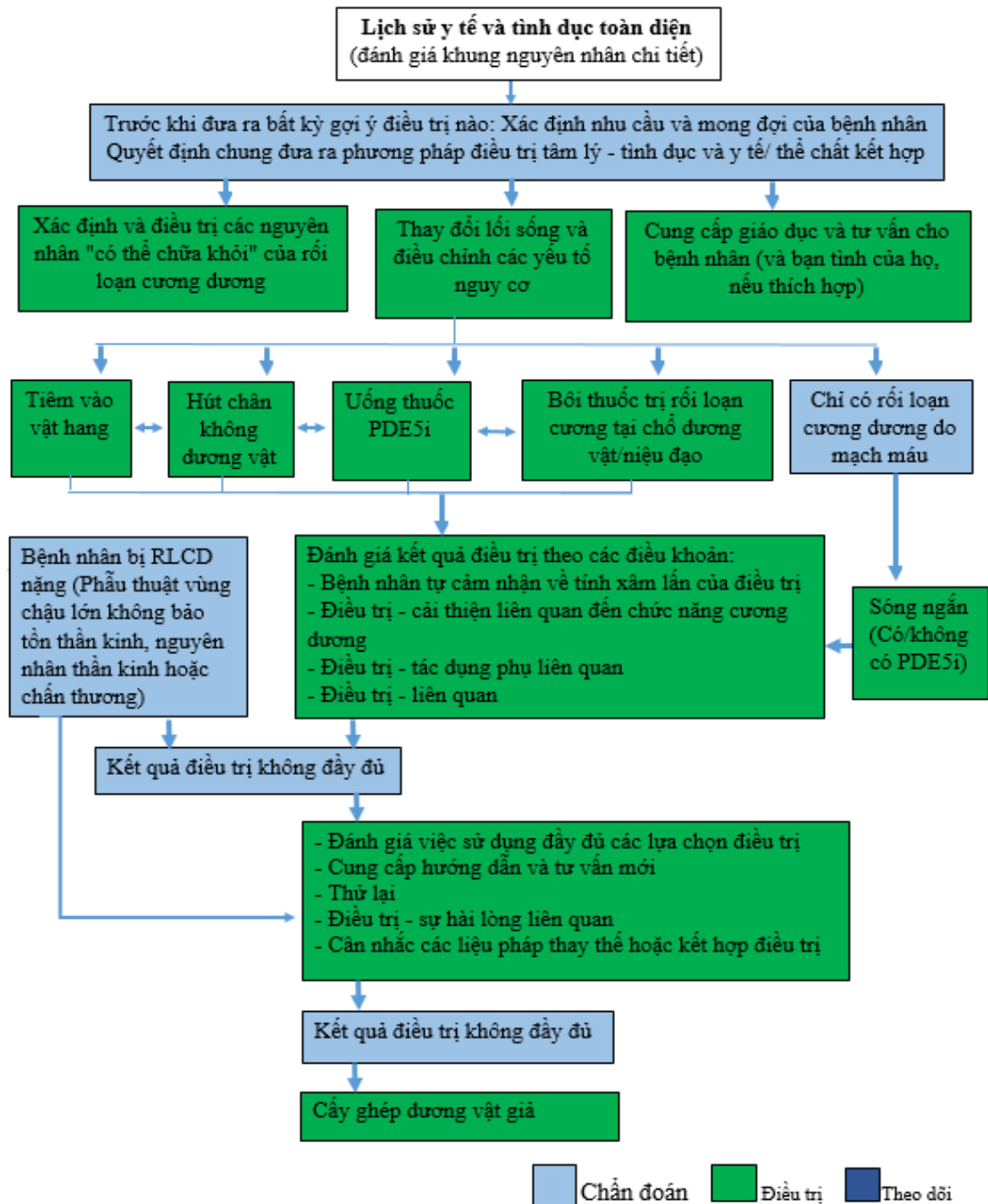
4. Xử trí

4.1. Xử trí chung

Do phần lớn nam giới RLCD không được điều trị theo nguyên nhân cụ thể một cách rõ ràng nên khai thác bệnh từ bệnh nhân với bác sĩ rất quan trọng.

Vận dụng sơ đồ chẩn đoán để đưa ra hướng xử trí phù hợp

Sơ đồ 4. Sơ đồ chẩn đoán và hướng xử trí



4.2. Xử trí cụ thể

Áp dụng đơn lẻ hoặc phối hợp các phương pháp để đạt được kết quả tối ưu.

4.2.1. Điều trị không dùng thuốc

- Thay đổi lối sống và sinh hoạt

+ Xây dựng lối sống lành mạnh, sinh hoạt khoa học: tăng cường vận động thể lực, giảm cân, kiểm soát béo phì, bỏ thuốc lá, hạn chế rượu bia.

+ Xem xét đổi hoặc ngừng các thuốc có tác dụng phụ gây RLCD (thuốc hạ huyết áp, thuốc chống trầm cảm, kháng androgen, ma túy...) nếu có thể.

- Tư vấn tâm lý: Áp dụng cho nhóm RLCD do nguyên nhân tâm lý đơn thuần hoặc phối hợp.

- Phục hồi chức năng:

+ Bài tập cơ sàn chậu (Kegel, kích thích điện, phản hồi sinh học, kích thích từ trường) giúp cải thiện chức năng cương, đặc biệt ở bệnh nhân RLCD mức độ nhẹ - vừa.

+ Sóng xung kích cường độ thấp (Li-SWT) có thể áp dụng cho bệnh nhân RLCD do nguyên nhân mạch máu hoặc phối hợp với PDE5i. Phác đồ điều trị chưa thống nhất, thường 6 -12 buổi, mỗi buổi 1500–6000 xung.

+ Mức độ nhẹ và vừa: 3 tuần/ 6 buổi/300 - 450 shock/1 vị trí/ 5 vị trí /1 buổi

+ Mức độ nặng : 9 tuần/12 buổi/ngỉ 3 tuần giữa.

- Dụng cụ hút chân không (Vacuum device)

+ Có thể áp dụng, hiệu quả với một số bệnh nhân, nhất là người quan hệ tình dục không thường xuyên.

+ Nhược điểm: đau, bầm tím dương vật, đầu dương vật lạnh, hạn chế xuất tinh, bất tiện khi sử dụng.

+ Chống chỉ định: bệnh nhân có rối loạn đông máu, giảm sức bền thành mạch, đang dùng thuốc chống đông.

4.2.2. Điều trị dùng thuốc

4.2.2.1. Thuốc ức chế PDE5 (PDEi)

- Là lựa chọn đầu tay, hiệu quả cho đa số bệnh nhân RLCD. Tác dụng phụ thường nhẹ và hết khi ngừng thuốc.

- Các thuốc và liều:

+ Sildenafil: 25–100 mg, liều khởi đầu 50 mg, hiệu quả sau 30–60 phút, kéo dài đến 12 giờ.

+ Tadalafil: 10–20 mg khi cần hoặc 5 mg hằng ngày. Thời gian tác dụng

đến 36 giờ. Hiệu quả tốt ở bệnh nhân RLCD kèm LUTS/BPH.

- + Vardenafil: 5–20 mg, liều khởi đầu 10 mg, hiệu quả sau 30 phút. Có dạng viên ngậm tan.

- + Avanafil: 50–200 mg, liều khởi đầu 100 mg, uống trước quan hệ 15–30 phút.

- Chống chỉ định tuyệt đối: phối hợp với nitrat hoặc chất cho NO (amyl nitrite, nicorandil) → nguy cơ hạ huyết áp nặng.

- Thận trọng: khi phối hợp với thuốc hạ áp và thuốc chẹn α (có nguy cơ hạ huyết áp).

- Lưu ý kiểm tra bệnh nhân dùng đúng cách, tránh uống sau bữa ăn nhiều mỡ với sildenafil/vardenafil/avanafil.

4.2.2.2. Bổ sung testosterone

- Áp dụng khi bệnh nhân có RLCD kèm testosterone thấp (<12 nmol/L) và không có chống chỉ định.

- Chống chỉ định tuyệt đối: ung thư tuyến tiền liệt, ung thư vú.

- Chống chỉ định tương đối: LUTS nặng (IPSS > 19), tiền sử huyết khối tĩnh mạch.

- Lưu ý: Hct $\geq 54\%$ phải dừng liệu pháp; Hct 48–54% cần theo dõi chặt.

Chống chỉ định ở nam giới đang mong muốn có con.

4.2.2.3. Tiêm vật hang (ICI)

- Chỉ định khi PDE5i không hiệu quả hoặc chống chỉ định.

- Thuốc: Alprostadil (đơn độc) hoặc phối hợp Papaverine, Phentolamine.

- Hiệu quả sau 5–15 phút, nhưng cần hướng dẫn kỹ bệnh nhân.

- Biện chứng: Đau dương vật, cương kéo dài, xơ hóa vật hang, hạ huyết áp nhẹ.

4.2.2.4. Thuốc đặt niệu đạo (MUSE)

- Alprostadil dạng đặt hoặc kem bôi niệu đạo: liều 300–1000 μg .

- Tác dụng phụ: đau tại chỗ, nóng rát, chảy máu niệu đạo, nhiễm trùng tiết niệu.

4.2.2.5. Liệu pháp y học tái tạo (đang nghiên cứu)

Liệu pháp sóng xung kích liều thấp (Li-ESWT) có thể phối hợp với

PDE5i để cải thiện hiệu quả.

Tiêm huyết tương giàu tiểu cầu (PRP), tế bào gốc: hiện vẫn trong giai đoạn nghiên cứu, chưa được khuyến cáo thường quy.

4.2.3. Điều trị phẫu thuật

- Phẫu thuật tái thông động mạch: chỉ định rất chọn lọc, cho bệnh nhân trẻ, RLCD do chấn thương mạch máu khu trú vùng chậu.

- Phẫu thuật tĩnh mạch: kết quả hạn chế, hiện ít được khuyến cáo.

- Phẫu thuật tạo hình dương vật: trong trường hợp dị dạng, xơ cứng vật hang.

- Đặt thể hang nhân tạo: lựa chọn cuối cùng khi các phương pháp khác thất bại. Biến chứng: nhiễm trùng, hỏng cơ học.

4.2.4. Các phương pháp điều trị RLCD khác

- Điều trị nguyên nhân nội tiết khác ngoài testosterone (tăng prolactin máu do u tuyến yên, điều trị rối loạn tuyến giáp).

- Điều trị bằng đường uống khác: Apomorphine và một số chất dạng uống khác như yohimbine, trazodone, ginseng, L-arginine,... ít dùng, hiệu quả hạn chế.

- Điều trị hỗ trợ - kết hợp: Tư vấn – liệu pháp cặp đôi, điều trị phối hợp bệnh đồng mắc.

- Các liệu pháp y học tái tạo khác (liệu pháp gen, tế bào gốc): mới ở mức nghiên cứu.

5. Khuyến cáo

- Thông tin đầy đủ cho bệnh nhân về cơ chế tác dụng và cách sử dụng thuốc ức chế phosphodiesterase type 5 (PDE5i), vì dùng sai cách hoặc thiếu thông tin là nguyên nhân chính gây không đáp ứng (Mạnh).

- Hướng dẫn bệnh nhân áp dụng liệu pháp hành vi - nhận thức (có thể kết hợp với bạn tình), khi cần thiết phối hợp với điều trị y học để tối ưu hiệu quả (Mạnh).

- Thảo luận với bệnh nhân điều trị ung thư tuyến tiền liệt về các biến đổi tình dục ngoài ED, gồm: giảm ham muốn, thay đổi cực khoái, không xuất tinh,

bệnh giống Peyronie, thay đổi kích thước dương vật (Mạnh).

- Khuyến khích thay đổi lối sống và kiểm soát yếu tố nguy cơ ngay từ đầu hoặc đồng thời với điều trị ED (Mạnh).

- Cần tầm soát nguy cơ mắc bệnh tim mạch ở các bệnh nhân ED, đặc biệt ở các bệnh nhân dưới 50 tuổi (Mạnh).

- Sử dụng PDE5i là lựa chọn điều trị hàng đầu cho rối loạn cương (Mạnh).

- Tiêm thuốc vào thể hang có thể được sử dụng như liệu pháp thay thế đầu tay cho bệnh nhân được tư vấn đầy đủ, hoặc là lựa chọn hàng thứ hai (Mạnh).

- Alprostadil bôi ngoài da hoặc đặt niệu đạo có thể dùng như liệu pháp thay thế ban đầu cho bệnh nhân đã được thông tin đầy đủ, đặc biệt khi:

- + Không muốn hoặc không phù hợp với liệu pháp đường uống;

- + Không muốn tiêm vào thể hang;

- + Ưu thích phương pháp ít xâm lấn hơn (Yếu).

- Liệu pháp sóng xung kích cường độ thấp (Li-SWT), đơn độc hoặc phối hợp PDE5i, có thể cân nhắc ở bệnh nhân:

- + Rối loạn cương do mạch máu nhẹ;

- + Không muốn hoặc không phù hợp với liệu pháp đường uống;

- + Rối loạn cương do mạch máu, đáp ứng kém với PDE5i (Yếu).

- Thiết bị hút chân không có thể sử dụng cho bệnh nhân mong muốn phương pháp không xâm lấn, không dùng thuốc (Yếu).

- Thực phẩm bổ sung (L-arginine, nhân sâm,...) có thể được cân nhắc ở nam giới rối loạn cương nhẹ, từ chối thuốc, sau khi được tư vấn rằng hiệu quả cải thiện chức năng cương có thể hạn chế (Yếu).

- Cấy ghép dương vật giả (hay còn gọi là phẫu thuật đặt vật hang nhân tạo) dành cho bệnh nhân không đáp ứng hoặc không phù hợp với các phương pháp khác, tùy theo nhu cầu cá nhân. Cần tư vấn đầy đủ về lợi ích và nguy cơ thủ thuật (Mạnh).

- Thông báo cho bệnh nhân rằng hiện chưa đủ bằng chứng để khuyến cáo phác đồ cụ thể trong phục hồi chức năng dương vật (Yếu).

- Khuyến khích triển khai sớm các biện pháp hỗ trợ cương sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt, phẫu thuật vùng chậu hoặc các điều trị ung thư tuyến tiền liệt khác (Yếu).

- Các liệu pháp tái tạo (PRP, tế bào gốc, gene therapy): hiện chưa có đủ bằng chứng khoa học về hiệu quả và độ an toàn, chỉ nên áp dụng trong khuôn khổ nghiên cứu lâm sàng (Yếu).

RỐI LOẠN XUẤT TINH

1. Đại cương

1.1. Khái niệm

Xuất tinh là một quá trình sinh lý phức tạp gồm hai giai đoạn: giai đoạn tích lũy (tiềm tàng) và giai đoạn phóng tinh. Quá trình này được điều hòa bởi sự phối hợp tinh vi của thần kinh và nội tiết. Bất kỳ rối loạn nào trong cơ chế này đều có thể dẫn đến các dạng rối loạn xuất tinh, bao gồm:

- Xuất tinh sớm (Premature Ejaculation – PE)
- Xuất tinh chậm (Delayed Ejaculation – DE)
- Không xuất tinh (Anejaculation)
- Xuất tinh ngược dòng (Retrograde Ejaculation – RE)
- Đau khi xuất tinh (Painful Ejaculation/Dysorgasmia)
- Không đạt cực khoái (Anorgasmia)
- Xuất tinh ra máu (Hemospermia)

Những rối loạn này không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản và chức năng tình dục mà còn tác động nặng nề đến tâm lý, đời sống tình dục và mối quan hệ của nam giới với bạn tình.

1.2. Dịch tễ

Tỷ lệ rối loạn xuất tinh khác nhau giữa các quốc gia, chịu ảnh hưởng bởi tiêu chuẩn chẩn đoán và phương pháp nghiên cứu. Trong đó, xuất tinh sớm là rối loạn phổ biến nhất. Các rối loạn khác như xuất tinh chậm, không xuất tinh, xuất tinh ngược dòng ít gặp hơn nhưng thường liên quan đến bệnh lý nền như tiểu đường, tổn thương tủy sống, hoặc sau phẫu thuật tuyến tiền liệt.

1.3. Các dạng rối loạn xuất tinh

- Xuất tinh sớm (PE)
 - + *Nguyên phát (Lifelong PE)*: Nam giới luôn hoặc hầu như luôn xuất tinh trong vòng 1 phút sau khi đưa dương vật vào âm đạo từ lần quan hệ đầu tiên, kèm theo cảm giác mất kiểm soát và phiền muộn.
 - + *Thứ phát (Acquired PE)*: Trước đây có thời gian xuất tinh bình thường

nhưng sau đó rút ngắn đáng kể (thường dưới 3 phút hoặc giảm $\geq 50\%$ so với trước), kèm mất kiểm soát và khó chịu.

+ *PE biến thiên tự nhiên (Natural Variable PE)*: Xuất tinh sớm xảy ra không thường xuyên, không nhất quán, thường được xem như biến thể bình thường của hoạt động tình dục hơn là một rối loạn.

+ *Xuất tinh trước khi giao hợp (Anteportal ejaculation)*: Xuất tinh xảy ra trước khi đưa dương vật vào âm đạo, được coi là thể nặng nhất.

- Xuất tinh chậm (DE): Khó đạt cực khoái và phóng tinh dù có kích thích và ham muốn, xảy ra hầu hết các lần quan hệ ($>75\%$), kéo dài ≥ 6 tháng, gây phiền muộn. Thời gian giao hợp thường kéo dài $>25-30$ phút.

- Không xuất tinh (Anejaculation): Hoàn toàn không phóng tinh (ra ngoài hoặc ngược dòng), có thể vẫn đạt cực khoái. Thường liên quan tổn thương thần kinh trung ương, ngoại biên hoặc thuốc.

- Xuất tinh ngược dòng (RE): Tinh dịch đi vào bàng quang thay vì thoát ra ngoài khi cực khoái. Cảm giác cực khoái có thể bình thường hoặc giảm.

- Đau khi xuất tinh: Đau hoặc khó chịu ở dương vật, bìu hoặc tăng sinh môn trong hoặc sau khi xuất tinh.

- Xuất tinh ra máu (Hemospermia): Có máu lẫn trong tinh dịch, đa số lành tính, nhất là ở nam giới trẻ, nhưng cũng có thể liên quan đến bệnh lý viêm, tắc nghẽn, chấn thương hoặc hiếm hơn là ung thư.

1.4. Nguyên nhân – yếu tố liên quan

- *Xuất tinh sớm*: Có thể liên quan đến yếu tố di truyền, bất thường dẫn truyền serotonin, tăng nhạy cảm dương vật, lo âu, rối loạn cương dương, viêm tuyến tiền liệt, cường giáp, rối loạn giấc ngủ, một số thuốc và tình trạng sức khỏe kém.

- *Xuất tinh chậm*: Do yếu tố tâm lý (lo âu, trầm cảm, thói quen thủ dâm), bệnh lý thần kinh (tiểu đường, tổn thương tủy), thuốc (SSRI, thuốc hạ áp, chống loạn thần), suy sinh dục, suy giáp, tuổi tác.

- *Không xuất tinh*: Thường do tổn thương thần kinh (tủy sống, tiểu đường,

đa xơ cứng, phẫu thuật), thuốc hoặc rối loạn tâm lý nặng.

- *Xuất tinh ngược dòng*: Do rối loạn cơ chế đóng cổ bàng quang (sau phẫu thuật tuyến tiền liệt, phẫu thuật vùng chậu, bệnh lý thần kinh, thuốc chẹn alpha, thuốc chống trầm cảm).

- *Đau khi xuất tinh*: Thường gặp do viêm nhiễm đường sinh dục (viêm tuyến tiền liệt, viêm niệu đạo, viêm túi tinh), sỏi túi tinh, tắc nghẽn ống phóng tinh, phẫu thuật vùng chậu (cắt tuyến tiền liệt, thoát vị), xạ trị, thuốc (chống trầm cảm), các vấn đề tâm lý.

- *Xuất tinh ra máu*: Nguyên nhân có thể do viêm nhiễm (viêm tuyến tiền liệt, viêm túi tinh, viêm niệu đạo), tắc nghẽn (sỏi túi tinh, nang ống phóng tinh), ung thư (tuyến tiền liệt, bàng quang, tinh hoàn - hiếm gặp), bất thường mạch máu, chấn thương (sinh thiết tuyến tiền liệt, quan hệ tình dục mạnh), bệnh hệ thống (cao huyết áp, rối loạn đông máu).

2. Triệu chứng

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Khai thác bệnh sử chung (áp dụng cho mọi rối loạn)

- Mô tả chi tiết vấn đề xuất tinh đang gặp phải.
- Thời điểm khởi phát: từ lần quan hệ đầu tiên hay mới xuất hiện gần đây.
- Tần suất: xảy ra liên tục, thường xuyên hay thỉnh thoảng.
- Hoàn cảnh: xảy ra với mọi bạn tình, mọi hình thức quan hệ hay chỉ trong tình huống nhất định.
- Tiền sử bệnh lý toàn thân và các bệnh ảnh hưởng đến chức năng tình dục (tim mạch, thần kinh, nội tiết, tâm thần, tiết niệu).
- Tiền sử phẫu thuật, đặc biệt vùng chậu, bụng và cột sống.
- Thuốc đang sử dụng (kê đơn, không kê đơn, thuốc điều trị tâm thần, hạ áp, opioid...).
- Sử dụng chất kích thích (rượu, ma túy, thuốc lá).
- Tình trạng quan hệ tình cảm, yếu tố tâm lý (lo âu, trầm cảm, stress), niềm tin hay yếu tố văn hóa liên quan đến tình dục.

- Các chức năng tình dục khác: ham muốn, khả năng cương, cực khoái.
- Mức độ phiền muộn và ảnh hưởng đến chất lượng sống của bản thân và bạn tình.

- Mong muốn và kỳ vọng điều trị.

2.1.2. Triệu chứng đặc hiệu từng dạng rối loạn

- Xuất tinh sớm (PE):
 - + Thời gian tiềm tàng trong âm đạo (IELT), thường do bệnh nhân hoặc bạn tình tự ước lượng.
 - + Cảm nhận về khả năng kiểm soát xuất tinh.
 - + Có thể sử dụng thang đo hỗ trợ: PEDT, PEP, IPE, MSHQ-EjD (đánh giá mức độ và đáp ứng điều trị).
- Xuất tinh chậm (DE):
 - + Thời gian quan hệ kéo dài bất thường mới đạt được xuất tinh, hoặc không thể xuất tinh.
 - + Cần kích thích đặc biệt, mạnh hoặc kéo dài (thường khi thủ dâm).
 - + Đánh giá khả năng đạt cực khoái và cảm nhận về cực khoái.
 - + So sánh giữa khi thủ dâm và khi giao hợp.
- Không xuất tinh (Anejaculation):
 - Không phóng tinh dù có thể đạt cực khoái.
- Xuất tinh ngược dòng (RE):
 - + Cực khoái xảy ra nhưng không thấy hoặc rất ít tinh dịch ra ngoài.
 - + Nước tiểu sau khi quan hệ có thể đục do tinh dịch lẫn trong đó.
- Đau khi xuất tinh:
 - + Vị trí đau: dương vật, bìu, tầng sinh môn hoặc hạ vị
 - + Thời điểm đau: trong hoặc sau xuất tinh.
 - + Đặc điểm cơn đau và các yếu tố làm tăng/giảm.
 - + Triệu chứng kèm theo: tiểu buốt, tiểu rắt, sốt...
- Xuất tinh ra máu (Hemospermia):
 - + Màu tinh dịch (hồng, đỏ tươi, nâu sẫm, có cục máu).

- + Khởi phát lần đầu hay tái phát.
- + Có đi kèm tiểu máu hay không.
- + Các triệu chứng kèm: đau, sốt, rối loạn tiểu tiện.

2.1.3. Khám thực thể

- Khám cơ quan sinh dục và tầng sinh môn:
 - + Đánh giá đặc tính sinh dục phụ, kích thước và mật độ tinh hoàn (thước Prader), hình thái dương vật (kích thước, mảng xơ, lỗ tiểu), mào tinh, ống dẫn tinh, giãn tĩnh mạch thừng tinh.
 - + Thăm trực tràng: đánh giá tuyến tiền liệt (kích thước, mật độ, nốt bất thường, đau).
 - + PE: thường không có dấu hiệu thực thể đặc hiệu, nhưng cần loại trừ bệnh lý kèm theo (viêm tuyến tiền liệt, hẹp bao quy đầu).
 - + DE/Anejaculation: kiểm tra cảm giác dương vật, phản xạ hành hang.
 - + Đau khi xuất tinh: tìm dấu hiệu viêm niệu đạo, viêm tuyến tiền liệt, viêm mào tinh.
 - + Hemospermia: tìm viêm, khối u ở tuyến tiền liệt, túi tinh, mào tinh, tinh hoàn; kiểm tra lỗ niệu đạo sau thăm trực tràng.
 - + RE: đánh giá phản xạ hậu môn và cảm giác quanh hậu môn để loại trừ tổn thương thần kinh.

- Khám toàn thân:

- + Đánh giá mạch, huyết áp, BMI, vòng eo.
- + Khám tim mạch: phát hiện dấu hiệu bệnh lý tim mạch, xơ vữa.
- + Khám thần kinh: đánh giá tổn thương thần kinh trung ương hoặc ngoại biên, các phản xạ.
- + Khám nội tiết: tìm dấu hiệu suy sinh dục, bệnh tuyến giáp.
- + Đánh giá tâm thần – tâm lý: lo âu, trầm cảm.

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm chuyển hóa - nguy cơ tim mạch:

Đường huyết lúc đói, HbA1c, lipid máu: đánh giá yếu tố nguy cơ tim

mạch và đái tháo đường, đặc biệt ở bệnh nhân có xuất tinh sớm thứ phát (PE), xuất tinh chậm (DE) hoặc kèm rối loạn cương dương (RLCD).

- Xét nghiệm nước tiểu:

Tổng phân tích và cấy nước tiểu: phát hiện viêm đường tiết niệu, đặc biệt khi nghi ngờ đau khi xuất tinh do viêm hoặc khi có xuất tinh ra máu.

- Xét nghiệm nội tiết:

+ Testosterone toàn phần: lấy máu buổi sáng, lúc đói; nếu < 12 nmol/L cần làm lại ít nhất 2 lần trước khi cân nhắc điều trị.

+ LH, FSH: đo khi testosterone thấp, giúp phân biệt suy sinh dục nguyên phát hay thứ phát.

+ Prolactin (PRL): chỉ định khi testosterone thấp kèm LH bình thường/thấp, hoặc khi bệnh nhân có giảm ham muốn rõ.

+ Hormone tuyến giáp (TSH, FT4): đánh giá cường giáp (có thể liên quan PE thứ phát) hoặc suy giáp (liên quan DE).

+ PSA: ở nam > 40 tuổi, đặc biệt nếu có xuất tinh ra máu, triệu chứng đường tiểu dưới hoặc thăm trực tràng bất thường (cần tư vấn kỹ trước khi xét nghiệm).

- Xét nghiệm chuyên sâu:

+ Tinh dịch đồ: đánh giá số lượng, chất lượng, thể tích, pH tinh dịch; phát hiện bạch cầu tăng (>1 triệu/mL) hoặc vi khuẩn (qua cấy/PCR) khi nghi ngờ viêm nhiễm hoặc tắc nghẽn.

+ Phân tích nước tiểu sau cực khoái: chẩn đoán xuất tinh ngược dòng (có tinh trùng trong nước tiểu).

+ Siêu âm Doppler bìu: đánh giá tinh hoàn (kích thước, cấu trúc, khối u, vi vôi hóa), mào tinh, giãn tĩnh mạch tinh.

+ Siêu âm qua ngả trực tràng (TRUS): hữu ích khi nghi ngờ tắc ống phóng tinh (thể tích tinh dịch thấp, pH acid, giãn túi tinh, nang ống phóng tinh) hoặc bệnh lý tuyến tiền liệt, túi tinh gây đau khi xuất tinh hoặc xuất tinh ra máu.

+ MRI vùng chậu: chỉ định khi nghi ngờ nang ống phóng tinh, bất thường

phức tạp túi tinh, hoặc u vùng chậu gây tắc nghẽn/chèn ép.

+ Nội soi niệu đạo – bàng quang: dùng khi có xuất tinh ra máu dai dẳng/tái phát hoặc nghi ngờ tổn thương niệu đạo, bàng quang.

+ Nội soi túi tinh qua ngả niệu đạo (Transurethral Seminal Vesiculoscopy): áp dụng trong xuất tinh ra máu tái phát, nghi ngờ sỏi hay tắc nghẽn túi tinh/ống phóng tinh khi TRUS chưa rõ.

+ Đo thời gian tiềm tàng phản xạ cơ hành hang (Bulbocavernosus Reflex Latency): đánh giá thần kinh, ít khi dùng.

+ NPTR (Nocturnal Penile Tumescence and Rigidity): chủ yếu phân biệt RLCD thực thể với tâm lý, ít giá trị trong rối loạn xuất tinh đơn thuần.

+ Test tiêm thuốc vào thể hang (ICI) hoặc siêu âm Doppler dương vật: chỉ định khi cần đánh giá RLCD đi kèm.

+ Một số xét nghiệm khác (nếu có chỉ định): Estradiol, SHBG, xét nghiệm di truyền, ...

3. Chẩn đoán

Chẩn đoán rối loạn xuất tinh chủ yếu dựa vào khai thác bệnh sử kết hợp thăm khám và cận lâm sàng chọn lọc, với các nội dung chính sau:

- Bệnh sử: Đây là yếu tố quan trọng nhất. Cần khai thác chi tiết về triệu chứng rối loạn xuất tinh, thời điểm khởi phát (từ lần quan hệ đầu tiên hay mới xuất hiện), tần suất, hoàn cảnh xảy ra, mức độ phiền muộn và ảnh hưởng đến chất lượng sống, cũng như các yếu tố nguy cơ và bệnh lý đi kèm (nội tiết, thần kinh, tiết niệu, tâm thần...).

- Thời gian tiềm tàng trong âm đạo (IELT - Intravaginal Ejaculatory Latency Time):

+ Đối với PE, có thể ước lượng chủ quan từ bệnh nhân/bạn tình (thường đủ giá trị trong lâm sàng) hoặc đo bằng đồng hồ bấm giờ trong nghiên cứu.

+ PE nguyên phát: $IELT \leq 1-2$ phút ngay từ lần quan hệ tình dục đầu tiên.

+ PE thứ phát: IELT giảm rõ rệt so với trước đây, thường ≤ 3 phút.

- Khám lâm sàng: Tìm các dấu hiệu thực thể gợi ý nguyên nhân thực thể

như viêm nhiễm (viêm tuyến tiền liệt, viêm niệu đạo), bất thường giải phẫu (hẹp bao quy đầu, tổn thương dương vật), dấu hiệu suy sinh dục, hay biểu hiện bệnh lý thần kinh.

- Bảng câu hỏi đánh giá (không bắt buộc): Có thể sử dụng như công cụ hỗ trợ chẩn đoán và theo dõi điều trị. Tuy nhiên, không thay thế được khai thác bệnh sử chi tiết.

- Cận lâm sàng (chỉ định có chọn lọc):

- + Loại trừ nguyên nhân thực thể có thể điều trị được (nội tiết, nhiễm trùng).

- + Xác định xuất tinh ngược dòng (RE) bằng xét nghiệm nước tiểu sau cực khoái.

- + Siêu âm qua ngả trực tràng hoặc MRI khi nghi ngờ tắc nghẽn, nang, hoặc bất thường giải phẫu.

- Chẩn đoán phân biệt:

- + Phân biệt các thể PE: nguyên phát, thứ phát, thay đổi tự nhiên, hay chủ quan.

- + Phân biệt PE và RLCD (rối loạn cương dương): Một số bệnh nhân RLCD có xu hướng xuất tinh nhanh trước khi mất cương, dễ nhầm với PE. Trong trường hợp này, cần điều trị RLCD trước.

- + Phân biệt DE (xuất tinh chậm) với anorgasmia (không đạt cực khoái).

- + Phân biệt anejaculation (không xuất tinh) với RE (xuất tinh ngược dòng vào bàng quang).

4. Xử trí

4.1. Nguyên tắc chung

- Giáo dục và tư vấn: Giải thích cho bệnh nhân và (nếu có thể) bạn tình về bản chất rối loạn, các yếu tố ảnh hưởng và lựa chọn điều trị. Thảo luận kỳ vọng thực tế của điều trị, khuyến khích sự tham gia của bạn tình.

- Điều trị nguyên nhân (nếu có): Xử trí các bệnh lý đi kèm như rối loạn cương dương, viêm tuyến tiền liệt, cường giáp, suy sinh dục; điều chỉnh hoặc ngừng thuốc có thể gây rối loạn xuất tinh nếu an toàn.

- Thay đổi lối sống và hành vi: Giảm stress, tăng cường hoạt động thể lực,

giảm cân nếu thừa cân/béo phì, hạn chế rượu bia và chất kích thích, cải thiện giao tiếp và sự gắn kết trong mối quan hệ.

- Tư vấn tâm lý - tình dục: Quan trọng trong PE thứ phát, PE chủ quan, DE do yếu tố tâm lý. Có thể kết hợp liệu pháp nhận thức hành vi (CBT), liệu pháp cặp đôi, liệu pháp tình dục nhằm giải quyết lo âu, niềm tin sai lệch, hoặc vấn đề quan hệ.

- Lựa chọn phương pháp điều trị: Dựa trên loại rối loạn, mức độ nặng, mong muốn (nhu cầu sinh sản, cải thiện chất lượng sống), hiệu quả và tác dụng phụ. Nguyên tắc: ưu tiên phương pháp ít xâm lấn, áp dụng quyết định chung với bệnh nhân.

- Theo dõi và đánh giá: Đo lường hiệu quả bằng cải thiện triệu chứng (ví dụ: IELT trong PE), kiểm soát xuất tinh, sự hài lòng của bệnh nhân và bạn tình. Theo dõi tác dụng phụ thuốc, điều chỉnh phác đồ khi cần.

4.2. Xử trí cụ thể

4.2.1. Xuất tinh sớm

- Liệu pháp tâm lý - hành vi: Kỹ thuật dừng-bắt đầu (stop - start), bầm quy đầu (squeeze), thủ dâm trước quan hệ, tập Kegel, liệu pháp nhận thức hành vi (CBT), liệu pháp cặp đôi, thực hành chánh niệm (mindfulness). Hiệu quả tăng khi phối hợp thuốc.

- Điều trị thuốc:

- + Đầu tay: Dapoxetine (30–60 mg, uống 1- 3 giờ trước quan hệ); thuốc tê tại chỗ (bôi/xịt quy đầu, cần dùng bao cao su hoặc rửa trước giao hợp); SSRIs hằng ngày (paroxetine, sertraline, fluoxetine, citalopram - off-label).

- + Thay thế/phối hợp: Clomipramine, tramadol (off - label, chỉ khi thất bại với thuốc đầu tay, SIAMS không khuyến cáo thường quy), PDE5i (khi có RLCD kèm theo, đơn độc hoặc phối hợp SSRI/dapoxetine), thuốc chẹn alpha-1 (dữ liệu hạn chế, chưa đủ bằng chứng khuyến cáo), các can thiệp phẫu thuật (cắt chọn lọc thần kinh lưng dương vật, tiêm chất làm đầy vào quy đầu - còn mang tính thử nghiệm, nguy cơ biến chứng, chỉ nên thực hiện trong khuôn khổ nghiên cứu).

4.2.2. Xuất tinh chậm (DE)

- Điều chỉnh nguyên nhân: Ngừng/giảm liều thuốc nghi ngờ (SSRI, thuốc hạ áp), điều trị bệnh lý đi kèm (suy sinh dục, suy giáp, tiểu đường).

- Liệu pháp tâm lý - hành vi: Tư vấn tình dục, thay đổi tư thế/kỹ thuật, tăng cường kích thích trực tiếp dương vật, điều chỉnh thói quen thủ dâm, dùng thiết bị rung kích thích dương vật.

- Thuốc (off-label, bằng chứng yếu): Cabergoline, bupropion, oxytocin, amantadine, cyproheptadine, yohimbine, pseudoephedrine, midodrine, imipramine, bethanechol. Cần thảo luận kỹ lưỡng về lợi ích/nguy cơ.

- Hỗ trợ sinh sản: Kích thích dương vật bằng rung hoặc điện để thu tinh trùng khi có nhu cầu sinh sản.

4.2.3. Không xuất tinh (Anejaculation)

- Hỗ trợ sinh sản: Mục tiêu chính. Kích thích rung dương vật (Penile Vibratory Stimulation-PVS) là lựa chọn đầu tay, kích thích xuất tinh bằng điện (Electroejaculation-EEJ) khi PVS thất bại, lấy tinh trùng từ tinh hoàn/mào tinh (TESE/MESA) khi EEJ không thành công.

- Các phương pháp khác: Hiệu quả hạn chế.

4.2.4. Xuất tinh ngược dòng (RE)

- Ngừng thuốc gây bệnh (nếu có), ví dụ thuốc chẹn alpha.

- Điều trị thuốc (off - label): Thuốc cường giao cảm: Pseudoephedrine, Imipramine, Midodrine, Ephedrine... giúp tăng co thắt cổ bàng quang. Hiệu quả thay đổi và có thể giảm dần theo thời gian. Tác dụng phụ: tăng huyết áp, khô miệng. Có thể kết hợp với thuốc kháng Muscarinic (Brompheniramine, Imipramine).

- Hỗ trợ sinh sản: Lấy tinh trùng từ nước tiểu sau cực khoái (cần chuẩn bị: kiểm hóa nước tiểu, uống nhiều nước); Kỹ thuật Hotchkiss (rửa bàng quang và lấy tinh trùng). Sau đó thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (IUI, IVF/ICSI).

4.2.5. Đau khi xuất tinh

- Điều trị nguyên nhân:

- + Kháng sinh nếu có nhiễm trùng (viêm tuyến tiền liệt, viêm niệu đạo).
- + Thuốc chẹn alpha, thuốc kháng viêm (NSAIDs) nếu liên quan đến viêm tuyến tiền liệt mạn tính/hội chứng đau vùng chậu mạn tính (CP/CPPS).
- + Ngừng hoặc đổi thuốc nghi ngờ gây đau.
- Điều trị triệu chứng: Thuốc giãn cơ, chống trầm cảm, thuốc chống co giật (gabapentin, pregabalin); vật lý trị liệu cơ sàn chậu, biofeedback; tư vấn tâm lý - tình dục.
- Can thiệp phẫu thuật (hiếm khi chỉ định, bằng chứng yếu): Cắt đốt nội soi ống phóng tinh (TURED), TURP, giải ép thần kinh thẹn.

4.2.6. Xuất tinh ra máu (*Haemospermia*)

- Bệnh nhân trẻ (< 40 tuổi), xuất hiện lần đầu, không triệu chứng khác: Thường lành tính, tự khỏi. Cần trấn an bệnh nhân. Có thể theo dõi.
- Bệnh nhân > 40 tuổi, hoặc tái phát, dai dẳng, hoặc có triệu chứng khác (tiểu máu, triệu chứng đường tiểu dưới, thăm khám bất thường): Cần khảo sát tìm nguyên nhân
 - Điều trị theo nguyên nhân:
 - + Kháng sinh nếu có nhiễm trùng/viêm nhiễm.
 - + Cầm máu nếu do bất thường mạch máu (đốt điện qua nội soi).
 - + Lấy sỏi, cắt nang qua nội soi nếu do tắc nghẽn.
 - + Điều trị các bệnh lý hệ thống (cao huyết áp, rối loạn đông máu).
 - Nếu không tìm thấy nguyên nhân: Trấn an và theo dõi. Phần lớn các trường hợp là lành tính và tự giới hạn.

Lưu ý: Việc sử dụng các thuốc off - label (ngoài chỉ định được phê duyệt) cần được bác sĩ cân nhắc kỹ lưỡng, giải thích rõ cho bệnh nhân về hiệu quả, tác dụng phụ tiềm ẩn và cần có sự đồng ý của bệnh nhân.

CƯƠNG DƯƠNG VẬT KÉO DÀI

1. Đại cương

Cương dương vật kéo dài (priapism - CDVKD) là tình trạng cương dương kéo dài bất thường trong nhiều giờ, thường sự cương kéo dài hơn 4 giờ mà không liên quan đến kích thích tình dục.

Tình trạng này chủ yếu ảnh hưởng đến thể hang và được chia thành 3 thể chính:

- Cương dương vật kéo dài thể thiếu máu cục bộ (Ischemic priapism - low - flow, veno - occlusive) (hay còn gọi thể lưu lượng thấp): hay gặp nhất, chiếm >95% trường hợp.
- Cương dương vật kéo dài thể không thiếu máu cục bộ (Non-ischemic priapism – high-flow, arterial) (hay còn gọi là thể lưu lượng cao): ít gặp, thường do chấn thương mạch máu.
- Cương dương vật kéo dài thể tái diễn (Stuttering priapism): thể đặc biệt của priapism thiếu máu cục bộ, đặc trưng bởi nhiều cơn lặp lại, tự thoái lui xen kẽ giai đoạn mềm dương vật.

Cơ chế bệnh sinh chung là mất cân bằng giữa dòng máu động mạch đến dương vật và dẫn lưu tĩnh mạch. Trong thể thiếu máu cục bộ, nguyên nhân chủ yếu là tắc nghẽn dẫn lưu tĩnh mạch → thiếu oxy, tăng CO₂, toan hóa, gây tổn thương nội mô và cơ trơn thể hang. Nếu không điều trị kịp thời, hậu quả là xơ hóa, sẹo hóa thể hang và rối loạn cương dương mạn tính. Do đó, cương dương vật kéo dài thể thiếu máu cục bộ là một cấp cứu niệu khoa - mạch máu, đe dọa chức năng cương của dương vật.

1.1. Cương dương vật kéo dài thể thiếu máu cục bộ

- Đặc trưng: cương cứng hoàn toàn, đau, giảm/không có dòng máu động mạch vào thể hang.
- Thay đổi chuyển hóa: giảm O₂, tăng CO₂, giảm glucose, toan hóa → giống hội chứng chèn ép khoang.
- Là cấp cứu niệu khoa, cần can thiệp sớm. Nếu >48 - 72h, nguy cơ mất

vĩnh viễn chức năng cương dương rất cao.

- Nguyên nhân: Đa phần các trường hợp là vô căn (idiopathic), tuy nhiên các nguyên nhân thứ phát có thể là:

+ Huyết học: hồng cầu hình liềm (phổ biến nhất ở trẻ em), bạch cầu cấp, đa u tủy, bệnh lý đông máu.

+ Thuốc: tiêm giãn mạch (papaverine, alprostadil), thuốc chống loạn thần (risperidone, olanzapine), chống trầm cảm (trazodone, SSRIs), hạ áp (hydralazine), kháng đông (heparin, warfarin), chất kích thích (cocaine, cần sa, rượu).

+ Khối u vùng chậu: tuyến tiền liệt, bàng quang, trực tràng; di căn huyết học.

+ Khác: chấn thương tủy sống, bệnh chuyển hóa (Fabry, gout), bệnh thần kinh trung ương/ngoại biên.

- Lưu ý: sau can thiệp, phù nề và cương không hoàn toàn có thể gây nhầm lẫn với priapism chưa giải quyết. Cần khí máu thể hang hoặc siêu âm Doppler để phân biệt.

1.2. Cương dương vật kéo dài thể không thiếu máu cục bộ

- Đặc trưng: cương bán phần, mềm hơn, không đau, máu động mạch vẫn tưới nên không gây thiếu máu mô.

- Không cần xử trí cấp cứu vì ít nguy cơ xơ hóa.

- Nguyên nhân:

+ Phổ biến: chấn thương đáy chậu/dương vật → rò động mạch-thể hang (arteriocavernous fistula).

+ Khác: dị dạng mạch bẩm sinh, sau phẫu thuật niệu - sinh dục (Nesbit điều trị cong dương vật, sinh thiết TTL), tổn thương tủy sống, sau phẫu thuật shunt điều trị priapism thể thiếu máu cục bộ.

- Có thể tự thoái lui, hoặc cần thuyên tắc chọn lọc nếu kéo dài.

1.3. Cương dương vật kéo dài thể tái diễn

- Là một thể đặc biệt của cương dương vật kéo dài thể thiếu máu cục bộ,

đặc trưng bởi các đợt cương dương ngoài ý muốn, kéo dài và gây đau, lặp đi lặp lại với tần suất và thời gian khác nhau, thường tự giới hạn nhưng có nguy cơ tiến triển thành priapism thể thiếu máu cục bộ thực thụ, cần can thiệp cấp cứu.

- Tình trạng này phổ biến ở bệnh nhân thiếu máu hồng cầu hình liềm (SCD), với tỷ lệ từ 42–64%. Ở thanh thiếu niên và nam giới trẻ, có đến 72% người bị cương dương vật kéo dài từng có tiền sử cương dương vật kéo dài thể tái diễn. Một số trường hợp khác có thể vô căn, hoặc liên quan đến các rối loạn thần kinh.

- Cơ chế: giảm dẫn lưu tĩnh mạch, rối loạn điều hòa nội mô và nitric oxide, bất thường đông máu, vai trò của androgen.

- Nếu không điều trị dự phòng, có nguy cơ rối loạn cương mạn.

- Điều trị dự phòng: PDE5i liều thấp hằng ngày, liệu pháp nội tiết (giảm testosterone), hoặc thuốc điều hòa NO. Giáo dục sức khỏe về nguy cơ và thời điểm cần can thiệp y tế, đặc biệt sau đợt priapism cấp tính kéo dài >4 giờ.

2. Triệu chứng

2.1. Cương dương vật kéo dài thể thiếu máu cục bộ

- Nguyên tắc chung: Bất kỳ tình trạng cương dương vật kéo dài >4 giờ đều cần coi là cương dương vật kéo dài và xử trí khẩn cấp. Trong 6 - 8 giờ đầu, có thể chưa đau nhiều, nhưng đa số bệnh nhân đến viện muộn (sau >24 giờ), khi biến chứng đã xuất hiện. Can thiệp sớm giúp bảo tồn chức năng cương; chậm trễ làm tăng nguy cơ rối loạn cương vĩnh viễn.

- Khai thác bệnh sử - tiền sử: đóng vai trò cốt lõi trong chẩn đoán và phân loại cương dương vật kéo dài

+ Thời gian cương và mức độ đau.

+ Tiền sử dùng thuốc (đặc biệt thuốc tiêm thể hang: papaverine, alprostadil; thuốc chống loạn thần; thuốc hướng thần; rượu, cần sa, cocaine).

+ Tiền sử bệnh huyết học (hồng cầu hình liềm, thalassemia).

+ Tiền sử chấn thương vùng chậu, sinh dục, tăng sinh mô.

+ Các đợt priapism trước đây và cách xử trí.

+ Chức năng cương trước khi xảy ra đợt hiện tại.

Đặc điểm giúp định hướng phân loại:

Bảng 2. Các dấu hiệu chính trong cương dương vật kéo dài

Dấu hiệu	CDVKD thể thiếu máu cục bộ	CDVKD thể không thiếu máu cục bộ
Thể hang cứng hoàn toàn (corpora cavernosa fully rigid)	Thường gặp	Hiếm gặp
Đau dương vật (penile pain)	Thường gặp	Hiếm gặp
Khí máu thể hang bất thường (abnormal penile blood gas)	Thường gặp	Hiếm gặp
Bất thường huyết học (haematological abnormalities)	Thỉnh thoảng	Hiếm gặp
Tiêm thuốc thể hang gần đây (recent intracavernosal injection)	Thỉnh thoảng	Thỉnh thoảng
Chấn thương tầng sinh môn (perineal trauma)	Hiếm gặp	Thường gặp

- Khám lâm sàng:

+ Dương vật: thể hang cương cứng, đau; quy đầu và thể xốp mềm → điển hình cho thể thiếu máu cục bộ.

+ Vùng chậu, tầng sinh môn: phát hiện dấu hiệu chấn thương, u xâm lấn, bệnh lý ác tính.

- Cận lâm sàng:

+ Công thức máu toàn phần: phát hiện thiếu máu, bạch cầu cao, giảm tiểu cầu.

+ Xét nghiệm đông máu: phát hiện rối loạn đông máu.

+ Điện di hemoglobin: phát hiện bệnh hồng cầu hình liềm, thalassemia.

+ Khí máu thể hang: tiêu chuẩn chẩn đoán phân biệt; trong thể thiếu máu cục bộ, pO_2 giảm, pCO_2 tăng, pH giảm

Chọc hút máu từ thể hang đo khí máu thể hang là xét nghiệm nền tảng

quan trọng, giúp phân biệt hai thể lâm sàng:

Bảng 3. Giá trị khí máu điển hình trong các trường hợp CDVKD

Nguồn mẫu máu	pO₂ (mmHg)	pCO₂ (mmHg)	pH
Máu động mạch bình thường (không khí phòng) (Giá trị tương tự thấy trong CDVKD thể động mạch)	> 90	< 40	7.40
Máu tĩnh mạch hỗn hợp bình thường (không khí phòng)	40	50	7.35
CDVKD thể thiếu máu cục bộ (mẫu máu hút đầu tiên từ thể hang)	< 30	> 60	< 7.25

+ Siêu âm Doppler dương vật: đánh giá dòng chảy, loại trừ thể không thiếu máu cục bộ. Nên thực hiện trước khi chọc hút máu thể hang để tránh sai lệch kết quả do ảnh hưởng lưu lượng máu sau can thiệp.

+ Cộng hưởng từ dương vật: giúp đánh giá hoại tử cơ trơn, xơ hóa thể hang (đặc biệt khi priapism >48h hoặc thất bại điều trị). Có giá trị tiên lượng và định hướng đặt thể hang nhân tạo sớm.

2.2. Cương dương vật kéo dài thể không thiếu máu cục bộ

- Lâm sàng:

+ Thường gặp sau chấn thương kín vùng tầng sinh môn, gốc dương vật (ví dụ té xe đạp).

+ Khởi phát có thể chậm (vài giờ đến vài ngày sau chấn thương).

+ Dương vật cương bán phần, mềm, không đau, không đủ cứng để giao hợp.

+ Bệnh nhân thường trẻ tuổi.

- Cận lâm sàng:

+ Khí máu thể hang: máu đỏ tươi, pO₂ và pH bình thường → đặc trưng máu động mạch.

+ Siêu âm Doppler màu dương vật: công cụ đầu tay, cho thấy dòng động mạch tăng, vận tốc cao, có thể phát hiện rò động - thể hang (dòng chảy hỗn loạn).

+ Chụp động mạch chọn lọc (Selective pudendal arteriography): tiêu chuẩn vàng để xác định vị trí rò động mạch, chỉ định khi dự kiến thuyên tắc mạch chọn lọc (embolization).

+ Chụp cộng hưởng từ dương vật: ít giá trị trong thể không thiếu máu cục bộ, chỉ cần nhắc khi không có phương tiện khác hoặc cần đánh giá mô mềm phối hợp.

3. Chẩn đoán

Dựa vào các triệu chứng chính:

- Dấu hiệu chính, bắt buộc: tình trạng cương dương vật kéo dài > 4 giờ không liên quan đến kích thích tình dục.

- Hỏi bệnh sử, tiền sử; khám lâm sàng kết hợp với cận lâm sàng để phân biệt thể bệnh.

Việc chẩn đoán phân biệt giữa CDVKD thể lưu lượng thấp (thiếu máu cục bộ) và thể lưu lượng cao (không thiếu máu cục bộ) dựa trên:

Bảng 4. Khai thác bệnh sử và khám lâm sàng CDVKD

Triệu chứng	Thể lưu lượng thấp	Thể lưu lượng cao
Lý do khám	Cương dương kéo dài đau đớn	Cương không đủ cứng, không giao hợp được
Tình trạng cương	Cương rất cứng, quy đầu mềm	Cương toàn bộ nhưng không đủ độ cứng
Đau dương vật	Rất đau	Không đau hoặc chỉ khó chịu nhẹ
Sờ thể hang	Cứng chắc, đau khi sờ	Có thể sờ thấy vùng nhân xơ ở gốc thể hang

Chọc hút máu thể hang:

Thể lưu lượng thấp: máu tối màu hoặc đen (đặc điểm máu tĩnh mạch).

Thể lưu lượng cao: máu đỏ tươi (đặc điểm máu động mạch)

Bảng 5. Phân tích khí máu CDVKD (nếu thực hiện)

Thể bệnh	pO ₂ (mmHg)	pCO ₂ (mmHg)	pH
Lưu lượng thấp	< 30	> 60	< 7.25
Lưu lượng cao	> 90	< 40	≈ 7.40

Sơ đồ 5. Chẩn đoán CDVKD

4. Xử trí

4.1. Cường dương vật kéo dài thể thiếu máu cục bộ

Đây là cấp cứu niệu khoa, cần can thiệp khẩn. Mục tiêu: làm mềm dương vật càng sớm càng tốt để tránh hoại tử cơ trơn thể hang và rối loạn cương vĩnh viễn.

Điều trị theo từng bước:

- Giảm đau/an thần
- + Có thể dùng block thần kinh lưng dương vật hoặc an thần nhẹ.
- + Giúp thủ thuật dễ thực hiện, nhưng không làm giảm đau do thiếu máu.
- Chọc hút máu ± rửa thể hang bằng NaCl 0.9%
- + Dùng kim 16 - 18G để hút máu đọng trong thể hang.
- + Có thể kết hợp rửa bằng NaCl 0.9%.
- + Khi máu hút ra dần sáng màu → dấu hiệu cải thiện oxy hóa.
- Tiêm thuốc co mạch α -adrenergic

+ Phenylephrine là lựa chọn khuyến cáo hàng đầu, an toàn tim mạch hơn so với adrenaline/norepinephrine.

+ Liều: 100 - 200 µg tiêm trực tiếp vào thể hang mỗi 3 - 5 phút, tối đa 1 mg/giờ.

+ Theo dõi mạch, huyết áp liên tục trong và ít nhất 1 giờ sau tiêm.

+ Các thuốc khác (etilephrine, norepinephrine, ephedrine, methylene blue, adrenaline) ít được khuyến cáo vì nguy cơ tác dụng phụ.

+ Chống chỉ định: bệnh nhân đang dùng MAOI hoặc có tăng huyết áp ác tính.

- Thuốc đường uống

+ Terbutaline có thể cân nhắc trong trường hợp mới khởi phát < 6 giờ, hiệu quả không ổn định.

+ Không khuyến cáo pseudoephedrine do nguy cơ độc tính.

- Priapism ở bệnh nhân hồng cầu hình liềm (SCD)

+ Nguyên tắc xử trí giống ischemic priapism: chọc hút, rửa, tiêm phenylephrine.

+ Kèm theo: bù dịch, giảm đau opioid, thở oxy, kiểm tra hóa máu.

+ Không truyền máu thay thế ngay từ đầu. Truyền máu/trao đổi chỉ cân nhắc khi có biến chứng hoặc chuẩn bị phẫu thuật.

- Điều trị ngoại khoa

+ Thực hiện khi thất bại với hút - tiêm.

+ Shunt thể hang:

Shunt xa (Winter, Ebbehøj, Al-Ghorab, T-shunt): ít xâm lấn, ít nguy cơ RLCD hơn.

Shunt gần (Quackles, Grayhack): chỉ áp dụng khi nặng, thất bại với shunt xa.

+ Tunneling: giúp thoát máu nhanh nhưng nguy cơ RLCD cao.

+ Sau shunt: nên kiểm tra Doppler hoặc khí máu hang.

- Đặt thể hang nhân tạo sớm

- + Cân nhắc khi priapism > 36 - 48 giờ hoặc thất bại với shunt.
- + Đặt sớm (malleable hoặc inflatable) giúp giảm biến chứng, bảo tồn chiều dài dương vật.
- + Nếu đã mổ shunt, thường trì hoãn để giảm nguy cơ nhiễm trùng.
- Phẫu thuật xử trí di chứng
- + Khi có xơ hóa, biến dạng, rút ngắn dương vật.
- + Đặt thể hang nhân tạo kết hợp ghép mô khi cần.
- Tiên lượng
- + Ngay cả khi xử trí sớm, nguy cơ RLCD sau này vẫn cao (~50%).
- + Shunt gần gây RLCD nhiều hơn shunt xa.
- + Cần theo dõi 3 tháng đầu để phát hiện sớm xơ hóa hoặc đường dò tồn tại → xử trí kịp thời.

4.2. Cương dương vật kéo dài thể không thiếu máu cục bộ

Không phải cấp cứu tức thì, vì máu trong thể hang vẫn được oxy hóa. Tuy nhiên, kéo dài có thể ảnh hưởng chức năng cương.

- Điều trị bảo tồn (đầu tay)
- + Chườm lạnh vùng tầng sinh môn, nén ép tầng sinh môn.
- + Đa số tự thoái lui trong vài tuần, bệnh nhân vẫn có thể quan hệ.
- + Không chọc hút hay tiêm phenylephrine (không hiệu quả, có nguy cơ biến chứng).
- + Một số thuốc nội tiết (leuprolide, ketoconazole, bicalutamide) có thể dùng chọn lọc ở người lớn nhưng nguy cơ RLCD nên cân nhắc kỹ.
- Theo dõi
- + Thường theo dõi ít nhất 4 tuần trước khi can thiệp.
- + Siêu âm Doppler định kỳ để đánh giá lỗ rò.
- Thuyên tắc mạch chọn lọc
- + Chỉ định khi bảo tồn thất bại hoặc bệnh nhân muốn điều trị sớm.
- + Vật liệu tạm thời (autologous clot, Gelfoam) ưu tiên trong lần đầu; vật liệu vĩnh viễn (PVA, coil, NBCA) dùng khi tái phát.

- + Tỷ lệ thành công 60 - 85%, duy trì chức năng cương ở 70–85%.
- + Biến chứng: RLCD (0 - 30%), tái phát (~15%), rất hiếm khi hoại tử.
- Phẫu thuật
- + Chỉ khi thuyên tắc thất bại nhiều lần hoặc bệnh nhân không còn nhu cầu tình dục.
- + Nguy cơ RLCD cao (tới 50%).
- Trẻ em
- + Ít gặp, dễ bỏ sót.
- + Thường không rõ nguyên nhân, đáp ứng tốt với bảo tồn.
- + Nếu cần thuyên tắc phải làm tại trung tâm chuyên sâu nhi.
- Theo dõi sau điều trị
- + Đánh giá chức năng cương định kỳ (ưu tiên thang điểm IIEF).
- + Siêu âm Doppler phát hiện xơ hóa thể hang hoặc tái phát lỗ rò.

PHẦN III

CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÌNH DỤC NỮ

RỐI LOẠN GIẢM HAM MUỐN TÌNH DỤC NỮ

1. Định nghĩa và phân loại

1.1. Định nghĩa

Rối loạn giảm ham muốn tình dục (GHMTD) là một dạng rối loạn chức năng tình dục phổ biến nhất ở nữ giới, đặc trưng bởi việc giảm hoặc mất hoàn toàn các suy nghĩ, mơ tưởng hoặc hành vi liên quan đến tình dục, đi kèm với sự đau khổ về mặt lâm sàng hoặc các vấn đề ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống người phụ nữ.

1.2. Phân loại

GHMTD có thể được phân loại dựa trên các yếu tố sinh học, tâm lý và xã hội, giúp xác định hướng điều trị cụ thể.

1.2.1. Dựa trên loại ham muốn

Ham muốn tự nhiên: là động lực cơ bản để thực hiện hành vi tình dục, xuất hiện trước khi có bất kỳ tương tác tình dục nào. Loại ham muốn này thường ít phổ biến hơn ở nữ giới, đặc biệt là trong giai đoạn tuổi trung niên hoặc mãn kinh.

Ham muốn đáp ứng: khởi phát sau khi có các kích thích hoặc tương tác tình dục. Đây là loại ham muốn thường thấy ở nữ giới, trong đó nhu cầu về tình dục thường xuất hiện sau khi các yếu tố như vuốt ve, gần gũi, hoặc giao tiếp tình cảm được khơi gợi.

1.2.2. Phân loại theo hình thái

GHMTD nguyên phát: người phụ nữ chưa từng cảm nhận ham muốn tình dục kể từ khi trưởng thành hoặc bắt đầu cuộc sống tình dục.

GHMTD thứ phát: giảm hoặc mất ham muốn tình dục ở người từng có đời sống tình dục bình thường trước đó. Tình trạng này có thể liên quan đến các thay đổi sinh lý, tâm lý hoặc yếu tố môi trường.

1.2.3. Phân loại theo hoàn cảnh

GHMTD tổng thể: rối loạn xuất hiện trong tất cả các tình huống, với mọi đối tác và trong mọi thời điểm. Đây là dạng GHMTD nghiêm trọng nhất, thường do các yếu tố tâm lý, sinh lý phức tạp hoặc các vấn đề mãn tính.

GHMTD theo tình huống: Chỉ xảy ra trong một hoàn cảnh cụ thể, chẳng hạn như khi có một đối tác nhất định hoặc trong một mối quan hệ không hòa hợp. Nguyên nhân thường liên quan đến yếu tố tâm lý, tình cảm hoặc kỹ năng giao tiếp giữa các cặp đôi.

1.2.4. Phân loại theo nguyên nhân

GHMTD do các tác nhân tâm lý:

Các vấn đề về trầm cảm, lo âu, căng thẳng hoặc tự ti về hình ảnh cơ thể.

Tiền sử bị lạm dụng tình dục, tổn thương tâm lý từ các mối quan hệ trước.

Những áp lực xã hội hoặc các quan niệm sai lệch về tình dục.

GHMTD do các tác nhân phối hợp:

+ Liên quan đến sự kết hợp của các yếu tố tâm lý và sinh lý như rối loạn nội tiết tố, tác dụng phụ của thuốc, hoặc bệnh lý thực thể như mãn kinh, hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS).

+ Vai trò của đối tác trong việc khơi gợi ham muốn, khả năng giao tiếp tình cảm và tình dục cũng có tác động lớn đến sự phát triển của tình trạng này.

2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

Rối loạn giảm ham muốn tình dục ở nữ giới có nguyên nhân phức tạp, xuất phát từ sự tương tác của nhiều yếu tố sinh lý, tâm lý, xã hội, cũng như các tác động từ đối tác tình dục. Dưới đây là các nhóm yếu tố chính:

2.1. Yếu tố bản thân

Cơ chế sinh lý bệnh và mô hình kiểm soát kép

Mô hình kiểm soát kép (Dual Control Model) được đề xuất bởi Perelman giải thích rằng trong não bộ tồn tại hai hệ thống kiểm soát đối lập:

Hệ thống kích thích: gồm các yếu tố thúc đẩy ham muốn tình dục.

Hệ thống ức chế: gồm các yếu tố ngăn chặn ham muốn tình dục.

2.1.1. Các yếu tố kích thích

Liên quan đến các hormone và chất dẫn truyền thần kinh:

Testosterone: hormone then chốt trong việc duy trì và tăng cường ham muốn tình dục. Testosterone thấp làm giảm ham muốn tình dục.

Oxytocin: gắn liền với cảm giác gắn kết và kích thích tình dục.

Dopamine và norepinephrine: liên quan đến sự phấn khích và động lực hướng đến hành vi tình dục.

Melanocortin: điều hòa sự phản ứng tình dục.

2.1.2. Các yếu tố ức chế

Serotonin: gây ức chế ham muốn tình dục, đặc biệt khi tăng cao trong các trường hợp sử dụng thuốc chống trầm cảm SSRI.

Prolactin: hormone này có thể tăng sau khi sinh hoặc trong các bệnh lý liên quan, làm giảm ham muốn.

Opioid nội sinh: ức chế phản ứng tình dục tự nhiên của cơ thể.

2.1.3. Tác động của sự mất cân bằng giữa hai hệ thống

Khi các yếu tố ức chế vượt trội so với các yếu tố kích thích, ham muốn tình dục sẽ bị suy giảm, dẫn đến GHMTD.

2.1.4. Các yếu tố khác liên quan đến sức khỏe tổng thể

Mãn kinh: gây giảm estrogen và androgen, làm giảm khả năng bôi trơn âm đạo và gây đau khi giao hợp.

Tăng prolactin máu: làm giảm nồng độ testosterone tự do, gây giảm ham muốn.

Rối loạn chức năng tuyến giáp: Cả suy giáp và cường giáp đều có thể gây rối loạn tình dục.

Hội chứng chuyển hóa, béo phì, đái tháo đường: gây ảnh hưởng đến hormone và lưu lượng máu đến cơ quan sinh dục.

Trầm cảm và triệu chứng đường tiêu hóa: gây giảm hứng thú trong tình dục.

Sử dụng thuốc: một số thuốc như thuốc chống trầm cảm, thuốc tránh thai

đường uống hoặc kháng androgen có thể làm giảm ham muốn ở một số ít phụ nữ nhất định.

2.2. Yếu tố tâm lý và xã hội

Trầm cảm và lo âu: đây là những yếu tố chính gây rối loạn ham muốn tình dục, làm suy giảm sự tự tin và khả năng tập trung vào khoái cảm.

Tiền sử lạm dụng tình dục hoặc bạo hành: gây tổn thương tâm lý, dẫn đến né tránh hoặc sợ hãi các hành vi tình dục.

Hình ảnh cơ thể: phụ nữ có cảm giác tự ti về ngoại hình thường ít có ham muốn tình dục.

Áp lực công việc và cuộc sống: làm tăng căng thẳng và giảm khả năng tập trung vào đời sống tình dục.

Sử dụng chất gây nghiện: như rượu, thuốc lá, cần sa, hoặc cocaine, ảnh hưởng đến hormone và chức năng thần kinh, gây suy giảm ham muốn.

2.3. Yếu tố từ đối tác tình dục

Sự thiếu hòa hợp: bao gồm sự không tương đồng về xu hướng tính dục, sự không đồng điệu trong mong muốn tình dục.

Kỹ năng kích thích kém: đối tác không biết cách khơi gợi hoặc không dành đủ thời gian cho giai đoạn dạo đầu.

Bệnh lý của đối tác: rối loạn cương dương, xuất tinh sớm, hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2.4. Yếu tố hormone

Estrogen và testosterone: giảm nồng độ testosterone và estrogen ở phụ nữ theo tuổi đời, đặc biệt sau mãn kinh, làm giảm ham muốn tình dục.

Progesterone: ảnh hưởng gián tiếp đến ham muốn tình dục qua tác động điều hòa trên estrogen.

Suy giảm testosterone sau phẫu thuật: cắt buồng trứng hoặc tuyến thượng thận có thể làm giảm ham muốn đáng kể.

Tăng prolactin: ức chế hoạt động của trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến sinh dục, làm giảm testosterone và estrogen.

Các tình trạng bệnh lý khác làm giảm nội tiết tố ở nữ như suy buồng trứng sớm, hóa trị, hoặc ức chế buồng trứng bằng thuốc, liệu pháp glucocorticoid hay do sử dụng các chất kích thích như rượu và opioid.

2.5. Bệnh lý thực thể

Đái tháo đường: làm giảm tuần hoàn máu đến cơ quan sinh dục và gây tổn thương dây thần kinh, dẫn đến giảm ham muốn.

Béo phì và rối loạn chuyển hóa: làm tăng tình trạng viêm hệ thống, giảm testosterone và gây mệt mỏi.

Bệnh lý thần kinh: như bệnh đa xơ cứng hoặc chấn thương tủy sống, làm suy giảm cảm giác ở vùng sinh dục.

Bệnh lý đường tiết niệu: nhiễm trùng hoặc sa bàng quang gây đau và khó chịu khi giao hợp.

3. Chẩn đoán rối loạn giảm ham muốn tình dục nữ

3.1. Hỏi bệnh

Hỏi bệnh là bước đầu tiên và quan trọng nhất để chẩn đoán GHMTD. Cán bộ y tế cần tập trung vào các nội dung sau:

3.1.1. Xác định mức độ đau khổ của bệnh nhân

Hỏi liệu tình trạng giảm ham muốn có gây đau khổ cho bệnh nhân hay không.

Đánh giá mức độ đau khổ:

- + Đau khổ về mặt cảm xúc: Không hài lòng với đời sống tình dục.
- + Đau khổ về mặt xã hội: Cảm giác tội lỗi vì không hoàn thành trách nhiệm với bạn đời.
- + Đau khổ về mặt cá nhân: Sợ mất đi mối quan hệ với bạn đời.

3.1.2. Xác định các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân tiềm ẩn

Xung đột trong mối quan hệ: căng thẳng, bất đồng quan điểm, thiếu giao tiếp.

Các tác nhân căng thẳng khác: áp lực công việc, học tập, chăm sóc người thân, hoặc các thay đổi lớn trong cuộc sống.

Thuốc sử dụng: các loại thuốc có thể gây ảnh hưởng đến ham muốn tình dục như thuốc chống trầm cảm (SSRI), thuốc kháng Androgen, hoặc thuốc tránh thai.

3.1.3. Đánh giá chức năng tình dục hiện tại và trước đây

Hỏi về mức độ ham muốn, khả năng kích thích, cực khoái, hoặc các vấn đề đau/khó chịu khi quan hệ tình dục.

Tìm hiểu liệu bệnh nhân có thay đổi đột ngột hoặc từ từ trong chức năng tình dục.

3.2. Khai thác tiền sử

Khai thác tiền sử chi tiết giúp định hướng nguyên nhân và lập kế hoạch điều trị.

Tiền sử các vấn đề tình dục:

Bệnh nhân có từng gặp khó khăn về kích thích, cực khoái, hoặc đau khi quan hệ không?

Tình trạng hiện tại có liên quan đến những vấn đề trước đây hay không?

Tiền sử bệnh lý nội, ngoại khoa:

Các bệnh lý nội tiết: rối loạn tuyến giáp, tăng prolactin máu, hoặc bệnh lý tuyến thượng thận.

Tiền sử phẫu thuật: cắt tử cung, phần phụ, hoặc các can thiệp khác ảnh hưởng đến vùng chậu.

Tiền sử sử dụng thuốc: các loại thuốc đang hoặc đã sử dụng: SSRIs, thuốc tránh thai, hoặc liệu pháp hormone.

Tiền sử tâm lý và xã hội:

Bệnh nhân có từng bị rối loạn tâm lý (trầm cảm, lo âu) hoặc bị lạm dụng tình dục không?

Quan điểm cá nhân hoặc văn hóa xã hội về tình dục có thể ảnh hưởng đến hành vi tình dục.

3.3. Khám lâm sàng

Khám toàn thân: đánh giá các dấu hiệu của bệnh lý nội tiết như tuyến giáp phì đại, dấu hiệu của hội chứng Cushing, hoặc béo phì.

Khám vùng chậu:

Quan sát: kiểm tra tình trạng âm hộ, âm đạo, và tiền đình. Lưu ý các dấu hiệu như teo mô, loét, hoặc viêm.

Đánh giá độ nhạy cảm: sử dụng tấm bông với áp lực nhẹ để xác định đau hoặc nhạy cảm quá mức.

Kiểm tra trương lực cơ: đánh giá tăng trương lực sàn chậu hoặc co thắt âm đạo.

Đánh giá các yếu tố thần kinh: rối loạn thần kinh thẹn, đau vùng chậu mãn tính, hoặc bệnh lý cột sống thắt lưng cũng có thể góp phần gây GHMTD.

3.4. Cận lâm sàng

Prolactin: để phát hiện tăng prolactin máu, nguyên nhân phổ biến gây giảm hormone buồng trứng.

Hormone tuyến giáp: kiểm tra suy giáp hoặc cường giáp, ảnh hưởng đến năng lượng và ham muốn.

Estradiol, Progesterone, LH, Testosterone, SHBG: đánh giá chu kỳ kinh nguyệt, nồng độ hormone sinh dục, và chức năng buồng trứng.

3.5. Chẩn đoán hình thái giảm ham muốn tình dục nữ

Sử dụng bộ công cụ FSFI (Female Sexual Function Index) để đánh giá và chẩn đoán. Công cụ này cho phép xác định rõ các khía cạnh chức năng tình dục bị ảnh hưởng, từ đó định hướng can thiệp phù hợp (Chi tiết xem thêm bài *Đánh giá rối loạn chức năng tình dục nữ*).

4. Xử trí giảm ham muốn tình dục nữ

4.1. Liệu pháp tâm lý tình dục

Liệu pháp tâm lý đóng vai trò nền tảng trong điều trị GHMTD, giúp cải thiện tâm lý và xây dựng mối quan hệ lành mạnh giữa bệnh nhân và bạn tình.

Tư vấn: Tập trung vào việc khuyến khích bệnh nhân chia sẻ về các vấn đề cá nhân và tình dục.

Tham khảo phương pháp tư vấn được nêu trong bài "Đánh giá chức năng tình dục nữ".

Tạo không gian an toàn để bệnh nhân cảm thấy thoải mái khi nói về các

vấn đề khó khăn.

Giáo dục nâng cao kiến thức:

Giải thích chu kỳ đáp ứng tình dục, bao gồm ham muốn tự phát và ham muốn đáp ứng.

Nhấn mạnh tầm quan trọng của kích thích tình dục đầy đủ và vai trò của trải nghiệm thú vị trong việc kích thích ham muốn.

Hướng dẫn bệnh nhân nhận biết và giảm thiểu các yếu tố ảnh hưởng đến ham muốn như lo âu, căng thẳng, hình ảnh cơ thể tiêu cực.

Thảo luận về các lựa chọn điều trị và khuyến khích bệnh nhân tham gia vào quá trình điều trị.

Trị liệu nhận thức hành vi (CBT):

CBT giúp xác định, thay đổi các hành vi và suy nghĩ tiêu cực, chẳng hạn tránh né hoạt động tình dục hay những kỳ vọng không thực tế trong mối quan hệ hoặc quan niệm sai về tình dục.

Tăng cường cải thiện mối quan hệ thân mật giúp xây dựng giao tiếp tốt hơn giữa các cặp đôi và tăng cường các hoạt động chung nhằm tạo sự gắn kết và kích thích cảm xúc tích cực.

4.2. Liệu pháp hóa dược

4.2.1. Điều trị bệnh nền và quản lý thuốc

Kiểm soát bệnh lý liên quan: đái tháo đường, tăng prolactin máu, bệnh lý tuyến giáp.

Điều chỉnh thuốc: nếu nguyên nhân là thuốc chống trầm cảm hoặc thuốc kháng Androgen, cần xem xét:

Giảm liều lượng.

Thay thế bằng thuốc có ít tác dụng phụ hơn.

Thay thế bằng một số thuốc cải thiện chức năng tình dục.

Bảng 6. Thuốc hướng thần và ảnh hưởng lên chức năng tình dục trong GHMTD

Nhóm thuốc	Đặc điểm
Ức chế tái hấp thu Dopamine và Norepinephrine (DNRIIs)	Cải thiện rối loạn tình dục liên quan đến các thuốc chống trầm cảm, được khuyến nghị thay thế trong HSDD.
Chủ vận thụ thể melatonin	Ít ảnh hưởng tiêu cực đến chức năng tình dục hơn các thuốc khác.
Thuốc chống trầm cảm đa cơ chế	Ít tác dụng phụ và có thể cải thiện chức năng tình dục liên quan đến các thuốc SSRIs.

4.2.2. Các chất dẫn truyền hệ thần kinh trung ương

Flibanserin:

Được FDA chấp thuận điều trị GHMTD ở phụ nữ tiền mãn kinh.

Cơ chế: tăng norepinephrine, Dopamine và giảm serotonin tại các vùng não liên quan đến tình dục.

Liều dùng: 100 mg/ngày, uống vào buổi tối.

Bremelanotide (BMT):

Đồng vận thụ thể melanocortin 4 (MCR4), FDA phê duyệt cho phụ nữ tiền mãn kinh.

Liều dùng: Tiêm dưới da 1 mg/lần, tối đa 8 lần/tháng.

Tác dụng phụ: Đau đầu, buồn nôn, nóng bừng.

Bupropion và Trazodone:

Bupropion cải thiện ham muốn tình dục, liều từ 300-400 mg/ngày.

Trazodone có tác dụng cải thiện cực khoái và giảm lo âu.

4.2.3. Liệu pháp hormone

Testosterone: hiện chưa có sản phẩm dành riêng cho phụ nữ được FDA chấp thuận. Kem bôi testosterone đã được chứng minh cải thiện ham muốn ở phụ nữ mãn kinh.

Estrogen/Tibolone: estrogen hiệu quả trong điều trị teo âm hộ, giúp giảm đau và tăng bôi trơn. Tibolone (dẫn xuất 19-nortestosterone) cải thiện ham muốn và tăng khả năng bôi trơn.

4.2.4. Thuốc giãn mạch/ức chế PDE5i:

Sildenafil citrate: cải thiện căng cơ sinh dục ở phụ nữ tiền mãn kinh có giảm hưng phấn tình dục.

4.3. Các liệu pháp hỗ trợ

Chất bôi trơn: giúp giảm đau và cải thiện cảm giác thoải mái khi giao hợp, đặc biệt trong trường hợp teo âm đạo.

Thuốc kết hợp testosterone và chất ức chế PDE5i, có thể giúp tăng cường lưu lượng máu và cải thiện cảm giác hưng phấn.

4.4. Theo dõi và đánh giá

Theo dõi định kỳ để đánh giá hiệu quả điều trị, điều chỉnh liệu pháp nếu cần.

Thảo luận và giáo dục bệnh nhân về sự kiên nhẫn trong điều trị.

Hỗ trợ tâm lý dài hạn để giúp bệnh nhân đạt được kết quả tối ưu.

Xử trí GHMTDN đòi hỏi cách tiếp cận toàn diện, kết hợp liệu pháp tâm lý, hóa dược và các phương pháp hỗ trợ. Cần cá nhân hóa điều trị dựa trên nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của mỗi bệnh nhân để đạt hiệu quả tối ưu.

RỐI LOẠN HƯNG PHẤN TÌNH DỤC NỮ

1. Định nghĩa và phân loại

1.1. Định nghĩa

Rối loạn hưng phấn tình dục nữ (RLHPTDN) là một tình trạng đặc trưng bởi sự giảm hoặc mất khả năng đạt được hoặc duy trì trạng thái hưng phấn về mặt tâm lý hoặc sinh lý trong quá trình hoạt động tình dục. Các dấu hiệu chính bao gồm:

Sinh lý: không đạt được hoặc duy trì tiết chất nhờn âm đạo đầy đủ để hỗ trợ hoạt động tình dục.

Tâm lý: thiếu cảm giác phấn khích, hưng phấn chủ quan hoặc niềm vui tình dục trong hoạt động tình dục.

1.2. Đặc điểm chính của rối loạn

Giảm hưng phấn sinh dục: biểu hiện qua sự suy giảm các phản ứng sinh lý của cơ thể như không tiết đủ chất nhờn, giảm tưới máu đến bộ phận sinh dục hoặc mất cảm giác nhạy cảm.

Lo lắng và phiền muộn: tình trạng này thường dẫn đến lo âu, phiền muộn, hoặc tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Thời gian kéo dài: các triệu chứng phải kéo dài trong một khoảng thời gian nhất định. Thời gian áp dụng trước đây thường là 6 tháng. Tuy nhiên, một số công cụ xác định rối loạn chức năng tình dục hiện nay áp dụng thời gian là trong vòng 4 tuần lễ.

1.3. Phân loại

RLHPTDN được phân loại dựa trên hai tiêu chí chính: chủ quan và sinh dục.

1.3.1. Rối loạn hưng phấn tình dục nữ chủ quan

Đặc trưng bởi giảm hoặc mất khả năng đạt được sự phấn khích về mặt tinh thần liên quan đến hoạt động tình dục.

Biểu hiện bao gồm:

Mất cảm giác đỏ bừng mặt.

Không có hiện tượng căng vú.

Thiếu các phản ứng sinh lý điển hình như thở gấp hoặc tăng huyết áp.

Người bệnh không cảm thấy hưng thú hoặc vui thích ngay cả khi có kích thích tình dục trực tiếp.

1.3.2. Rối loạn hưng phấn tình dục nữ tại sinh dục

Đặc trưng bởi giảm hoặc mất các phản ứng sinh lý tại bộ phận sinh dục như:

Giảm tiết dịch bôi trơn âm đạo.

Giảm tưới máu đến các mô sinh dục.

Giảm độ nhạy cảm của bộ phận sinh dục.

Biểu hiện rõ rệt trong các trường hợp hoạt động tình dục hoặc kích thích trực tiếp.

2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

2.1. Yếu tố bản thân

Rối loạn hưng phấn tình dục nữ có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân nội tại, bao gồm các yếu tố y học, nội tiết và sinh lý:

Tiền sử sử dụng thuốc:

Thuốc chống trầm cảm: các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc (SSRIs) có liên quan đến việc giảm ham muốn và hưng phấn tình dục do tăng serotonin và giảm dopamine.

Thuốc chống loạn thần: làm giảm dopamine, gây suy giảm hưng phấn.

Thuốc ức chế men aromatase: ức chế tổng hợp estrogen, làm giảm tưới máu sinh dục.

Thuốc tránh thai nội tiết tố kết hợp: có thể làm giảm testosterone tự do do tăng SHBG (sex hormone-binding globulin).

Thuốc kháng androgen (spironolactone, cyproterone acetate, flutamide, finasteride): làm giảm tác động của testosterone, gây giảm khả năng hưng phấn tình dục.

Estrogen đường uống: gây ức chế testosterone tự do, làm giảm chất nhờn âm đạo.

Tamoxifen, thyroxine: liên quan đến suy giảm hưng phấn ở phụ nữ mắc các bệnh ung thư và rối loạn nội tiết.

Tiền sử phẫu thuật:

Cắt buồng trứng: làm giảm hormone sinh dục nữ.

Chấn thương hoặc xạ trị vùng chậu: gây tổn thương dây thần kinh hoặc mô sinh dục, làm giảm cảm giác và tưới máu.

Mắc bệnh nền:

Nội tiết: rối loạn tuyến yên, tuyến giáp, đái tháo đường, tuyến thượng thận, suy buồng trứng.

Thần kinh: đa xơ cứng, tổn thương tủy sống, bệnh lý thần kinh ngoại biên.

Tim mạch và rối loạn chuyển hóa: ảnh hưởng đến tưới máu vùng sinh dục.

Tâm thần: lo âu, trầm cảm và rối loạn stress sau sang chấn.

Ung thư: đặc biệt ung thư vú, vùng chậu – sinh dục (sau hóa trị, xạ trị).

HIV: ảnh hưởng toàn diện đến sức khỏe sinh dục.

Các vấn đề liên quan sinh sản: vô sinh, đình chỉ thai, biến chứng thai kỳ, sinh đường âm đạo hoặc sau sinh có thể ảnh hưởng đến tâm lý và sinh lý, gây rối loạn hưng phấn.

Suy buồng trứng sớm và mãn kinh: giảm estrogen và testosterone dẫn đến giảm tưới máu và tiết chất nhờn.

2.2. Yếu tố tâm lý

Các yếu tố tâm lý đóng vai trò quan trọng trong rối loạn hưng phấn tình dục nữ:

Trầm cảm và lo âu: gây giảm khả năng tập trung vào cảm giác tình dục, mất động lực.

Tự ti về hình thể: ảnh hưởng đến sự tự tin, đặc biệt sau sinh, tăng cân, hoặc thay đổi cơ thể.

Sử dụng chất gây nghiện: rượu bia, thuốc lá, cần sa, cocaine và các chất kích thích khác làm giảm chức năng thần kinh và tuần hoàn, ảnh hưởng đến khả năng

năng hưng phấn.

2.3. Yếu tố người phối ngẫu

Chất lượng mối quan hệ tình cảm và tình dục với người phối ngẫu có tác động lớn đến hưng phấn tình dục:

Xu hướng tính dục không phù hợp: thiếu sự hấp dẫn tình dục hoặc không hòa hợp về mặt tình cảm và thể chất.

Kỹ thuật kích thích chưa phù hợp: thiếu thời gian dạo đầu hoặc kích thích không hiệu quả.

Bệnh lý của người phối ngẫu: rối loạn cương dương, xuất tinh sớm, xuất tinh chậm, hoặc cong dương vật bẩm sinh hoặc mắc phải (peyronie).

Mối quan hệ tiêu cực: mâu thuẫn, không chung thủy, hoặc lạm dụng tình dục ảnh hưởng trực tiếp đến hưng phấn.

2.4. Yếu tố văn hóa và tôn giáo

Văn hóa bảo thủ về tình dục: phụ nữ lớn lên trong môi trường văn hóa bảo thủ, như nhiều nước Đông Á, có thể cảm thấy e ngại khi thảo luận hoặc thực hiện các hành vi tình dục.

Quan điểm tôn giáo: một số giáo lý hoặc niềm tin tôn giáo có thể làm tăng cảm giác tội lỗi hoặc ức chế về mặt tình dục.

3. Chẩn đoán rối loạn hưng phấn tình dục nữ

Rối loạn hưng phấn tình dục nữ (RLHPTDN) cần được chẩn đoán toàn diện qua nhiều bước đánh giá bao gồm hỏi bệnh, khám thực thể và cận lâm sàng.

3.1. Hỏi bệnh

Tình trạng hưng phấn hiện tại:

Có giảm hoặc mất tiết chất bôi trơn khi quan hệ không?

Có giảm hoặc mất các phản ứng hưng phấn như đỏ bừng mặt, cương núm vú, tăng nhịp tim, thở gấp khi kích thích tình dục không?

Khả năng duy trì hưng phấn trong suốt hoạt động tình dục có bị giảm sút không?

Tình trạng trên đã xuất hiện bao lâu? Trước đó có khi nào tình dục không

gặp vấn đề này không?

Vấn đề có xảy ra trong các trường hợp cụ thể như thay đổi bạn tình, không gian hay thời điểm không?

Yếu tố bệnh lý kèm theo:

Bệnh nội tiết (tuyến yên, tuyến giáp, đái tháo đường, tuyến thượng thận, suy buồng trứng).

Bệnh lý thần kinh (đa xơ cứng, tổn thương tủy sống).

Bệnh lý tim mạch, rối loạn chuyển hóa.

Ung thư vú hoặc sinh dục (sau hóa trị, xạ trị).

HIV hoặc các bệnh mạn tính khác.

Tiền sử sử dụng thuốc:

Thuốc chống trầm cảm, chống loạn thần, thuốc kháng androgen (spironolactone, flutamide).

Estrogen đường uống, tamoxifen, thuốc tránh thai nội tiết tố kết hợp.

Tiền sử sản phụ khoa: tình trạng kinh nguyệt, mãn kinh, rối loạn chức năng sản châu, hoặc tiền sử đau tình dục, són tiểu.

Tâm lý:

Trầm cảm và lo lắng: tâm trạng tiêu cực ảnh hưởng đến nhận thức và phản ứng hưng phấn.

Tự ti về hình thể: lo ngại về ngoại hình sau sinh hoặc thay đổi do bệnh lý.

Tiền sử sử dụng chất gây nghiện: rượu, thuốc lá, cần sa, cocaine.

Yếu tố người phối ngẫu:

Mối quan hệ tình cảm, kỹ thuật kích thích của đối tác.

Bệnh lý tình dục của đối tác (rối loạn cương dương, xuất tinh sớm, bệnh lây truyền qua đường tình dục).

Yếu tố xã hội:

Ảnh hưởng của công việc, áp lực gia đình.

Văn hóa hoặc niềm tin cấm kỵ về tình dục.

3.2. Khám thực thể

Khám bộ phận sinh dục:

Quan sát sự bất thường như sưng nề, ban đỏ, vết rạn da.

Kiểm tra âm vật về màu sắc, kích thước, di động và có khối bất thường không.

Đánh giá cảm giác với thử nghiệm Q-TIP xung quanh vùng tiền đình.

Khám trương lực cơ sàn chậu và kiểm tra khả năng co giãn của các cơ như hành hang, cơ thắt niệu đạo.

Khám âm đạo và cổ tử cung: sử dụng mỏ vịt để kiểm tra chi tiết âm đạo, cổ tử cung. Đánh giá tổn thương niêm mạc âm đạo, teo âm đạo.

Khám trực tràng: đánh giá vùng trực tràng, hậu môn để tìm các bất thường liên quan đến cấu trúc sàn chậu.

Một số tổn thương có thể gặp khi khám thực thể: dính/hẹp/teo âm vật, sa niệu đạo, rối loạn cơ sàn chậu, loạn dưỡng âm hộ hay bệnh lý thần kinh thẹn

3.3. Cận lâm sàng

Dù không có xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán RLHPTDN, các xét nghiệm sau có thể hỗ trợ xác định nguyên nhân hoặc tình trạng bệnh kèm theo:

Xét nghiệm hormone:

Testosterone, LH, FSH, estrogen, prolactin, TSH.

Prolactin cao: có thể gợi ý u tuyến yên hoặc tác dụng phụ của thuốc.

Suy giáp hoặc cường giáp: ảnh hưởng đến chức năng sinh dục.

Test cảm giác: kiểm tra nhận thức sinh học (nóng, lạnh) ở vùng sinh dục.

Đo chức năng sinh lý:

Đo điện cơ đồ để đánh giá hoạt động thần kinh sàn chậu.

Đo tưới máu âm vật qua siêu âm Doppler hoặc photoplethysmography.

Đo kháng trở mạch máu bằng trở kháng đo thể tích (plethysmography).

Hình ảnh học:

Siêu âm Doppler màu để đánh giá tưới máu vùng sinh dục.

Chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống lưng-cùng để phát hiện tổn thương

thần kinh.

4. Xử trí rối loạn hưng phấn tình dục nữ

RLHPTDN cần được xử trí theo cách tiếp cận toàn diện, kết hợp giữa liệu pháp không dùng thuốc, điều trị thuốc, và can thiệp tâm lý nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống tình dục và sức khỏe tâm lý của bệnh nhân. Các nguyên tắc và biện pháp điều trị cụ thể gồm:

4.1. Nguyên tắc điều trị

Thiết lập mối quan hệ đáng tin cậy với bệnh nhân: tạo môi trường thấu hiểu, đồng cảm và không phán xét để bệnh nhân cảm thấy an tâm khi chia sẻ.

Tìm và điều trị nguyên nhân: đánh giá toàn diện nhằm phát hiện và điều trị các yếu tố nguyên nhân hoặc yếu tố nguy cơ cụ thể.

Cá thể hóa điều trị: xây dựng kế hoạch điều trị phù hợp với từng bệnh nhân, kết hợp các phương pháp điều trị đa chiều.

4.2. Phòng tránh yếu tố nguy cơ, quản lý bệnh nền và tư vấn

Giải tỏa căng thẳng và lo lắng: khuyến khích bệnh nhân thực hành các kỹ thuật giảm stress như thiền, yoga, hoặc liệu pháp thư giãn.

Hạn chế sử dụng chất gây nghiện: loại bỏ hoặc giảm thiểu các tác nhân như rượu, thuốc lá, caffeine, và các chất kích thích khác.

Giải quyết vấn đề từ người phối ngẫu: hướng dẫn các cặp đôi cải thiện giao tiếp và kỹ thuật kích thích để tăng sự hài lòng tình dục.

Quản lý bệnh nền: điều trị và kiểm soát tốt các bệnh mạn tính như đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa, bệnh tim mạch, và các rối loạn nội tiết.

Tư vấn: cung cấp kiến thức về tình dục học, giúp bệnh nhân hiểu về cơ chế và các yếu tố ảnh hưởng đến hưng phấn tình dục.

4.3. Điều trị thuốc

4.3.1. Liệu pháp không dùng thuốc

Chất bôi trơn và gel dưỡng ẩm âm đạo:

Cơ chế: giúp giảm khô rát, cải thiện sự thoải mái trong quan hệ tình dục.

Ưu điểm: ít tác dụng phụ, sử dụng được cho mọi đối tượng.

Hạn chế: chưa có nghiên cứu dài hạn về tác dụng.

Thiết bị hỗ trợ: máy rung, dương vật giả, máy hút chân không âm vật (EROS).

Cơ chế: tăng lưu lượng máu, kích thích các mô sinh dục.

Hiệu quả: đã được FDA chứng nhận cải thiện hưng phấn tình dục.

4.3.2. Thuốc điều trị

Thuốc giãn mạch:

Thuốc tại chỗ: Prostaglandin E1, giúp tăng lưu lượng máu đến mô sinh dục.

Thuốc toàn thân: PDE5i (sildenafil, tadalafil, Vardenafil), hiệu quả không nhất quán.

Tác dụng phụ: ngứa, đỏ tại chỗ hoặc phản ứng toàn thân nhẹ.

Liệu pháp hormone:

Estrogen:

Dạng dùng: toàn thân (thuốc uống, tiêm, gel) hoặc tại chỗ (vòng estradiol, thuốc đặt âm đạo).

Cơ chế: tái sinh biểu mô âm đạo, tăng bôi trơn tự nhiên.

Tác dụng phụ: đau vú, thay đổi núm vú, chảy máu tử cung. Cần theo dõi định kỳ estradiol máu.

Testosterone:

Dạng dùng: gel bôi, tiêm bắp, que cấy dưới da.

Tác dụng phụ: rụng lông, mỏng tóc, mụn trứng cá. Điều chỉnh liều nếu có tác dụng phụ.

Thuốc chủ vận hệ thần kinh trung ương (CNS):

Tác nhân tăng hưng phấn: Bupropion, cabergoline, oxytocin.

Tác nhân giảm ức chế: Buspirone, naltrexone.

Flibanserin: tăng dopamine, norepinephrine; giảm serotonin.

Bremelanotide: chủ vận thụ thể melanocortin, cải thiện hưng phấn tình dục.

4.4. Trị liệu tâm lý

4.4.1. Liệu pháp hành vi nhận thức

Cơ chế: tập trung vào việc xác định và thay đổi cách suy nghĩ, niềm tin tiêu cực, cải thiện nhận thức và hành vi tình dục.

Công cụ: sử dụng phương pháp đặt câu hỏi Socrates để bệnh nhân tự nhận ra và điều chỉnh hành vi không mong muốn.

4.4.2. Liệu pháp chánh niệm:

Giúp tăng khả năng tập trung vào hiện tại, kiểm soát cảm xúc và cải thiện phản ứng tình dục.

4.4.3. Liệu pháp tập trung cảm nhận:

Tập trung cảm nhận cá nhân: bệnh nhân học cách hiểu và giao tiếp về nhu cầu tình dục của mình.

Tập trung cảm nhận cặp đôi: cải thiện giao tiếp và tương tác tình dục giữa hai đối tác qua các giai đoạn tập trung vào cảm nhận cơ thể và trải nghiệm tình dục.

4.5. Một số can thiệp khác theo nguyên nhân

Tiêm steroid ngoài màng cứng để điều trị viêm rễ thần kinh sinh dục.

Phẫu thuật cột sống để bóc tách u nang Tarlov hoặc điều trị thoát vị đĩa đệm.

RỐI LOẠN CỰC KHOÁI TÌNH DỤC NỮ

1. Định nghĩa và phân loại

1.1. Định nghĩa

Cực khoái tình dục được định nghĩa là: “Cảm giác tột đỉnh trong trải nghiệm tình dục mà theo đánh giá chủ quan là sự sung sướng hoặc ngây ngất. Nó xảy ra đồng thời trong bộ não/tâm trí và cơ quan sinh dục vùng chậu.”

Theo Hiệp hội Nghiên cứu Sức khỏe Tình dục Nữ Quốc tế (ISSWSH), rối loạn cực khoái (RLCK) nữ được đặc trưng bởi:

Thay đổi trong tần số cực khoái (quá ít hoặc không có).

Suy giảm cường độ hoặc chất lượng cảm nhận cực khoái.

Kéo dài thời gian đạt cực khoái hoặc không đạt cực khoái.

Thiếu sự hài lòng khi đạt cực khoái.

Những biểu hiện này có thể xảy ra liên tục, ngắt quãng hoặc tái phát, kèm theo phiền muộn hoặc lo lắng, ảnh hưởng đáng kể đến tâm lý và chất lượng cuộc sống.

1.2. Phân loại

1.2.1. Theo thời gian mắc bệnh

Rối loạn cực khoái nguyên phát: là tình trạng rối loạn cực khoái đã xuất hiện ngay từ lần quan hệ tình dục đầu tiên, thường liên quan đến các yếu tố bẩm sinh, bất thường giải phẫu hoặc yếu tố tâm lý xuất hiện sớm.

Rối loạn cực khoái thứ phát: là tình trạng rối loạn cực khoái xuất hiện sau một khoảng thời gian mà bệnh nhân từng trải qua hoạt động tình dục bình thường, thường liên quan đến yếu tố sinh lý, bệnh lý hoặc tâm lý phát sinh sau này (ví dụ: mãn kinh, bệnh mạn tính, chấn thương tâm lý...).

1.2.2. Theo hoàn cảnh

Rối loạn cực khoái tổng quát: xuất hiện ở tất cả các tình huống, không phân biệt bạn tình, không gian, thời gian, thường liên quan đến bệnh lý toàn thân, rối loạn chức năng sinh dục hoặc tâm lý sâu sắc.

Rối loạn cực khoái tình huống: chỉ xảy ra trong một số điều kiện cụ thể

như với một đối tác nhất định, trong môi trường không quen thuộc hoặc không thoải mái, trong những thời điểm căng thẳng, áp lực tâm lý. Dạng rối loạn này có thể do các yếu tố tâm lý, mối quan hệ cặp đôi, hoặc yếu tố xã hội như quan niệm về tình dục.

2. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

2.1. Yếu tố bản thân

Tiền sử dùng thuốc: một số loại thuốc có thể gây rối loạn cực khoái bao gồm: thuốc điều trị tăng huyết áp (beta-blockers), thuốc benzodiazepine (an thần, chống lo âu), thuốc kháng histamine H2 (cimetidine, ranitidine), thuốc chống co giật (phenytoin, carbamazepine) hoặc thuốc chống trầm cảm, đặc biệt là nhóm SSRI và TCA.

Tiền sử phẫu thuật: phẫu thuật cắt vòi tử cung, buồng trứng, hoặc các can thiệp vùng chậu như xạ trị. Các phẫu thuật cột sống hoặc khớp háng ảnh hưởng đến thần kinh và mạch máu vùng sinh dục.

Bệnh lý nền: các bệnh lý hệ tiêu hóa (hội chứng ruột kích thích (IBS), bệnh Crohn); bệnh cơ xương khớp (thoái hóa đốt sống thắt lưng, viêm khớp háng, rối loạn nội tiết (rối loạn tuyến yên, tuyến giáp, đái tháo đường, suy buồng trứng, tuyến thượng thận); nhiễm trùng hoặc bệnh lý chức năng bàng quang; Da liễu (Lichen planus, lichen sclerosus); bệnh thần kinh (động kinh, Parkinson, đa xơ cứng, tổn thương tủy sống); bệnh tim mạch (bệnh động mạch vành, xơ vữa mạch máu vùng chậu); bệnh ác tính (ung thư vú, cổ tử cung, hoặc vùng chậu, đặc biệt sau hóa trị và xạ trị); tâm thần (Trầm cảm, lo âu, rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD).

Liên quan sinh sản: vô sinh, đình chỉ thai kỳ, biến chứng sinh nở, hoặc sang chấn sau sinh âm đạo; Suy buồng trứng sớm, mãn kinh tự nhiên hoặc sau phẫu thuật.

2.2. Yếu tố tâm lý

Trầm cảm và lo lắng: các bệnh lý tâm thần thường làm giảm khả năng đạt cực khoái. Lo lắng kéo dài về mối quan hệ, công việc, hoặc xã hội có thể ức chế

cực khoái.

Nỗi sợ vô thức: sợ mang thai ngoài ý muốn hoặc hỏng thai, sợ hãi từ các sang chấn tâm lý liên quan đến tình dục.

Sử dụng chất gây nghiện: rượu bia, thuốc lá, cần sa, cocaine, hoặc các chất gây ảo giác đều ảnh hưởng tiêu cực đến chức năng tình dục.

Thuốc hướng thần: thuốc chống trầm cảm (SSRI, SNRI), thuốc an thần kinh (haloperidol, risperidone) có thể gây giảm cực khoái.

2.3. Yếu tố người phối ngẫu

Xu hướng tính dục: sự không tương thích về xu hướng tính dục giữa hai người.

Kỹ thuật kích thích: thiếu kinh nghiệm hoặc không hiểu rõ nhu cầu của đối tác.

Bệnh lý của người phối ngẫu: rối loạn cương dương, xuất tinh sớm, hoặc xuất tinh chậm. Cong dương vật bẩm sinh hoặc mắc phải (peyronie) hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Mối quan hệ: xung đột chưa được giải quyết, bạo hành, hoặc không thủy chung.

2.4. Yếu tố văn hóa và tôn giáo

Quan niệm bảo thủ về tình dục: các quan niệm xã hội tiêu cực về tình dục có thể cản trở khả năng đạt cực khoái. Ở một số cộng đồng, việc bày tỏ nhu cầu tình dục bị coi là điều cấm kỵ.

Hủ tục cắt âm vật: cắt bỏ âm vật hoặc can thiệp cơ quan sinh dục có thể làm giảm khả năng đạt cực khoái.

3. Chẩn đoán rối loạn cực khoái tình dục nữ

3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ISSWSH

Theo Hiệp hội Nghiên cứu Sức khỏe Tình dục Nữ Quốc tế (ISSWSH), chẩn đoán rối loạn cực khoái (RLCK) nữ được đưa ra khi có ít nhất một trong các biểu hiện sau đây:

Thay đổi tần số cực khoái: tần suất đạt cực khoái giảm hoặc hoàn toàn

không đạt được cực khoái (anorgasmia).

Giảm cường độ cực khoái: cực khoái xảy ra nhưng mức độ sung sướng hoặc ngây ngất bị giảm (muted orgasm).

Thay đổi thời gian cực khoái: cực khoái xảy ra quá nhanh (cực khoái sớm) hoặc mất nhiều thời gian để đạt cực khoái (cực khoái muộn).

Giảm sự hài lòng cực khoái: cực khoái xảy ra nhưng không đem lại sự hài lòng hoặc thỏa mãn (anhedonic orgasm).

Các triệu chứng này thường phải kéo dài ít nhất 4 tuần, gây phiền muộn hoặc ảnh hưởng tiêu cực đến tâm lý, mối quan hệ, hoặc chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

3.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM-5

Theo Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần, Phiên bản 5 (DSM-5), chẩn đoán RLCK nữ cần đáp ứng các tiêu chí:

Biểu hiện lâm sàng: chậm trễ hoặc không đạt được cực khoái sau giai đoạn hưng phấn tình dục bình thường.

Tính phổ biến: triệu chứng xuất hiện ở hơn 75% số lần quan hệ tình dục.

Thời gian kéo dài: các triệu chứng tồn tại liên tục trong ít nhất 6 tháng.

Ảnh hưởng tâm lý: gây ra phiền muộn, lo lắng nghiêm trọng về mặt tâm lý.

Loại trừ nguyên nhân khác: không phải do bệnh tâm thần, mối quan hệ nghiêm trọng, các yếu tố gây căng thẳng khác hoặc tác dụng phụ của thuốc/chất gây nghiện.

4. Xử trí rối loạn cực khoái tình dục nữ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Thiết lập mối quan hệ với bệnh nhân: đồng cảm, tôn trọng và xây dựng niềm tin để bệnh nhân cởi mở chia sẻ.

Tìm kiếm và điều trị nguyên nhân: xác định yếu tố sinh học, tâm lý, hoặc xã hội gây rối loạn để can thiệp thích hợp.

Cá thể hóa phương pháp điều trị: tích hợp nhiều phương pháp, điều chỉnh theo từng trường hợp cụ thể.

4.2. Quản lý yếu tố nguy cơ

Giải tỏa căng thẳng, lo lắng: hỗ trợ bệnh nhân giảm áp lực công việc, gia đình hoặc xã hội.

Giảm sử dụng chất gây nghiện: rượu bia, thuốc lá, và các chất kích thích khác nên được hạn chế.

Giải quyết vấn đề từ người phối ngẫu: hướng dẫn kỹ thuật, giải quyết xung đột hoặc điều trị các bệnh lý của đôi tác.

Quản lý bệnh lý nền: điều trị các bệnh nội khoa, thần kinh, tâm thần ảnh hưởng đến chức năng tình dục.

Điều chỉnh thuốc: đổi nhóm thuốc hoặc thay đổi liều lượng nếu nguyên nhân xuất phát từ thuốc.

4.3. Điều trị bằng thuốc

Liệu pháp nội tiết:

+ Estrogen: có các dạng dùng bằng đường uống, gel, miếng dán hoặc tiêm bắp. Liều lượng nhằm duy trì mục tiêu đạt nồng độ 35-50 pg/ml và cần kiểm tra định kỳ mỗi 3-6 tháng. Tác dụng estrogen giúp cải thiện môi trường âm đạo, tăng cảm giác và khả năng đạt cực khoái.

+ Testosterone thường được áp dụng cho phụ nữ mãn kinh, sử dụng dạng gel hoặc tiêm, với tác dụng giúp tăng động lực tình dục và cực khoái.

Thuốc tác động hệ thần kinh trung ương (CNS):

+ Bupropion: tăng dopamine, cải thiện ham muốn và cực khoái.

+ Flibanserin: điều chỉnh serotonin, dopamine và norepinephrine.

+ Bremelanotide: chất chủ vận thụ thể melanocortin.

4.4. Vật lý trị liệu

Massage cơ sàn chậu: giảm căng cơ, tăng lưu thông máu vùng chậu.

Tập luyện cơ sàn chậu, có thể sử dụng công nghệ hỗ trợ như phản hồi sinh học (Biofeedback), điện từ trường: giúp bệnh nhân học cách kiểm soát cơ sàn chậu và tăng cường đáp ứng với kích thích.

Điều trị cơ sàn chậu: tiêm thuốc ức chế dẫn truyền thần kinh - cơ hoặc steroid trong trường hợp cơ sàn chậu tăng trương lực.

4.5. Trị liệu tâm lý

Liệu pháp hành vi nhận thức (CBT): loại bỏ các suy nghĩ tiêu cực về tình dục. Giáo dục bệnh nhân về sinh lý cực khoái và các yếu tố ảnh hưởng.

Chánh niệm: giúp bệnh nhân tập trung vào cảm giác hiện tại, giảm lo âu và cải thiện cảm nhận cực khoái.

Liệu pháp cặp đôi: khuyến khích giao tiếp và hợp tác giữa các đối tác để cải thiện mối quan hệ và trải nghiệm tình dục.

4.6. Các phương pháp khác

Phẫu thuật tạo hình âm vật: dành cho các trường hợp tổn thương cấu trúc sinh dục.

Tiêm botox hoặc steroid: hỗ trợ điều trị các trường hợp cơ sàn chậu bị co thắt.

Can thiệp phẫu thuật: điều trị thoát vị đĩa đệm hoặc bóc u nang Tarlov nếu có tổn thương thần kinh liên quan.

RỐI LOẠN ĐAU LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH DỤC

1. Khái niệm và phân loại

1.1. Khái niệm

Đau liên quan đến tình dục (đau khi giao hợp) là một triệu chứng biểu hiện qua sự khó chịu hoặc cơn đau khi sinh hoạt tình dục. Tình trạng này không chỉ ảnh hưởng đến sự hài lòng tình dục mà còn tác động tiêu cực lên chất lượng cuộc sống, tâm lý và các mối quan hệ xã hội.

Theo Định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), đau khi giao hợp chiếm từ 8% đến 22% tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Tuy nhiên, tỷ lệ này có thể cao hơn do sự khác biệt trong các nghiên cứu, đặc biệt khi bao gồm những trường hợp đau khi thâm nhập ban đầu, đau tại vùng tiền đình âm hộ.

Hiệp hội Tâm thần Học Hoa Kỳ (APA) trong DSM-5 (“Cẩm Nang Chẩn Đoán và Thống Kê Rối Loạn Tâm Thần”) đã gộp chứng đau khi giao hợp và co thắt âm đạo thành một mục duy nhất gọi là “Rối loạn đau vùng sinh dục-chậu/thâm nhập” (Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder – GPP/PD). Triệu chứng gồm: (1) khó thâm nhập, (2) đau khi thâm nhập, (3) sợ hoặc lo lắng về đau, và (4) rối loạn cơ sàn chậu.

1.2. Phân loại lâm sàng

1.2.1 Theo DSM-5

DSM-5 nhấn mạnh tính đa chiều của đau vùng sinh dục-chậu.

Yêu cầu triệu chứng kéo dài ít nhất 6 tháng và gây ra sự khó chịu đáng kể về lâm sàng. Đây là 1 hạn chế của DSM-5 vì tiêu chí 6 tháng có thể bỏ qua những trường hợp đau mới bắt đầu nhưng có gây ra sự khó chịu đáng kể và ảnh hưởng đến tâm lý cũng như chất lượng cuộc sống của người phụ nữ

1.2.2 Theo ICD-11

ICD-11 phân loại rõ ràng ba tình trạng đau chính:

Đau khi giao hợp (Dyspareunia): đau tái diễn hoặc kéo dài ở bộ phận sinh dục trước, trong hoặc sau giao hợp.

Đau co thắt âm đạo (Vaginismus): gồm co thắt cơ sàn chậu hoặc khó khăn

thâm nhập.

Đau tiền đình âm hộ (Vulvodynia): cơn đau hoặc nóng rát mãn tính ở da âm hộ không xác định được nguyên nhân.

2. Nguyên nhân đau liên quan đến tình dục nữ

Đau liên quan tới tình dục là một biểu hiện đa dạng và phức tạp, với các nguyên nhân có thể đến từ nhiều hệ thống cơ quan và yếu tố tâm lý. Dựa trên biểu hiện lâm sàng (đau âm hộ, đau khi giao hợp, đau do co thắt, hoặc đau cơ sàn chậu), các nguyên nhân được chia thành bốn nhóm chính sau đây:

2.1. Nhóm nguyên nhân gây đau tiền đình âm hộ

Đau tiền đình âm hộ là một dạng đau khu trú tại vùng tiền đình, có thể do các yếu tố viêm, nội tiết, hoặc tổn thương thần kinh. Các nguyên nhân này được phân loại theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Quốc tế về Đau Âm Hộ và Hệ Tiết Niệu (ISSVD, ISWSH và IPPS - 2015):

2.1.1. Do các bệnh lý cụ thể tại âm hộ, âm đạo, cổ tử cung

Nhiễm trùng: chẳng hạn nhiễm nấm Candida tái phát mạn, herpes simplex, viêm âm đạo, cổ tử cung; lộ tuyến cổ tử cung.

Viêm da liễu tự miễn: như bệnh lichen xơ hóa, viêm bóng nước tự miễn.

Tổn thương thần kinh: đau dây thần kinh thẹn, đau thần kinh hậu zona.

Chấn thương: hậu quả từ sinh nở, phẫu thuật sinh dục, cắt tầng sinh môn.

Điều trị ung thư: hóa trị và xạ trị vùng chậu.

Thiếu hụt nội tiết tố: hội chứng tiết niệu-sinh dục thời kỳ mãn kinh.

2.1.2. Đau âm hộ mãn tính

Kéo dài trên 3 tháng với căn nguyên không rõ ràng.

Khu trú hoặc toàn thể, với yếu tố kích thích (như tiếp xúc, thâm nhập) hoặc tự phát.

2.1.3. Các yếu tố nguy cơ

Đồng thời có các hội chứng đau mãn tính khác: hội chứng ruột kích thích, đau xơ cơ, viêm bàng quang kẽ.

Rối loạn thần kinh trung ương và ngoại biên: tăng sinh thần kinh tại vùng tiền đình.

Rối loạn tâm lý xã hội: lo âu, trầm cảm, căng thẳng trong mối quan hệ.

2.2. Nhóm nguyên nhân gây co thắt âm đạo

Co thắt âm đạo thường biểu hiện như sự co rút không tự chủ của cơ sàn chậu, gây cản trở việc xâm nhập âm đạo của dương vật trong quá trình giao hợp.

2.2.1. Căn nguyên tâm lý - xã hội

Thiếu kiến thức tình dục, ám ảnh về đau khi giao hợp.

Tiền sử bị lạm dụng tình dục, hoặc các chuẩn mực văn hóa khắt khe.

2.2.2. Cơ chế bệnh sinh

Phản ứng bảo vệ của cơ thể trước cơn đau hoặc xâm nhập.

Sự kết hợp của tăng trương lực cơ sàn chậu và lo âu.

2.2.3. Xử trí đối với nguyên nhân gây co thắt âm đạo

Liệu pháp hành vi: tập thư giãn cơ, giải miễn cảm.

Dụng cụ nong âm đạo: sử dụng kích thước tăng dần kết hợp kỹ thuật ghi điện cơ.

Can thiệp tâm lý: liệu pháp nhận thức - hành vi (CBT), liệu pháp thôi miên.

2.3. Nhóm bệnh lý thực thể gây đau khi giao hợp

Lạc nội mạc tử cung: nguyên nhân phổ biến gây đau khi giao hợp sâu.

Viêm vùng chậu: tạo ra mô xơ dính, gây đau mạn tính.

Thiếu estrogen: do mãn kinh hoặc các liệu pháp nội tiết gây teo âm hộ, viêm teo âm đạo.

Sa sinh dục: gây khó chịu và ảnh hưởng đến hoạt động tình dục.

U xơ tử cung: chèn ép vùng chậu, gây đau khi giao hợp.

2.4. Nhóm nguyên nhân gây rối loạn chức năng cơ sàn chậu

Rối loạn trương lực cơ sàn chậu: tăng trương lực cơ có thể do căng thẳng, táo bón mạn tính, hoặc phản xạ đau vùng chậu.

Rối loạn cơ sinh học: rách sụn viền ổ chảo, tổn thương khớp cùng chậu.

Bất thường thần kinh: viêm hoặc kích thích dây thần kinh ngoại biên tại vùng chậu.

Yếu tố hành vi: thói quen ngồi sai tư thế, co thắt cơ do căng thẳng kéo dài.

3. Chẩn đoán đau liên quan đến tình dục nữ

3.1. Hỏi bệnh sử và đánh giá ban đầu

3.1.1. Tạo môi trường cởi mở và tin cậy

Hỏi bệnh sử về đau liên quan tới tình dục nên trở thành một phần thường quy trong khám phụ khoa, đặc biệt với những phụ nữ phân nản về vấn đề tình dục.

Phụ nữ thường không tự nguyện chia sẻ thông tin do cảm giác xấu hổ, sợ bị kỳ thị hoặc e ngại với bác sĩ. Một số bệnh nhân bị nhân viên y tế từ chối chẩn đoán hoặc điều trị thích hợp trong thời gian dài, dẫn đến cảm giác bị bỏ rơi.

Việc tạo dựng môi trường an toàn, không phán xét giúp tăng cường sự hợp tác giữa bệnh nhân và bác sĩ. Nên khuyến khích người phối ngẫu/bạn đời tham gia vào buổi đánh giá.

3.1.2. Tiếp cận tâm sinh lý xã hội

Mô hình tâm sinh lý xã hội được công nhận là phương pháp toàn diện nhất để đánh giá và điều trị đau liên quan tới tình dục.

Đánh giá cần tập trung vào cả yếu tố thực thể, nhận thức, tâm lý, hành vi, xã hội và văn hóa góp phần khởi phát và duy trì triệu chứng.

3.2. Đánh giá tình trạng đau

3.2.1. Các biểu hiện lâm sàng của đau

Đau liên quan tới tình dục có thể được nhận biết qua các biểu hiện:

Co thắt cơ âm đạo không tự nguyện, cản trở thâm nhập.

Cảm giác căng thẳng, đau hoặc nóng rát trong khi hoặc sau khi giao hợp.

Lo lắng hoặc sợ hãi khi quan hệ tình dục.

Giảm ham muốn hoặc tránh né hoạt động tình dục.

3.2.2. Mô tả cơn đau

Các yếu tố quan trọng để mô tả tình trạng đau:

Vị trí đau: nông (vùng tiền đình) hoặc sâu (vùng chậu).

Cường độ: nhẹ, trung bình, nặng.

Thời gian: đau liên tục, đau ngắt quãng hoặc chỉ xuất hiện khi bị kích thích.

Khởi phát: từ lúc bắt đầu quan hệ tình dục hoặc sau một thời gian hoạt động tình dục bình thường.

Ảnh hưởng: tác động đến các hoạt động hàng ngày và chất lượng cuộc sống.

3.3. Khám lâm sàng

3.3.1. Khám ngoài

Sử dụng tầm bông kiểm tra toàn bộ vùng âm hộ để phát hiện rối loạn cảm giác đau (tăng cảm giác đau hoặc dị cảm).

Chú ý các tổn thương da như viêm, xơ hóa, hoặc sẹo.

3.3.2. Khám trong bằng mỏ vịt

Đánh giá tình trạng niêm mạc âm đạo: khô, teo, xung huyết, loét.

Lấy dịch âm đạo để xét nghiệm và nuôi cấy vi khuẩn.

3.3.3. Khám âm đạo bằng tay

Đánh giá tử cung, buồng trứng, dây chằng và cơ sàn chậu.

Xác định điểm đau, trương lực cơ và tình trạng viêm.

3.3.4. Đánh giá cơ sàn chậu

Quan sát khả năng co và giãn của cơ.

Kiểm tra dấu hiệu Tinel để phát hiện bất thường thần kinh thẹn.

3.4. Đánh giá tiền sử và yếu tố nguy cơ

3.4.1. Tiền sử y khoa

Tiền sử nhiễm trùng sinh dục, rối loạn nội tiết, hoặc phẫu thuật.

Bệnh lý đồng mắc như đau xơ cơ, hội chứng ruột kích thích.

3.4.2. Tiền sử tình dục

Đánh giá chất lượng kích thích, tần suất giao hợp, và mức độ thỏa mãn.

Tiền sử sang chấn tình dục hoặc các trải nghiệm tình dục không mong muốn.

3.4.3. Các yếu tố liên quan

Ảnh hưởng của bạn đời: rối loạn chức năng tình dục, thái độ hỗ trợ hoặc tiêu cực.

Ảnh hưởng văn hóa: quan niệm về tình dục, niềm tin tôn giáo.

3.5. Cận lâm sàng

Xét nghiệm: kiểm tra nội tiết (FSH, LH, SHBG), xét nghiệm nhiễm trùng.

Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm vùng chậu, MRI để đánh giá các tổn thương sâu.

Thăm dò chuyên sâu: nội soi bàng quang, nội soi ổ bụng để phát hiện các

bệnh lý phức tạp.

4. Xử lý đau liên quan tới tình dục nữ

4.1. Tổng quan phương pháp điều trị

Điều trị đau liên quan tới tình dục cần dựa trên phân tích toàn diện bệnh sử, khám thực thể, và các yếu tố tâm sinh lý xã hội. Cách tiếp cận đa ngành và đa chiều là chiến lược tối ưu, bao gồm sự tham gia của các chuyên gia về phụ khoa, tâm lý học, vật lý trị liệu và các lĩnh vực liên quan.

4.1.1. Cách tiếp cận cá nhân hóa

Không có phương pháp điều trị "phù hợp cho tất cả". Điều trị nên được tùy chỉnh theo nhu cầu cụ thể của từng bệnh nhân, bao gồm:

Mức độ đau.

Ảnh hưởng của đau tới hoạt động tình dục và chất lượng cuộc sống.

Nguyện vọng và sự chấp nhận của bệnh nhân.

4.1.2. Tiếp cận đa ngành

Mô hình điều trị phối hợp giữa các chuyên gia được chứng minh mang lại hiệu quả cao, bao gồm:

Giáo dục bệnh nhân và bạn tình.

Điều chỉnh lối sống.

Sử dụng các liệu pháp vật lý trị liệu.

Can thiệp tâm lý hành vi.

Sử dụng thuốc hoặc phẫu thuật nếu cần.

4.2. Các bước điều trị ban đầu

4.2.1. Giáo dục và nâng cao nhận thức

Giáo dục bệnh nhân và bạn tình giúp họ hiểu:

Giải phẫu và sinh lý của phản ứng tình dục.

Các yếu tố ảnh hưởng đến trải nghiệm tình dục không đau.

Tác động tâm lý và xã hội của đau liên quan tới tình dục.

Những nội dung giáo dục cần bao gồm:

Tầm quan trọng của kích thích đầy đủ trước khi giao hợp.

Cách duy trì vệ sinh vùng kín để tránh kích ứng.

Vai trò của sự giao tiếp và hỗ trợ từ bạn tình.

4.2.2. Thay đổi lối sống

Tránh quần áo bó sát, chọn vải mềm tự nhiên.

Tránh sử dụng xà phòng hoặc hóa chất mạnh trong vùng kín.

Duy trì chế độ ăn lành mạnh, đặc biệt với những bệnh nhân có đồng mắc hội chứng ruột kích thích.

4.3. Vật lý trị liệu

4.3.1. Bài tập cơ sàn chậu

Bài tập Kegel: tăng cường sức mạnh và kiểm soát cơ sàn chậu. Có thể sử dụng công nghệ (như phản hồi sinh học, điện từ trường, laser,...) để hỗ trợ tập luyện.

Hỗ trợ người bệnh thực hành thư giãn cơ vùng chậu.

4.3.2. Sử dụng dụng cụ nong âm đạo

Dụng cụ nong giúp giảm co thắt cơ và tăng kích thước âm đạo một cách dần dần.

Bệnh nhân được hướng dẫn sử dụng kết hợp với hơi thở sâu để thư giãn.

4.3.3. Kích thích thần kinh qua da (TENS)

TENS đã chứng minh hiệu quả trong việc giảm đau vùng chậu mãn tính, đặc biệt với bệnh nhân đau tiền đình do kích thích.

4.4. Can thiệp tâm lý và hành vi

4.4.1. Tham vấn tâm lý và tình dục

Liệu pháp hành vi nhận thức (CBT) đã được chứng minh hiệu quả trong:

Giảm các phản ứng tiêu cực với cơn đau.

Tăng cường khả năng đối phó và nâng cao sự hài lòng tình dục.

4.4.2. Liệu pháp giảm căng thẳng

Sử dụng kỹ thuật chánh niệm để giúp bệnh nhân quản lý lo lắng liên quan đến đau.

Xây dựng kế hoạch thực hành hằng ngày để giảm căng thẳng tổng thể.

4.4.3. Tư vấn mối quan hệ

Tăng cường giao tiếp và xây dựng sự tin tưởng giữa hai đối tác.

Định hướng lại hành vi tình dục theo hướng không đau.

4.5. Sử dụng thuốc

4.5.1. Điều trị đau mãn tính

Gabapentin và Amitriptyline được sử dụng trong điều trị đau thần kinh vùng chậu.

Thuốc ức chế tái hấp thu Serotonin-Norepinephrine (SNRI) giúp cải thiện cơn đau mãn tính.

4.5.2. Gây tê tại chỗ:

Lidocaine gel hoặc kem giúp giảm đau tại tiền đình âm hộ.

4.5.3. Điều trị hormone:

Estrogen bôi tại chỗ là phương pháp hiệu quả cho phụ nữ mãn kinh bị teo âm đạo.

4.6. Can thiệp phẫu thuật

4.6.1. Cắt bỏ tiền đình âm hộ

Chỉ định cho bệnh nhân mắc chứng đau tiền đình mãn tính khi các biện pháp không xâm lấn thất bại.

Tỷ lệ thành công lên tới 70%, nhưng chỉ nên thực hiện sau khi các phương pháp khác không mang lại hiệu quả.

4.6.2. Điều trị các bệnh lý đồng mắc

Phẫu thuật điều trị lạc nội mạc tử cung hoặc u xơ tử cung nếu đây là nguyên nhân gây đau.

4.7. Theo dõi và đánh giá sau điều trị

Đánh giá hiệu quả điều trị định kỳ.

Điều chỉnh phương pháp điều trị dựa trên phản hồi và tiến triển của bệnh nhân.

Tăng cường hỗ trợ tâm lý và khuyến khích bệnh nhân tiếp tục liệu pháp.

Nói chung, tiếp cận điều trị đau liên quan tới tình dục cần phối hợp nhiều chuyên ngành, đặt trọng tâm vào việc hiểu rõ hoàn cảnh của từng bệnh nhân. Điều trị không chỉ nhằm giảm đau mà còn hướng đến cải thiện chất lượng cuộc sống và sự hài lòng trong mối quan hệ.

ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NỮ

1. Sơ lược các phương pháp đánh giá chức năng tình dục nữ

Chức năng tình dục nữ là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, sức khỏe tâm lý và mối quan hệ cá nhân. Đánh giá chức năng tình dục nữ yêu cầu một cách tiếp cận đa chiều, bao gồm các yếu tố thể chất, tâm lý, văn hóa và xã hội. Các phương pháp đánh giá được chia thành bốn nhóm chính:

1.1. Phương pháp lâm sàng

1.1.1. Khai thác bệnh sử

Đây là bước nền tảng để xác định các yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng và mức độ ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân. Một số nội dung cần khai thác bao gồm:

Mức độ ham muốn tình dục: giảm, mất hoàn toàn, hoặc dao động theo thời gian.

Khả năng đạt hưng phấn: thời gian và điều kiện cần thiết để đạt trạng thái phấn khích, cũng như khả năng duy trì sự kích thích trong quá trình giao hợp.

Chất nhờn âm đạo: đánh giá tình trạng khô âm đạo, mức độ khó chịu hoặc đau khi giao hợp.

Cực khoái: mức độ thường xuyên đạt cực khoái, các yếu tố tác động như kỹ thuật của bạn tình, tâm lý hoặc yếu tố thể chất.

Đau khi giao hợp: xác định thời điểm đau (lúc bắt đầu, trong quá trình, hay sau khi giao hợp), mức độ đau, và các yếu tố làm trầm trọng thêm triệu chứng.

1.1.2. Khám lâm sàng

Thăm khám vùng chậu là bước cần thiết để loại trừ các nguyên nhân thực thể gây rối loạn chức năng tình dục.

1.2. Phương pháp sinh lý học

Phương pháp sinh lý học cho phép đo lường khách quan các thay đổi sinh lý xảy ra trong đáp ứng tình dục nữ. Các kỹ thuật liên quan bao gồm:

Đo lưu lượng máu và biên độ xung động âm đạo: sử dụng các đầu dò tín

hiệu để ghi nhận sự tưới máu và co bóp âm đạo.

Đo nhiệt độ môi lớn, môi nhỏ và âm vật: phản ánh mức độ sung huyết tại cơ quan sinh dục khi kích thích tình dục.

Siêu âm Doppler: đo lưu lượng máu đến âm vật hoặc các cơ quan sinh dục bên trong để đánh giá sự kích thích.

Chẩn đoán hình ảnh (MRI): công cụ đánh giá các cấu trúc vùng chậu khi nghi ngờ có tổn thương giải phẫu hoặc mô mềm.

Mặc dù mang lại dữ liệu đánh giá khách quan, các phương pháp này không phổ biến do chi phí cao và yêu cầu trang thiết bị đặc thù.

1.3. Phương pháp tự trả lời

Phương pháp tự trả lời được thực hiện thông qua:

Nhật ký hàng ngày: bệnh nhân ghi nhận chi tiết các hoạt động tình dục, cảm giác và tình trạng thể chất.

Bảng câu hỏi tự trả lời: đánh giá toàn diện các khía cạnh của chức năng tình dục, bao gồm cảm giác chủ quan và các yếu tố môi trường, tâm lý.

Ưu và nhược điểm:

Nhật ký hàng ngày: thông tin chi tiết nhưng dễ bị sai lệch do tính chủ quan. Không thể đánh giá khái quát và thiếu sự chuẩn hóa.

Bảng câu hỏi tự trả lời: độ chính xác cao hơn, toàn diện hơn và thường được sử dụng trong nghiên cứu lâm sàng.

1.4. Phỏng vấn theo bộ câu hỏi

Phỏng vấn dựa trên các bộ câu hỏi tiêu chuẩn hóa là công cụ phổ biến nhất để đánh giá chức năng tình dục nữ. Một số bộ câu hỏi phổ biến bao gồm:

Hypoactive Sexual Desire Disorder Screener (HSDD): Sàng lọc giảm ham muốn tình dục với 4 câu ngắn.

Sexual Function Questionnaire (SFQ28): Đánh giá 6 lĩnh vực chức năng tình dục: ham muốn, phản kích, khoái cảm, đau, sự thích thú, và các vấn đề liên quan bạn tình.

Abbreviated Sexual Function Questionnaire (ASFQ): Phiên bản rút gọn

của SFQ28, tập trung vào 4 lĩnh vực chính.

Sexual Quality of Life- Female (SQOL): Đánh giá chất lượng cuộc sống tình dục, đặc biệt các yếu tố như xúc cảm, sự tự tin, và mối quan hệ.

Female Sexual Distress scales - Revised (FSDS và FSDS-R): Tập trung vào đánh giá mức độ đau khổ cá nhân liên quan đến RLTDN.

Female Sexual Function Index (FSFI): Công cụ toàn diện nhất, đánh giá 6 lĩnh vực chính của chức năng tình dục nữ.

2. Bộ chỉ số chức năng tình dục nữ

2.1. Nội dung của FSFI

Bộ chỉ số chức năng tình dục nữ (Female Sexual Function Index - FSFI) bao gồm 19 câu hỏi, chia thành 6 lĩnh vực:

Ham muốn: đánh giá mức độ mong muốn và quan tâm đến các hoạt động tình dục.

Hưng phấn: khả năng kích thích tình dục, mức độ dễ dàng đạt được phản kích và khả năng duy trì.

Chất nhờn âm đạo: đo lường khả năng tiết và duy trì chất nhờn âm đạo trong quá trình giao hợp.

Cực khoái: tần suất và mức độ thỏa mãn khi đạt cực khoái.

Thỏa mãn: đánh giá tổng quan sự hài lòng về đời sống tình dục.

Đau: đánh giá mức độ đau và khó chịu trong hoặc sau khi giao hợp.

Bảng 7. Bộ câu hỏi đánh giá chỉ số chức năng tình dục nữ (FSFI)

STT	Nội dung câu hỏi	Trả lời và điểm số
1	Trong vòng 4 tuần qua, xin cho biết nhu cầu tình dục của chị?	5. Luôn luôn 4. Hầu hết (hơn nửa thời gian) 3. Đôi khi (khoảng nửa thời gian) 2. Ít khi (chưa đến một nửa thời gian) 1. Không bao giờ
2	Trong vòng 4 tuần qua, ham muốn tình dục của mình ở mức	5. Rất cao 4. Cao

	độ nào?	3. Trung bình 2. Thấp 1. Rất thấp
3	Trong vòng 4 tuần qua, chị có thấy hứng thú trong quan hệ tình dục không?	0. Không có quan hệ tình dục 5. Luôn luôn 4. Hầu hết (hơn nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng nửa số lần) 2. Ít khi (chưa đến một nửa số lần) 1. Hầu như không
4	Trong vòng 4 tuần qua, bạn tự đánh giá hứng thú tình dục của bạn ở mức độ nào?	0. Không có quan hệ tình dục 5. Rất cao 4. Cao 3. Trung bình 2. Thấp 1. Rất thấp
5	Trong vòng 4 tuần qua, bạn cảm thấy mức độ tự tin về hứng thú tình dục khi quan hệ tình dục ở mức độ nào?	0. Không có quan hệ tình dục 5. Rất cao 4. Cao 3. Trung bình 2. Thấp 1. Rất thấp
6	Trong vòng 4 tuần qua, chị có thỏa mãn với cảm giác hứng thú trong quan hệ tình dục hay không?	0. Không có quan hệ tình dục 5. Luôn luôn 4. Hầu hết các lần quan hệ (hơn nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng nửa số lần) 2. Ít khi (chưa đến một nửa số lần) 1. Không bao giờ
7	Trong vòng 4 tuần qua, chị có	0. Không có quan hệ tình dục

	cảm thấy âm đạo đủ ướt khi quan hệ tình dục hay không?	5. Luôn luôn 4. Hầu hết các lần quan hệ (hơn nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng nửa số lần) 2. Ít khi (chưa đến một nửa số lần) 1. Không bao giờ
8	Trong vòng 4 tuần qua, mức độ dễ dàng có được âm đạo đủ ẩm ướt trong quan hệ tình dục của chị?	0. Không có quan hệ tình dục 1. Cực kỳ khó, hầu như không thể 2. Rất khó 3. Khó 4. Hơi khó 5. Không khó tí nào
9	Trong vòng 4 tuần qua, chị có thường duy trì được tình trạng ẩm ướt ở âm đạo cho đến khi quan hệ tình dục xong không?	0. Không có quan hệ tình dục 5. Luôn luôn 4. Hầu hết các lần quan hệ (hơn nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng nửa số lần) 2. Ít khi (chưa đến một nửa số lần) 1. Không bao giờ
10	Trong vòng 4 tuần qua, chị có dễ dàng duy trì được tình trạng ẩm ướt ở âm đạo cho đến khi quan hệ tình dục xong không?	0. Không có quan hệ tình dục 1. Cực kỳ khó, hầu như không thể 2. Rất khó 3. Khó 4. Hơi khó 1. Không khó tí nào
11	Trong vòng 4 tuần qua, khi có kích thích tình dục hay khi quan hệ tình dục, chị có thường đạt được cực khoái hay	0. Không có quan hệ tình dục 5. Luôn luôn 4. Hầu hết các lần quan hệ (hơn nửa số lần)

	không?	3. Đôi khi (khoảng nửa số lần) 2. Ít khi (chưa đến một nửa số lần) 1. Không bao giờ
12	Trong vòng 4 tuần qua, khi có kích thích tình dục hay khi quan hệ tình dục, chị có dễ dàng đạt được khoái cảm hay không?	0. Không có quan hệ tình dục 1. Cực kỳ khó, hầu như không thể 2. Rất khó 3. Khó 4. Hơi khó 5. Không khó tí nào
13	Trong vòng 4 tuần qua, chị có hài lòng về mức độ đạt được khoái cảm khi quan hệ tình dục không?	0. Không quan hệ tình dục 5. Rất hài lòng 4. Khá hài lòng 3. Một nửa số lần hài lòng, một nửa không 2. Tương đối không hài lòng 1. Rất không hài lòng
14	Trong vòng 4 tuần qua, xin chị cho biết mức độ hài lòng về số lần phấn khích khi quan hệ tình dục với bạn tình?	0. Không quan hệ tình dục 5. Rất hài lòng 4. Khá hài lòng 3. Một nửa số lần hài lòng, một nửa không 2. Tương đối không hài lòng 1. Rất không hài lòng
15	Trong vòng 4 tuần qua, mức độ hài lòng của chị về quan hệ tình dục với bạn tình như thế nào?	5. Rất hài lòng 4. Khá hài lòng 3. Một nửa số lần hài lòng, một nửa không 2. Tương đối không hài lòng 1. Rất không hài lòng

16	Trong vòng 4 tuần qua, mức độ hài lòng của chị về cuộc sống tình dục nói chung?	5. Rất hài lòng 4. Khá hài lòng 3. Một nửa số lần hài lòng, một nửa không 2. Tương đối không hài lòng 1. Rất không hài lòng
17	Trong vòng 4 tuần qua, chị có thường cảm thấy khó chịu hay bị đau lúc giao hợp không?	0. Không giao hợp 5. Luôn luôn 4. Hầu hết (hơn nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng một nửa số lần) 2. Ít khi (chưa đến một nửa số lần) 1. Không bao giờ
18	Trong vòng 4 tuần qua, chị có thường cảm thấy khó chịu hay bị đau sau khi giao hợp không?	0. Không giao hợp 5. Luôn luôn 4. Hầu hết (hơn nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng một nửa số lần) 2. Ít khi (chưa đến một nửa số lần) 1. Không bao giờ
19	Trong vòng 4 tuần qua, chị tự đánh giá mức độ khó chịu hay bị đau trong khi hoặc sau khi giao hợp như thế nào?	0. Không giao hợp 5. Rất đau 4. Đau nhiều 3. Đau trung bình 2. Đau ít 1. Không đau gì cả

2.2. Cách tính điểm FSFI

Mỗi câu hỏi được cho điểm từ 0 hoặc 1 đến 5; có điểm 0 ở một số câu hỏi cho người không hoạt động tình dục trong khoảng thời gian đánh giá.

Điểm từng lĩnh vực: cộng tổng điểm các câu hỏi thuộc lĩnh vực đó, sau đó

nhân với hệ số.

Điểm tổng FSFI: là tổng điểm của 6 lĩnh vực.

Ngưỡng chẩn đoán: điểm dưới 26,55 cho thấy RLTDN. Điểm dưới ngưỡng từng lĩnh vực giúp xác định loại rối loạn cụ thể.

Bảng 8. Bảng tính điểm FSFI theo từng hình thái rối loạn tình dục nữ

Nội dung	Mục hỏi	Biên độ điểm	Hệ số	Tối thiểu	Tối đa	Chẩn đoán rối loạn
Ham muốn	1, 2	1 – 5	0,6	1,2	6,0	< 4,28
Hưng phấn	3, 4, 5, 6	0 – 5	0,3	0	6,0	< 5,08
Tiết dịch	7, 8, 9, 10	0 – 5	0,3	0	6,0	< 5,45
Cực khoái	11, 12, 13	0 – 5	0,4	0	6,0	< 5,05
Thỏa mãn	14, 15, 16	0 (hoặc 1) - 5	0,4	0,8	6,0	< 5,04
Đau	17, 18, 19	0 – 5	0,4	0	6,0	< 5,51
Bộ FSFI	19 mục			2	36	< 26,55

2.3. Ưu điểm của FSFI

Ứng dụng rộng rãi: được sử dụng trên nhiều đối tượng, bao gồm phụ nữ mãn kinh, mang thai, sau sinh, bệnh mạn tính, hoặc sau phẫu thuật vùng chậu.

Chính xác: kiểm chứng với độ tin cậy cao trong nhiều nghiên cứu.

Toàn diện: đánh giá tất cả các giai đoạn đáp ứng tình dục, từ ham muốn đến cực khoái.

Có giá trị ứng dụng cao: FSFI là công cụ được ứng dụng rộng rãi nhất trên toàn cầu, để đánh giá chức năng tình dục nữ

3. Các bước đánh giá rối loạn chức năng tình dục nữ

3.1. Nguyên tắc tiếp cận

Tiếp cận các vấn đề tình dục của bệnh nhân đòi hỏi kỹ năng giao tiếp nhạy cảm, tôn trọng và chuyên nghiệp. Các nguyên tắc dưới đây không chỉ giúp xây dựng mối quan hệ tin cậy với bệnh nhân mà còn đảm bảo thông tin thu thập được đầy đủ và chính xác.

3.1.1. Nguyên tắc cơ bản

Quan tâm đến cả bạn tình trong việc đánh giá và điều trị

Nhiều vấn đề tình dục không chỉ bắt nguồn từ cá nhân bệnh nhân mà còn liên quan đến mối quan hệ với bạn tình. Do đó, khi có thể, nên khuyến khích cả hai người cùng tham gia vào quá trình đánh giá và điều trị.

Nếu bạn tình sẵn lòng tham gia, bác sĩ có thể hướng dẫn cặp đôi cách giao tiếp hiệu quả hơn về nhu cầu và mong muốn tình dục của họ.

Tôn trọng sự đa dạng trong mỗi quan tâm về tình dục

Mọi đối tượng đều có quyền có đời sống tình dục lành mạnh, bất kể độ tuổi, tình trạng sức khỏe hay khiếm khuyết cơ thể.

Không định kiến hay đưa ra những giả định không phù hợp, đặc biệt đối với người cao tuổi, người khuyết tật, hoặc người mắc bệnh lý mãn tính như ung thư, đái tháo đường.

Hiểu rõ sự khác biệt về giá trị và sở thích tình dục

Các trải nghiệm, giá trị và sở thích tình dục khác nhau giữa các cá nhân, phụ thuộc vào nền văn hóa, tôn giáo, và xã hội. Cần tiếp cận một cách cởi mở và không phán xét.

Thận trọng khi nói về các khía cạnh nhạy cảm như định hướng tình dục, các hành vi tình dục không phổ biến, hoặc những khác biệt văn hóa liên quan.

Khuyến khích bệnh nhân bộc lộ chấn thương hoặc trục trặc trong đời sống tình dục

Một số phụ nữ có thể mang theo những chấn thương tâm lý liên quan đến bạo lực tình dục, lạm dụng tình dục hoặc các trải nghiệm tiêu cực khác.

Cần đảm bảo sự hỗ trợ tinh thần và khuyến khích họ bộc lộ cảm xúc trong bối cảnh an toàn và kín đáo.

Tạo môi trường tin cậy và thấu cảm

Đảm bảo phòng khám là một không gian riêng tư, yên tĩnh để giúp bệnh nhân cảm thấy an toàn khi chia sẻ.

Bác sĩ cần thể hiện thái độ lắng nghe tích cực, đồng cảm và không phán

xét, giúp bệnh nhân cảm thấy được tôn trọng và thoải mái.

Sử dụng ngôn ngữ đơn giản, dễ hiểu. Tránh sử dụng thuật ngữ y khoa quá phức tạp hoặc những từ ngữ có thể gây hiểu lầm. Ví dụ, thay vì hỏi “*Bạn có cảm thấy khó khăn trong việc đạt cực khoái không?*”, có thể hỏi “*Bạn có cảm thấy hài lòng và thoải mái sau khi quan hệ tình dục không?*”

Lựa chọn thời điểm phù hợp để đặt câu hỏi. Hãy chọn thời điểm mà bệnh nhân có thể thư giãn và sẵn sàng trả lời, tránh đặt câu hỏi khi họ đang lo lắng hoặc chịu áp lực từ các vấn đề khác.

Quan sát ngôn ngữ cơ thể. Nhiều bệnh nhân có thể cảm thấy xấu hổ hoặc không thoải mái khi nói về vấn đề tình dục. Quan sát biểu hiện khuôn mặt, cử chỉ, và thái độ để nhận biết các dấu hiệu e ngại hoặc lưỡng lự.

Tránh các từ ngữ nhạy cảm hoặc gây tổn thương. Tránh sử dụng những từ ngữ nhạy cảm như “hiếp dâm”, “phá thai” hoặc các thuật ngữ mang tính phán xét. Nếu cần thiết phải đề cập, hãy dùng cách diễn đạt nhẹ nhàng và trung tính, ví dụ: “*Bạn có từng trải qua bất kỳ trải nghiệm khó khăn nào liên quan đến tình dục không?*”

Sử dụng ngôn ngữ trung tính về giới. Khi chưa rõ định hướng tình dục hoặc danh tính giới của bệnh nhân, nên sử dụng ngôn ngữ trung tính như “*bạn tình*” thay vì “*chồng*” hay “*vợ*”.

Giải thích cặn kẽ từng vấn đề. Khi phát hiện vấn đề, hãy dành thời gian giải thích rõ ràng nguyên nhân, tình trạng hiện tại, và các bước tiếp theo để bệnh nhân hiểu rõ. Điều này giúp họ an tâm và hợp tác hơn trong điều trị.

Hướng dẫn theo kinh nghiệm và chuyên môn. Chỉ cung cấp thông tin và lời khuyên mà bạn chắc chắn và có kinh nghiệm. Nếu vượt ngoài phạm vi chuyên môn, hãy chuyển bệnh nhân đến các chuyên gia phù hợp.

Hội chẩn hoặc chuyển tiếp khi cần thiết. Nếu bệnh nhân có các vấn đề phức tạp như chấn thương tâm lý nặng, rối loạn tâm thần, hoặc các tình trạng không thể xử lý tại phòng khám, hãy hội chẩn hoặc chuyển họ đến các chuyên gia tâm lý, tâm thần hoặc bác sĩ chuyên khoa.

3.1.2. Nguyên tắc mở rộng trong thực tế

Để đạt hiệu quả cao hơn trong giao tiếp với bệnh nhân, các bước trên cần được lồng ghép vào các kỹ thuật thực hành cụ thể:

Kỹ thuật "lắng nghe chủ động":

Duy trì giao tiếp bằng mắt, gật đầu nhẹ để khuyến khích bệnh nhân tiếp tục chia sẻ.

Tóm tắt lại ý của bệnh nhân để xác nhận thông tin chính xác. Ví dụ: “Nếu tôi hiểu đúng, bạn cảm thấy vấn đề này bắt đầu sau khi bạn sinh con, đúng không?”

Sử dụng câu hỏi mở: chẳng hạn “Bạn có thể kể thêm về những thay đổi trong đời sống tình dục của mình gần đây không?” hoặc “Điều gì làm bạn cảm thấy khó khăn nhất trong các mối quan hệ hiện tại?”

Khuyến khích bệnh nhân đặt câu hỏi: “Có điều gì bạn thắc mắc hoặc lo lắng mà chưa nói ra không? Tôi ở đây để hỗ trợ bạn.”

Đưa ra lời động viên: hãy sử dụng các câu nói khích lệ như: “Bạn rất dũng cảm khi chia sẻ điều này. Chúng ta sẽ cùng nhau tìm ra giải pháp.”

Ghi nhận cảm xúc của bệnh nhân: Ví dụ: “Tôi hiểu rằng điều này không dễ dàng để nói ra. Điều quan trọng là bạn đã chia sẻ được, và đây là bước đầu tiên để cải thiện.”

3.2. Các bước cụ thể

3.2.1. Bắt đầu bằng bảng câu hỏi sàng lọc

Mục đích của bảng câu hỏi sàng lọc là giúp bác sĩ xác định nhanh chóng vấn đề chính của bệnh nhân, tạo tiền đề cho quá trình đánh giá chuyên sâu. Dưới đây là các câu hỏi và cách phân tích thông tin:

1. Chị có hài lòng với cuộc sống tình dục của mình không?

Phân tích: Nếu câu trả lời là "Không," bác sĩ cần tìm hiểu cụ thể nguyên nhân, bao gồm cảm xúc cá nhân, mối quan hệ với bạn tình và các yếu tố y tế hoặc tâm lý.

2. Việc không hài lòng đó đã xảy ra bao lâu rồi?

Phân tích: Thời gian kéo dài của vấn đề giúp bác sĩ xác định rối loạn có tính chất cấp tính hay mãn tính.

3. Vấn đề / khó khăn chính của chị là gì?

- a. Không ham muốn.
- b. Giảm sự hưng phấn.
- c. Khô âm đạo.
- d. Không đạt được khoái cảm.
- e. Đau giao hợp.

Phân tích: Tập trung vào triệu chứng chính sẽ giúp định hướng các bước tiếp theo trong chẩn đoán và điều trị.

4. Vấn đề nào gây cho chị sự khó chịu nhất?

Phân tích: Giúp xác định mức độ ưu tiên trong kế hoạch điều trị.

5. Chị có muốn nói chuyện đó với bác sĩ không?

Phân tích: Một số bệnh nhân có thể ngại chia sẻ. Cần tạo sự thoải mái và bảo mật để khuyến khích họ mở lòng.

3.2.2. Khai thác bệnh sử

Khai thác bệnh sử chi tiết là bước nền tảng giúp định hướng chẩn đoán và chỉ định cận lâm sàng. Cán bộ y tế cần chú ý:

Triệu chứng chính và các triệu chứng kèm theo:

+ Giảm ham muốn, không thấy hưng phấn, sợ hoạt động tình dục, đau khi giao hợp...

+ Đánh giá mức độ nghiêm trọng, tần suất và các yếu tố làm nặng triệu chứng.

Thời gian xuất hiện triệu chứng: rối loạn xảy ra đột ngột hay tiến triển từ từ.

Yếu tố bối cảnh:

+ Tự ti về bản thân.

+ Các vấn đề trong mối quan hệ hiện tại, chẳng hạn như giao tiếp kém hoặc mâu thuẫn.

+ Thói quen tình dục hoặc thủ dâm trong quá khứ.

Ảnh hưởng của văn hóa và tôn giáo: những rào cản từ niềm tin văn hóa

hoặc tôn giáo có thể ảnh hưởng đến thái độ và hành vi tình dục.

Tiền sử bệnh lý:

- + Bệnh lý mãn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp).
- + Tiền sử can thiệp ngoại khoa (phẫu thuật vùng chậu, cắt tử cung).

Tác động của thuốc: các loại thuốc như SSRIs, thuốc tránh thai có thể ảnh hưởng đến chức năng tình dục.

Chu kỳ đáp ứng tình dục nữ: đánh giá mức độ hiểu biết của bệnh nhân về chu kỳ này, từ đó cung cấp tư vấn phù hợp.

3.2.3. Thăm khám vùng chậu

Khám vùng chậu giúp phát hiện các yếu tố thực thể có thể gây rối loạn chức năng tình dục, bao gồm:

Viêm nhiễm đường sinh dục: viêm âm đạo, nhiễm nấm, hoặc các bệnh lây qua đường tình dục.

Teo âm đạo: thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh, gây khô và đau khi giao hợp.

Sẹo tầng sinh môn: do sinh đẻ hoặc phẫu thuật trước đó.

Lạc nội mạc tử cung: thường gây đau vùng chậu, đau trong và sau khi giao hợp.

Khối u vùng chậu: như u nang buồng trứng hoặc khối u tại âm đạo.

3.2.4. Cận lâm sàng

Dựa trên bệnh sử và thăm khám, bác sĩ có thể chỉ định các xét nghiệm hỗ trợ:

Xét nghiệm soi tươi và nhuộm gram khí hư: Xác định viêm nhiễm sinh dục hoặc bệnh lây qua tình dục.

Xét nghiệm tế bào học cổ tử cung: tầm soát bất thường tế bào học cổ tử cung.

Siêu âm Doppler: Đánh giá bất thường tử cung – phần phụ, lưu lượng máu vùng chậu và các bất thường.

MRI hoặc CT: nếu nghi ngờ có khối u hoặc các bất thường vùng chậu khác cần khảo sát thêm.

3.2.5. Sử dụng bảng câu hỏi FSFI tiếng Việt

Bảng FSFI giúp đánh giá chi tiết sáu hình thái chức năng tình dục nữ. Các bước thực hiện:

1. Hướng dẫn bệnh nhân trả lời các câu hỏi trong bảng.
2. Tính điểm số FSFI theo từng lĩnh vực.
3. So sánh điểm số với ngưỡng chẩn đoán để xác định hình thái rối loạn.

3.2.6. Tư vấn can thiệp theo hình thái rối loạn chức năng tình dục

Dựa trên bảng FSFI và bệnh sử, bác sĩ cung cấp các tư vấn và can thiệp phù hợp.

Giảm ham muốn

- + Đánh giá các yếu tố tâm lý và mối quan hệ.
- + Cung cấp liệu pháp tâm lý, chẳng hạn liệu pháp nhận thức hành vi (CBT).

- + Hỗ trợ cải thiện giao tiếp với bạn tình.

Giảm hưng phấn

- + Hướng dẫn bạn tình tập trung vào giai đoạn dạo đầu.
- + Tư vấn về các kỹ thuật kích thích vùng nhạy cảm.
- + Đề xuất thay đổi tư thế hoặc thời gian giao hợp phù hợp hơn.

Khô âm đạo

- + Khuyến khích sử dụng chất bôi trơn hoặc gel dưỡng ẩm âm đạo.
- + Hướng dẫn tránh các sản phẩm gây kích ứng như xà phòng thơm hoặc nước rửa phụ khoa không cần thiết.
- + Đề xuất liệu pháp thay thế nội tiết (HRT) nếu cần thiết.

Khó đạt khoái cảm

- + Giới thiệu về chu kỳ đáp ứng tình dục và cách tăng cường phản kích.
- + Khuyến khích bệnh nhân thảo luận với bạn tình về sở thích và nhu cầu cá nhân.

Không thỏa mãn trong quan hệ tình dục

- + Tập trung vào giao tiếp cởi mở và cải thiện sự đồng thuận với bạn tình.

- + Hướng dẫn các kỹ thuật tăng cường sự gắn kết trong mối quan hệ.

Đau khi quan hệ tình dục

- + Xác định nguyên nhân cụ thể (sẹo, viêm nhiễm, lạc nội mạc tử cung).

- + Cung cấp các liệu pháp điều trị như nong âm đạo, thuốc giảm co thắt, và hướng dẫn bài tập thư giãn như Kegel hoặc phẫu thuật nếu cần.

PHỤ LỤC 1

Thang điểm International Index of Erectile Functional (IIEF)

INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTION (IIEF)	Hospital number (If known):..... Full name:..... Date of birth: / / Age: Address:..... Telephone:
--	---

Mong Ban vui lòng trả lời các câu hỏi sau:

Những câu hỏi này hỏi về những ảnh hưởng mà vấn đề cương cứng của bạn đã có về cuộc sống tình dục của bạn trong bốn tuần qua. Hãy cố gắng trả lời các câu hỏi một cách trung thực và rõ ràng như bạn có thể. Câu trả lời của bạn sẽ giúp bác sĩ lựa chọn phương pháp điều trị hiệu quả nhất phù hợp với tình trạng của bạn. Khi trả lời các câu hỏi, các định nghĩa sau áp dụng:

- Hoạt động tình dục bao gồm giao hợp, vuốt ve, dâm và thủ dâm
- Quan hệ tình dục được định nghĩa là sự thâm nhập tình dục của bạn đời
- Kích thích tình dục bao gồm tình hình như màn dạo đầu, hình ảnh khiêu dâm, vv
- Xuất tinh là sự tổng tinh dịch từ dương vật (hoặc cảm giác này)
- Khoái cảm là sự hoàn thành hoặc lên đỉnh sau khi kích thích tình dục hoặc giao hợp

(These questions ask about the effects that your erection problem s have had on your sex life over the last four weeks. Please try to answer the questions as honestly and as clearly as you are able. Your answers will help your doctor to choose the most effective treatment suited to your condition. In answering the questions, the following definitions apply:

- Sexual activity includes intercourse, caressing, foreplay & masturbation
- Sexual intercourse is defined as sexual penetration of your partner
- Sexual stimulation includes situation such as foreplay, erotic pictures etc.
- Ejaculation is the ejection of semen from the penis (or the feeling of this)
- Orgasm is the fulfilment or climax following sexual stimulation or intercourse)

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ - CHỨC NĂNG CƯƠNG DƯƠNG VẬT
(Trong 6 tháng qua)

Vui lòng chỉ chọn 1

TT	Câu hỏi IIEF	Câu trả lời	Điểm
1	Bạn có thường cương được dương vật trong lúc hoạt động tình dục? (How often were you able to get an erection during sexual activity?)	Không hoạt động tình dục (No sexual activity)	0
		Gần như không bao giờ/ không bao giờ (Almost never or never)	1
		Dưới 1/2 số lần (A few times (less than half the time))	2
		Thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần) (Sometimes (about half the time))	3
		Gần hầu hết (hơn 1/2 số lần) (Most times (more than half the time))	4
		Luôn luôn hoàn thành (Almost always or always)	5
2	Khi bạn cương dương vật do kích thích tình dục. Dương vật của bạn có đủ cứng để đưa vào âm đạo không? (When you had erections with sexual stimulation, how often were your erections hard enough for	Không hoạt động tình dục (No sexual activity)	0
		Gần như không bao giờ/ không bao giờ (Almost never or never)	1
		Một vài lần (dưới 1/2 số lần) (A few times (less than half the time))	2
		Thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần) (Sometimes (about half the time))	3
		Hầu hết (hơn 1/2 số lần) (Most times (more than half the time))	4

	<i>penetration?)</i>	Luôn luôn hoàn thành (<i>Almost always or always</i>)	5
3	Trong 4 tuần lễ qua, khi muốn giao hợp, bạn có đưa được dương vật vào âm đạo người phụ nữ không ? (<i>When you had erections with sexual stimulation, how often were your erections hard enough for penetration?)</i>)	Không hoạt động tình dục (<i>No sexual activity</i>)	0
		Gần như không bao giờ/ không bao giờ (<i>Almost never or never</i>)	1
		Một vài lần (dưới 1/2 số lần) (<i>A few times (less than half the time)</i>)	2
		Thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần) (<i>Sometimes (about half the time)</i>)	3
		Hầu hết (hơn 1/2 số lần) (<i>Most times (more than half the time)</i>)	4
		Luôn luôn hoàn thành (<i>Almost always or always</i>)	5
4	Trong 4 tuần lễ qua, suốt trong lúc giao hợp, bạn có duy trì được độ cương sau khi đã đưa được dương vật vào âm đạo người phụ nữ hay không? (<i>During sexual intercourse, how often were you able to maintain your erection after you had</i>	Không hoạt động tình dục (<i>No sexual activity</i>)	0
		Gần như không bao giờ/ không bao giờ (<i>Almost never or never</i>)	1
		Một vài lần (dưới 1/2 số lần) (<i>A few times (less than half the time)</i>)	2
		Thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần) (<i>Sometimes (about half the time)</i>)	3
		Hầu hết (hơn 1/2 số lần) (<i>Most times (more than half the time)</i>)	4
		Luôn luôn hoàn thành	5

	<i>penetrated (entered) your partner?)</i>	<i>(Almost always or always)</i>	
5	Bạn có thấy khó khăn khi duy trì cương dương vật để giao hợp trọn vẹn không? (During sexual intercourse, how difficult was it to maintain your erection to completion of intercourse?)	Không giao hợp (<i>Did not attempt intercourse</i>)	0
		Cực kỳ khó khăn (<i>Extremely difficult</i>)	1
		Quá khó khăn (<i>Very difficult</i>)	2
		Khó khăn (<i>Difficult</i>)	3
		Hơi khó khăn (<i>Slightly difficult</i>)	4
		Không khó khăn (<i>Not difficult</i>)	5
6	Bạn đã cố gắng quan hệ tình dục bao nhiêu lần? (How many times have you attempted sexual intercourse?)	Không lần nào (<i>No attempts</i>)	0
		1 – 2 lần (<i>One to two attempts</i>)	1
		3 – 4 lần (<i>Three to four attempts</i>)	2
		5 – 6 lần (<i>five to six attempts</i>)	3
		7 -10 lần (<i>Seven to ten attempts</i>)	4
		Hơn 11 lần (<i>Eleven or more attempts</i>)	5
7	Khi bạn đã cố gắng quan hệ tình dục, bạn cảm thấy mức độ nào? (When you attempted sexual intercourse, how often was it satisfactory	Không hoạt động tình dục (<i>No sexual activity</i>)	0
		Gần như không bao giờ/ không bao giờ (<i>Almost never or never</i>)	1
		Một vài lần (dưới 1/2 số lần) (<i>A few times (less than half the time)</i>)	2

	for you?)	Thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần) (<i>Sometimes (about half the time)</i>)	3
		Hầu hết (hơn 1/2 số lần) (<i>Most times (more than half the time)</i>)	4
		Luôn luôn hoàn thành (<i>Almost always or always</i>)	5
8	Bạn có thấy thú vị khi giao hợp không ? (How much have you enjoyed sexual intercourse?)	Không có giao hợp (<i>No intercourse</i>)	0
		Không có cảm giác gì cả (No enjoyment at all)	1
		Không phải là thú vị (<i>Not very enjoyable</i>)	2
		Khá thú vị (<i>Fairly enjoyable</i>)	3
		Rất thú vị (<i>Highly enjoyable</i>)	4
		Cực kỳ thú vị (<i>Very highly enjoyable</i>)	5
9	Khi bạn kích thích tình dục hoặc giao hợp, bạn đã xuất tinh bao nhiêu lần? (When you had sexual stimulation or intercourse, how often did you ejaculate?)	Không hoạt động tình dục (<i>No sexual activity</i>)	0
		Gần như không bao giờ/ không bao giờ (<i>Almost never or never</i>)	1
		Một vài lần (dưới 1/2 số lần) (<i>A few times (less than half the time)</i>)	2
		Thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần) (<i>Sometimes (about half the time)</i>)	3
		Hầu hết (hơn 1/2 số lần) (<i>Most times (more than half the time)</i>)	4
		Luôn luôn hoàn thành	5

		<i>(Almost always or always)</i>	
10	Khi bạn kích thích tình dục hoặc giao hợp, bạn cảm thấy cực khoái hay đỉnh cao bao nhiêu lần? <i>(When you had sexual stimulation or intercourse, how often did you have the feeling of orgasm or climax?)</i>	Gần như không bao giờ/ không bao giờ <i>(Almost never or never)</i>	1
		Một vài lần (dưới 1/2 số lần) <i>(A few times (less than half the time))</i>	2
		thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần) <i>(Sometimes (about half the time))</i>	3
		Hầu hết (hơn 1/2 số lần) <i>(Most times (more than half the time))</i>	4
		Luôn luôn hoàn thành <i>(Almost always or always)</i>	5
11	Bạn có cảm thấy ham muốn tình dục bao nhiêu lần? <i>(How often have you felt sexual desire?)</i>	Gần như không bao giờ/ không bao giờ <i>(Almost never or never)</i>	1
		Một vài lần (dưới 1/2 số lần) <i>(A few times (less than half the time))</i>	2
		Thỉnh thoảng (khoảng 1/2 số lần) <i>(Sometimes (about half the time))</i>	3
		Hầu hết (hơn 1/2 số lần) <i>(Most times (more than half the time))</i>	4
		Luôn luôn hoàn thành <i>(Almost always or always)</i>	5
12	Bạn đánh giá mức độ ham muốn tình dục của bạn như thế nào? <i>(How would you rate</i>	Rất thấp hoặc không có gì <i>(Very low or none at all)</i>	1
		Thấp <i>(Low)</i>	2
		Trung bình <i>(Moderate)</i>	3

	your level of sexual desire?)	Cao (High)	4
		Rất cao (Very high)	5
13	Bạn cảm thấy hài lòng với cuộc sống tình dục tổng thể của bạn như thế nào? <i>(How satisfied have you been with your overall sex life?)</i>	Rất không hài lòng (Very dissatisfied)	1
		Không hài lòng (Moderately dissatisfied)	2
		Đồng ý và không hài lòng (Equally satisfied & dissatisfied)	3
		Hài lòng (Moderately satisfied)	4
		Rất hài lòng (very satisfied)	5
14	Bạn có hài lòng với mối quan hệ tình dục của bạn với bạn đời của bạn như thế nào? <i>(How satisfied have you been with your sexual relationship with your partner?)</i>	Không hài lòng (Very dissatisfied)	1
		Hơi hài lòng (Moderately dissatisfied)	2
		Tạm hài lòng (<i>Equally satisfied & dissatisfied</i>)	3
		Khá hài lòng (Moderately satisfied)	4
		Rất hài lòng (Very satisfied)	5
15	Làm thế nào để bạn đánh giá sự tự tin của bạn mà bạn có thể nhận được và giữ cương cứng? <i>(How do you rate your confidence that you could get and keep an erection?)</i>	Rất thấp (very low)	1
		Thấp (Low)	2
		Trung bình (Moderate)	3
		Cao (high)	4
		Rất cao (very high)	5

TỔNG ĐIỂM:

Lĩnh vực	Câu hỏi	Tổng số điểm	
Chức năng cương dương vật	1,2,3.4.5,6	1 - 30	
Thoả mãn giao hợp	7,8,9	0 - 15	
Tột đỉnh khoái cảm	10,11	0 - 10	
Ham muốn tình dục	12,13	2 - 10	
Thoả mãn toàn diện	14,15	2 - 10	

Đánh giá chung trong toàn bộ 15 câu hỏi mức độ rối loạn cương dương được phân loại như sau :

- 6-20 điểm: Mức độ nặng
- 21-30 điểm: Mức độ trung bình
- 31-59 điểm : Mức độ nhẹ
- 60 – 75 điểm: Không có rối loạn cương dương

PHỤ LỤC 2

Bảng đánh giá sức khỏe tình dục dành cho nam giới IIEF – 5/SHIM

(The International Index of Erectile Function (IIEF-5))

also known as the Sexual Health Inventory For Men (SHIM)

Câu hỏi (Questionnaire): Trong 6 tháng qua (Over the past 6 months):

1. Bạn ước lượng sự tự tin có thể đạt và duy trì cương dương vật như thế nào? (How do you rate your confidence that you could get and keep an erection?)	Rất thấp (Very low)	1
	Thấp (Low)	2
	Vừa phải (Moderate)	3
	Cao (High)	4
	Rất cao (Very high)	5
2. Khi bạn cương cứng với kích thích tình dục, bạn đã cương cứng đủ để đưa vào âm đạo? (When you had erections with sexual stimulation, how often were your erections hard enough for penetration?)	Gần như không bao giờ/không bao giờ (Almost never/never)	1
	Một vài lần (ít hơn ½ số lần) {A few times (much less than half the time)}	2
	Thỉnh thoảng (khoảng ½ số lần) {Sometimes (about half the time)}	3
	Hầu hết mọi lần (hơn ½ số lần) [Most times (much more than half the time)]	4
	Hầu như luôn luôn/ luôn luôn [Almost always/always]	5
3. Trong suốt quá trình quan hệ tình dục, bạn có thể duy trì sự cương cứng của bạn sau khi bạn đã đưa vào âm đạo (đã nhập) đến mức nào? (During sexual intercourse, how often were you able to	Gần như không bao giờ/không bao giờ (Almost never/never)	1
	Một vài lần (ít hơn ½ số lần) {A few times (much less than half the time)}	2
	Thỉnh thoảng (khoảng ½ số lần) {Sometimes (about half the time)}	3
	Hầu hết mọi lần (hơn ½ số lần)	4

maintain your erection after you had penetrated (entered) your partner?)	[Most times (much more than half the time)]	
	Hầu như luôn luôn/ luôn luôn [Almost always/always]	5
4. Trong khi quan hệ tình dục, bạn khó khăn đến mức nào để duy trì sự cương cứng cho hoàn thành giao hợp? (During sexual intercourse, how difficult was it to maintain your erection to completion of intercourse?)	Cực kỳ khó khăn (<i>Extremely difficult</i>)	1
	Rất khó khăn (<i>Very difficult</i>)	2
	Khó khăn (<i>Difficult</i>)	3
	Hơi khó khăn (<i>Slightly difficult</i>)	4
	Không khó khăn (<i>Not difficult</i>)	5
5. Khi bạn đã cố gắng quan hệ tình dục, bạn đã cảm thấy mức độ nào? (When you attempted sexual intercourse, how often was it satisfactory for you?)	Gần như không bao giờ/không bao giờ (<i>Almost never/never</i>)	1
	Một vài lần (ít hơn ½ số lần) { <i>A few times (much less than half the time)</i> }	2
	Thỉnh thoảng (khoảng ½ số lần) { <i>Sometimes (about half the time)</i> }	3
	Hầu hết mọi lần (hơn ½ số lần) [<i>Most times (much more than half the time)</i>]	4
	Hầu như luôn luôn/ luôn luôn [<i>Almost always/always</i>]	5

Kết quả điểm đạt :

Bảng liệt kê sức khoẻ tình dục dành cho nam giới (IIEF)-SHIM:

Điểm IIEF-5 là tổng của các câu trả lời thứ tự cho 5 mục.

22-25: Không rối loạn cương dương

17-21: rối loạn cương dương nhẹ

12-16: Từ nhẹ đến vừa chức năng cương dương

8-11: rối loạn cương dương vừa phải

5-7: rối loạn cương cứng nghiêm trọng

IIEF-5 scoring:

The IIEF-5 score is the sum of the ordinal responses to the 5 items.

22-25: No erectile dysfunction

17-21: Mild erectile dysfunction

12-16: Mild to moderate erectile dysfunction

8-11: Moderate erectile dysfunction

5-7: Severe erectile dysfunction

PHỤ LỤC 3

BẢNG ĐIỂM TRIỆU CHỨNG CỦA BỆNH TUYẾN TIỀN LIỆT (IPSS)

Trong 01 Tháng qua, Ông có các triệu chứng được đề cập dưới đây không?

1. (Tiểu chưa hết) Ông có cảm thấy bàng quang của mình không hoàn toàn trống rỗng sau khi đi tiểu trong tháng vừa qua không?

- ☐ Không (0 điểm)
- ☐ Ít hơn $\leq 1/5$ số lần (1 điểm)
- ☐ Ít hơn $< 1/2$ số lần (2 điểm)
- ☐ Khoảng $1/2$ số lần (3 điểm)
- ☐ Nhiều hơn $> 1/2$ số lần (4 điểm)
- ☐ Hầu như luôn luôn (5 điểm)

2. (Tiểu nhiều lần) Ông có phải đi tiểu lại trong vòng 2 giờ sau khi làm như vậy trong tháng vừa qua không?

- ☐ Không (0 điểm)
- ☐ Ít hơn $\leq 1/5$ số lần (1 điểm)
- ☐ Ít hơn $< 1/2$ số lần (2 điểm)
- ☐ Khoảng $1/2$ số lần (3 điểm)
- ☐ Nhiều hơn $> 1/2$ số lần (4 điểm)
- ☐ Hầu như luôn luôn (5 điểm)

3. (Tiểu ngắt quãng) Ông có bị rối loạn tiểu tiện trong tháng vừa qua không?

- ☐ Không (0 điểm)
- ☐ Ít hơn $\leq 1/5$ số lần (1 điểm)
- ☐ Ít hơn $< 1/2$ số lần (2 điểm)
- ☐ Khoảng $1/2$ số lần (3 điểm)
- ☐ Nhiều hơn $> 1/2$ số lần (4 điểm)
- ☐ Hầu như luôn luôn (5 điểm)

4. (Tiểu gấp) Ông có thấy khó kiểm soát nước tiểu trong tháng vừa qua không?

- ☐ Không (0 điểm)
- ☐ Ít hơn $\leq 1/5$ số lần (1 điểm)
- ☐ Ít hơn $< 1/2$ số lần (2 điểm)

- ☐ Khoảng 1/2 số lần (3 điểm)
- ☐ Nhiều hơn $>1/2$ số lần (4 điểm)
- ☐ Hầu như luôn luôn (5 điểm)
5. (Tiểu yếu) Ông có gặp trường hợp đi tiểu yếu trong tháng vừa qua không?
- ☐ Không (0 điểm)
- ☐ Ít hơn $\leq 1/5$ số lần (1 điểm)
- ☐ Ít hơn $<1/2$ số lần (2 điểm)
- ☐ Khoảng 1/2 số lần (3 điểm)
- ☐ Nhiều hơn $>1/2$ số lần (4 điểm)
- ☐ Hầu như luôn luôn (5 điểm)
6. (Tiểu gắng sức) Tháng trước Ông có phải rặn để bắt đầu đi tiểu không?
- ☐ Không (0 điểm)
- ☐ Ít hơn $\leq 1/5$ số lần (1 điểm)
- ☐ Ít hơn $<1/2$ số lần (2 điểm)
- ☐ Khoảng 1/2 số lần (3 điểm)
- ☐ Nhiều hơn $>1/2$ số lần (4 điểm)
- ☐ Hầu như luôn luôn (5 điểm)
7. (Tiểu đêm) Trung bình Ông phải dậy đi tiểu bao nhiêu lần vào ban đêm sau khi đi ngủ trong tháng qua?
- ☐ Không (0 điểm)
- ☐ Một lần (1 điểm)
- ☐ Hai lần (2 điểm)
- ☐ 3 lần (3 điểm)
- ☐ 4 lần (4 điểm)
- ☐ 5 lần trở lên (5 điểm)

Tổng điểm IPSS:.....

0 đến 7 điểm: Rối loạn tiểu tiện nhẹ

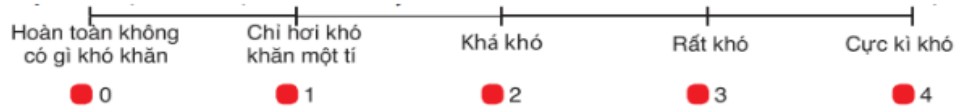
8 đến 19 điểm: Rối loạn tiểu tiện trung bình

20 đến 35 điểm: Rối loạn tiểu tiện nặng

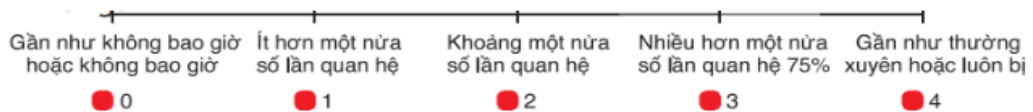
PHỤ LỤC 4

CÔNG CỤ CHẨN ĐOÁN XUẤT TINH SỚM - PEDT (PREMATURE EJACULATION DIAGNOSTIC TOOL)

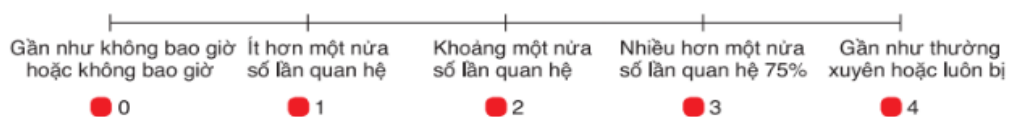
1. Khi quan hệ tình dục, anh thấy khó khăn như thế nào để trì hoãn sự xuất tinh?



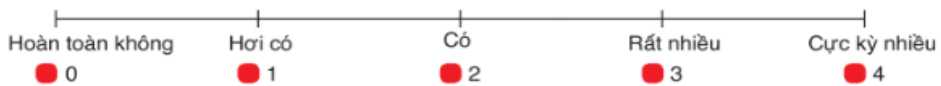
2. Khi quan hệ tình dục, anh có xuất tinh trước khi anh muốn không?



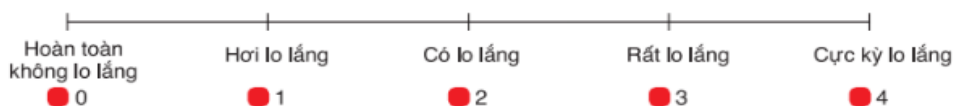
3. Có bao giờ khi quan hệ tình dục, chỉ với kích thích nhỏ cũng khiến anh bị xuất tinh không?



4. Anh có thấy hụt hẫng vì bị xuất tinh trước khi anh muốn không?



5. Anh lo lắng như thế nào về thời gian xuất tinh làm cho bạn tình của anh không thỏa mãn về tình dục?



Đánh giá kết quả

Điểm PEDT được tính bằng cách cộng điểm tất cả 5 câu hỏi:

Tổng điểm ≤ 8 : không bị xuất tinh sớm.

Tổng điểm: 9 hoặc 10: có thể đang bị xuất tinh sớm.

Tổng điểm ≥ 11 điểm: chắc chắn bị xuất tinh sớm.

PHỤ LỤC 5

Bộ công cụ “Chỉ số chức năng tình dục nữ - FSFI”

Bộ công cụ “Chỉ số chức năng tình dục nữ - Female Sexual Function Index FSFI”

STT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI
1	Trong vòng 4 tuần qua, chị có ham muốn tình dục không?	1. Không bao giờ 2. Ít khi 3. Đôi khi 4. Hầu hết thời gian 5. Luôn luôn
2	Trong vòng 4 tuần qua, ham muốn tình dục của chị ở mức độ nào?	1. Rất thấp 2. Thấp 3. Trung bình 4. Cao 5. Rất cao
3	Trong vòng 4 tuần qua, chị có thường cảm thấy hưng phấn trong quá trình giao hợp hoặc hoạt động tình dục không?	0. Không HĐTD 1. Gần như không 2. Ít khi 3. Đôi khi 4. Hầu hết 5. Luôn luôn
4	Trong vòng 4 tuần qua, chị đánh giá hưng phấn tình dục của chị trong quá trình giao hợp hoặc hoạt động tình dục ở mức độ nào?	0. Không HĐTD 1. Rất thấp 2. Thấp 3. Trung bình 4. Cao 5. Rất cao
5	Trong vòng 4 tuần qua, chị cảm thấy tự tin về khả năng trở nên hưng phấn trong quá trình giao hợp hoặc hoạt động tình dục	0. Không HĐTD 1. Rất thấp 2. Thấp

	ở mức độ nào?	3. Trung bình 4 Cao 5. Rất cao
6	Trong vòng 4 tuần qua, chị có thường thỏa mãn với cảm giác hưng phấn trong quá trình giao hợp hoặc hoạt động tình dục không?	0. Không HĐTD 1. Rất thấp 2. Thấp 3. Trung bình 4. Cao 5. Rất cao
7	Trong vòng 4 tuần qua, chị có thường cảm thấy âm đạo trở nên ẩm ướt trong quá trình giao hợp hoặc hoạt động tình dục không?	0. Không HĐTD 1. Gần như không 2. Ít khi 3. Đôi khi 4. Hầu hết 5. Luôn luôn
8	Trong vòng 4 tuần qua, chị có cảm thấy âm đạo khó trở nên ẩm ướt trong quá trình giao hợp hoặc hoạt động tình dục không?	0. Không HĐTD 1. Cực kỳ khó hoặc không thể 2. Rất khó 3. Khó 4. Hơi khó 5. Không khó tí nào
9	Trong vòng 4 tuần qua, chị có thường cảm thấy âm đạo duy trì được sự ẩm ướt cho đến khi giao hợp hoặc hoạt động tình dục xong không?	0. Không HĐTD 1. Gần như không 2. Ít khi 3. Đôi khi 4. Hầu hết 5. Luôn luôn
10	Trong vòng 4 tuần qua, chị có cảm thấy âm 0. Không HĐTD đạo khó duy trì được	1. Cực kỳ khó hoặc không thể 2. Rất khó

	sự ẩm ướt cho đến khi giao hợp hoặc hoạt động tình dục xong không?	3. Khó 4. Hơi khó 5. Không khó tí nào
11	Trong vòng 4 tuần qua, khi có kích thích tình dục hay giao hợp, chị có thường đạt được cực khoái hay không?	0. Không HĐTD 1. Gần như không 2. Ít khi 3. Đôi khi 4. Hầu hết 5. Luôn luôn
12	Trong vòng 4 tuần qua, khi có kích thích tình dục hay giao hợp, chị có khó đạt được cực khoái hay không?	0. Không HĐTD 1. Cực kỳ khó hoặc không thể 2. Rất khó : 3. Khó 4. Hơi khó 5. Không khó tí nào
13	Trong vòng 4 tuần qua, khi có kích thích tình dục hay giao hợp, chị có khó đạt được cực khoái hay không?	0. Không HĐTD 1. Rất không hài lòng 2. Tương đối không hài lòng 3. Không ý kiến 4. Tương đối hài lòng 5. Rất hài lòng
14	Trong vòng 4 tuần qua, chị hài lòng về cảm giác thân mật trong quá trình hoạt động tình dục giữa chị với chồng ở mức độ nào?	0. Không HĐTD 1. Rất không hài lòng 2. Tương đối không hài lòng 3. Không ý kiến 4. Tương đối hài lòng 5. Rất hài lòng
15	Trong vòng 4 tuần qua, chị hài lòng về mối quan hệ tình dục của chị với chồng ở	1. Rất không hài lòng TH 2. Tương đối không hài lòng

	mức độ nào?	3. Không ý kiến 4. Tương đối hài lòng 5. Rất hài lòng
16	Trong vòng 4 tuần qua, chị hài lòng về đời sống tình dục của chị ở mức độ nào?	1. Rất không hài lòng 2. Tương đối không hài lòng 3. Không ý kiến 4. Tương đối hài lòng 5. Rất hài lòng
17	Trong vòng 4 tuần qua, chị có thường cảm thấy khó chịu hay bị đau khi giao hợp	0. Không giao hợp 1. Luôn luôn 2. Hầu hết 3. Đôi khi không? 4. Ít khi 5. Không/Gần như không
18	Trong vòng 4 tuần qua, chị có thường cảm thấy khó chịu hay bị đau sau khi giao hợp không?	0. Không giao hợp 1. Luôn luôn 2. Hầu hết 3. Đôi khi 4. Ít khi 5. Không/Gần như không
19	Trong vòng 4 tuần qua, chị cảm thấy khó chịu hay bị đau trong khi hoặc sau khi giao hợp ở mức độ nào?	0. Không giao hợp 1. Luôn luôn 2. Hầu hết 3. Đôi khi 4. Ít khi 5. Không/Gần như không