

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BÀNG QUANG TĂNG HOẠT

Nhân một ca bệnh lâm sàng

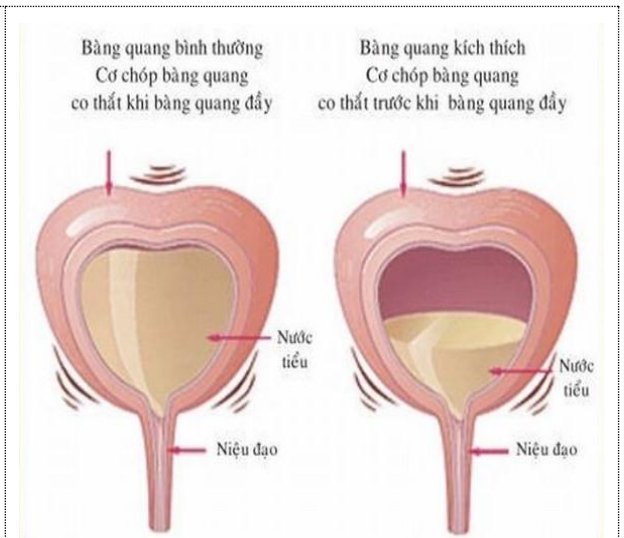
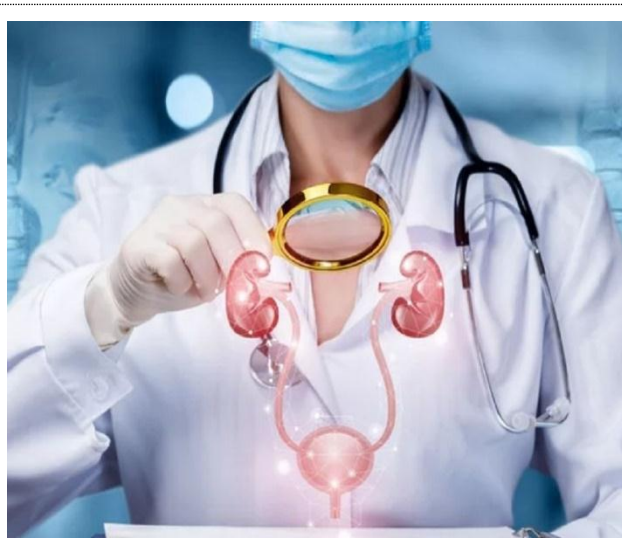
Bác sĩ: Hoàng Văn Dũng

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Bàng quang tăng hoạt là gì ?

Hội chứng Bàng quang tăng hoạt (BQTH- *OAB: overactive bladder syndrome*) được định nghĩa bởi Hiệp hội Tiểu không tự chủ Quốc tế là tình trạng liên quan đến các triệu chứng tiểu gấp, tiểu nhiều lần, tiểu đêm, có hoặc không có triệu chứng tiểu gấp không tự chủ (són tiểu gấp) kèm theo, các triệu chứng này xuất hiện trong tình trạng không có các tổn thương bệnh lý tại chỗ hoặc không có các tác nhân chuyển hóa có thể gây nên các triệu chứng trên.

Nguyên nhân thường gặp nhất của BQTH là do cơ bóp không tự chủ của cơ chóp (cơ bài niệu/ cơ bàng quang), gọi là tăng hoạt cơ chóp bàng quang (*DO: detrusor overactivity*)., vốn biểu hiện trên áp lực đồ bàng quang khoảng 60% các người bệnh mắc BQTH.



2. Dịch tễ học và chẩn đoán

BQTH ảnh hưởng đến >38 triệu người Mỹ và cứ ba người lớn tuổi thì có một người mắc BQTH. Một nghiên cứu về mức độ phổ biến của BQTH cho thấy 36% nam giới và 43% phụ nữ từ 40 tuổi trở lên đã xuất hiện các triệu chứng BQTH.

Theo ICS-2002, chẩn đoán BQTH khi có sự hiện diện của triệu chứng tiểu gấp, thường đi kèm với tiểu nhiều lần, tiểu đêm, và có hay không có tiểu gấp không tự chủ. Các biểu hiện trên xuất hiện mà không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu, không có các tổn thương bệnh lý tại chỗ hoặc không có các tác nhân chuyển hóa

kèm theo có thể gây nên các triệu chứng trên. Trong định nghĩa này triệu chứng tiêu gấp là tiêu chuẩn cốt lõi. Chẩn đoán BQTH khi có triệu chứng tiêu gấp kèm theo một trong các triệu chứng còn lại.

Để chẩn đoán ban đầu BQTH, những yêu cầu tối thiểu bao gồm: Khai thác tiền sử và triệu chứng của bệnh, khám thực thể, làm nhật ký đi tiêu và xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, siêu âm bàng quang, cấy nước tiểu nếu có nhiễm khuẩn tiết niệu.

Những đánh giá chuyên sâu: Đo áp lực bàng quang bằng cột thước nước, thăm dò niệu động học, niệu động học có video, nội soi bàng quang chẩn đoán.

3. Điều trị Bàng quang tăng hoạt

3.1. Bước điều trị thứ nhất: các liệu pháp thay đổi hành vi.

Bước thứ nhất trong điều trị BQTH là biện pháp bảo tồn không dùng thuốc hướng dẫn người bệnh thực hiện liệu pháp thay đổi hành vi bao gồm 2 biện pháp chính là điều chỉnh cách sống và tập luyện.

3.2. Bước điều trị thứ hai: các biện pháp dùng thuốc.

Theo khuyến cáo điều trị BQTH của Hội Tiết niệu Hoa Kỳ (AUA - 2019) và Hội Tiết niệu châu Âu (EAU- 2023), nếu các biện pháp bước 1 không hiệu quả thì cần chuyển sang bước thứ 2 trong điều trị BQTH là dùng thuốc nhằm ức chế sự co thắt của cơ chóp bàng quang gặp ở người bệnh mắc BQTH. Có thể kết hợp hai bước 1 và 2 như là lựa chọn đầu tiên trong điều trị BQTH.

- Biện pháp dùng thuốc đường uống antimuscarinic hoặc đồng vận β 3-adrenergic là bước điều trị thứ hai cho BQTH.
- Có thể điều trị phối hợp hai thuốc antimuscarinic với đồng vận β 3-adrenergic nếu đơn trị liệu không hiệu quả.

Một số loại thuốc khác:

- Estrogen đặt âm đạo có thể làm cải thiện các triệu chứng chủ quan của hội chứng BQTH.
- Một số thuốc khác có tác dụng kháng cholinergic cũng đã được nghiên cứu điều trị BQTH. Thuốc chống trầm cảm nhóm ba vòng như imipramine và amitriptyline đã được sử dụng, tuy nhiên tác dụng kháng cholinergic của nhóm này yếu.
- Botulinum toxin type A được sử dụng trong trường hợp điều trị bằng các thuốc kháng cholinergic không còn tác dụng.

3.3. Các biện pháp can thiệp.

- Tiêm Botulinum toxin vào bàng quang.
- Điều hòa thần kinh cùng SNM (sacral neuromodulation).
- Phương pháp kích thích thần kinh chày.
- Mở rộng bàng quang bằng ruột.

Các biện pháp điều trị sau cùng:

Thông tiểu lưu qua đường niệu đạo không được khuyến khích sử dụng lâu dài, dễ gây tổn thương chảy máu, hẹp niệu đạo, lỗ dò góc dương vật bìu

Phẫu thuật là biện pháp sau cùng có thể được cân nhắc khi điều trị bảo tồn thất bại, bao gồm các phương pháp như mở thông bàng quang trên xương mu, phẫu thuật chuyển lưu, phẫu thuật làm rộng bàng quang.

Phẫu thuật mở rộng bàng quang được xem là chọn lựa sau cùng cho một số ít trường hợp BQTH nặng, kháng trị, phẫu thuật làm rộng bàng quang khi sức chứa bàng quang giảm và trào ngược thận có nguy cơ gây hư thận và tử vong.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Chúng tôi báo cáo một trường hợp người bệnh nam, 36 tuổi, điều trị tại khoa Phục hồi chức năng Tổn thương tủy sống – Bệnh viện Điều dưỡng Phục hồi chức năng Trung ương.

Người bệnh nam, 36 tuổi, vào viện vì liệt tứ chi, tiểu buốt, tiểu nhiều lần/ngày.

Bệnh sử: Người bệnh xuất hiện tê bì kèm yếu tứ chi tăng dần từ tháng 2/2023, đã đi khám tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 với chẩn đoán rong tủy ngực, điều trị nội khoa và phục hồi chức năng, tình trạng bệnh không cải thiện.

Người bệnh đi khám lại, chẩn đoán U tủy cổ, điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, điều trị phục hồi chức năng nhiều tháng bệnh cải thiện kém.

Người bệnh vào viện vì tình trạng liệt tứ chi, tiểu buốt, tiểu nhiều lần/ ngày.

Người bệnh đã được lượng giá, chẩn đoán tổn thương tủy sống theo thang điểm đánh giá mức độ tổn thương tủy sống của Hiệp hội Chấn thương cột sống Hoa Kỳ (ASIA): Tổn thương tủy sống C3 ASIA D.

Triệu chứng rối loạn tiểu tiện:

- Tiểu gấp, tiểu buốt.
- Tiểu tiện bán tự chủ: Tiểu nhiều lần/ ngày > 15 lần, nước tiểu trong, không có cặn, số lượng 50-100ml mỗi lần đi tiểu.
- Tiểu đêm >7 lần/ ngày.
- Rỉ tiểu.
- Tiểu khó, cảm giác còn nước tiểu sau khi đi tiểu.

- Cảm giác căng tức bàng quang liên tục.

Các xét nghiệm - Cận lâm sàng đã làm:

- + Tổng phân tích nước tiểu: Bạch cầu (-), Nitrit (-), Protein (-), Glucose (-).
- + Chức năng thận bình thường.
- + Người bệnh được chỉ định đo áp lực bàng quang bằng cột thước nước.

Kết quả:

- Nước tiểu tồn dư : 250 ml.
- Cảm giác bàng quang còn.
- Có nhiều cơn co bóp bàng quang không tự chủ trong pha đồ đầy.
- Áp lực bàng quang trong pha đồ đầy cao.
- Sức chứa bàng quang tối đa giảm.

Kết luận : Bàng quang tăng hoạt do nguyên nhân thần kinh.

Điều trị:

- Hướng dẫn thay đổi hành vi sinh hoạt và luyện tập bàng quang.
- Liệu pháp dùng thuốc: Oxybutynin 5mg x 02 viên/ ngày– uống sáng, tối (sau 02 tháng tăng liều Oxybutynin 5mg x 04 viên/ ngày).
- Đặt Thông tiểu sạch cách quãng 4-6 lần/ ngày.

Đánh giá sau 02 tháng điều trị với Oxybutynin: Triệu chứng rối loạn tiểu tiện cải thiện ít. Người bệnh vẫn xuất hiện đi tiểu nhiều lần/ngày, tiểu đêm, tiểu buốt nhiều, rỉ tiểu. Người bệnh được can thiệp điều trị tích cực hơn.

Điều trị:

- Tiếp tục hướng dẫn liệu pháp can thiệp hành vi.
- Tiếp tục duy trì Oxybutynin 5mg x 04 viên/ngày – Uống sáng, tối.
- Phối hợp thuốc: Mirabegron 50mg x 01 viên/ngày – uống tối.
- Biện pháp can thiệp: Kích thích thần kinh chày qua da bằng máy điện xung kích thích cầm tay 30 phút/ngày.

Đánh giá kết quả điều trị: (Theo dõi nhật ký nước tiểu).

Sau 10 ngày phối hợp điều trị, người bệnh có cải thiện tích cực.

Điều trị ban đầu	Phối hợp điều trị
Tiểu nhiều lần: 15 lần/ngày	Tiểu : 6-7 lần/ngày
Tiểu đêm: >6 lần/đêm	Tiểu đêm: 2 lần/đêm
Tiểu gấp: >65% tổng số lần đi tiểu	Tiểu gấp: 2 lần/ ngày (< 33% tổng số lần đi tiểu)

Rỉ tiểu: >5 lần/ngày	Rỉ tiểu: không
Số lượng nước tiểu mỗi lần đi tiểu: 50-100ml	Số lượng nước tiểu mỗi lần đi tiểu: 150-200ml
Số lượng nước tiểu sau đặt thông tiểu sạch cách quãng: 100-200 ml	Số lượng nước tiểu sau đặt thông tiểu sạch cách quãng: 300-400 ml
Cảm giác đau bàng quang: Nhiều	Cảm giác đau bàng quang: ít

Kết luận: Sau khi phối hợp nhiều phương pháp điều trị và chăm sóc, cụ thể là hướng dẫn người bệnh chế độ sinh hoạt hợp lý, tập luyện bàng quang, phối hợp các nhóm thuốc antimuscarinic (Oxybutynin) + Thuốc đồng vận beta 3 – adrenoreceptor (Mirabegron), cùng với đó là biện pháp can thiệp kích thích thần kinh chày qua da, các triệu chứng rối loạn tiểu tiện của người bệnh đã được cải thiện rõ rệt: Tổng số lần đi tiểu, số lần đi tiểu đêm giảm. Người bệnh giảm rõ rệt các triệu chứng tiểu gấp tiểu buốt,...không còn rỉ tiểu. Số lượng nước tiểu mỗi lần đi tiểu và đặt thông tiểu sạch cách quãng tăng cũng cho thấy dung tích chứa bàng quang được cải thiện. Từ những thay đổi trên đã giúp cho người bệnh giảm sự khó chịu và mệt mỏi, chất lượng cuộc sống được nâng cao./.

Tài liệu tham khảo:

1. Willis-Gray MG, Dieter AA, Geller EJ. Evaluation and management of overactive bladder: strategies for optimizing care. *Res Rep Urol*.2016;8:113–22.
2. Wein AJ and Rovner ES. Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology*. 2002;60(5 Suppl 1):7-12
3. Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bàng quang tăng hoạt.2024.
4. Đạt LTT, Ân NV. Các bước chẩn đoán Bàng quang tăng hoạt. Chẩn đoán và điều trị Bàng quang tăng hoạt. Tp Hồ Chí Minh: NXB Y học.2023, 43-50.
5. Homma Y, Yoshida M, Seki N, Yokoyama O, Kakizaki H, Gotoh M, và c.s. Symptom assessment tool for overactive bladder syndrome-overactive bladder symptom score. *Urology*.2006;68(2):318–23.
6. Blaivas JG, Panagopoulos G, Weiss JP, Somaroo C. Validation of the overactive bladder symptom score. *J Urol*.2007;178(2):543–7; discussion 547.
7. Meng E, Lin WY, Lee WC, Chuang YC. Pathophysiology of Overactive Bladder. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*. 2012;4(s1):48–55.
8. Mirabegron Extended-Release Tablets (Myrbetriq): Treatment of Overactive Bladder (OAB) with Symptoms of Urgency, Urgency Incontinence and Urinary Frequency [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2015 Jul. 1, INTRODUCTION