

[1]. Trong SIADH nếu natri máu từ 120-130mmol/l chế độ điều trị chính là hạn chế dịch 50- 70% nhu cầu bình thường và theo dõi natri máu 12 giờ 1 lần; nếu natri máu < 125mmol/l ngoài hạn chế dịch chúng tôi phải đưa thêm natri ưu trương 3% (500mmol/l), 1-

2ml/kg/giờ (0,5-1mmol/kg/giờ) trong 2-3 giờ, đảm bảo tổng liều không quá 12mmol/ngày.

Bảng 5. Chế độ điều trị của SIADH
Trong chế độ điều trị: chúng tôi thấy hạn chế dịch cùng bù muối là tốt nhất.

Chế độ điều trị	Số bệnh nhân	Thời điểm Na máu trở về bình thường (ngày)
Hạn chế dịch 75% so với nhu cầu	23	2,67±1,27
hạn chế dịch và bù muối 3% ngày	28	1,98±0,87
hạn chế dịch và lợi tiểu	7	2,24±1,14

Kết quả điều trị đối với CSWS

Bảng 6: Bù nước và natri trong điều trị CSW

	Trung bình
Lượng muối đưa vào	8,5mmol/kg/ngày
Lượng nước đưa vào	150ml/kg/ngày

Lượng muối chúng tôi đưa vào trung bình là 8,5 mmol/kg cân nặng trên ngày, John W Berkenbosch lượng natri bổ xung vào trung bình là 3,8-5,5- 18,2 mEq/kg/ ngày [7]. Lượng dịch đưa vào tùy theo lượng nước tiểu bài tiết ra.

Điều trị SIADH: hạn chế dịch và bù muối có kết quả điều trị tốt hơn.

TAI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Thu Hương (2005), *Bước đầu nghiên cứu tình trạng hạ natri máu trên bệnh nhân viêm não ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương*, Luận văn thạc sỹ Y khoa.
2. Philipp von Bismarck, Tobias Ankeremann, Paul Eggert et al (2006), Diagnosis and management of cerebral salt wasting (CSW) in children: the role of atrial natriuretic peptide(ANP) and Brain natriuretic peptide (BNP), *Child's Nerv Syst* 1275- 1281
3. Ganong, CA, Kappy, MS (1993), Cerebral salt wasting in children. The need for recognition and treatment, *Am J Dis Child* 1993 147: 167
4. Mark F cotton, Mmed, Peter R Donald et al (1991), Plasma arginine vasopressinand and Syndrome of inappropriate Antidiuretic Hormone in tuberculous meningitis, *The pediatric infectious disease journal*, Vol 10 11 Nov.
5. G.Liamis et al (2010), Therapeutic approach in patients with dysnatraemias, *Oxford journals April* 6, 2010.
6. Patwari AK, Singh BS, Manorama DE, (1985), Inappropriate secretion of antidiuretic hormone in acute bacterial meningitis, *Ann Trop Pediatr.* (Jun); 15(2): 179 - 83).
7. John W. Berkenbosch, Christopher W. Lentz; David F. Jimenez (2002), Cerebral Salt Wasting Syndrome following Brain Injury in Three Pediatric Patients: Suggestions for Rapid Diagnosis and Therapy, *Pediatric Neurosurg* 36, p75 - 79.
8. Kalpana Sengapta, Uma Ali (2002), cerebral salt wasting, *Indian Pediatrics* 30; 488 - 491
9. Claran J. Powers, Allan H. Friedman (2007) Diagnosis and management of hyponatremia in Neurosurgical Patients, *Contemporary Neurosurgical*, Vol 29, October.

Nghiên cứu của Kaipana Sengapta lượng muối đưa vào là 30mEq/kg/ngày [8]. Philipp von Bismarck nghiên cứu 9 bệnh nhân CSWS thì lượng muối đưa vào là 7-70mmol/ngày, lượng nước đưa vào 80-270ml/ngày [2]. Tỷ lệ tử vong trong CSWS của chúng tôi là 54,5%, nghiên cứu Trần Thị Thu Hương tử vong ở CSWS là 100% [1]. Trong 22 bệnh nhân chúng tôi tiến hành dùng Flucortison 7 bệnh nhân, sau 2-3 ngày dùng thuốc cùng với bù muối natri máu trở về bình thường, nước tiểu giảm.

Tuy nhiên kết quả điều trị tỷ lệ tử vong vẫn cao vì tổn thương não quá nặng nề. Theo Claran J ngày nay người ta điều trị fludrocortisone như 1 biện pháp để phòng CSWS trong chảy máu dưới nhện và khi so sánh người ta nhận thấy nhóm được dự phòng fludrocortisone chỉ có 6% bệnh nhân có giảm natri máu còn nhóm không dự phòng là 33% [9].

KẾT LUẬN

Bệnh nhân VN,VMNKK có SIADH biểu hiện lâm sàng là nôn (43,1%), co giật (67,2%), nhiều hơn so CSWS. Mất nước 63,6%, giảm kali máu 36,4% chủ yếu trong CSWS. Điều trị CSWS lượng muối được bù vào trung bình là 8,5mmol/l, lượng nước đưa vào trung bình là 150ml/kg/ngày.

TRIỆU CHỨNG RỐI LOẠN MÃN KINH Ở PHỤ NỮ TẠI NHƠN PHÚ - QUY NHƠN NĂM 2015

NGUYỄN THỊ HỒNG NHUNG, TRƯƠNG QUANG ĐẠT
Trường Cao đẳng Y tế Bình Định

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả các triệu chứng rối loạn mãn kinh ở phụ nữ 45- 59 tuổi tại phường Nhơn Phú - Quy Nhơn năm 2015. Các rối loạn mãn kinh được đánh giá dựa theo các đặc điểm rối loạn vận mạch, tâm lý, niệu - sinh dục và cơ xương khớp. Kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên. Điều tra 385 phụ nữ. Kết quả: Tỷ lệ thay đổi tình tình 81,56%;

Chịu trách nhiệm: Trương Quang Đạt
Địa chỉ: Trường Cao đẳng Y tế Bình Định
Email: bstruongquangdat@yahoo.com

Ngày nhận: 10/8/2016
Ngày phân biên: 26/8/2016
Ngày duyệt báo: 06/9/2016
Ngày xuất bản: 20/9/2016

rối loạn giấc ngủ 57,14%; sợ quan hệ tình dục 88,05%; rối loạn tiêu tiên 39,48% và tê chân tay 44,94%. Kết luận: Tỷ lệ các triệu chứng rối loạn mãn kinh khá cao ở Nhơn Phú - Quy Nhơn. Cần quan tâm đến công tác chăm sóc tuổi mãn kinh ở phụ nữ và tư vấn can thiệp kịp thời những rối loạn mãn kinh.

Từ khóa: Rối loạn mãn kinh, tâm sinh lý, tiết niệu - sinh dục.

SUMMARY
MENOPAUSAL DISORDERS AMONG WOMEN AT NHON PHU - QUY NHON IN 2015

The cross - sectional study aimed to describe menopausal disorders among women aged 45-59 years at Nhon Phu Ward under Quy Nhon city in 2015. Evaluating menopausal disorders was based on characteristics of vasomotor, psychological and urogenital and musculoskeletal disorders. Random sampling technique was used. 385 women were investigated. Results: Mood changes, sleep disturbance, being afraid of sex, urinary disorders, numb limbs among women were 81.56%, 57.14%, 88.05%, 39.48% and 44.94%, respectively. Conclusion: Menopausal disorders among women aged 45-59 years at Nhon Phu are rather high. It should be interested in the care of women at the stage of menopausal and counseling to intervene promptly in menopausal disorders.

Keywords: Menopausal disorders, psychological, urogenital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền mãn kinh (TMK), mãn kinh (MK) là một tình trạng sinh lý mà bất kì người phụ nữ nào cũng phải trải qua trong cuộc sống. MK liên quan đến sự chấm dứt của kinh nguyệt - hậu quả của việc mất đi chức năng buồng trứng một cách tự nhiên theo tuổi. Tuy là một giai đoạn sinh lý, nhưng sự suy giảm nổi bật ở giai đoạn này làm người phụ nữ bước vào một thời kì mới với nhiều thay đổi về thể chất và tâm sinh lý [1]. Có một số nghiên cứu về tỷ lệ, đặc điểm thể chất và tâm sinh lý của tuổi TMK, MK cho thấy tỷ lệ các triệu chứng: bốc hỏa: 53,8%, đổ mồ hôi đêm: 29,8%, mất ngủ: 56,4%, tiểu nhiều lần: 23,4%, tiểu đêm: 32,7%, khô âm đạo: 40,8%, giao hợp đau: 50%, viêm teo âm đạo: 16,4% [2]. Các triệu chứng, dấu hiệu này thay đổi giữa các quốc gia và vùng miền trong nước [2],[3],[4]. Tuy nhiên, chưa thấy công bố nghiên cứu về rối loạn (RL) MK ở Bình Định.

Nhon Phú là một phường thuộc thành phố Quy Nhơn, tỉnh Bình Định; với dân số 15.858 người, trong đó có khoảng 2.000 phụ nữ tuổi từ 45 trở lên. Việc chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là sức khỏe phụ nữ sau MK thực sự chưa được chú trọng. Trong những năm gần đây, nền kinh tế - xã hội nước ta có những bước phát triển. Từ đó, vấn đề chăm sóc sức khỏe sinh sản nói chung và chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ MK nói riêng là cần thiết góp phần làm tăng tuổi thọ phụ nữ Việt Nam. Vậy tỷ lệ phụ nữ giai đoạn TMK và MK có biểu hiện các RL MK là bao nhiêu? Chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: Xác định tỷ lệ các triệu chứng rối loạn mãn kinh ở phụ nữ tuổi TMK và MK tại phường Nhơn Phú - thành phố Quy Nhơn - tỉnh Bình

Định năm 2015. Từ kết quả đạt được sẽ là cơ sở cho các biện pháp can thiệp và giáo dục chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ giai đoạn này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu
Phụ nữ tuổi TMK - MK tại phường Nhơn Phú - Quy Nhơn - Bình Định, năm 2015.

1.1. Tiêu chí chọn mẫu

- Phụ nữ từ 45-59 tuổi.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Là công dân Việt Nam có khả năng hiểu và trả lời phỏng vấn.

- Trả lời đủ các câu hỏi liên quan.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mặc những bệnh nội khoa mạn tính như: tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tuyến yên, suy tuyến thượng thận, các bệnh rối loạn nội tiết khác.
- Không có khả năng giao tiếp, tâm thần, bị đặc hoặc bị cấm.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Cơ mẫu

Sử dụng công thức xác định tỷ lệ:

$$n = Z^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cơ mẫu cần thiết cho nghiên cứu; α : Xác suất sai lầm loại 1, chọn 0,05.

$Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 (ứng với giá trị α được chọn); p = 50%; d: Sai số tuyệt đối, chọn 5%. Cơ mẫu tính được 385.

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Ngẫu nhiên hệ thống.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp (mặt đối mặt) đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn trong vòng 15 - 20 phút.

3. Biện số và công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi được thiết kế gồm có 3 phần:
Phần 1: Thông tin cơ bản: Tuổi, học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo, tình trạng hôn nhân, tham gia sinh hoạt tập thể.

Phần 2: Thông tin về sản phụ khoa: Số lần khám phụ khoa/năm, tình trạng MK, số con, tiếp xúc với thông tin về MK, sử dụng nội tiết tố.

Phần 3: Các triệu chứng RL mãn kinh. Thiết kế nghiên cứu đánh giá các biểu hiện các RL ở 2 giá trị "có" hoặc "không", bằng các câu hỏi về các lĩnh vực như sau: RL tâm lý (thay đổi tính tình, nhức đầu, giảm trí nhớ); RL vận mạch (RL giấc ngủ, hồi hộp, đổ mồ hôi đêm, bốc hỏa), RL về tiết niệu - sinh dục (đau khi giao hợp, khô AD, ngứa âm hộ (AH) - AD, sợ giao hợp, không còn nhu cầu quan hệ tình dục (QHTD), RL tiểu tiện) và RL về cơ xương khớp (tê tay chân, đau lưng).

4. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm Stata 12.0. Tính tỷ lệ %, 95% khoảng tin cậy (95% CI). Sử dụng test t-student để so sánh các trung bình.

5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các quy định, nguyên tắc, chuẩn mực về đạo đức nghiên cứu y sinh học của Việt Nam, phù hợp với các chuẩn mực chung của quốc tế. Tất cả các đối tượng đều tự

nguyện tham gia. Các số liệu thu thập được đều được giữ bí mật.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của dân số nghiên cứu (n=385)

	Đặc điểm dân số học		Tần số	%	95% CI
	Giới	Tuổi*			
Học vấn	≤ Tiểu học		50,76 ± 3,41	45,56	50,42-51,10
	Trung học cơ sở		127	32,99	28,29-37,69
	≥ Trung học phổ thông		144	37,40	32,67-42,23
Tham gia sinh hoạt tập thể	Không		114	29,61	25,05-34,17
	Có		190	49,35	44,38-54,34
			195	50,65	45,66-55,64
Nghề nghiệp	Không		121	31,43	26,79-36,07
	Có		264	68,57	63,93-73,21
			129	66,49	61,77-71,21
Tôn giáo	Không		256	66,49	61,77-71,21
	Có		129	33,51	28,79-39,22
			0	0	0
Hôn nhân	Độc thân, ly dị, góa		385	100,00	100,00
	Sống cùng chồng		0	0	0

*TB ± DL; (GTNN - GTLN)

100% phụ nữ được hỏi đang sống cùng chồng; có nghề nghiệp: 68,57%; 33,51% có niềm tin tôn giáo; 29,61% có trình độ ≥ trung học phổ thông.

Bảng 2. Đặc điểm sản phụ khoa của dân số nghiên cứu (n= 385)

	Đặc điểm sản phụ khoa		Tần số	%	95% CI
	Giới	Tuổi*			
Số lần khám phụ khoa/năm	Không		354	91,95	89,23-94,67
	≥ 1 lần		31	8,05	5,33-10,77
Tình trạng mãn kinh	Tiền mãn kinh		206	53,51	48,53-58,49
	Mãn kinh		179	46,49	41,51-51,47
Số con	Không		17	4,42	2,37-6,47
	1 con		120	31,16	26,53-36,79
	≥ 2 con		248	64,42	59,64-69,20
Tiếp xúc thông tin mãn kinh	Không		246	63,90	59,10-68,70
	Có		139	36,10	31,30-40,90
			333	86,49	83,85-73,13
Sử dụng nội tiết tố	Không		52	13,51	10,10-18,92
	Có				

95,59% phụ nữ có ≥ 1 con; Có 46,49% đã MK; 36,10% được tiếp xúc với các thông tin về chăm sóc MK; 13,51% đang sử dụng nội tiết tố bổ sung.

Bảng 3. Đặc điểm rối loạn về tâm lý (n= 385)

RL về tâm lý	Tần số	%	95% CI
They đổi tình tình	314	81,56	77,69-85,43
Giảm trí nhớ	156	40,52	35,62-45,42
Nhức đầu	158	41,04	36,13-45,95

81,25% phụ nữ có biểu hiện thay đổi tình tình; giảm trí nhớ: 40,2%.

88,05% phụ nữ có biểu hiện sợ QHTD; RL tiểu tiện là 39,48%.

Bảng 6. Đặc điểm rối loạn về cơ xương khớp (n= 385)

RL về cơ xương khớp	Tần số	%	95% CI
Tê tay chân	173	44,94	39,97-49,91
Đau lưng	160	41,56	34,60-44,36

44,94% và 41,56% phụ nữ có các biểu hiện tê tay chân và đau lưng.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1 và 2 cho thấy, tuổi trung bình của phụ nữ trong nghiên cứu là 50,76 (thấp nhất: 45, cao nhất: 56 tuổi); cao hơn so với tuổi trong nghiên cứu của Trần Thị Lợi (2004) tại thành phố Hồ Chí Minh (49,11 tuổi) [5] và Panyahotra S. (1997) [6] tại Thái Lan (50,13 tuổi) với p < 0,05. Sự khác biệt này có thể do cách chọn nhóm tuổi của phụ nữ và mẫu ở mỗi nghiên cứu. 100% phụ nữ sống cùng với chồng. 64,2% phụ nữ có ≥ 2 con và 4,42% không có con. Về trình độ học vấn, tỷ lệ phụ nữ MK và tiền MK giữa các nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có sự chênh lệch đáng kể (khi so sánh 95% CI). Đối tượng không có việc làm (gồm những người nội trợ, thất nghiệp) chiếm 31,43%. Sự phân loại nghề nghiệp theo nhiều cách khác nhau nên cũng khó so sánh với

Bảng 4. Đặc điểm rối loạn vận mạch (n= 385)

RL vận mạch	Tần số	%	95% CI
RL giấc ngủ	220	57,14	51,20-62,08
Hồi hộp	162	42,08	37,15-47,01
Đổ mồ hôi đêm	181	47,01	42,02-52,00
Bốc hỏa	201	52,21	47,22-57,20

57,14% phụ nữ có các biểu hiện RL giấc ngủ; hồi hộp chiếm tỷ lệ 42,08%.

Bảng 5. Đặc điểm rối loạn về niệu - sinh dục (n= 385)

RL niệu - sinh dục	Tần số	%	95% CI
Giao hợp đau	255	66,23	61,51-70,95
Am đạo khô	267	69,35	67,74-73,96
Ngứa AH - AD	79	20,52	14,49-24,55
Sợ QHTD	339	88,05	84,81-91,29
Không còn nhu cầu QHTD	134	34,81	30,05-39,57
RL tiểu tiện	152	39,48	35,60-44,36

tác giả khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phụ nữ có niềm tin tôn giáo là 33,51%, thấp hơn so với nghiên cứu tại Hàn Quốc của tác giả Lee (2010) với tỷ lệ là 80,2% [7]. Sự chênh lệch này có thể do cách chọn mẫu và do sự khác nhau về đặc điểm văn hóa của mỗi nước. Kết quả cho thấy, chỉ có 13,51% phụ nữ đang sử dụng nội tiết tố bổ sung theo đường uống. Chỉ có 8,05% trong 385 phụ nữ tham gia trong nghiên cứu có đi khám phụ khoa ít nhất 1 lần trong năm và chỉ có 36,10% phụ nữ được tiếp cận thông tin thông tin về cách tự chăm sóc khi MK. Điều này cho thấy, hầu như phụ nữ ở giai đoạn tiền MK và MK thường ít quan tâm đến sức khỏe sinh sản của mình. Vì vậy, cần nhấn mạnh công tác tư vấn và chăm sóc sức phụ nữ ở giai đoạn này.

2. Đặc điểm rối loạn mãn kinh

Khi khảo sát về các nhóm triệu chứng RL mãn kinh: RL vận mạch (RL giấc ngủ, hồi hộp, đổ mồ hôi đêm, bốc hỏa); RL tâm lý (thay đổi tính tình, giảm tự nhó, nhức đầu); RL tiết niệu - sinh dục (giào hợp đau, AD khô, ngứa AH-AD, sự QHTD, không còn nhu cầu QHTD, RL tiểu tiện) và RL cơ xương khớp (tê chân tay, đau lưng) đều chiếm những tỷ lệ khác nhau từ 20,52% (ngứa AH-AD) đến 88,05% là sự QHTD.

Bảng 3 ghi nhận có đến 81,56% phụ nữ thay đổi tính tình (phiên muộn, cáu gắt...). Theo Benner (2000), thay đổi tính tình chiếm 98,3% ở những phụ nữ MK tự nhiên [8]. Giai đoạn MK, do sự suy giảm estrogen dẫn đến nhiều thay đổi trong cơ thể, người phụ nữ cảm thấy sợ hãi, dễ cáu gắt, căng thẳng. Biểu hiện như đau - giảm tự nhó chiếm tỷ lệ lần lượt là 41,02%. Tỷ lệ nhức đầu trong nghiên cứu của Trần Thị Lợi từ 39% đến 61% tùy theo các giai đoạn và thời gian TMK, MK [5], của Bener là 46,4% [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi các tỷ lệ về biểu hiện RL tâm lý có thấp hơn so với các tác giả khác, điều này có lẽ do trong nghiên cứu này có đến hơn 50% phụ nữ ở giai đoạn TMK.

Bảng 4 ghi nhận, tỷ lệ RL giấc ngủ là 57,14%. Tỷ lệ RL giấc ngủ trong nghiên cứu Trần Thị Lợi từ 23,6% đến 49,8% tùy theo giai đoạn và thời gian MK [5]. Tỷ lệ hồi hộp trong nghiên cứu là 42,08%; tỷ lệ bốc hỏa là 52,21% và tương tự được tìm thấy trong nghiên cứu của tác giả Grady D., với tỷ lệ bốc hỏa dao động trong khoảng 40 - 65% [9].

Về mặt sinh lý, các RL niệu - sinh dục và cơ xương khớp thường tăng dần theo tuổi già. Kết quả tại bảng 5 cho thấy, biểu hiện đau khi giao hợp: 66,23%; khô AD: 69,35%; trong khi tỷ lệ sự QHTD lại rất cao (88,05%). Kết quả cũng ghi nhận, RL tiểu tiện là 39,48%; theo Rahman (2010) thì tỷ lệ này ở phụ nữ MK tự nhiên là 13,8% [10]. Khi MK thì lớp niêm mạc lát bên trong niệu đạo mỏng đi, niệu đạo ngắn, tương yếu cơ bàng quang kém, cơ thắt cổ bàng quang yếu nên đi tiểu nhiều lần, cơ thể bị sần tiểu khi ho, hắt hơi, cười lớn. Biểu hiện thể tay chân là 44,94%; đau lưng là 41,56% (bảng 6). Theo nghiên cứu của tác giả Bener A. tỷ lệ RL về cơ xương khớp chiếm 34,6% [8]. Nguyễn nhiên chung của các biểu hiện trên có thể là do sự lão hóa trên hệ cơ xương

khớp cũng như sự thiếu hụt hay suy giảm estrogen mà còn có 1 phần rất lớn của yếu tố tâm lý gây nên. Từ đó cho thấy chương trình tư vấn cho phụ nữ giai đoạn này là yếu tố hết sức quan trọng nhằm nâng cao chất lượng sống về tâm lý và tinh thể cho họ.

Kết quả thu được từ nghiên cứu này có ý nghĩa quan trọng trong việc thực hành và nghiên cứu điều dưỡng liên quan đến các RL ở phụ nữ TMK và MK. Tuy nhiên, trong nghiên cứu vẫn còn tồn tại một số hạn chế: Là nghiên cứu cắt ngang, chỉ thực hiện tại một thời điểm nhất định nên chưa đánh giá được sự thay đổi của mức độ RL theo thời gian. Nghiên cứu được tiến hành tại cộng đồng với cỡ mẫu chưa đủ lớn nên không thể khái quát hết kết quả này cho dân số chung. Còn một số yếu tố liên quan đến mức độ RL chưa được khảo sát cũng như chưa được làm rõ trong nghiên cứu này như là: tình trạng hôn nhân, kinh tế gia đình.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ thay đổi tính tình 81,56%; rối loạn giấc ngủ 57,14%; sự quan hệ tình dục 88,05%; rối loạn tiêu tiêu 39,48% và tê chân tay 44,94%. Tỷ lệ các triệu chứng rối loạn mãn kinh cao ở Nhơn Phú - Quy Nhơn. Cần quan tâm đến công tác chăm sóc tuổi mãn kinh ở phụ nữ và tư vấn can thiệp kịp thời những rối loạn mãn kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AACE Menopause Guidelines (2011). *Endocr Pract.* 17 (Supply 6).
2. Nguyễn Thị Lan Phương, Trần Thị Lợi (2011). Rối loạn tiền mãn kinh, mãn kinh ở phụ nữ thị xã Long Khánh năm 2010. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 15(2), 114 - 117.
3. Ratka A., Miller V.R., Brown K.D. (2006). Menopausal Vasomotor Symptoms (MVS) Survey for Assessment of Hot Flashes. *Journal of women's health*, 15(1), 77-89.
4. Im E. O. et al. (2014). Ethnic Differences in the Clusters of Menopausal Symptoms. *Health Care Women Int.* 35(5), 549-565.
5. Trần Thị Lợi, Trần Lệ Thủy (2004). Tuổi mãn kinh và mối liên quan với các yếu tố kinh tế, xã hội. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 8, Suppl 1, 100 - 105.
6. Punyahotra S., Dennerstein L., Leher P. (1997). Menopausal experiences of Thai women. Part 1: Symptoms and their correlates. *Maturitas*, 26(1), 1-7.
7. Lee M.S., Kim J.H., Park M.S., Yang J., Ko Y.H., Ko S.D. (2010). Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. *J Korean Med Sci*, 25(5), 758-765.
8. Bener A, Rizk D.E., Shaheen H. (2000). Measurement-specific quality of life satisfaction during the menopause in an Arabian Gulf country. *Climacteric*, 3(1), 43-49.
9. Grady D (2006). Management of menopausal symptoms. *N Engl J. Med*, 355, 2338-2347.
10. Rahman S.A.S.A., Zainudin S.R., V.L.K Mun (2010). Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*, 9(5), 355-385.