

# TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC Ở PHỤ NỮ DƯỚI 50 TUỔI MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Vũ Bích Nga<sup>1,2,3</sup>, Nguyễn Thị Thanh Hương<sup>1,2,3</sup>

Đỗ Thu Thảo<sup>2,3</sup> và Trần Thị Hải<sup>2,3,✉</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội- cơ sở Hoàng Mai

Mục tiêu nghiên cứu nhằm khảo sát chức năng tình dục và tìm hiểu các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nữ mắc đái tháo đường typ 2 dưới 50 tuổi. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 157 phụ nữ, gồm 78 người mắc đái tháo đường typ 2 và 79 người không mắc bệnh, có đặc điểm nhân khẩu học tương đồng. Chức năng tình dục được đánh giá bằng bộ câu hỏi FSFI (Female Sexual Function Index) và tình trạng sức khỏe tâm lý được đo lường bằng thang điểm DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale). Kết quả cho thấy, tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục ở nhóm đái tháo đường typ 2 là 67,9%, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (48,1%,  $p = 0,012$ ). Điểm trung bình FSFI ở nhóm bệnh là  $23,4 \pm 4,7$ , thấp hơn nhóm chứng ( $26,1 \pm 3,3$ ),  $p = 0,001$ . Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chức năng tình dục với các yếu tố lâm sàng hoặc sinh hóa của bệnh đái tháo đường. Ngược lại, tần suất quan hệ tình dục, rối loạn lo âu và trầm cảm có mối liên quan rõ rệt với rối loạn chức năng tình dục.

**Từ khóa:** Nữ, đái tháo đường, rối loạn chức năng tình dục, FSFI, tâm lý – xã hội.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh mạn tính không lây phổ biến nhất trên toàn cầu, được xem là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng hiện nay. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF 2025), hiện nay trên thế giới có khoảng 589 triệu người trưởng thành ở độ tuổi từ 20 - 79 tuổi mắc bệnh ĐTĐ, con số này dự kiến tăng đến 853 triệu người vào năm 2050.<sup>1</sup> Những biến chứng mạch máu nhỏ và lớn do ĐTĐ gây ra ảnh hưởng đến nhiều cơ quan và hệ thống trong cơ thể, trong đó có cả chức năng tình dục.<sup>2</sup>

Rối loạn chức năng tình dục (RLCNTD) ở phụ nữ mắc đái tháo đường (ĐTĐ) bao gồm nhiều vấn đề như giảm ham muốn tình dục, khó

khăn trong việc đạt được sự hưng phấn và đau khi quan hệ tình dục, có thể ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ.<sup>3</sup> Trên thế giới, tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ mắc ĐTĐ dao động từ 20% đến 80% tùy thuộc cỡ mẫu, đặc điểm nhóm nghiên cứu cũng như truyền thống văn hóa – xã hội ở từng quốc gia và khu vực.<sup>4</sup> Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện để đánh giá chức năng tình dục ở bệnh nhân nữ mắc ĐTĐ, tuy nhiên kết quả thu được từ các nghiên cứu đang không có sự đồng nhất do thiếu tiêu chuẩn về phương pháp nghiên cứu cũng như sự thay đổi liên tục trong định nghĩa và phân loại rối loạn tình dục nữ.

Cơ chế bệnh sinh của RLCNTD ở phụ nữ mắc ĐTĐ rất phức tạp, là sự kết hợp của tình trạng tăng đường huyết mạn tính, các biến chứng vi mạch - thần kinh, các rối loạn về nội tiết, gây hậu quả là giảm lưu lượng dòng máu đến âm hộ - âm đạo, giảm tiết dịch nhờn, giảm

Tác giả liên hệ: Trần Thị Hải

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: tranhaihu89@gmail.com

Ngày nhận: 19/10/2025

Ngày được chấp nhận: 11/12/2025

sự nhạy cảm với kích thích tại chỗ và khó đạt khoái cảm. Ngoài ra, các yếu tố như tuổi cao, thời gian mắc bệnh kéo dài, các lo âu về bệnh tật - biến chứng của bệnh cũng được xem là những yếu tố nguy cơ quan trọng.<sup>5</sup>

Tại Việt Nam, ĐTD đang là nguyên nhân hàng đầu làm gia tăng tỷ lệ tử vong do các biến chứng nguy hiểm như nhồi máu cơ tim, đột quỵ não... Vì vậy, biến chứng RLCNTD, đặc biệt là ở bệnh nhân nữ chưa được quan tâm một cách đúng mực. Số lượng nghiên cứu trong nước về rối loạn tình dục ở phụ nữ mắc ĐTD còn rất ít, dẫn đến thiếu dữ liệu cho tầm soát, tư vấn và hỗ trợ điều trị trên lâm sàng. Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Tình trạng rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ dưới 50 tuổi mắc đái tháo đường typ 2”. Trong nghiên cứu này chúng tôi tập trung phân tích tình trạng RLCNTD ở nhóm phụ nữ dưới 50 tuổi, chưa mãn kinh. Sự khác biệt trong cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu giúp bổ sung khoảng trống bằng chứng, cung cấp thêm dữ liệu mới, giúp ích cho việc hiểu rõ hơn tiến trình RLCNTD ngay từ các giai đoạn sớm của bệnh ĐTD.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

- Bệnh nhân nữ mắc ĐTD typ 2 đã được chẩn đoán đầy đủ theo tiêu chuẩn của WHO và ADA 2024.

- Tuổi: 18 – 50, chưa mãn kinh, có chồng hoặc bạn tình cố định.

Nhóm chứng: phụ nữ trong độ tuổi 18 – 50 tuổi, có các đặc điểm nhân khẩu học tương đồng với nhóm bệnh nhân nghiên cứu nhưng không có tiền sử ĐTD hay các bệnh mạn tính khác.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các đối tượng sau sẽ

được loại ra khỏi mẫu nghiên cứu:

- Có tiền sử nghiện rượu, ma túy, tiền sử thiếu năng trí tuệ, rối loạn nhận thức hoặc các bệnh lý tâm thần khác.

- Đang điều trị thuốc ảnh hưởng đến chức năng tình dục: thuốc chống trầm cảm 3 vòng, thuốc ức chế tái hấp thu Serotonin có chọn lọc (SSRI), thuốc chống động kinh và thuốc chống loạn thần, thuốc chẹn beta giao cảm, thuốc lợi tiểu kháng aldosterone.

### 2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** 157 bệnh nhân đến khám tại phòng khám Nội tiết – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trong đó có 78 bệnh nhân mắc ĐTD typ 2 và 79 bệnh nhân không mắc ĐTD hoặc các bệnh mạn tính khác.

**Thu thập số liệu:** Số liệu được thu thập dựa theo hình thức phỏng vấn dựa trên bộ câu hỏi được soạn sẵn. Bệnh nhân được hỏi và thăm khám theo các bước: hỏi bệnh sử, thông tin cơ bản, đo BMI, huyết áp, xét nghiệm máu định lượng đường máu, HbA1C, hướng dẫn tự trả lời bộ câu hỏi FSFI và DASS-21.

**Các tiêu chuẩn được sử dụng trong nghiên cứu**

+ Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTD theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 2011 và Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2024.<sup>6,7</sup>

+ Sử dụng bộ câu hỏi FSFI với 19 câu hỏi với 6 lĩnh vực: ham muốn, phấn khích, chất nhờn âm đạo, khoái cảm, thỏa mãn, đau để khảo sát chức năng tình dục. Ngưỡng điểm FSFI chung để xác định RLTD nữ là dưới 26,5533. Điểm số để xác định RLTD ở 6 hình thái là dưới ngưỡng 4,28; 5,08; 5,45; 5,05; 5,04; 5,51 tương ứng với giảm ham muốn, giảm phấn khích, không đủ chất nhờn âm đạo, khó đạt khoái cảm, không thỏa mãn, đau khi giao hợp.<sup>8</sup>

+ Sử dụng bộ câu hỏi DASS-2, rút gọn từ

bản gốc DASS – 42 với 21 câu hỏi chia đều cho 3 thang đo: Trầm cảm (Depression): 7 câu, Lo âu (Anxiety): 7 câu, Căng thẳng (Stress): 7 câu. Điểm của trầm cảm, lo âu và stress được tính bằng cách cộng điểm của từng thành phần, rồi nhân hệ số 2 để phù hợp với ngưỡng điểm của DASS-42. Ngưỡng chẩn đoán Trầm cảm, Lo âu, Stress được sử dụng theo thang điểm gốc.<sup>9</sup>

**Phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu nghiên cứu được phân tích và xử lý theo phương pháp thống kê trong y học bằng phần mềm SPSS 26.0.

Kết quả được trình bày dưới dạng: Trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn ( $x \pm SD$ ) với biến định lượng, tần số, tỷ lệ phần trăm (%) với biến định tính. Kiểm định các tỷ lệ bằng  $\chi^2$ -test hoặc Fisher's Exact test, tìm mối liên quan bằng hồi quy logistic. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện chỉ nhằm bảo

vệ, nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân và cộng đồng, không nhằm mục đích nào khác. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích của nghiên cứu, bộ câu hỏi FSFI, lựa chọn tham gia nghiên cứu trên tinh thần tự nguyện. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

### III. KẾT QUẢ

Từ tháng 11/2024 đến tháng 8/2025, có 78 bệnh nhân nữ mắc ĐTĐ typ 2 dưới 50 tuổi đến khám tại phòng khám Nội tiết – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nhóm bệnh nhân này có độ tuổi trung bình là  $39,7 \pm 6,0$  tuổi với thời gian kết hôn trung bình  $16 \pm 7,5$  năm. 60,3% số bệnh nhân sống ở thành phố, trình độ học vấn chủ yếu là từ cao đẳng – đại học trở lên (62,9%), nhân viên văn phòng là nghề nghiệp phổ biến nhất (53,8%) và đa số không theo tôn giáo nào (89,7%). Chưa đến một nửa số người bệnh ĐTĐ có tần suất quan hệ tình dục (QHTD) từ 4 lần/tháng trở lên (42,3%).

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và hôn nhân của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm nhân khẩu học	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	p
	n = 78	n = 79	
	n/Tỷ lệ (%)	n/Tỷ lệ (%)	
<i>Tuổi</i>			
Trung bình (tuổi)	$39,7 \pm 6,0$	$38,8 \pm 6,3$	0,39
<i>Trình độ học vấn</i>			
Cấp 1,2	7 (9,0)	6 (7,6)	0,13
Cấp 3	22 (28,2)	11 (13,9)	
Cao đẳng – Đại học trở lên	49 (62,9)	62 (78,5)	
<i>Nghề nghiệp</i>			
Nhân viên văn phòng	42 (53,8)	50 (63,3)	0,39
Buôn bán – dịch vụ	23 (29,5)	20 (25,3)	
Lao động phổ thông	7 (9,0)	6 (7,6)	
Nội trợ	6 (7,7)	3 (3,8)	

Đặc điểm nhân khẩu học	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	p
	n = 78	n = 79	
	n/Tỷ lệ (%)	n/Tỷ lệ (%)	
<i>Tôn giáo</i>			
Có	8 (11,3)	5 (6,3)	0,46
Không	70 (89,7)	74 (93,7)	
<i>Khu vực sống</i>			
Thành phố	47 (60,3)	41 (51,9)	0,49
Nông thôn	28 (35,9)	33 (41,8)	
Miền núi	3 (3,8)	5 (6,3)	
<i>Số năm kết hôn</i>			
< 5 năm	12 (15,4)	10 (12,7)	0,25
5 – 10 năm	6 (7,7)	11 (13,9)	
> 10 năm	60 (76,9)	58 (73,4)	
Trung bình (năm)	16 ± 7,5	15,1 ± 6,6	
<i>Tần suất quan hệ tình dục</i>			
< 4 lần/tháng	53 (57,7)	39 (49,4)	0,02
≥ 4 lần/tháng	33 (42,3)	40 (50,6)	

Thời gian mắc ĐTĐ trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 2,8 ± 2,6 năm, đa số bệnh nhân mới mắc ĐTĐ (79,5% số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm), phương pháp điều trị chính là thuốc viên ĐTĐ (89,7%), chỉ có 8 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 13,3%) sử dụng Insulin trong phác đồ điều trị.

Mức đường máu đói trung bình của bệnh nhân là 9,2 ± 4,1 mmol/l, HbA1C trung bình là 7,8 ± 1,7%. Có 33,3% số bệnh nhân ĐTĐ có BMI ở mức thừa cân béo phì và 15,4% bệnh nhân có kèm theo tăng huyết áp. Không có bệnh nhân ĐTĐ nào trong nghiên cứu của chúng tôi mắc biến chứng mạn tính của bệnh.

**Bảng 2. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân ĐTĐ**

Đặc điểm	n (%)	Đặc điểm	n (%)
<i>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</i>		<i>Số năm mắc ĐTĐ</i>	
Nhẹ cân	1 (1,3)	< 5 năm	62 (79,5)
Bình thường	51 (65,4)	5 – 10 năm	9 (11,5)
Thừa cân/béo phì	26 (33,3)	> 10 năm	7 (9)
Trung bình	23,3 ± 3,0	Trung bình	2,8 ± 2,6

Đặc điểm	n (%)	Đặc điểm	n (%)
<i>Phác đồ điều trị</i>		<i>Đường máu và HbA1C</i>	
Thuốc viên đơn độc	70 (89,7)	Glucose (mmol/l)	9,2 ± 4,1
		HbA1C (%)	7,8 ± 1,7
		≤ 7%	32 (41)
Có Insulin	8 (10,3)	> 7%	46 (59)
<i>Biến chứng mạn tính (mắt, thận, thần kinh, mạch máu lớn)</i>		<i>Huyết áp</i>	
Có	0 (0)	Có THA	12 (15,4)
Không	78 (100)	Không THA	66 (84,6)

Nhóm bệnh nhân ĐTĐ có điểm FSFI trung bình là 23,4 ± 4,7; thấp hơn so với nhóm chứng (26,1 ± 3,3) với p = 0,001. Tỷ lệ rối loạn tình dục (RLTD) ở nhóm bệnh là 67,9%, trong khi nhóm chứng là 48,1%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (p = 0,012). Không những là tổng điểm FSFI mà trong từng lĩnh vực chuyên biệt được khảo

sát, điểm số của nhóm bệnh cũng thấp hơn so với nhóm chứng (p < 0,05). Tỷ lệ xuất hiện đồng thời nhiều hình thái rối loạn chuyên biệt ở nhóm bệnh cao hơn so nhóm chứng, có 76,9% số phụ nữ mắc ĐTĐ gặp 5 hoặc 6 biểu rối loạn tình dục chuyên biệt, trong khi tỷ lệ này ở nhóm bệnh chỉ là 53,2% (p = 0,031).

**Bảng 3. Đặc điểm RLCNTD của nhóm nghiên cứu**

<b>(A) Điểm FSFI</b>			
	<b>Nhóm bệnh (n = 78), <math>\bar{x} \pm SD</math></b>	<b>Nhóm chứng (n = 79), <math>\bar{x} \pm SD</math></b>	<b>p</b>
<i>Hình thái tình dục</i>			
Ham muốn	3,1 ± 0,8	3,4 ± 0,5	0,002
Phản kích	3,4 ± 0,9	3,7 ± 0,7	0,034
Chất nhờn	4,3 ± 1,0	4,8 ± 0,8	0,001
Đạt khoái cảm	4,2 ± 1,0	4,6 ± 0,9	0,016
Thỏa mãn	4,3 ± 1,0	4,6 ± 0,8	0,028
Đau khi giao hợp	4,7 ± 1,1	5,1 ± 0,8	0,004
Tổng điểm FSFI	23,4 ± 4,7	26,1 ± 3,3	0,001
<b>(B) Tỷ lệ RLCNTD</b>			
	<b>Nhóm bệnh (n = 78), n (%)</b>	<b>Nhóm chứng (n = 79), n (%)</b>	<b>p</b>
Tỷ lệ RLCNTD	53 (67,9%)	38 (48,1%)	0,012

**(C) Tỷ lệ kết hợp các hình thái rối loạn tinh dục chuyên biệt**

	Nhóm bệnh n (%)	Nhóm chứng n (%)	p
<i>Số biểu hiện RLTD kết hợp</i>			
0	0 (0)	0 (0)	
1	2 (2,6)	5 (6,3)	
2	4 (5,1)	7 (8,9)	
3	4 (5,1)	20 (25,3)	0,031
4	8 (10,3)	5 (6,3)	
5	17 (21,8)	12 (15,2)	
6	43 (55,1)	30 (38,0)	

Kết quả cũng cho thấy, không có mối liên quan đáng kể giữa thời gian mắc bệnh, xét nghiệm Glucose máu, HbA1C, phương pháp điều trị, BMI hay tình trạng tăng huyết áp với chức năng tinh dục (CNTD) ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ. Các yếu tố nhân khẩu học như tuổi, thời gian kết hôn, trình độ học vấn, nghề nghiệp, khu vực sống cũng không ảnh hưởng đến CNTD. Tuy nhiên, kết quả phân tích cho thấy tần suất quan hệ tình dục và tình trạng tâm lý có mối liên quan mật thiết với CNTD

ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ. Cụ thể, QHTD từ 4 lần/tháng trở lên giúp làm giảm 70% nguy cơ RLTD, ngược lại lo âu làm tăng nguy cơ RLTD lên 4,2 lần (CI95%: 2,8 - 18,5; p = 0,02), trầm cảm làm tăng nguy cơ RLTD lên 6,7 lần (CI95%: 3,3 - 22,3; p = 0,01) so với nhóm không có rối loạn. Ngay cả khi phân tích trong mô hình hồi quy đa biến, tần suất QHTD và lo âu/trầm cảm vẫn thể hiện được mối liên quan độc lập với RLCNTD ở nhóm bệnh (p < 0,05).

**Bảng 4. Mối liên quan giữa một số yếu tố với chức năng tinh dục**

	Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
	OR (CI 95%)	p	OR (CI 95%)	p
Glucose	0,9 (0,8 - 1,1)	0,64	0,9 (0,7 - 1,2)	0,92
HbA1C	0,9 (0,3 - 2,4)	0,78	1,1 (0,6 - 1,7)	0,66
BMI	0,8 (0,3 - 2,2)	0,73	1,0 (0,8 - 1,2)	0,67
Huyết áp	1,5 (0,3 - 6,1)	0,56	-	-
Phác đồ điều trị	1,4 (0,2 - 7,8)	0,65	-	-
Thời gian mắc bệnh	2,3 (0,6 - 9,2)	0,20	2,7 (0,6 - 12,7)	0,18
Tuổi	1,6 (1,6 - 4,3)	0,21	1,0 (0,9 - 1,1)	0,45
Thời gian kết hôn	1,1 (0,3 - 3,3)	0,89	-	-
Trình độ học vấn	0,7 (0,2 - 1,9)	0,52	-	-

	Hội quy đơn biến		Hội quy đa biến	
	OR (CI 95%)	p	OR (CI 95%)	p
Khu vực sống	2,1 (0,7 - 5,5)	0,13	1,4 (0,1 - 3,44)	0,19
Tần suất QHTD	0,3 (0,1 - 0,9)	0,03	0,3 (0,1 - 0,9)	0,04
Lo âu	4,2 (2,8 - 18,5)	0,02	2,2 (1,6 - 8,8)	0,03
Trầm cảm	6,7 (3,3 - 22,3)	0,01	4,5 (1,3 - 27,8)	0,02
Stress	3,2 (0,7 - 15,3)	0,13	2,7 (0,92 - 14,7)	0,45

#### IV. BÀN LUẬN

Chức năng tình dục ở nữ giới là kết quả của sự tương tác giữa các yếu tố thần kinh – mạch máu và nội tiết, đây là những yếu tố có thể bị ảnh hưởng bởi bệnh ĐTĐ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có một tỷ lệ lớn phụ nữ mắc ĐTĐ gặp RLCNTD, với 67,9% bệnh nhân có điểm FSFI < 26,55. Tỷ lệ này tương đương với báo cáo của Võ Thị Nhung năm 2017 với 63,2% số bệnh nhân ĐTĐ dưới 45 tuổi gặp RLCNTD.<sup>10</sup> Nhiều nghiên cứu được thực hiện trước đây trên thế giới cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu của Elyasi tại Iran (2015), Li tại Trung Quốc 2016, Bak E tại Ba Lan năm 2017.<sup>4,11,12</sup> Một phân tích gộp trên bệnh nhân ĐTĐ typ 2 được thực hiện tại Indonesia năm 2023 cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ RLCNTD là 9,8 – 74,5%.<sup>13</sup> Điều này khẳng định rằng RLCNTD là một biến chứng phổ biến của bệnh ĐTĐ, có thể gặp ở bất cứ quốc gia hay vùng lãnh thổ nào nhưng thường bị bỏ sót trong thực hành lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ĐTĐ có điểm FSFI trung bình thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng ( $23,4 \pm 4,7$  so với  $26,1 \pm 3,3$ ;  $p = 0,001$ ). Phân tích sâu vào từng lĩnh vực của thang điểm FSFI, chúng tôi nhận thấy tất cả sáu lĩnh vực tình dục chuyên biệt của nhóm bệnh đều có điểm số thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). Sự khác biệt rõ rệt nhất được ghi nhận ở các lĩnh vực “Giảm chất

nhờn” ( $p = 0,001$ ) và “Giảm ham muốn” ( $p = 0,002$ ). Kết quả này có thể được lý giải bằng cơ chế bệnh sinh của ĐTĐ. Tình trạng tăng đường máu mạn tính dẫn đến các tổn thương vi mạch và thần kinh, làm giảm lưu lượng máu đến vùng chậu cũng như đáp ứng kích thích tại cơ quan sinh dục. Hậu quả là khả năng tiết chất nhờn bị suy giảm, gây ra tình trạng khô âm đạo và đau rát khi giao hợp (lĩnh vực “Đau khi giao hợp” ở nhóm bệnh cũng thấp hơn rõ rệt so với nhóm chứng với  $p = 0,004$ ). Đồng thời, các tổn thương thần kinh và mạch máu này cũng ảnh hưởng đến quá trình dẫn truyền cảm giác và đáp ứng tình dục, dẫn đến “Giảm phấn khích”, “Khó đạt khoái cảm” và “Cảm giác không thỏa mãn” ở người bệnh ĐTĐ. Ngoài yếu tố thực thể, các yếu tố tâm lý cũng đóng góp vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh. Mắc bệnh mạn tính như ĐTĐ cùng những lo lắng về biến chứng của bệnh, gánh nặng điều trị và sự thay đổi về hình ảnh cơ thể có thể là nguyên nhân chính dẫn đến “Giảm ham muốn tình dục” – một lĩnh vực cũng có sự khác biệt rất rõ trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả của chúng tôi hoàn toàn tương đồng với một loạt nghiên cứu trong phân tích gộp của tác giả Rahmania (2019), cả 6 lĩnh vực chuyên biệt trong thang đo FSFI ở nhóm bệnh đều thấp hơn rõ rệt so với nhóm chứng ( $p = 0,000$ ).<sup>14</sup>

So với nhóm chứng, không những tổng

điểm FSI của nhóm bệnh thấp hơn mà tỷ lệ xuất hiện đồng thời nhiều hình thái rối loạn chuyên biệt ở nhóm bệnh cũng cao hơn. Có 76,9% số phụ nữ mắc ĐTD gặp 5 hoặc 6 biểu rối loạn tình dục chuyên biệt, trong khi tỷ lệ này ở nhóm bệnh chỉ là 53,2% ( $p = 0,031$ ). Điều này một lần nữa khẳng định ĐTD thực sự là yếu tố nguy cơ gây ảnh hưởng trầm trọng và phức tạp lên CNTD của phụ nữ. Sự tương tác giữa yếu tố thực thể (bệnh lý thần kinh, nội tiết) và yếu tố tâm lý tạo nên một bức tranh phức tạp về RLTD ở nữ giới mắc ĐTD, khiến vấn đề này trở nên đa chiều và cần tiếp cận điều trị đa ngành.

Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng và sinh hóa của bệnh ĐTD (bao gồm nồng độ glucose máu, HbA1C, thời gian mắc bệnh, BMI hay huyết áp) và CNTD. Kết quả từ một số báo cáo trên thế giới cũng cho thấy có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Bệnh nhân ĐTD trong nghiên cứu của tác giả Esposito và cộng sự (2010) tại Ý có tỷ lệ RLCNTD cao hơn so với nhóm chứng, nhưng không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa CNTD với HbA1C, thời gian mắc bệnh hay huyết áp.<sup>15</sup> Kết quả từ các nghiên cứu của Vafaeimanesh (2014), Elyasi (2015), Li (2016) cũng chỉ tìm thấy mối liên quan đáng kể giữa biến chứng mạn tính của ĐTD (albumin niệu, biến chứng mắt – thần kinh) với CNTD, còn các yếu tố còn lại của bệnh không thể hiện được mối tương quan quá rõ ràng.<sup>4,16,17</sup>

Có một số lý do giải thích cho kết quả này của chúng tôi. Trước hết, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm, tuổi trung bình dưới 40 tuổi, vì vậy biến chứng vi mạch và thần kinh – những yếu tố có vai trò trung tâm trong cơ chế bệnh sinh của bệnh chưa được bộc lộ một cách rõ rệt. Kết quả từ một số nghiên cứu cũng nhấn mạnh rằng sự hiện diện của biến chứng có vai trò dự báo mạnh mẽ hơn so với thời gian mắc bệnh hay chỉ số HbA1c tại một thời điểm.<sup>18</sup> Lý do thứ hai là CNTD ở nữ giới bị ảnh hưởng bởi

nhiều yếu tố, ngoài tình trạng chuyển hóa còn bị chi phối mạnh bởi yếu tố tâm lý, mối quan hệ vợ chồng, văn hóa – xã hội và giai đoạn sinh lý (tiền mãn kinh, mãn kinh) nên mối liên quan đơn thuần với đặc điểm lâm sàng bệnh ĐTD thường không rõ ràng. Ngoài ra, cỡ mẫu chưa đủ lớn trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có thể làm giảm sức mạnh thống kê, khiến mối liên hệ tiềm ẩn khó phát hiện.

Trong số các yếu tố nhân khẩu học và tình trạng hôn nhân được khảo sát (bao gồm: tuổi, thời gian kết hôn, trình độ học vấn, khu vực sống, nghề nghiệp, tần suất QHTD), chúng tôi chỉ tìm thấy mối liên quan giữa tần suất QHTD và CNTD ở nhóm bệnh nhân ĐTD. QHTD với tần suất từ 4 lần/tháng trở lên giúp làm giảm nguy cơ RLCNTD (OR = 0,3; KTC 95%: 0,1 - 0,9;  $p = 0,03$ ), tuy nhiên mối quan hệ này có thể mang tính hai chiều. Tần suất quan hệ thấp có thể làm giảm kích thích tình dục, giảm tưới máu vùng chậu và giảm đáp ứng sinh lý, từ đó làm suy giảm CNTD. Mặt khác, chính RLCNTD (giảm ham muốn, đau khi giao hợp, khó đạt khoái cảm) lại khiến người phụ nữ né tránh quan hệ, dẫn đến giảm tần suất hoạt động tình dục. Do thiết kế cắt ngang, nghiên cứu chưa xác định được chiều nhân quả, nhưng kết quả gợi ý khả năng tồn tại vòng xoắn bệnh lý, trong đó tần suất quan hệ thấp và RLTD tác động qua lại và làm nặng thêm lẫn nhau. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá đồng thời cả hành vi tình dục và chức năng tình dục trong chăm sóc bệnh nhân ĐTD.

Một trong những kết quả quan trọng và có ý nghĩa nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là mối liên quan mạnh mẽ giữa tình trạng sức khỏe tinh thần (được thể hiện bằng thang điểm DASS-21) và CNTD ở nhóm bệnh nhân mắc ĐTD. Kết quả phân tích cho thấy những bệnh nhân có rối loạn lo âu/trầm cảm có nguy cơ RLCNTD cao hơn so với nhóm không có rối loạn ( $p < 0,05$ ). Kể cả khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến, lo âu và trầm cảm vẫn thể hiện



được mối liên quan độc lập với RLTD (lo âu làm tăng nguy cơ RLTD lên 2,2 lần (KTC 95%: 1,6 – 8,8;  $p = 0,03$ ), trầm cảm làm tăng nguy cơ RLTD lên 4,5 lần (KTC 95%: 1,3 – 27,8;  $p = 0,02$ ).

Nhiều nghiên cứu trên thế giới góp phần chứng minh ảnh hưởng to lớn của sức khỏe tinh thần lên CNTD ở bệnh nhân nữ mắc ĐĐTĐ. Trong nghiên cứu của Yenice (2020), trầm cảm (được đánh giá theo thang điểm Beck) là yếu tố nguy cơ độc lập với CNTD trong mô hình hồi quy đa biến ( $p = 0,002$ ).<sup>18</sup> Tỷ lệ bệnh nhân trầm cảm trong nghiên cứu của Elyasi (ước tính theo thang điểm HADS) lên đến 58,7%, đây cũng là yếu tố làm tăng nguy cơ RLTD của nhóm nghiên cứu ( $p = 0,000$ ) bên cạnh các biến chứng mạn tính của bệnh ĐĐTĐ.<sup>4</sup>

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi góp phần củng cố cho mô hình sinh bệnh học toàn diện của RLCNTD ở nữ giới mắc ĐĐTĐ. Các vấn đề tâm lý không chỉ là hệ quả mà còn là nguyên nhân chủ đạo làm tình trạng RLTD trở nên trầm trọng hơn. Do đó, việc sàng lọc thường quy các rối loạn lo âu và trầm cảm nên được xem là một phần không thể thiếu trong quy trình đánh giá và quản lý toàn diện cho mọi bệnh nhân nữ mắc ĐĐTĐ. Kế hoạch điều trị hiệu quả cần phải kết hợp song song giữa việc kiểm soát đường huyết, giải quyết các triệu chứng thực thể và can thiệp, hỗ trợ tâm lý kịp thời.

## V. KẾT LUẬN

Phụ nữ mắc đái tháo đường typ 2 có tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục cao hơn so với phụ nữ không mắc bệnh. Các yếu tố tâm lý – xã hội như rối loạn lo âu/trầm cảm, tuần suất quan hệ tình dục có ảnh hưởng lớn hơn các yếu tố thực thể lâm sàng. Vì vậy, cần lồng ghép đánh giá và hỗ trợ chức năng tình dục trong chăm sóc toàn diện bệnh nhân nữ mắc đái tháo đường để nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Diabetes Federation. *IDF Global Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes 2025*
2. Kizilay F, Gali HE, Serefoglu EC. Diabetes and Sexuality. *Sex Med Rev.* 2017;5(1):45-51. doi:10.1016/j.sxmr.2016.07.002
3. Meeking D, Fosbury J, Cummings M, et al. Sexual dysfunction and sexual health concerns in women with diabetes. *Practical Diabetes.* 2013;30(1):14-19.
4. Elyasi F, Kashi Z, Tasfieh B, et al. Sexual Dysfunction in Women with Type 2 Diabetes Mellitus. *Iran J Med Sci.* 2015;40(3):206-213.
5. Maiorino MI, Bellastella G, Castaldo F, et al. Sexual function in young women with type 1 diabetes: the METRO study. *J Endocrinol Invest.* 2017;40(2):169-177. doi:10.1007/s40618-016-0542-5
6. World Health Organization (WHO). *Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus: Abbreviated Report of a WHO Consultation.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
7. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2024. *Diabetes Care.* 2023;47(Supplement\_1):S20-S42. doi:10.2337/dc24-S002
8. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208. doi:10.1080/009262300278597
9. Lovibond SH, Lovibond PF. Depression Anxiety Stress Scales. Published online September 12, 2011. doi:10.1037/t01004-000
10. Võ Thị Nhung, Hồ Thị Kim Thanh, Khảo sát thực trạng sức khỏe tình dục ở bệnh nhân nữ mắc Đái tháo đường typ 2. Luận văn Thạc sỹ, Hà Nội, Việt Nam, Trường Đại học Y Hà Nội,

2017

11. Li F, Wang Y, Xiao L, et al. Frequency, severity, and risk factors related to sexual dysfunction in Chinese women with T2D. *J Diabetes*. 2016;8(4):544-551. doi:10.1111/1753-0407.12335

12. Bąk E, Marcisz C, Krzemińska S, et al. Relationships of Sexual Dysfunction with Depression and Acceptance of Illness in Women and Men with Type 2 Diabetes Mellitus. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(9):1073. doi:10.3390/ijerph14091073

13. Pasaribu A, Astrella C, Kristanti M, et al. Prevalence and associated factors of female sexual dysfunction among type 2 diabetes patients in Indonesia: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr*. 2023;17(11):102878. doi:10.1016/j.dsx.2023.102878

14. Rahmanian E, Salari N, Mohammadi M, et al. Evaluation of sexual dysfunction and female sexual dysfunction indicators in women with type 2 diabetes: a systematic review

and meta-analysis. *Diabetol Metab Syndr*. 2019;11(1):73. doi:10.1186/s13098-019-0469-z

15. Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, et al. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res*. 2010;22(3):179-184. doi:10.1038/ijir.2010.6

16. Vafaeimanesh J, Raei M, Hosseinzadeh F, et al. Evaluation of sexual dysfunction in women with type 2 diabetes. *Indian J Endocrinol Metab*. 2014;18(2):175-179. doi:10.4103/2230-8210.129107

17. Li F, Wang Y, Xiao L, et al. Frequency, severity, and risk factors related to sexual dysfunction in Chinese women with T2D. *J Diabetes*. 2016;8(4):544-551. doi:10.1111/1753-0407.12335

18. Yenice MG, Danacıoğlu YO, Mert M, et al. Evaluation of factors affecting sexual dysfunction in female patients with diabetes mellitus. *Arch Endocrinol Metab*. 2020;64(3):319-325. doi:10.20945/2359-399700000238

## Summary

### SEXUAL DYSFUNCTION IN FEMALE PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

The objective of this study was to assess sexual function and identify associated factors in type 2 diabetes mellitus (T2DM) females. A cross-sectional descriptive study was conducted on 157 females including 78 patients with T2DM under 50 years old and 79 non-diabetic controls matched for demographic characteristics. Sexual function was evaluated using the Female Sexual Function Index (FSFI), while psychological status was assessed using the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21). The results showed that the prevalence of sexual dysfunction was significantly higher in the diabetic group (67.9%) than in controls (48.1%,  $p = 0.012$ ). The mean FSFI score among women with diabetes ( $23.4 \pm 4.7$ ) was lower than the control group ( $26.1 \pm 3.3$ ),  $p = 0.001$ ). There was no significant association noted between sexual function and clinical or biochemical parameters of diabetes. However, anxiety, depression and sexual activity frequency were significantly correlated with sexual dysfunction.

**Keywords:** Female, Type 2 diabetes mellitus, Sexual dysfunction, FSFI, Psychosocial factors.