

## RỐI LOẠN GIẢM HAM MUỐN TÌNH DỤC NỮ

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn giảm ham muốn tình dục (Hypoactive sexual desire disorder - HSDD) là một trong những vấn đề về sức khỏe tình dục phổ biến nhất ở nữ giới, được định nghĩa là sự thiếu hụt hoặc vắng mặt dai dẳng hoặc tái phát của những tưởng tượng tình dục và ham muốn hoạt động tình dục với sự đau khổ rõ rệt hoặc khó khăn giữa cá nhân mà không được giải thích bởi bệnh lý hoặc rối loạn tâm lý nói chung.

HSDD có thể là nguyên phát hoặc thứ phát, mắc phải hoặc diễn ra suốt đời. Định nghĩa mở rộng về HSDD có thể bao gồm bất kỳ các yếu tố: (1) thiếu động lực cho hoạt động tình dục thể hiện bằng việc giảm hoặc không có ham muốn tình dục tự phát (những suy nghĩ hoặc tưởng tượng về tình dục) hoặc giảm hoặc không có ham muốn đáp ứng với các tín hiệu và kích thích khiêu dâm hoặc không có khả năng duy trì ham muốn hoặc hứng thú thông qua hoạt động tình dục hoặc (2) mất ham muốn bắt đầu hoặc tham gia vào hoạt động tình dục, bao gồm các phản ứng hành vi như tránh các tình huống có thể dẫn đến hoạt động tình dục.

### 2. DỊCH TỄ HỌC

Phần lớn các nghiên cứu về rối loạn chức năng tình dục nữ (Female Sexual Dysfunction - FSD) trong quá khứ mang tính chất mô tả quan sát, rất ít thử nghiệm phân tích được báo cáo. Nguyên nhân nói chung là do sự thiếu chính xác của các hệ thống phân loại và chẩn đoán được sử dụng. Dunn và cộng sự đã xem xét 28 nghiên cứu về FSD và kết luận rằng "tính không đồng nhất của các nghiên cứu đã loại trừ khả năng tổng hợp dữ liệu", đồng thời sự khác biệt trong phương pháp nghiên cứu là rất lớn đã gây ảnh hưởng đến việc thống kê tỷ lệ hiện mắc của các rối loạn này. Năm 2006, Hayes đã báo cáo rằng "do các thước đo về rối loạn chức năng tình dục và khoảng thời gian khác nhau giữa các nghiên cứu nên vẫn không thể xác định được tỷ lệ hiện mắc đáng tin cậy của FSD".

Cho đến khi một phân loại mới có giá trị khoa học và chặt chẽ được xác lập, tiêu chuẩn quan trọng cần được áp dụng cho các nghiên cứu khi thống kê dịch tễ học của HSDD là tâm lý phiền muộn, đau khổ của đối tượng. Với tiêu chuẩn này, tần suất xuất hiện của HSDD chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều.

Nghiên cứu của Shifren và cộng sự tiến hành năm 2008 được cho là nghiên cứu toàn diện nhất đương thời về tỷ lệ hiện mắc của FSD. Kết thúc nghiên cứu PRESIDE, một cuộc khảo sát lớn trên 50.000 hộ gia đình ở Hoa Kỳ với 31.581 người đã được hỏi đáp. Kết quả cho thấy 38,7% phụ nữ Hoa Kỳ có vấn đề về giảm ham muốn tình dục, trong đó tỷ lệ cao nhất được báo cáo ở nhóm trên 65 tuổi (chiếm 74,8%) và tỷ lệ thấp nhất được quan sát ở nhóm tuổi trẻ nhất (chiếm 22,2%). Tuy nhiên, khi kết hợp với yếu tố tâm lý thì tỷ lệ HSDD ở các nhóm tuổi được chẩn đoán là tương đương, chiếm 10,1%. Người ta cho rằng tâm lý phiền muộn ít gặp hơn ở nhóm phụ nữ lớn tuổi ngay cả khi khó khăn trong tình dục gia tăng có thể là do những thay đổi của tình trạng bạn tình hoặc sự suy giảm về tầm quan trọng của tình dục trong các mối quan hệ lâu dài. Cũng có thể cho rằng những người phụ nữ lớn tuổi xem suy giảm tình dục như là một hiện tượng tự nhiên liên quan đến tuổi tác và tình trạng mãn kinh.

Tương tự, trong nghiên cứu quốc tế về Sức khỏe và Tình dục của phụ nữ (WISHeS), hai yếu tố giảm ham muốn tình dục và tâm lý phiền muộn đều được khảo sát trên 1.591 người phụ nữ có bạn tình là người Mỹ và 1.998 phụ nữ có bạn tình là người châu Âu trong độ tuổi từ 20 đến 70. Tỷ lệ giảm ham muốn tình dục tăng đáng kể ở các nhóm tuổi, trong khi sự lo lắng phiền muộn lại giảm đáng kể theo độ tuổi. Phụ nữ được chẩn đoán mắc HSDD có xu hướng không hài lòng với đời sống tình dục và các mối quan hệ của họ cao hơn so với những phụ nữ có ham muốn bình thường. Những người phụ nữ này cũng thường mắc nhiều bệnh mạn tính và tình trạng sức khỏe tổng quát kém hơn. Trong đó, bệnh lý đái tháo đường, phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng, bệnh lý về hệ tiết niệu hay ung thư vú có vẻ phổ biến hơn ở những phụ nữ mắc HSDD.

Trầm cảm cũng là một trong những yếu tố nguy cơ với HSDD. Trong một phân tích tổng hợp, những bệnh nhân bị trầm cảm có nguy cơ mắc bệnh lý về tình dục cao đến 50 - 70%, trong đó nguy cơ mắc rối loạn chức năng tình dục tăng lên 130 - 210%. Các nghiên cứu đã báo cáo tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục ở bệnh nhân trầm cảm là 65%. Tỷ lệ HSDD ở những người trầm cảm cao hơn gấp 3 lần (20,6%) so với những người không bị (6,9%). Trầm cảm và HSDD là những bệnh lý mắc phải, đặc biệt mất ham muốn tình dục có thể là một triệu chứng của một giai đoạn trầm cảm nghiêm trọng. Rất khó để thiết lập tiêu chuẩn chẩn đoán phân biệt trong mối quan hệ giữa hai bệnh lý này, ngoại trừ sự khác biệt về thời gian khởi phát bệnh. Trong các nghiên cứu mô tả cắt ngang, 34 - 40% phụ nữ mắc HSDD bị trầm cảm kèm theo hoặc đang điều trị trầm cảm.

Tóm lại, HSDD là một vấn đề rất phổ biến ở phụ nữ, không phụ thuộc vào tuổi tác, với nhiều bệnh lý kèm theo và những bệnh lý này có xu hướng phức tạp hóa quá trình điều trị.

### 3. NGUYÊN NHÂN

#### 3.1. Hormone steroid sinh dục

Mặc dù quan điểm chung cho rằng hành vi tình dục ở phụ nữ không bị phụ thuộc vào hormone steroid, vẫn cho thấy có sự gia tăng đặc trưng về ham muốn và kích thích tình dục trong thời kỳ rụng trứng. Nồng độ hormone steroid được chứng minh rằng dao động theo chu kỳ buồng trứng. Nồng độ lưu hành của estrogen, progestin và androgen máu tăng lên xung quanh thời điểm rụng trứng, tương quan với sự gia tăng hứng thú tình dục. Việc sử dụng thuốc tránh thai chứa estrogen ảnh hưởng đến sự giải phóng hormone steroid theo chu kỳ trong thời gian dài có thể dẫn đến suy giảm ham muốn tình dục, đồng thời làm giảm lượng máu đến bộ phận sinh dục.

Suy giảm đột ngột và mạnh mẽ về hoạt động và ham muốn tình dục ở nữ giới cũng có thể xảy ra do mãn kinh tự nhiên hoặc sau phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng. Tuy vậy, các triệu chứng có thể được phục hồi khi được điều trị với liệu pháp hormone thay thế, đặc biệt là liệu pháp bổ sung estrogen kết hợp testosterone. Đối với những trường hợp mãn kinh do hóa chất (sau khi hóa trị hoặc điều trị bằng đồng vận gonadotropin) cũng được báo cáo về tình trạng suy giảm ham muốn tình dục cao hơn. Do vậy, nhiều bằng chứng cho thấy sự dao động của hormone buồng trứng ảnh hưởng đến chức năng tình dục ở phụ nữ.

Nồng độ estradiol và testosterone thấp trong thời kỳ cho con bú có liên quan đến giảm ham muốn tình dục. Trong một nghiên cứu, liệu pháp antiandrogen được phát hiện có ảnh hưởng tiêu cực đến ham muốn tình dục ở phụ nữ. Một nghiên cứu với cỡ mẫu đại diện gồm 1.021 người phụ nữ độ tuổi trong

khoảng từ 18 - 75 ở Úc, nồng độ nội tiết androgen thấp làm gia tăng nguy cơ suy giảm ham muốn tình dục, giảm kích thích và khả năng đáp ứng đối với tình dục. Đặc biệt, ở những phụ nữ trẻ dưới 44 tuổi, ham muốn, kích thích hoặc đáp ứng tình dục thấp có liên quan đáng kể với nồng độ dehydroepiandrosterone sulfate thấp. Trong một nghiên cứu khác, testosterone và dehydroepiandrosterone sulfate đều có liên quan thuận với tần suất thủ dâm và ham muốn trong quá trình mãn kinh.

### 3.2. Yếu tố thần kinh

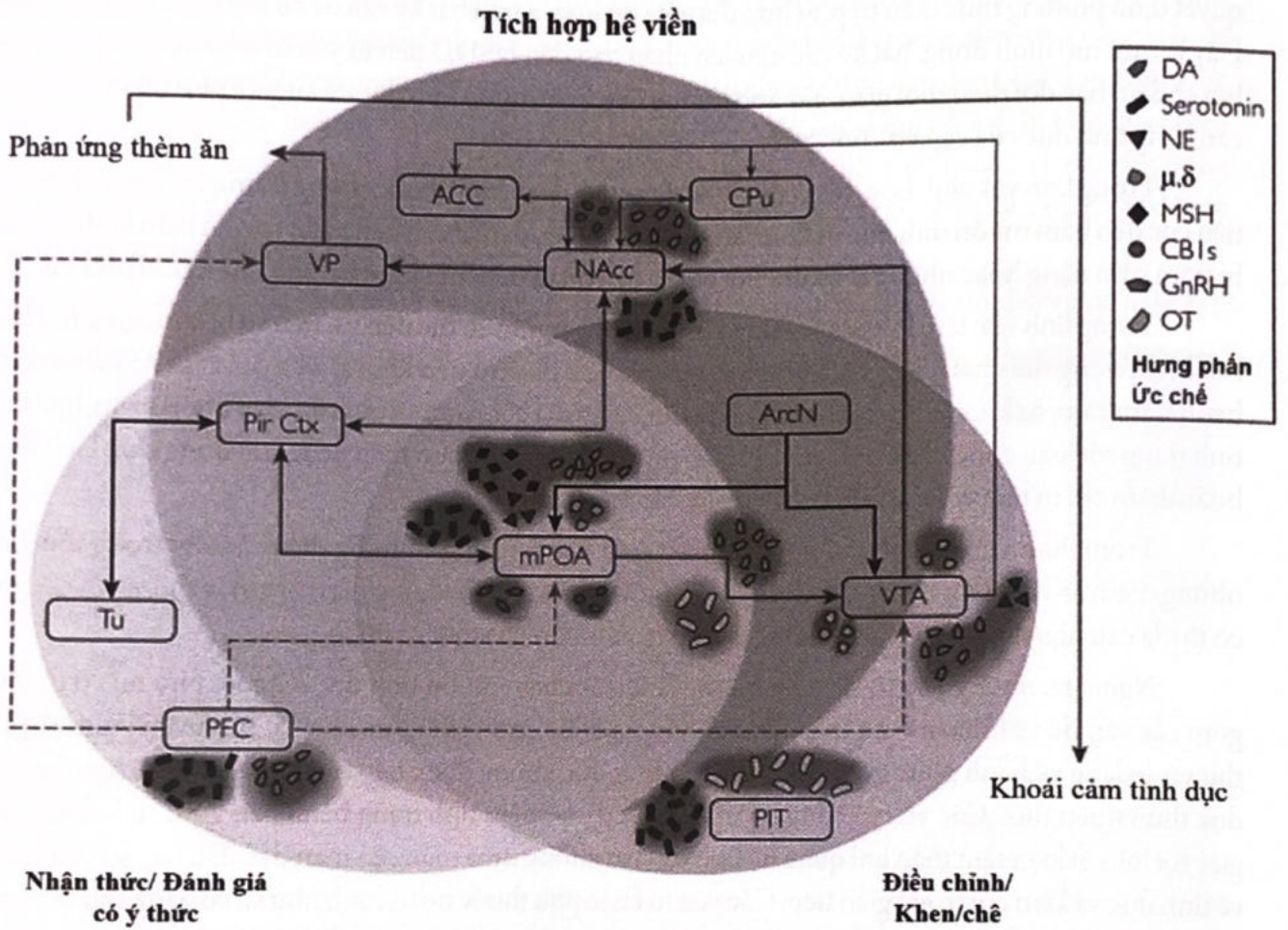
Các nghiên cứu về thần kinh học trên các mô hình động vật gặm nhấm cho thấy rằng tổn thương ở một số vùng thần kinh cụ thể có thể gây ra những ảnh hưởng riêng biệt đến phản ứng tình dục. Sự gián đoạn kết nối giữa vùng dưới đồi và vùng tiền não trung gian rất quan trọng trong sự phân ly của các hệ thống neuropeptide và dẫn truyền thần kinh, tác động đến kích thích hay ức chế tình dục. Sự rối loạn ham muốn tình dục có thể đòi hỏi sự tiếp cận cá thể hóa của các cơ chế sinh học thần kinh.

Các vùng quan trọng trong não điều chỉnh ham muốn tình dục ở người bao gồm vỏ não trước trán (prefrontal cortex), nhân lục (locus coeruleus), vùng trung gian trước thị giác (medial preoptic area), nhân cạnh não thất (paraventricular nucleus) và trung tâm xử lý sự khen/chê và sự chú ý (reward-and-attention processing center) của vùng não bụng (ventral tegmental area) và nhân nằm (nucleus accumbens) thuộc thể vân bụng. Kích thích tình dục liên quan đến hoạt động của các chất dẫn truyền thần kinh như dopamine, melanocortin, oxytocin, vasopressin và norepinephrine, đóng vai trò điều phối các con đường ở vùng dưới đồi, hệ viền và vỏ não để xử lý và đáp ứng với các kích thích tình dục.

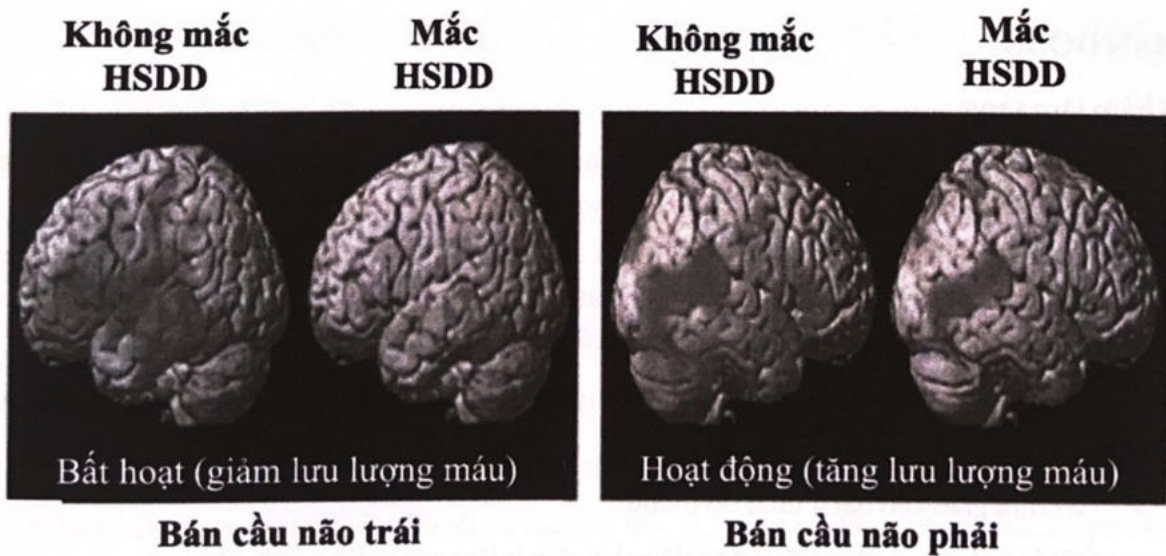
Ức chế tình dục thường liên quan đến sự hoạt động của các hệ thống opioid, serotonin và endocannabinoid trong não. Chúng được kích hoạt bình thường trong thời gian khúc xạ tình dục hoặc như một chức năng của ác cảm chính hoặc tránh né thứ cấp. Các hệ thống ức chế này làm giảm khả năng kích hoạt của hệ thống kích thích. Các nghiên cứu trên cả động vật và người cho thấy ham muốn tình dục có thể bị ức chế bởi một số loại thuốc hoặc tình trạng như: giảm nồng độ dopamine trong não, tăng cường hoạt động của serotonin não, đặc biệt là thông qua thụ thể serotonin 2A hoặc tăng tác động opioid lên thụ thể.

Ngược lại, ham muốn tình dục có thể được kích thích bởi một số loại thuốc hoặc tình trạng như: tăng dopamine vùng dưới đồi và hệ thống trung não hói viền (mesolimbic); giảm giải phóng serotonin hoặc ức chế liên kết sau synap ở vỏ não trước trán. Các loại thuốc có thể kích hoạt chọn lọc các con đường kích thích hoặc giảm ức chế như flibanserin được đánh giá tích cực trong điều trị HSDD.

Bất kể sự mất cân bằng về nồng độ hormone đóng vai trò nguyên nhân hay không, HSDD nguyên phát hoặc thứ phát đều liên quan đến các con đường ức chế của não bộ hoặc sự thích ứng thần kinh về chức năng và cấu trúc trong các hệ thống này, kết quả dẫn đến giảm kích thích, tăng ức chế hoặc kết hợp cả hai. Những thay đổi trong chức năng và cấu trúc của não có thể được điều chỉnh hoặc củng cố bằng kinh nghiệm và hành vi của con người. Trong các nghiên cứu PET/CT (Positron Emission Tomography) ở phụ nữ xem phim khiêu dâm đã chỉ ra rằng phụ nữ mắc HSDD có hoạt động yếu hơn tại vỏ não bán cầu não phải và ít bị ngừng hoạt động hơn ở bán cầu não trái.



Hình 7.1. Dẫn truyền thần kinh liên quan phản ứng tình dục



Hình 7.2. Vùng ảnh hưởng của não bộ đến suy giảm ham muốn tình dục

### 3.3. Yếu tố tâm lý - xã hội - sinh học

Giảm ham muốn tình dục (HSDD) được hiểu rõ nhất bằng mô hình tâm lý - xã hội - sinh học để nắm bắt sự tương tác giữa các yếu tố lên bệnh tật. Mô hình này cho phép tiếp cận một cách toàn diện và quyết định phương thức điều trị phù hợp được cá nhân hóa trên bất kỳ vấn đề cụ thể nào của bệnh nhân. Đây là một mô hình động, bất kể các nguyên nhân dẫn đến HSDD đến từ yếu tố sinh học, tâm lý hay xã hội sẽ đều thay đổi theo thời gian, gây ảnh hưởng đến ham muốn tình dục của người phụ nữ và trạng thái cân bằng tình dục của cặp vợ chồng đó.

Trong lĩnh vực sinh học, các ví dụ được đưa ra như: sử dụng thuốc chống trầm cảm làm ảnh hưởng tiêu cực đến ham muốn tình dục và khả năng đạt cực khoái, sự mất cân bằng dẫn truyền thần kinh ở người bị trầm cảm nặng hoặc những thay đổi nội tiết tố liên quan đến thời kỳ mãn kinh của người phụ nữ.

Trong lĩnh vực tâm lý, các tác động không mong muốn có thể đến từ: tiến sử bị lạm dụng tình dục hoặc lạm dụng thể chất khiến cảm giác ham muốn tình dục trở nên không an toàn, các triệu chứng của bệnh trầm cảm, sự không chung thủy của bạn đời, bóng ma của các mối quan hệ đau buồn trong quá khứ, tình trạng rối loạn chức năng tình dục của bạn tình, các vấn đề về tâm thần hoặc lạm dụng chất kích thích hoặc thậm chí từ tâm lý lo lắng bị bỏ rơi trong các mối quan hệ.

Trong lĩnh vực văn hóa xã hội, các mối quan tâm bao gồm: những điều cấm kỵ trong tôn giáo, những điều răn dạy với ý nghĩa rằng tình dục là một sự bẩn thỉu và không nên cảm thấy thú vị với nó cũng có thể là căn nguyên tiềm ẩn ảnh hưởng đến sự ham muốn của một cá nhân.

Ngoài ra, những yếu tố khuynh hướng làm giảm ham muốn tình dục ở người phụ nữ có thể bao gồm các vấn đề về hình ảnh cơ thể, tiến sử phẫu thuật bộ phận sinh dục như cắt bỏ tuyến vú trong ung thư vú, lo lắng về hạnh phúc gia đình, thông tin tình dục không được tiếp cận đầy đủ và trải nghiệm tình dục thiếu thời. Các yếu tố củng cố và làm dai dẳng thêm tình trạng bệnh bao gồm sự lo lắng, cảm giác tội lỗi, rối loạn tâm thần khi quan hệ tình dục, sự không thỏa mãn của màn dạo đầu hay sự lảm tưởng về tình dục và kém cỏi trong giao tiếp. Các yếu tố khác phụ thuộc hoàn cảnh như sự cố gắng thụ thai, mệt mỏi do công việc toàn thời gian, nuôi dạy con cái và công việc nhà cũng có thể khiến cho ham muốn tình dục của người phụ nữ bị suy giảm.

## 4. CHẨN ĐOÁN

### 4.1. Khám lâm sàng

Trong lịch sử nghiên cứu và phát triển, chẩn đoán rối loạn chức năng tình dục nữ (Female Sexual Dysfunction - FSD), bao gồm cả rối loạn giảm ham muốn tình dục (HSDD) được đưa ra chủ yếu dựa trên triệu chứng lâm sàng và tiến sử bệnh lý hơn là căn nguyên chính của bệnh, bệnh sinh. Nguyên nhân là do các chuyên gia y học thế kỷ XX tin rằng rối loạn chức năng tình dục phụ nữ có nguyên nhân chủ yếu đến từ tâm lý. Định nghĩa của DSM-V về HSDD yêu cầu 3 tiêu chí như sau:

- (A) lâm sàng biểu hiện triệu chứng liên quan đến rối loạn ham muốn đặc trưng phải xuất hiện phần lớn các lần quan hệ (ví dụ 75%).
- (B) thời gian kéo dài ít nhất 06 tháng.
- (C) biểu hiện rõ rệt sự đau đớn đáng kể về mặt lâm sàng cho người phụ nữ.

Bệnh nhân được yêu cầu đưa ra đánh giá về mức độ nghiêm trọng của rối loạn từ nhẹ, trung bình

đến nặng. Tuy vậy, phân loại này gây ra sự tranh cãi lớn giữa các chuyên gia trong lĩnh vực y học tình dục do thực tế lâm sàng không phù hợp với phân loại mới. Theo ISSWSH, tiêu chuẩn chẩn đoán HSDD được xác định với bất kỳ đặc điểm nào sau đây và kéo dài trong khoảng thời gian ít nhất 06 tháng: (1) Thiếu động lực cho hoạt động tình dục, đặc trưng bởi giảm hoặc không có ham muốn tình dục tự phát (gồm những suy nghĩ hoặc tưởng tượng về tình dục) và (2) mất ham muốn bắt đầu hoặc tham gia vào các hoạt động tình dục bao gồm những phản ứng như né tránh các tình huống có thể dẫn đến hoạt động tình dục mà không phải xuất hiện thứ phát sau rối loạn đau khi giao hợp. Các đặc điểm phải đi kèm với các biểu hiện đau khổ bao gồm thất vọng, cảm giác tội lỗi, đau buồn, kém cỏi, mất mát hoặc lo lắng. Hệ thống phân loại ISSWSH mới tương thích cao với Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe liên quan (ICD-11).

**Bảng 7.1.** Bộ câu hỏi xác định giảm ham muốn tình dục - Decreased Sexual Desire Screener (DSDS)

STT	Câu hỏi	Câu trả lời	
		Có	Không
1	Trước đây, mức độ ham muốn hoặc hứng thú về tình dục của bạn có tốt và khiến bạn hài lòng không?		
2	Mức độ ham muốn hoặc hứng thú tình dục của bạn có bị suy giảm hay không?		
3	Bạn có phiền lòng vì ham muốn hoặc hứng thú tình dục của mình bị giảm sút không?		
4	Bạn có muốn làm tăng lên mức độ ham muốn hoặc hứng thú tình dục của mình không?		
5	Vui lòng kiểm tra tất cả các yếu tố mà bạn cảm thấy có thể góp phần làm giảm ham muốn hoặc hứng thú tình dục hiện tại của bạn:		
a	Tiền sử phẫu thuật, trầm cảm, chấn thương hoặc tình trạng mắc các bệnh lý khác		
b	Tình trạng sử dụng thuốc men, ma túy hoặc rượu hiện tại		
c	Tiền sử mang thai, sinh con hoặc trầm cảm sau sinh gần đây		
d	Các vấn đề về tình dục khác như: đau, giảm hưng phấn hoặc cực khoái		
e	Vấn đề tình dục xuất phát từ phía bạn tình		
f	Không hài lòng về mối quan hệ hoặc bạn tình của bạn		
g	Tình trạng căng thẳng hoặc mệt mỏi		

Bộ câu hỏi xác định Giảm ham muốn tình dục - HSDD bao gồm 5 câu hỏi, có độ thống nhất 85,2%, độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 83,6%, 87,8% và có thể chẩn đoán chính xác 92,9% các trường hợp. Có thể xác định bệnh lý như sau:

- Nếu bệnh nhân trả lời KHÔNG cho bất kỳ câu hỏi nào từ 1-4, thì không đủ điều kiện để chẩn đoán mắc HSDD tổng quát.
- Nếu bệnh nhân trả lời CÓ cho tất cả các câu hỏi từ 1-4 và trả lời KHÔNG cho tất cả các yếu tố trong câu hỏi 5 thì đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán mắc HSDD tổng quát.
- Nếu bệnh nhân trả lời CÓ cho tất cả các câu hỏi từ 1-4 và trả lời CÓ cho bất kỳ yếu tố nào trong câu hỏi 5 thì cần chẩn đoán phân biệt HSDD mắc phải hay tổng quát, cần lưu ý tình trạng bệnh lý kèm theo như rối loạn kích thích hoặc cực khoái.

## 4.2. Đánh giá hỗ trợ

Thường không bắt buộc khám sức khỏe tổng quát để chẩn đoán HSDD, tuy nhiên, dựa trên bệnh sử có thể loại trừ một số yếu tố góp phần gây ra tình trạng ham muốn tình dục thấp như: sự lo lắng về cơn đau khi giao hợp, các dấu hiệu của suy giảm nội tiết tố.

Xét nghiệm hormone tuyến giáp và prolactin máu nên được chỉ định. Nồng độ SHBG và testosterone máu toàn phần không phải là xét nghiệm giúp chẩn đoán HSDD, song đóng vai trò quan trọng nếu xem xét điều trị với liệu pháp testosterone.

Các nhà lâm sàng cũng cần khai thác các vấn đề về tâm lý giữa các cá nhân hay các mối quan hệ vì nó có thể liên quan đến nguyên nhân suy giảm ham muốn tình dục, đồng thời giúp hỗ trợ cho sự thành công của liệu pháp điều trị đa phương thức bất kể nguyên nhân. Các nhà lâm sàng không nên hạn chế hoặc trì hoãn việc đánh giá HSDD trong các trường hợp nghi ngờ.

## 5. ĐIỀU TRỊ

### 5.1. Liệu pháp tâm lý/tình dục

Mô hình tâm lý - xã hội - sinh học cho phép có một sự tiếp cận toàn diện trong chiến lược điều trị HSDD. Tâm lý trị liệu chủ yếu tập trung vào yếu tố tâm lý và văn hóa xã hội với mục đích làm giảm tình trạng bệnh tật và cải thiện mối quan hệ của người phụ nữ. Liệu pháp tình dục thường bao gồm các biện pháp giáo dục tâm lý, các bài tập cho cặp đôi nhằm tăng sự tập trung, tăng cảm thụ trong quan hệ tình dục và nó bao gồm các liệu pháp hành vi nhận thức. Việc tập trung vào những yếu tố nghi ngờ chính hình thành nên bệnh lý được ưu tiên nhằm cải thiện hiệu quả điều trị.

Trong những năm 1960 và 1970, Master và Johnson đã cách mạng hóa việc điều trị bằng cách giúp các cặp vợ chồng vượt qua những trở ngại về tâm lý và hành vi có thể cản trở đến bản năng tình dục. Quá trình điều trị được kéo dài 2 tuần bao gồm khám sức khỏe tổng quát, hỏi tiền sử, trị liệu tâm lý cho từng cá nhân và cả cặp vợ chồng, khuyến khích sự tập trung cảm nhận trong quan hệ tình dục bằng những bài tập tăng độ nhạy cảm. Mục tiêu của liệu pháp là làm giảm những lo lắng liên quan đến tình dục, cải thiện giao tiếp tình dục và sự thân mật của các cặp đôi bằng cách tăng sự đụng chạm cơ thể trong màn dạo đầu, tiếp đến là bộ phận sinh dục và cuối cùng là giao hợp. Dựa trên những đánh giá lâm sàng sau điều trị kéo dài đến tận 5 năm đã cho thấy tỷ lệ thành công đáng kinh ngạc là 72 - 98% đối với các trường hợp rối loạn chức năng tình dục nữ và tỷ lệ tái phát chỉ 5% sau 5 năm. Liệu pháp tình dục hiện đại là một phần mở rộng từ công trình của Master và Johnson khi sử dụng các kỹ thuật cụ thể để giải quyết các vấn đề về ham muốn tình dục, kích thích, cực khoái và đau đớn khi quan hệ tình dục. Nói chung, liệu pháp tình dục là một phương pháp điều trị ngắn hạn (khoảng 3 tháng) được tiến hành một cách cá thể hóa, cụ thể là từng cặp vợ chồng, bao gồm hướng dẫn tâm lý, các bài tập cho cặp đôi bao gồm tập trung vào cảm giác và sự tư vấn từ các chuyên gia tình dục học.

Các nhận thức bao gồm suy nghĩ tiêu cực, niềm tin, kỳ vọng, tiêu chuẩn văn hoá và tôn giáo, những quy kết về tình dục có thể thay đổi hoặc điều chỉnh mức độ ham muốn tình dục của con người. Sự né tránh thực hiện các hành vi tình dục và duy trì những nhận thức hay tư duy tiêu cực về tình dục góp phần làm mất ham muốn tình dục. Với việc sửa đổi hành vi có thể khơi gợi những phản ứng cảm xúc tích cực hơn, tạo điều kiện lặp lại và kéo dài hành vi tình dục, chẳng hạn như gia tăng sự tự tin về hình ảnh cơ thể.

Các khía cạnh của mối quan hệ có thể là sự kỳ vọng, quyền tự chủ, sự gắn kết và cam kết; sự hợp tác xử lý xung đột và áp lực từ bạn tình hay sự gắn gũi, đồng cảm. Do vậy, xác định các khía cạnh của mối quan hệ cần xác định những vấn đề đó có phải là nguồn gốc của việc mất/giảm ham muốn tình dục hay không. Trong một mối quan hệ, nếu người phụ nữ có sự khác biệt về ham muốn tình dục với bạn tình, họ có thể cảm thấy áp lực và xem tình dục như là một trách nhiệm và tệ hơn có thể nảy sinh chán ghét giao hợp. Phương pháp điều trị tâm lý tập trung vào sự tương tác tích cực giữa hai vợ chồng trong mối quan hệ của bản thân họ, đòi hỏi hai vợ chồng truyền đạt nhu cầu và mức độ kích thích về tình dục lẫn nhau, tập trung vào cải thiện nhận thức, hành vi và kỹ năng tình dục.

Về hiệu quả của tâm lý trị liệu và trị liệu hành vi tình dục, phần lớn các nghiên cứu còn thiếu sót. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu vẫn chứng minh liệu pháp tình dục có hiệu quả vừa phải trong việc cải thiện ham muốn tình dục, đặc biệt khi tuân thủ các bài tập được khuyến nghị. Nhìn chung, tỷ lệ hiệu quả của phương pháp điều trị này nằm trong khoảng từ 52 - 74%. Một phân tích hệ thống năm 2012 cho thấy sự ảnh hưởng là 1,03 đối với kết quả của mức độ nghiêm trọng của triệu chứng và 0,86 đối với sự thỏa mãn tình dục, cho thấy mức độ hiệu quả cao.

Ở những người phụ nữ có mức độ hài lòng trong mối quan hệ thấp, chỉ cải thiện chức năng tình dục dường như là không đủ để cải thiện sự phiền muộn của họ. Vì vậy, tập trung cải thiện về sự thân mật của mối quan hệ sẽ là bước quan trọng hàng đầu trong trường hợp này. Tuy nhiên, chỉ riêng liệu pháp vợ chồng/hôn nhân mà không có sự hỗ trợ của liệu pháp tình dục có thể không đủ để cải thiện ham muốn. Sự tích hợp tâm lý trị liệu trong điều trị đa phương thức của HSDD được cho là có khả năng tăng cường hiệu quả của điều trị nội khoa.

Hiện nay, mô hình PLISSIT được sử dụng rộng rãi đã bao quát sự tiếp cận từng bước ở những phụ nữ có vấn đề về tình dục, dành riêng cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe. Trong đó: (P) Permission - Sự cho phép: chuyên gia chăm sóc sức khỏe cần khuyến khích người phụ nữ thảo luận về bất kỳ mối quan tâm hoặc câu hỏi về tình dục nào mà họ muốn và xác nhận quyền được thỏa mãn chức năng tình dục của người phụ nữ một cách trực tiếp hoặc gián tiếp; (LI) Limited Information - Thông tin hạn chế: bác sĩ có thể giáo dục bệnh nhân với các nội dung về sinh lý tình dục hoặc đề xuất tài liệu, video có thể giúp ích cho việc cải thiện hành vi tình dục của họ; (SS) Specific Suggestions - Khuyến nghị cụ thể: bác sĩ cần cung cấp các phương pháp phù hợp nhằm cải thiện giao tiếp và cảm xúc tình dục của bệnh nhân, hướng dẫn các bài tập tập trung vào cảm giác, thủ dâm, bài tập Kegel, các tư thế quan hệ tình dục và cách sử dụng chất bôi trơn, chất giãn nở hỗ trợ trong giao hợp và (IT) Intensive Therapy - Liệu pháp chuyên sâu: bác sĩ có thể tập trung vào từng cá nhân hoặc cả cặp đôi nhằm giải quyết các vấn đề xuất phát từ các mối quan hệ góp phần làm giảm ham muốn tình dục ở phụ nữ.

## 5.2. Liệu pháp hormone thay thế

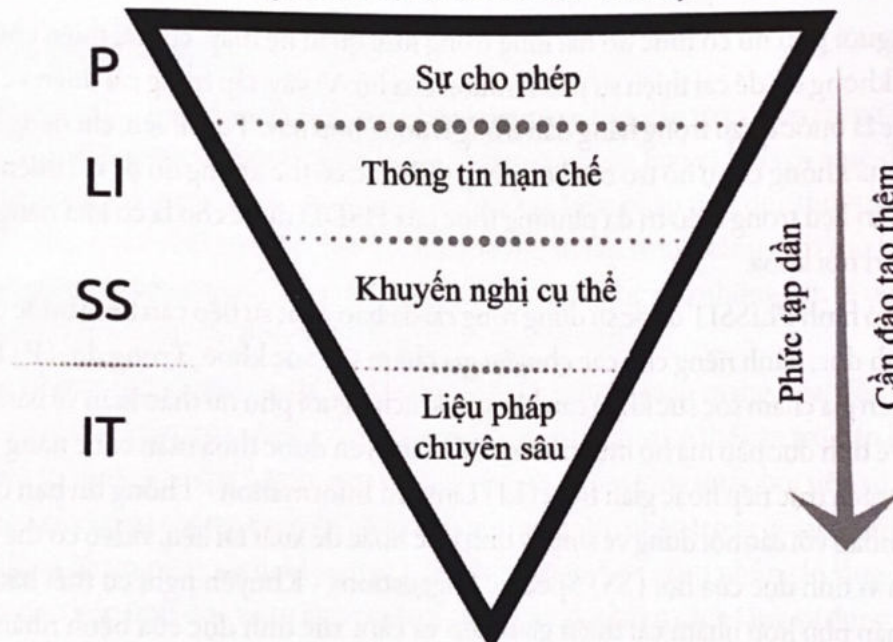
Căn nguyên của chứng rối loạn giảm ham muốn tình dục thường phức tạp và chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố. Sinh lý bệnh có thể gây ra HSDD thông qua các cơ chế như giảm kích thích tình dục hoặc tăng các quá trình ức chế.

### 5.2.1. Điều trị tăng prolactin máu

Điều trị tăng prolactin máu là chiến lược điều trị dựa trên nguyên nhân cơ bản. Ở những bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ tăng prolactin máu do thuốc, nên giảm liều một nửa hoặc thay loại thuốc khác và đánh giá lại nồng độ prolactin trong máu. Trong trường hợp này, điều trị bằng chất chủ vận dopamine

không được khuyến cáo và nên sử dụng estrogen ở những bệnh nhân suy sinh dục lâu dài. Nếu không thể ngừng thuốc và nồng độ prolactin trong máu tăng không phù hợp với thời điểm dùng thuốc, nên tiến hành chụp cộng hưởng từ để xác định liệu tăng prolactin máu có phải do khối u tuyến yên hoặc vùng dưới đồi hay không. Trong trường hợp tăng prolactin có triệu chứng do các khối u, điều trị bằng chất chủ vận dopamine hiện là liệu pháp vàng để giảm nồng độ prolactin máu, giảm kích thước khối u và phục hồi chức năng tuyến sinh dục. Cabergoline là một chất chủ vận dopamine thường được lựa chọn nhờ có hiệu quả cao trong việc bình thường hóa nồng độ prolactin máu, phục hồi chức năng tình dục và giảm kích thước khối u tuyến yên. Cabergoline thường chỉ cần dùng 1-2 lần mỗi tuần do thời gian bán hủy kéo dài (liều hàng tuần 0,5 - 2,0mg). Có thể nhận thấy trên 70 - 90% trường hợp có cải thiện tình trạng giảm ham muốn tình dục và chức năng tuyến sinh dục. Phẫu thuật loại bỏ khối u tuyến yên qua đường mũi và các xoang thường được chỉ định cho ung thư biểu mô tuyến để kháng với chất chủ vận dopamine.

**Mô hình PLISSIT**  
(Phát triển bởi Jack Annon)



Hình 7.3. Mô hình PLISSIT về tình dục dành cho chuyên gia chăm sóc sức khỏe

**5.2.2. Điều trị suy giáp/cường giáp**

Điều trị suy giáp bằng việc sử dụng hormone tuyến giáp tổng hợp levothyroxin hằng ngày giúp khôi phục nồng độ hormone, đảo ngược các dấu hiệu và triệu chứng của suy giáp. Việc lựa chọn phương pháp điều trị cường giáp tùy thuộc vào độ tuổi, tình trạng sức khỏe, nguyên nhân cơ bản và mức độ nghiêm trọng của bệnh lý trên bệnh nhân. Phương pháp điều trị đầu tiên là sử dụng thuốc kháng giáp, bao gồm propylthiouracil và methimazol, giúp làm giảm dần các triệu chứng của cường giáp sau 6 -12 tuần điều trị và cần kéo dài liên tục ít nhất 1 năm và thường lâu hơn.

**5.2.3. Điều trị giảm androgen máu**

Tình trạng liên quan đến giảm nồng độ androgen máu là suy tuyến thượng thận, có thể nguyên phát hoặc thứ phát. Nghiên cứu cho rằng những phụ nữ biểu hiện triệu chứng của suy tuyến thượng thận có thể khiến gia tăng cảm hứng, sự thích thú và hài lòng về tình dục cũng như cải thiện sức khỏe, giảm

trầm cảm và lo âu sau 4 tháng điều trị với dehydroepiandrosterone, liều 50 mg/ngày. Những nghiên cứu khác lại không cho kết quả tương tự. Liệu pháp dehydroepiandrosterone cũng được cho là giúp cải thiện sức khỏe và các triệu chứng trầm cảm từ mức thấp đến trung bình nhưng không có tác dụng cải thiện sức khỏe tình dục. Gần đây, hướng dẫn của Hiệp hội Nội tiết khuyến cáo không nên kê đơn thường quy dehydroepiandrosterone để điều trị những trường hợp phụ nữ có mức androgen thấp do suy tuyến yên, suy tuyến thượng thận, mãn kinh do phẫu thuật, điều trị bằng glucocorticoid hoặc các bệnh lý liên quan đến giảm androgen. Bệnh lý liên quan đến giảm nồng độ testosterone khác như hội chứng Turner, chán ăn, tâm thần và suy tuyến yên không được xem là chỉ định để điều trị với liệu pháp bổ sung testosterone.

Mặc dù nồng độ androgen thấp (bao gồm: testosterone tự do và toàn phần, androtenedione và dehydroepiandrosterone sulfate) có liên quan đến ham muốn tình dục thấp, các bằng chứng đã đưa ra lại không ủng hộ việc bổ sung thường quy testosterone đường toàn thân hoặc androgen khác như dehydroepiandrosterone ở phụ nữ. Các bằng chứng thuyết phục liên tục chứng minh rằng liều cao của liệu pháp testosterone đơn thuần hoặc kết hợp với liệu pháp estrogen giúp cải thiện ham muốn, kích thích lưu lượng máu đến âm đạo, gia tăng tần số cực khoái và thỏa mãn tình dục ở phụ nữ mãn kinh do phẫu thuật hoặc do sinh lý.

Trong các thử nghiệm lâm sàng giai đoạn 3 kéo dài 24 tuần ở phụ nữ mãn kinh nói chung mắc HSDD, miếng dán testosterone 330µg mỗi ngày cho thấy hiệu quả cải thiện đáng kể ham muốn tình dục so với giả dược mặc dù mức độ lo âu liên quan đến tình dục lại không hề có sự khác biệt. Tuy vậy, miếng dán testosterone vẫn chưa được FDA phê duyệt dựa trên những lo ngại về tác dụng phụ khi sử dụng lâu dài chưa được chứng minh. Trên thực tế, một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng tiến hành trên 814 phụ nữ mãn kinh điều trị bằng testosterone qua da (liều 150 hoặc 300mg mỗi ngày) so với giả dược trong 12 tháng đã báo cáo tác dụng tích cực lên số lần quan hệ tình dục thỏa mãn mà không quan sát thấy các phản ứng phụ do sử dụng thuốc kéo dài.

Khi nồng độ testosterone trong máu được duy trì mức bình thường ở những phụ nữ tiền mãn kinh sẽ đảm bảo độ an toàn cao hơn. Rậm lông, rụng tóc kiểu nam và/hoặc mụn trứng cá là những tác dụng phụ của liệu pháp testosterone. Nguy cơ ung thư vú không tăng lên trong các trường hợp được điều trị bằng testosterone đường tiêm. Hướng dẫn gần đây của Hiệp hội Nội tiết đã đề xuất liệu pháp điều trị testosterone kéo dài 3 - 6 tháng ở những phụ nữ mãn kinh mắc HSDD. Tuy nhiên, các chế phẩm của testosterone với liều lượng dành cho nữ giới không phổ biến, vì vậy việc sử dụng các chế phẩm dành cho nam giới có thể dẫn đến tăng nồng độ testosterone sinh lý và dẫn tới hiện tượng nam hóa (mụn trứng cá, rậm lông, trầm giọng, tăng kích thước âm vật và rụng tóc kiểu nam). Do đó, cần lưu ý khi chỉ định điều trị bằng liệu pháp testosterone thì nên đo nồng độ testosterone máu ở thời điểm trước khi điều trị và mỗi 6 tháng một lần để xác định mức độ tăng.

Tibolone là một chất điều hòa thụ thể estrogen có chọn lọc, gây ra các tác dụng yếu của estrogen, progesterone và/hoặc androgen. Một trong những chất chuyển hóa chính của tibolone là androgen yếu và làm giảm globulin liên kết hormone giới tính, dẫn đến sự tăng testosterone tự do nội sinh, do đó, tibolone đã được đề xuất như một phương pháp điều trị HSDD. Một phân tích tổng hợp gần đây cho thấy rằng, ở nhóm phụ nữ có triệu chứng HSDD hoặc giai đoạn đầu sau mãn kinh, tibolone dường như không ảnh hưởng đến chức năng tình dục tổng thể so với nhóm đối chứng. Tibolone không có tác dụng khi quan hệ tình dục đau, nhưng lại giúp cải thiện tình trạng teo âm đạo. Do đó, tibolone có vẻ như không có tác dụng độc lập với ham muốn tình dục.

### 5.3. Điều trị trầm cảm hoặc thuốc chống trầm cảm

Kích thích ham muốn tình dục thấp có tính chọn lọc để ức chế các chất vận chuyển tái hấp thu dopamine và norepinephrine. Nó làm giảm bớt các triệu chứng tình dục do thuốc chống trầm cảm gây ra, do đó là một phương pháp điều trị tiềm năng cho rối loạn giảm ham muốn tình dục. Một nghiên cứu giả dược có kiểm soát về chụp cộng hưởng từ chức năng trên những đối tượng khỏe mạnh sử dụng paroxetine hoặc bupropion đã chứng minh rằng các vùng não liên quan đến việc xử lý cảm xúc và tự trị của kích thích tình dục giảm đáp ứng với paroxetine nhưng không giảm đáp ứng với bupropion. Một phân tích có hệ thống từ 51 nghiên cứu về hiệu quả của bupropion trong việc điều trị trầm cảm được chia thành 4 nhóm: nhóm đơn trị liệu, nhóm bupropion kết hợp và nhóm bupropion điều trị bệnh lý khác như rối loạn lưỡng cực, người cao tuổi, đồng thời đánh giá tác dụng phụ của bupropion. Các thử nghiệm trên cho thấy tính ưu việt của bupropion liều 150 - 400mg/ngày so với giả dược, hiệu quả tương đương với các loại thuốc chống trầm cảm khác và có tác dụng tốt hơn khi sử dụng kết hợp với một loại thuốc chống trầm cảm khác. Do đó, bupropion được khuyến cáo là phương pháp điều trị chống trầm cảm thay thế mà không có tác dụng phụ liên quan đến kích thích hay ham muốn tình dục. Một số tác dụng phụ đã được ghi nhận bao gồm: run (13,5%), kích động (9,7%), khô miệng (9,2%), táo bón (8,7%), tiết mồ hôi nhiều (7,7%), chóng mặt (6,1%) và buồn nôn/nôn (4%).

Các chất kích thích hệ thần kinh trung ương khác được chấp thuận là các thuốc được chỉ định điều trị HSDD. Bupropion được phê duyệt như một loại thuốc điều trị chống trầm cảm đã chứng minh giúp cải thiện ham muốn tình dục ở phụ nữ tiền mãn kinh mắc HSDD ở liều 300 - 400 mg/ngày. Tương tự buspirone, tác dụng phụ của bupropion có thể gặp như: chóng mặt (9%), hồi hộp (4%), buồn nôn (3%) và nhức đầu (3%). Trong các báo cáo khác, trazodone, thuốc chống trầm cảm dị vòng với chất chủ vận 5-HT<sub>1A</sub>, đặc tính đối kháng với đồng vận thụ thể 5-HT<sub>2A</sub> và đối vận thụ thể  $\alpha$ 1-adrenergic cho thấy tác dụng tăng ham muốn tình dục ở phụ nữ sau mãn kinh, không có vấn đề về giấc ngủ và phàn nàn về tình dục.

Một số loại thuốc chống trầm cảm mới cũng ít ảnh hưởng đến chức năng tình dục. Agomelatine, một chất tương tự melatonin, là chất chủ vận của thụ thể melatonin và chất đối kháng thụ thể 5-HT<sub>2C</sub>, đã được chứng minh là có hiệu quả chống trầm cảm tương tự như các loại thuốc tiêu chuẩn, đồng thời tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục thấp hơn so với giả dược và serotoninergic. Vortioxetin, một chất cản trở sự tái hấp thu chất vận chuyển serotonin, đối vận với thụ thể 5-HT<sub>1D</sub>, 5-HT<sub>3</sub> và 5-HT<sub>7</sub>, đồng vận với thụ thể 5-HT<sub>1A</sub> và chủ vận một phần với thụ thể 5-HT<sub>1B</sub>, tác dụng kết hợp này làm tăng nồng độ ngoại bào cùng serotonin, dopamine và noradrenaline và gây ra ít tác dụng phụ về mặt tình dục hơn. Gần đây, vortioxetine được phát hiện là có thể cải thiện rối loạn chức năng tình dục ở những bệnh nhân bị trầm cảm nặng. Vilazodone, một chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc với hoạt tính chủ vận một phần với thụ thể 5-HT<sub>1A</sub>, được chấp thuận để điều trị trầm cảm nặng và có ít tác dụng phụ về chức năng tình dục. Các nghiên cứu cho thấy rằng điều trị trầm cảm với vilazodone liều 40mg/ngày có thể cải thiện đáng kể chức năng tình dục và hạn chế tác động bất lợi về chức năng tình dục so với giả dược. Hiệu quả, độ an toàn và khả năng dung nạp của vilazodone với liều từ 20 - 40mg/ngày so với giả dược cũng được chứng minh ở những trường hợp trầm cảm nặng.

Các chiến lược quản lý rối loạn giảm chức năng tình dục liên quan đến thuốc chống trầm cảm bao gồm: giảm dần liều lượng, thay thế thuốc ít tác dụng phụ lên chức năng tình dục, nghỉ ngơi thư giãn và sử dụng thuốc giải độc tố. Các nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả của bupropion trong việc cải thiện chức năng tình dục liên quan đến thuốc chống trầm cảm. Rối loạn giảm chức năng tình dục là một tác dụng

phụ thường gặp và kéo dài của việc điều trị bằng thuốc chống loạn thần. Sự giảm hoạt động của dopamine và phong tỏa thụ thể D2 loại bỏ tác dụng ức chế của dopamine với bài tiết prolactin, do đó gây tăng nồng độ prolactin máu có thể là yếu tố tiềm ẩn gây mất ham muốn tình dục. Một số thuốc chống loạn thần gây ra tăng nồng độ prolactin bao gồm haloperidone, risperidone, paliperidone và amisulpride. Một phân tích tổng hợp đã chứng minh rằng có sự khác biệt đáng kể giữa các thuốc chống loạn thần khác nhau với quetiapine, ziprasidone, perphenazine và aripiprazole ít liên quan đến rối loạn chức năng tình dục (16 - 27%) trong khi olanzapine, risperidone, haloperidone và clozapine có liên quan nhiều hơn đáng kể đến rối loạn này (40 - 60%).

#### 5.4. Liệu pháp kích thích hệ thần kinh trung ương

Flibanserin, loại thuốc duy nhất được FDA chấp thuận cho đến thời điểm này nhằm điều trị HSDD ở phụ nữ tiền mãn kinh, là một chất chủ vận với thụ thể serotonin 1A và đối kháng với thụ thể serotonin 2A, có tác dụng làm tăng dopamine và norepinephrine và làm giảm hoạt động của serotonin trong não bộ. Hiệu quả của flibanserin với liều 100mg trước khi đi ngủ được đánh giá trong 3 thử nghiệm ngẫu nhiên mù đôi có đối chứng với giả dược kéo dài 24 tuần trên hơn 3500 người phụ nữ tiền mãn kinh (độ tuổi trung bình khoảng 36 tuổi) mắc HSDD. Kết quả đã cho thấy flibanserin làm tăng ham muốn và thỏa mãn tình dục (được đo bằng Chỉ số chức năng tình dục nữ), giảm lo âu và đau khổ về tình dục so với giả dược. Các tác dụng không mong muốn được báo cáo bao gồm: buồn ngủ (11,8%), chóng mặt (10,5%) và mệt mỏi (10,3%) thường ở mức độ nhẹ và thoáng qua. Việc sử dụng thuốc trước khi đi ngủ giúp giảm nhẹ những tác dụng phụ này. Ngược lại, tác dụng phụ tăng lên khi dùng thuốc vào ban ngày, hoặc sử dụng đồng thời với các chất ức chế cytochrom P - 450 3A4 như: một số thuốc kháng retrovirus, thuốc hạ huyết áp, thuốc kháng sinh và fluconazole, hoặc sử dụng cùng với nhiều rượu.

Tóm lại, rối loạn giảm ham muốn tình dục ở phụ nữ là một rối loạn quan trọng được mô tả trong nhiều thập kỷ. Với các bằng chứng hiện tại về cơ chế bệnh sinh và các yếu tố ảnh hưởng đến sự suy giảm ham muốn tình dục, các bác sĩ lâm sàng có thể chẩn đoán và đánh giá một cách nhanh chóng và thuận tiện hơn thông qua các công cụ sẵn có. Điều trị tập trung vào các yếu tố gây đau khổ chính cho người bệnh, kết hợp các buổi tư vấn nhằm giới thiệu và giáo dục các liệu pháp có thể tăng hiệu quả điều trị. Tóm lại, suy giảm ham muốn tình dục là một tình trạng phổ biến nhưng thường không được chẩn đoán, song có thể được quản lý hiệu quả bởi bác sĩ lâm sàng với sự đánh giá phù hợp và quá trình điều trị cá thể hoá.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, et al. Definitions of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Congress on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016; 13:135-143.
2. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 2016; 15:205-221.

3. Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, Derogatis L, Lewis-D'Agostino DJ, Pyke R. Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS): a brief diagnostic instrument for generalized acquired female hypoactive sexual desire disorder (HSDD). *J Sex Med.* 2009;6(3):730-738.
4. Wierman M, Arlt, W, Basson, R, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99:2489-3510.
5. Abler B, Seeringer A, Hartmann A, et al. Neural correlates of antidepressant-related sexual dysfunction: a placebocontrolled fMRI study on healthy males under subchronic paroxetine and bupropion. *Neuropsychopharmacology.* 2011;36:1837-1847.
6. Patel K, Allen S, Haque MN, et al. Bupropion: a systematic review and meta-analysis of effectiveness as an antidepressant. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2016;6(2):99-144.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

**Câu 1. Câu nào sau đây sai khi nói về rối loạn giảm ham muốn tình dục (HSDD)?**

- A. Đây là một trong những vấn đề về sức khỏe tình dục phổ biến nhất ở nữ giới.
- B. HSDD được định nghĩa là sự thiếu hụt dai dẳng của những tưởng tượng tình dục và ham muốn hoạt động tình dục trong đau khổ và khó khăn mà không phải do bệnh lý hoặc rối loạn tâm lý.
- C. HSDD có thể nguyên phát hoặc thứ phát, diễn ra suốt đời.
- D. HSDD có thể bao gồm các yếu tố: giảm hoặc không có ham muốn tình dục tự phát, mất ham muốn bắt đầu hoặc tham gia vào hoạt động tình dục.

**Câu 2. Các yếu tố có thể là nguyên nhân của rối loạn giảm ham muốn tình dục, ngoại trừ:**

- A. Sau phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng 1 bên.
- B. Tiến sử bị lạm dụng tình dục.
- C. Trầm cảm.
- D. Vô sinh.

**Câu 3. Câu nào sau đây là sai?**

- A. Dopamine, oxytocin, norepinephrine hay melanocortin là những chất dẫn truyền thần kinh đóng vai trò xử lý và phản ứng đáp ứng với các kích thích tình dục.
- B. Nồng độ estradiol và testosterone thấp có liên quan đến suy giảm ham muốn tình dục.
- C. Hành vi tình dục ở phụ nữ không bị ảnh hưởng bởi các hormone steroid sinh dục như estrogen, progestin và androgen.
- D. Ham muốn tình dục có thể bị ức chế bởi sự sụt giảm nồng độ dopamine và tăng cường hoạt động serotonin ở não.

**Câu 4. Những yếu tố tâm lý - xã hội có ảnh hưởng tiêu cực đến ham muốn tình dục, ngoại trừ:**

- A. Sử dụng thuốc chống trầm cảm.

- B. Những điều răn dạy của tôn giáo.
- C. Công việc căng thẳng.
- D. Mâu thuẫn giữa vợ và chồng.

**Câu 5. Trong những câu sau đây, câu nào sai khi nói về điều trị suy giảm chức năng tình dục?**

- A. Nên ứng dụng toàn diện mô hình tâm lý - xã hội - sinh học trong chiến lược điều trị HSDD, đặc biệt cần cá thể hoá từng trường hợp cụ thể.
- B. Liệu pháp tình dục là các bài tập dành cho cặp đôi, nhằm tăng sự tập trung, tăng thụ cảm trong mà họ tự áp dụng khi quan hệ tình dục.
- C. Việc điều trị HSDD có thể kéo dài đến tận vài năm mới có thể cải thiện chất lượng đời sống tình dục.
- D. Ở những trường hợp có mức độ hài lòng về mối quan hệ thấp, cần tập trung cải thiện cả sự thân mật của mối quan hệ thay vì chỉ điều trị rối loạn chức năng tình dục.