

CẢI THIỆN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC Ở PHỤ NỮ SAU MÃN KINH

BS. Nguyễn Anh Tú, BS. Thiều Đình Trọng, BS. Phạm Minh Ngọc

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

GIỚI THIỆU

Rối loạn tình dục thường gặp ở độ tuổi mãn kinh. Ước tính trong nhóm 45 – 64 tuổi, cứ 8 người thì 1 người giảm ham muốn, và cứ 15 người thì 1 người gặp rối loạn hưng phấn và khoái cảm¹. Các rối loạn tình dục nữ (Female sexual dysfunction – FSD) phổ biến ở độ tuổi mãn kinh là giảm ham muốn tình dục, rối loạn hưng phấn, rối loạn cực khoái và đau sau giao hợp. Phụ nữ sau mãn kinh không chỉ gặp một mà thường nhiều rối loạn cùng lúc: 50 – 65% giảm ham muốn kèm rối loạn hưng phấn, 70% kèm rối loạn cực khoái và đau tình dục. Tuy nhiên vì nhiều lý do, cả từ phía thầy thuốc và bệnh nhân, thực trạng quan tâm đến rối loạn tình dục nữ còn chưa tương xứng. Tổng quan này đưa ra khái quát các rối loạn tình dục nữ, cách tiếp cận và một số hướng điều trị, giúp điều trị toàn diện và cải thiện chức năng tình dục ở phụ nữ sau mãn kinh.

TỔNG QUAN

Định nghĩa

Hầu hết định nghĩa các FSD lần đầu được đưa ra trên “Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM). Ngày nay, nhiều tổ chức, hiệp hội khác đưa ra định nghĩa FSD như: Tham vấn Quốc tế về Y học tình dục (International Consultation in Sexual Medicine – ICSM), Tổ chức nghiên cứu Sức khỏe tình dục nữ Quốc tế (International Society for the Study of Women Sexual Health – ISSWSH), Bảng

phân loại quốc tế về bệnh tật và nguyên nhân tử vong (International Classification of Diseases and Statistics – ICD). Thông thường, một định nghĩa FSD bao gồm: các tiêu chí chính, thời gian mắc (thường >6 tháng), tần suất gặp (thường >75% số lần). Chẩn đoán còn chia ra các dạng: Hoàn cảnh (tổng quát – tình huống), Khởi phát (nguyên phát – thứ phát), Mức độ (nhẹ – trung bình – nặng). Tổng hợp các định nghĩa, danh pháp FSD theo DSM – 5, ICSM 4, ISSWSH xin mời tham khảo [bảng 1, 2, 3](#).

Phân loại

Phân loại FSD còn nhiều tranh cãi và chưa thống nhất. Ví dụ như DSM – 5 gộp “Giảm ham muốn” và “Rối loạn hưng phấn” thành “Rối loạn ham muốn/hưng phấn tình dục nữ” (Female Sexual Interest/Arousal Disorder – FSIAD) đã gây ra tranh cãi. Vì đến nay chưa có dữ liệu dịch tễ học, mẫu lâm sàng, di truyền, sinh học thần kinh, thử nghiệm thuốc hỗ trợ cho FSIAD. Chính vì vậy nên coi “Giảm ham muốn” tách rời với “Rối loạn hưng phấn”. Hiện tại, phân loại theo ISSWSH được nhiều tác giả sử dụng và tán thành. Theo đó, FSD gồm:

- Giảm ham muốn tình dục (Hypoactive sexual desire disorder – HSDD).
- Rối loạn hưng phấn tình dục nữ (Female sexual arousal disorder – FSAD).
- Rối loạn cực khoái nữ (Female orgasmic disorder – FOD).
- Rối loạn đau tình dục: đau do nguyên nhân đặc hiệu, đau do nguyên nhân không đặc hiệu.
- Kích thích sinh dục dai dẳng/Rối loạn cảm

Bảng 1. Danh pháp và định nghĩa các rối loạn tình dục nữ theo DSM 5.

Danh pháp	Định nghĩa
Rối loạn ham muốn/kích thích tình dục nữ Female sexual interest/arousal disorder (FSIAD)	Biểu hiện bởi từ 3 trong số các đặc điểm sau: 1. Vắng/giảm hứng thú hoạt động tình dục; 2. Không có/giảm suy nghĩ hoặc tưởng tượng tình dục/khiêu dâm; 3. Không/giảm việc bắt đầu hoạt động tình dục và không cảm nhận được nỗ lực bắt đầu của đối tác; 4. Không có/giảm hưng phấn/ham muốn tình dục trong hoạt động tình dục ở hầu hết hoặc tất cả (75-100%) lần; 5. Không có/giảm hứng thú/kích thích tình dục theo bất kỳ dấu hiệu tình dục/khiêu dâm bên trong hoặc bên ngoài (bằng văn bản, bằng lời nói, hình ảnh); 6. Không có/giảm cảm giác bộ phận sinh dục hoặc không sinh dục trong khi hoạt động tình dục ở hầu hết hoặc tất cả (75-100%) các lần.
Rối loạn cực khoái nữ Female orgasmic disorder (FOD)	Hiện diện của một trong hai điều sau: 1. Chậm trễ rõ rệt, không thường xuyên/vắng cực khoái; 2. Giảm rõ rệt cường độ cảm giác cực khoái.
Đau vùng chậu/rối loạn thâm nhập Genito-pelvic pain/penetration disorder (GPPPD)	Có từ 1 trong số các hoạt động/triệu chứng sau: 1. Khó khăn thâm nhập âm đạo khi giao hợp; 2. Đau âm hộ hoặc bên ngoài rõ rệt khi giao hợp âm đạo hoặc cố gắng thâm nhập; 3. Nỗi sợ hãi hoặc lo lắng rõ rệt về cơn đau âm hộ hoặc vùng chậu khi biết trước, trong hoặc do kết quả của việc thâm nhập âm đạo; 4. Căng hoặc thắt chặt rõ rệt của các cơ sàn chậu khi cố gắng thâm nhập âm đạo.

Bảng 2. Danh pháp và định nghĩa các chức năng tình dục nữ theo ICSM 4.

Danh pháp	Định nghĩa
Giảm ham muốn tình dục nữ Hypoactive sexual desire dysfunction (HSDD)*	Giảm liên tục/tái diễn hoặc không có ý nghĩ/tưởng tượng về tình dục/khiêu dâm và ham muốn hoạt động tình dục.
Female sexual arousal dysfunction – FSAD*	Liên tục/tái diễn việc không có khả năng đạt được/duy trì kích thích cho đến khi hoàn thành hoạt động tình dục, mặc dù đã có đánh giá chủ quan đầy đủ về phản ứng bộ phận sinh dục của bản thân.
Rối loạn chức năng cực khoái nữ Female orgasmic dysfunction (FOD-mức B)	Chậm trễ rõ rệt/giảm rõ rệt tần suất/vắng cực khoái và/hoặc giảm rõ rệt cường độ cảm giác cực khoái.
Đau vùng chậu – sinh dục nữ Female genital-pelvic pain dysfunction (FGPPD-mức C)	Khó khăn dai dẳng hoặc tái diễn trong khi thực hiện hoặc gây ra bởi ít nhất một trong các hành động/triệu chứng sau: 1. Thâm nhập âm đạo khi giao hợp; 2. Đau âm hộ hoặc vùng chậu rõ rệt khi tiếp xúc với bộ phận sinh dục; 3. Nỗi sợ hãi hoặc lo lắng rõ rệt về cơn đau âm hộ hoặc vùng chậu khi biết trước, trong khi hoặc do tiếp xúc với bộ phận sinh dục; hoặc 4. Tăng trương lực rõ rệt hoặc hoạt động quá mức của các cơ sàn chậu có hoặc không có tiếp xúc với bộ phận sinh dục.
Rối loạn kích thích sinh dục dai dẳng** Persistent genital arousal disorder	Kích thích bộ phận sinh dục tự phát, xâm nhập và không mong muốn (ngứa ran, đau nhói, rung động) khi không có hứng thú và ham muốn tình dục. Nhận thức về sự kích thích chủ quan là điển hình, nhưng không phải lúc nào cũng khó chịu. Kích thích không đạt được bằng ít nhất một lần cực khoái và cảm giác kích thích vẫn tồn tại trong nhiều giờ hoặc nhiều ngày.
Hội chứng bệnh sau cực khoái** Postcoital syndrome (postorgasmic illness syndrome)	Cảm giác tiêu cực, trải nghiệm và/hoặc các triệu chứng thể chất như đau đầu, khó chịu, mệt mỏi và các triệu chứng khác sau khi hoạt động tình dục.
Cực khoái giảm Hypoedonic orgasm (HO)	Giảm hoặc giảm mức độ khoái cảm tình dục với cực khoái suốt đời hoặc mắc phải.
Cực khoái đau** Painful orgasm	Xuất hiện đau bộ phận sinh dục và/hoặc vùng chậu trong hoặc ngay sau khi đạt cực khoái.

* Nguyên tắc lâm sàng: Được các nhà nghiên cứu/bác sĩ lâm sàng đồng ý rộng rãi, nhưng có nhiều bằng chứng khác nhau trong tài liệu để hỗ trợ chúng; ** Ý kiến chuyên gia: Tuyên bố đạt được bởi sự đồng thuận của hội đồng dựa trên lâm sàng, kinh nghiệm, kiến thức và đánh giá của các thành viên hội đồng và không có hoặc không đủ bằng chứng được công bố.

Bảng 3. Danh pháp và định nghĩa các chức năng tình dục nữ theo ISSWSH.

Danh pháp	Định nghĩa
Rối loạn giảm ham muốn tình dục Hypoactive sexual desire disorder (HSDD)	Bất kỳ một trong triệu chứng sau: – Thiếu động lực hoạt động tình dục: giảm/không có ham muốn tự phát (suy nghĩ hoặc tưởng tượng về tình dục). – Giảm/không có ham muốn đáp ứng với các tín hiệu khiêu dâm và kích thích hoặc không có khả năng duy trì ham muốn/hứng thú qua hoạt động tình dục. – Mất ham muốn bắt đầu hoạt động tình dục, hành vi tránh hoạt động tình dục, không phải thứ phát sau rối loạn đau tình dục. Và lâm sàng gây thất vọng, bất lực, buồn bã, phiền muộn hoặc lo lắng đáng kể.*
Rối loạn kích thích tình dục nữ - Female sexual arousal disorder	
Rối loạn nhận thức kích thích nữ** Female cognitive arousal disorder (FCAD)	Khó khăn/không có khả năng đạt được/duy trì hưng phấn tinh thần đầy đủ liên quan đến hoạt động tình dục biểu hiện bằng cảm giác gấn bó, tinh thần phấn chấn hoặc kích thích tình dục*.
Rối loạn kích thích bộ phận sinh dục nữ (FGAD) (Mức B)	Khó khăn/không thể đạt được hoặc duy trì phản ứng sinh dục đầy đủ liên quan đến hoạt động tình dục gồm: i. Bôi trơn âm đạo ii. Kích thích của cơ quan sinh dục iii. Nhạy cảm của cơ quan sinh dục *
Rối loạn kích thích sinh dục dai dẳng** Persistent genital arousal disorder (PGAD)	Cảm giác kích thích sinh dục dai dẳng/tái diễn, không mong muốn hoặc xâm nhập, cảm giác tồ tề kích thích sinh dục hoặc sắp đạt cực khoái (rối loạn cảm giác sinh dục - genital dysesthesia), không liên quan đến sở thích, suy nghĩ, tưởng tượng tình dục*. Có thể liên quan đến: – Giải quyết hạn chế Limited resolution, không giải quyết hoặc làm trầm trọng thêm các triệu chứng do hoạt động tình dục có hoặc không có cực khoái phản cảm hoặc bị tổn hại. – Làm trầm trọng thêm các triệu chứng bộ phận sinh dục trong một số trường hợp. – Tuyệt vọng, cảm xúc không ổn định, thảm họa hoặc tự tử. – Bằng chứng không nhất quán về kích thích sinh dục trong các triệu chứng.
Rối loạn cực khoái nữ (Mức B) Female orgasm disorder (FOD)	Dai dẳng hoặc lặp đi lặp lại, gây đau khổ về tần suất, cường độ, thời gian và/hoặc khoái cảm, liên quan đến hoạt động tình dục*: – Tần suất: giảm/ vắng (anorgasmia) – Cường độ: giảm (muted orgasm) – Thời điểm: cực khoái xảy ra quá muộn (cực khoái muộn - delayed orgasm) hoặc quá sớm (cực khoái tự phát hoặc sớm - spontaneous or premature orgasm) so với mong muốn của người phụ nữ. – Khoái lạc: cực khoái xảy ra khi không có hoặc giảm khoái cảm (cực khoái không cảm ứng, rối loạn cực khoái phân ly khoái cảm). (Ý kiến chuyên gia)
Hội chứng bệnh sau cực khoái nữ** Female orgasmic illness syndrome (FOIS)	Đặc trưng bởi các triệu chứng kích thích ngoại vi hoặc trung ương xảy ra trước, trong hoặc sau khi đạt cực khoái, nhưng không liên quan đến sự ảnh hưởng của chất lượng cực khoái.

*: Thời gian tối thiểu 6 tháng; **: Ý kiến chuyên gia

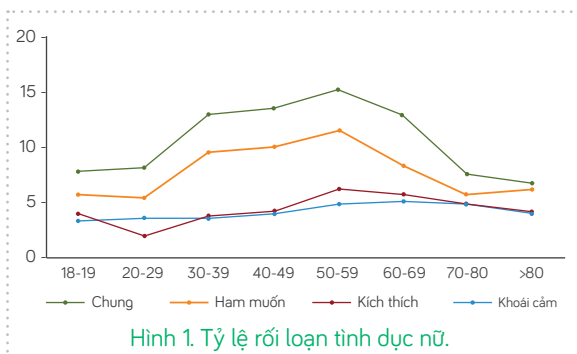
giác vùng chậu – sinh dục (Persistent genital arousal disorder/Genito pelvic dysesthesia – PGAD/GPD).

– Hội chứng bệnh cực khoái nữ (Female orgasmic illness syndrome – FOIS).

Dịch tễ

Hai nghiên cứu chặt chẽ và toàn diện nhất về dịch tễ FSD là PRESIDE (Prevalence of Female

Sexual Problems Associated with Distress and Determinants of Treatment Seeking) và WISHeS (Women’s International Study of Health and Sexuality). Nghiên cứu PRESIDE¹ (Hình 1) do Shifren khảo sát trên 31.581 phụ nữ thì có tới 3.456 (10,9%) bị FSD (tính cả tiêu chí phiền muộn). Nghiên cứu này cho thấy giảm ham muốn tình dục cao nhất trong các loại, tỷ



lệ FSD tăng theo tuổi và cao nhất ở độ tuổi mãn kinh. Nghiên cứu WISHes cho thấy mối liên hệ giữa FSD và mãn kinh. Theo đó tỷ lệ FSD từ 9 – 26%, thấp nhất ở đối tượng mãn kinh tự nhiên, và cao nhất (26%) ở nhóm 20 – 49 tuổi mãn kinh sau phẫu thuật.

Các yếu tố ảnh hưởng tình dục

Tuổi tác và mãn kinh

Giai đoạn quanh và sau mãn kinh đặc trưng bởi giảm estrogen, androgen, góp phần giảm ham muốn, hưng phấn, đau khi quan hệ tình dục, rối loạn cực khoái và giảm hài lòng về tình dục¹. Ngoài ra mãn kinh còn dẫn đến thay đổi cảm xúc, nhận thức về tình dục, thay đổi sức khỏe thể chất, giảm/mất khả năng sinh sản, tự ti về hình thể.

Yếu tố tâm lý, xã hội

Ngoài tuổi tác, các yếu tố tâm lý, xã hội tác động đến sức khỏe tình dục nữ sớm ngay cùng lúc bắt đầu thời kỳ mãn kinh. Khảo sát Sức khỏe phụ nữ Massachusetts cho thấy lo lắng, trầm cảm, bất hòa mối quan hệ, đối tác bị rối loạn tình dục, chỉ số chất lượng cuộc sống liên quan đáng kể với FSD². Đối với phụ nữ trung niên, các yếu tố liên quan độc lập với giảm ham muốn tình dục là uống rượu, khô âm đạo, teo âm hộ âm đạo, trầm cảm trung bình đến nặng, sử dụng thuốc hướng thần. Ở phụ nữ sau mãn kinh (65 – 79 tuổi), các yếu tố liên quan độc lập với giảm ham muốn tình dục nữ là có bạn tình, khô âm đạo, rối loạn chức năng sàn chậu và trầm cảm³.

Thể chất

Các rối loạn tình dục thường gặp hơn ở người gặp vấn đề về thể chất, sinh dục và tâm lý. Cả hormone và tâm lý ảnh hưởng đến chức năng

tình dục ở phụ nữ trong thời gian tiền mãn kinh và quanh mãn kinh⁴. Triệu chứng vận mạch liên quan đến giảm ham muốn, phiền muộn tình dục ở phụ nữ trung niên. Trầm cảm có mối tương quan quan trọng với FSD. Tăng cân, béo phì là yếu tố nguy cơ rối loạn tình dục, hơn thế nữa nó còn gây tự ti, dẫn đến trầm cảm và càng làm nặng thêm FSD.

Teo âm hộ âm đạo ảnh hưởng đến một nửa phụ nữ sau mãn kinh, là yếu tố gây giảm ham muốn, hưng phấn, rối loạn cực khoái và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu cho thấy một phần ba phụ nữ teo âm hộ âm đạo lo những thay đổi âm đạo không bao giờ hết, 25% sợ đau khi quan hệ tình dục. Nghiên cứu REVIVE ở châu Âu cho thấy teo âm hộ âm đạo ảnh hưởng đến khả năng gắn kết (62%), độ hài lòng tình dục (72%). Khảo sát tương tự ở châu Á cho thấy bệnh ảnh hưởng xấu đến tận hưởng tình dục (65%), khả năng gắn kết (61%), mối quan hệ với đối tác (55%)⁵.

Tác động đối tác

Rối loạn tình dục không xảy ra đơn độc, nó tác động đến cả tình dục giữa các cá nhân. Nữ bị teo âm hộ âm đạo, viêm âm hộ, co thắt âm đạo không tự chủ (vaginismus) có thể gây rối loạn tình dục đối tác nam⁶. Có tới 61% nam giới có vợ bị teo âm hộ âm đạo tránh quan hệ vì đau, 43% bị giảm ham muốn. Chồng của phụ nữ mắc vaginismus dễ bị rối loạn cương.

Ở chiều ngược lại, 77,7% đối tác nữ của nam giới xuất tinh sớm có FSD, so với 42,7% ở nhóm chứng, phổ biến nhất là rối loạn hưng phấn (55,2%) và cực khoái (51,9%). Nam rối loạn cương sau điều trị ức chế phosphodiesterase – 5, tiêm thuốc thể hang hoặc bơm hút chân không dương vật làm đối tác nữ cải thiện thỏa mãn tình dục, tăng hưng phấn, tần suất quan hệ và khả năng đạt cực khoái⁷.

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN

Khai thác tiền sử

Đây là bước vô cùng quan trọng, giúp chẩn đoán, xác định các yếu tố nguy cơ, cũng như

định hướng điều trị. Việc khai thác phải bao quát các vấn đề tâm lý, sinh lý, mối quan hệ, xã hội nhưng cũng phải rất chi tiết để không bỏ sót bất kỳ yếu tố nào liên quan (Bảng 1).

Công cụ sàng lọc

“Công cụ sàng lọc giảm ham muốn tình dục” (Decreased Sexual Desire Screener – DSDS) được coi là tiêu chuẩn sàng lọc Giảm ham muốn tình dục, với ưu điểm ngắn gọn, hiệu quả và người bệnh có thể dễ dàng tự hoàn thành mà không cần giải thích nhiều. Độ chính xác, độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 85,2%, 83,6% và 87,8%. Với rối loạn khác, nên sử dụng “Bộ câu hỏi chức năng tình dục nữ” (Female Sexual Function Index – FSFI) để đánh giá. Ngoài ra, nên đánh giá ảnh hưởng FSD đến tâm lý người bệnh bằng “Thang điểm lo lắng do rối loạn tình dục” (Female Sexual Distress Scale – Revised – FSDS – R). Việc đánh giá tâm lý có 3 tác dụng: củng cố tiêu chí chẩn đoán, giúp thống kê phân tích dữ liệu và điều trị tâm lý kết hợp nếu có.

Khám thực thể

và xét nghiệm cận lâm sàng

Khám vùng chậu – sinh dục là một phần không thể thiếu, gồm 6 bước vô cùng quan trọng

và phải được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân: Soi âm hộ qua vulvoscopy, khám âm đạo bằng tay, thử nghiệm bằng tăm bông, kiểm tra mỏ vịt, đánh giá sàn chậu, khám trực tràng. Một số bệnh lý liên quan có thể xác định là: dính/hep hoặc teo âm vật, sa niệu đạo, rối loạn đau, rối loạn chức năng sàn chậu, loạn dưỡng âm hộ, bệnh da liễu, rối loạn thần kinh thẹn, bệnh lý cột sống.

Chưa có xét nghiệm cận lâm sàng nào để chẩn đoán và loại trừ rối loạn tình dục nữ, chủ yếu để xác định căn nguyên cụ thể. Mức độ chẩn đoán dựa vào testosterone thấp là kém. Không có giá trị tối thiểu nào với bất kỳ androgen nào để xác định phụ nữ mắc giảm ham muốn tình dục. Một số xét nghiệm cần nhắc: xét nghiệm nội tiết (estradiol, testosterone, FSH, LH, prolactin, hormone tuyến giáp), SHBG, đường huyết lúc đói, HbA1C, dự trữ sắt cho phụ nữ tiền mãn kinh bị chảy máu nhiều⁸.

ĐIỀU TRỊ

Liệu pháp tâm lý

Căng thẳng, lo lắng, trầm cảm, tự ti bản thân, tiền sử lạm dụng tình dục, chất kích thích và phân tâm nhận thức có thể góp phần FSD. Các

Bảng 1. Các vấn đề sinh lý, tâm lý, mối quan hệ, xã hội liên quan FSD.

Yếu tố	Khai thác chi tiết
Bệnh nền	– Bệnh nội tiết (tuyến yên, tuyến giáp, buồng trứng), đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa, bệnh thần kinh (đa xơ cứng, tổn thương tủy sống), bệnh tim mạch, bệnh tâm thần, ung thư, HIV.
Dùng thuốc	– Thuốc giảm testosterone (aromatase inhibitor, tránh thai nội tiết tố kết hợp). – Thuốc kháng androgen. – Thuốc tăng SHBG và giảm testosterone tự do (estrogen đường uống, CHCs, tamoxifen và thyroxine).
Sinh lý	– Thuốc hướng thần. – Thuốc khác: chống nấm, kháng histamin, điều trị tăng huyết áp, suy tim.
Phẫu thuật	– Cắt vòi trứng, buồng trứng, chấn thương xạ trị vùng chậu.
Sản khoa	– Sa tử cung, triệu chứng vận mạch, buồng trứng, buồng trứng đa nang, vô sinh. – Rối loạn chức năng cơ sàn chậu.
Rối loạn tình dục	– Kích thích, cực khoái, đau tình dục.
Tâm lý	– Lạm dụng tình dục thời thơ ấu. – Sử dụng chất kích thích. – Bệnh lý tâm thần, trầm cảm, lo âu.
Đối tác	– Mối quan hệ, kinh nghiệm tình dục, bệnh lây truyền qua đường tình dục, vấn đề tình dục của đối tác.
Xã hội	– Nền văn hóa, công việc, áp lực.

yếu tố văn hóa xã hội như giáo dục, tôn giáo, văn hóa cũng tác động tiêu cực đến tình dục. Do đó, bác sĩ cần xác định và đảm bảo các vấn đề tâm lý, văn hóa, xã hội được giải quyết đồng thời cùng các phương pháp điều trị khác. Giáo dục bệnh nhân là bước đầu trong điều trị, sau đó liệu pháp tâm lý có thể được cân nhắc. Ba biện pháp can thiệp tâm lý thường được sử dụng: liệu pháp hành vi (Behavior therapy), liệu pháp hành vi nhận thức (Cognitive behavior therapy – CBT) và liệu pháp chánh niệm (Mindfulness therapy)⁹. Ngoài ra, tùy trường hợp mà có thể phải dùng cả liệu pháp tình dục (Sex therapy) kết hợp. Nói chung, liệu pháp tình dục là một điều trị ngắn hạn (khoảng 3 tháng), có thể được tiến hành trong một cá nhân, cặp vợ chồng hoặc một nhóm¹⁰.

Thuốc

Liệu pháp tại chỗ

Các thuốc tại chỗ gồm estrogen, testosterone, kem dưỡng ẩm âm đạo và chất bôi trơn. Estrogen tại chỗ nên dùng điều trị giảm hưng phấn, đau tình dục khi dưỡng ẩm, bôi trơn không hiệu quả. Estrogen tại chỗ tạo điều kiện tái sinh biểu mô âm đạo, giảm tế bào cận đáy, tăng tế bào biểu mô và giảm pH âm đạo, thúc đẩy hình thành mạch và cải thiện tiết bôi trơn. Không cần sử dụng progesterone đồng thời để bảo vệ tử cung vì không làm tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung, lượng estrogen tại chỗ giải phóng không có khả năng làm tăng nguy cơ tái phát ung thư vú¹¹. Các dạng thuốc sẵn có là gel Estrace, Premarin (đã được FDA phê duyệt cho bệnh nhân không liên quan đến mãn kinh), vòng estradiol âm đạo (Estring), thuốc đặt estradiol (Vagifem).

Testosterone kết hợp estradiol tại chỗ cho thấy rất tốt điều trị đau tiền đình, giữa đường Hart và màng trinh. Liều thông thường là testosterone 0,1% và estradiol 0,03%, với kích thước cỡ hạt đậu. Tuy nhiên tất cả đều là điều trị theo kinh nghiệm, hiện chưa có sản phẩm testosterone được FDA phê chuẩn với rối loạn tình dục nữ.

Điều trị toàn thân

Hormone

Liệu pháp estrogen toàn thân dùng để điều trị các triệu chứng mãn kinh, giúp cải thiện triệu chứng vận mạch, thay đổi tâm trạng, rối loạn tình dục và nâng cao chất lượng cuộc sống¹⁰. Ở phụ nữ còn tử cung cần sử dụng progesterone đồng thời. Mục tiêu estradiol lý tưởng từ 35 – 50 pg/ml, theo dõi định kỳ estradiol mỗi ba tháng và sau đó mỗi 6 – 12 tháng. Tác dụng phụ là đau vú, chảy máu tử cung, ung thư vú và bệnh huyết khối. Giảm liều estradiol nếu tác dụng phụ xảy ra. Nếu điều trị estradiol toàn thân có hiệu quả, xem xét điều trị trong 6 – 12 tháng và dùng điều trị để xem còn cần thiết không¹².

Testosterone dạng kem, gel, miếng dán da, que cấy dưới da đã được chứng minh tăng ham muốn, giảm phiền muộn ở phụ nữ sau mãn kinh. Lâm sàng hiện tại sử dụng các sản phẩm cho nam với liều 1/10. Do dữ liệu hạn chế, sử dụng testosterone ở nữ mãn kinh còn tùy thuộc kinh nghiệm bác sĩ. Tác dụng phụ là phản ứng tại chỗ, rụng lông, hói đầu, mụn trứng cá, trầm giọng nói, rối loạn kinh nguyệt, đa hồng cầu. Không có bằng chứng cho thấy liệu pháp testosterone tiêm có tác dụng bất lợi trên tim mạch, làm tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung hoặc lạc nội mạc tử cung. Kiểm tra testosterone 3 tuần sau điều trị và tiếp đó mỗi 6 tháng. Ngoài ra cần theo dõi đánh giá dấu hiệu dư thừa androgen: kiểm tra vú, xương chày, testosterone huyết thanh, chảy máu bất thường, sinh thiết nội mạc tử cung. Mục tiêu lý tưởng testosterone tự do từ 0,6 – 0,8 ng/dL. Giảm liều nếu tác dụng phụ xảy ra. Cần 4 – 6 tuần để có hiệu quả và dừng thuốc sau 6 tháng nếu không cải thiện¹².

Không nên sử dụng DHEA toàn thân để điều trị rối loạn tình dục do dữ liệu còn hạn chế. Oxytocin chưa được chứng minh hiệu quả, không có nghiên cứu nào hỗ trợ sử dụng progesterone điều trị rối loạn chức năng tình dục nữ¹³.

Liệu pháp không hormone

Vào năm 2013, FDA đã phê duyệt

ospemifene, chất điều biến estrogen chọn lọc (SERM) là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả đối với đau khi quan hệ do khô ở phụ nữ mãn kinh. Dữ liệu cho thấy ospemifene tăng điểm FSFI ở phụ nữ sau mãn kinh bị teo âm hộ âm đạo¹⁴. Flibanserin được FDA chấp nhận điều trị giảm ham muốn tình dục tổng quát, mắc phải ở phụ nữ tiền mãn kinh. Đây là chất chủ vận thụ thể serotonin 1A sau synap và đối kháng thụ thể serotonin 2A, nó làm giảm hoạt động serotonin và tăng hoạt động dopamine, norepinephrine. Liều 100 mg buổi tối hàng ngày trước khi ngủ giúp tăng ham muốn, tăng hài lòng tình dục và giảm phiền muộn.

Bremelanotide là một chất tương tự melanocortin tổng hợp của hormone điều hòa melanocyte, hoạt động như một chất chủ vận tại các thụ thể melanocortin 3 và 4. Thuốc đã được FDA cấp phép điều trị giảm ham muốn tình dục tổng quát, mắc phải tiền mãn kinh. Liều tiêm 1,75 mg/0,3 ml dưới da 45 phút trước khi hoạt động tình dục đã được chứng minh tăng ham muốn, tăng hài lòng và giảm phiền muộn. Chống chỉ định dùng cho phụ nữ tăng huyết áp không kiểm soát, bệnh tim mạch, tác dụng phụ phổ biến là tăng sắc tố khu trú, buồn nôn.

Một số thuốc được kê toa không đúng chỉ định trên nhãn (off-label) là bupropion và buspirone. Bupropion có tác dụng tăng dopamine và norepinephrine, liều 300 – 400 mg/ngày giúp tăng kích thích và cực khoái¹⁵. Tác dụng phụ là run, lo lắng, khô miệng, táo bón, chóng mặt và nôn. Buspirone là một thuốc giảm serotonin, liều 30 – 60 mg/ngày cải thiện chức năng tình dục ở phụ nữ bị trầm cảm. Tác dụng phụ là chóng mặt, lo lắng, buồn nôn và đau đầu. Ngoài ra, một số phương pháp kết hợp thuốc đang được nghiên cứu gồm: testosterone/sildenafil, testosterone/buspirone và bupropion/trazodone¹⁶.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ phụ nữ sau mãn kinh mắc rối loạn tình dục không phải là ít, song tình trạng khám và

điều trị còn chưa tương xứng. Có nhiều yếu tố góp phần rối loạn tình dục nữ: sinh lý, tâm lý, đối tác, xã hội; đòi hỏi việc tiếp cận phải bao quát và chi tiết tất cả các yếu tố này. Khám thực thể nên là bắt buộc ở mọi bệnh nhân, hiện xét nghiệm cận lâm sàng chưa có nhiều giá trị trong chẩn đoán và loại trừ rối loạn tình dục nữ. Việc điều trị có thể kết hợp cả chiến lược tâm lý xã hội và sinh học. Ba liệu pháp thường được sử dụng nhất trong chiến lược tâm lý là: liệu pháp hành vi, hành vi nhận thức và chánh niệm. Trong điều trị dùng thuốc, đáng chú ý là liệu pháp hormone (toàn thân hoặc tại chỗ) và một số thuốc dùng theo kinh nghiệm (như ospemifene, flibanserin, bremelanotide, bupropion và buspirone).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, et al. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*;112:970 – 8.
- Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM. (2004). Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Qual Life Res*;13:933 – 46.
- Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, Davis SR. (2017). Hypoactive sexual desire dysfunction in community – dwelling older women. *Menopause*;24:391 – 9.
- Nappi RE, Cucinella L, Martella S, et al. (2016). Female sexual dysfunction (FSD): prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*; 94:87 – 91.
- Chua Y, Limpaphayom KK, Cheng B, et al. (2017). Genitourinary syndrome of menopause in five Asian countries: results from the Pan – Asian REVIVE survey. *Climacteric*; 20:367 – 73.
- Paquet M, Rosen N, Steben M. (2018). Daily anxiety and depressive symptoms in couples coping with vulvodynia: associations with women's pain, women's sexual function and both partners' sexual distress. *J Pain*;19:552 – 61.
- Fisher W, Rosen R, Eardley I. (2015). Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: The Female Experience of Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (FEMALES) Study. *J Sex Med*;2:675 – 84.
- Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, et al. (2018). The International Society for the Study of Women's Sexual Health process of care for management of hypoactive sexual desire disorder in women. *Mayo Clin Proc*;93:467 – 87.
- Goldstein I, Clayton AH, Goldstein AT, et al. (2018). *Textbook of Female Sexual Function and Dysfunction: Diagnosis and Treatment*. Hoboken, NJ: Wiley – Blackwell.
- Kingsberg SA, Krychman M, Graham S. (2017) The Women's EMPOWER Survey: identifying women's perceptions on vulvar and vaginal atrophy and its treatment. *J Sex Med*;14:413 – 24.
- Gambacciani M, Levancini M, Cervigni M. (2015). Vaginal erbium laser: the second – generation thermotherapy for the genitourinary syndrome of menopause. *Climacteric*.
- Wierman ME, Arlt W, Basson R, et al. (2014). Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*.
- Worsley R, Santoro N, Miller KK. (2016). Hormones and female sexual dysfunction: beyond estrogens and androgens – findings from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. *J Sex Med* 2016;13:283 – 90.
- Constantine G, Graham S, Portman DJ. (2015). Female sexual function improved with ospemifene in postmenopausal women with vulvar and vaginal atrophy: results of a randomized, placebo – controlled trial. *Climacteric*;18:226 – 32.
- Kingsberg SA, Clayton AH, Pfaus JG. (2015). The female sexual response: current models, neurobiological underpinnings and agents currently approved or under investigation for the treatment of hypoactive sexual desire disorder. *CNS Drugs*; 29(11):915 – 933.
- Tuiten A, van Rooij K, Bloemers J, et al. (2018). Efficacy and safety of ondemand use of 2 treatments designed for different etiologies of female sexual interest/arousal disorder: 3 randomized clinical trials. *J Sex Med*;15:201 – 16.