

KẾT QUẢ THÔNG TIỂU NGẮT QUÃNG SẠCH ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BÀNG QUANG THẦN KINH DO DỊ TẬT NÚT ĐỐT SỐNG BẨM SINH

Nguyễn Duy Việt¹

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả kết quả thông tiểu ngắt quãng sạch điều trị bệnh nhân bàng quang thần kinh sau phẫu thuật dị tật nứt đốt sống bẩm sinh. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả tiến cứu đánh giá trước sau thông tiểu ngắt quãng sạch ở bệnh nhân bàng quang thần kinh sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh, tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn từ 01/03/2013 đến 31/03/2019. Siêu âm mô tả tình trạng bể thận - niệu quản, chụp niệu đạo - bàng quang ngược dòng mô tả trào ngược bàng quang - niệu quản và đo áp lực bàng quang mô tả các tham số. Các biến số được đánh giá trước và sau khi hướng dẫn thông tiểu ngắt quãng sạch. Test thống kê mcnemar đánh giá hiệu quả đối với tình trạng giãn bể thận - niệu quản và trào ngược bàng quang - niệu quản với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** có 62 bệnh nhân bàng quang thần kinh sau phẫu thuật dị tật nứt đốt sống bẩm sinh với 27 trường hợp là trẻ nam chiếm 43,5%, 35 trường hợp là trẻ nữ chiếm 56,5%. Trong đó thoát vị tủy - màng tủy chiếm đa số với tỷ lệ 72,6%, thoát vị mỡ - tủy màng tủy 27,4%. Vị vị trí tổn thương tủy lưng thấp dưới tủy 4 là 40,3% và tổn thương tủy cùng cột là 50,9%. Với triệu chứng rỉ nước tiểu là 100% trường hợp. Sự cải thiện tình trạng giãn bể thận - niệu quản trước và sau thông tiểu ngắt quãng sạch không có ý nghĩa thống kê 32,3% so với 25,8%. Tương tự sự cải thiện tình trạng trào ngược bàng quang - niệu quản trước và sau thông tiểu ngắt quãng sạch không có ý nghĩa thống kê 46,8% so với 35,5%. Với những trường hợp có áp lực bàng quang < 30 cmH₂O sau thông tiểu ngắt quãng sạch thì thể tích bàng quang trước và sau thông tiểu ngắt quãng sạch bình thường, ngược lại với những trường hợp có áp lực bàng quang ≥ 30 cmH₂O sau CIC thì thể tích bàng quang nhỏ hơn so với tuổi. Tuổi bắt đầu tiến hành thông tiểu ngắt quãng sạch là $3,2 \pm 2,8$ tuổi (0,3 - 11,5 tuổi), với thời gian theo dõi trung bình là $39,9 \pm 15,1$ tháng (24 - 65 tháng). Có 51,6% bệnh hết rỉ tiểu sau CIC. **Kết luận:** Thông tiểu ngắt quãng sạch giúp cải thiện 51,6% bệnh nhân hết rỉ tiểu, duy trì thể tích bàng quang, áp lực bàng quang ở những trường hợp mà trước đó thể tích bàng quang so với tuổi $> 80\%$, áp lực bàng quang < 20 cmH₂O. Tuy nhiên thông tiểu ngắt quãng sạch cải thiện tình trạng giãn bể thận - niệu quản và tình trạng trào ngược bàng quang - niệu quản không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: thông tiểu ngắt quãng sạch, bàng quang thần kinh, dị tật nứt đốt sống bẩm sinh.

¹Bệnh viện Nhi Trường ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Việt

Email: bsnguyenduyviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023

SUMMARY

RESULTS OF CLEAN INTERMITTENT CATHETERIZATION TREATMENT IN PATIENT WITH NEUROGENIC BLADDER DUE TO SPINA BIFIDA

Aim: Describe the results of clean intermittent catheterization in patients with neurogenic bladder after surgery for congenital spina bifida. **Subject:** Descriptive study evaluates before and after clean intermittent catheterization in neurogenic bladder patients after surgery for spina bifida at the National Children's Hospital from March 1 2013 to March 31, 2019. Ultrasound describes the condition of the renal pelvic-ureteral dilation, voiding cystography describes vesicoureteral reflux and cystometry describes the parameters. Variables were assessed before and after clean intermittent catheterization. Statistical test mcnemar evaluates the effectiveness of pyelonephritis - ureteral dilatation and vesicoureteral reflux with $p < 0.05$ with statistical significance. **Results:** There were 62 neurogenic bladder patients after surgery for spina bifida, with 27 males accounting for 43.5%, and 35 females accounting for 56.5%. Myelomeningocele accounted for the majority with a rate of 72.6%, and lipomyelomeningocele was 27.4%. The location of the below 4th spinal cord lesion was 40.3% and the sacral spinal cord lesion was 50.9%. Urinary incontinence is 100% of cases. The improvement of pelvic-ureteral dilation before and after clean intermittent catheterization was not statistically significant in 32.3% compared with 25.8%. Similarly, the improvement of vesicoureteral reflux before and after clean intermittent catheterization was not statistically significant at 46.8% versus 35.5%. For cases with vesical pressure < 30 cmH₂O after clean intermittent catheterization, the bladder capacity before and after clean intermittent catheterization is normal ($> 80\%$), in contrast to cases with vesical pressure > 30 cmH₂O after CIC, bladder capacity is smaller for age ($< 65\%$). The age at initiation of clean intermittent catheterization was 3.2 ± 2.8 years (0.3 - 11.5 years), with a median follow-up is 39.9 ± 15.1 months (24 - 65 months). There are 51.6% of patients with urinary continence after clean intermittent catheterization. **Conclusions:** Clean intermittent catheterization helps to improve 50% of patients with urinary incontinence and maintain bladder capacity, and vesical pressure in cases where the bladder capacity for age is $> 80\%$ before, vesical pressure < 20 cmH₂O. However, clean intermittent catheterization improved renal pelvic-ureteral dilation and vesicoureteral reflux was not statistically significant.

Keywords: clean intermittent catheterization, neurogenic bladder, spina bifida.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàng quang thần kinh hay rối loạn chức

năng bàng quang thần kinh là hiện tượng rối loạn chức năng của hệ tiết niệu dưới do tổn thương hoặc bệnh lý thần kinh [1]. Ở bệnh nhân nhi có nguyên nhân phổ biến gây bàng quang thần kinh do dị tật nứt đốt sống bẩm sinh, trong đó thoát vị tủy - màng tủy chiếm chủ yếu với tỷ lệ là 95% [2]. Những rối loạn chức năng bàng quang thần kinh nếu như không được phát hiện, chẩn đoán và điều trị kịp thời, cũng như không điều trị đúng cách sẽ dẫn tới tổn thương hệ tiết niệu trên như giãn bể thận - niệu quản, trào ngược bàng quang - niệu quản, từ đó dẫn tới tình trạng viêm thận - bể thận và suy thận [3],[4]. Ngay nay thông tiểu ngắt quãng sạch (clean intermittent catheterization, CIC) và/hoặc kết hợp thuốc kháng giao cảm là lựa chọn đầu tiên điều trị bàng quang thần kinh do dị tật nứt đốt sống bẩm sinh ngay từ sơ sinh sẽ giúp cải thiện hiệu quả hệ tiết niệu trên như cải thiện và giảm tỷ lệ can thiệp ngoại khoa sau này [5]. Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả kết quả thông ngắt quãng sạch điều trị bàng quang thần kinh sau phẫu thuật dị tật nứt đốt sống bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả tiến cứu đánh giá trước và sau khi hướng dẫn thông tiểu ngắt quãng sạch điều trị bệnh nhân bàng quang thần kinh sau phẫu thuật dị tật nứt đốt sống bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương, giai đoạn từ 01/03/2013 đến 31/03/2019. Mô tả triệu chứng rỉ nước tiểu, siêu âm hệ tiết niệu mô tả tình trạng giãn bể thận - niệu quản và chụp niệu đạo - bàng quang ngược dòng mô tả tình trạng trào ngược bàng quang - niệu quản, được thực hiện bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Đo áp lực bàng quang mô tả các tham số như thể tích bàng quang (ml)

hoặc tỷ lệ thể tích bàng quang theo tuổi (%), Áp lực bàng quang (cmH₂O), độ co giãn bàng quang và độ co giãn bàng quang được phân loại bình thường hoặc giảm độ co giãn bàng quang theo định nghĩa của Hội tự chủ Nhi khoa Quốc tế (international continence children society, ICCS) và Hội tự chủ Quốc tế (International continence society, ICS) [6],[7], được thực hiện tại khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Nhi Trung ương. Test thống kê mcnemar đánh giá hiệu quả đối với tình trạng giãn bể thận - niệu quản và trào ngược bàng quang - niệu quản với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

Y đức: đề tài được thông qua Hội đồng Đạo đức nghiên cứu số 1446/BVNTW – VNCSKTE, tại Bệnh viện Nhi trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 62 bệnh nhân bàng quang thần kinh sau phẫu thuật dị tật nứt đốt sống bẩm sinh với 27 trường hợp là trẻ nam chiếm 43,5%, 35 trường hợp là trẻ nữ chiếm 56,5%, tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn từ 01/03/2013 đến 31/03/2019. Trong đó thoát vị tủy - màng tủy chiếm đa số với tỷ lệ 72,6%, thoát vị mỡ - tủy màng tủy 27,4%. Vị trí tổn thương tủy lưng thấp dưới tủy 4 là 40,3% và tổn thương tủy cùng cụt là 50,9%. Với triệu chứng rỉ nước tiểu là 100% trường hợp. Có 20 bệnh nhân giãn bể thận - niệu quản chiếm 32,3% và 29 trường hợp trào ngược - bàng quang chiếm 46,8%. Tuổi bắt đầu tiến hành thông tiểu ngắt quãng sạch là $3,2 \pm 2,8$ tuổi (0,3 - 11,5 tuổi), với thời gian theo dõi trung bình là $39,9 \pm 15,1$ tháng (24 - 65 tháng). Có 32 bệnh nhân chiếm 51,6% hết rỉ nước tiểu sau khi CIC và 30 bệnh nhân có rỉ nước tiểu mức độ ít chiếm 48,4%.

Bảng 1. Tình trạng trào ngược bàng quang - niệu quản trước và sau CIC

		Sau CIC		Tổng
Trước CIC		Trào ngược BQ-NQ	Không trào ngược BQ-NQ	
Trào ngược BQ-NQ		13 (21,0%)	16 (25,8%)	29 (46,8%)
Không trào ngược BQ-NQ		9 (14,5%)	24 (38,7%)	33 (53,2%)
Tổng		22 (35,5%)	40 (64,5%)	62 (100,0%)

BQ-NQ: bàng quang - niệu quản; CIC: thông tiểu ngắt quãng sạch

Nhận xét: sau CIC có 33,5% trường hợp trào ngược bàng quang - niệu quản. Có 25,8% trường hợp hết trào ngược bàng quang - niệu quản, 14,5% bệnh nhân xuất hiện trào ngược bàng quang - niệu quản, khác biệt giữa cải thiện và xuất hiện trào ngược BQ-NQ không có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,230$.

Bảng 2. Tình trạng giãn bể thận - niệu quản trước và sau CIC

		Sau CIC		Tổng
Trước CIC		Giãn BT-NQ	Không giãn BT-NQ	
Giãn BT-NQ		15 (24,2%)	5 (8,1%)	20 (32,3%)
Không giãn BT-NQ		1 (1,6%)	41 (66,1%)	42 (67,7%)
Tổng		16 (25,8%)	46 (74,2%)	62 (100%)

BT-NQ: bể thận – niệu quản

Nhận xét: sau CIC có 25,5% trường hợp giãn bể thận – niệu quản. Có 8,1% trường hợp hết giãn bể thận – niệu quản, 1,6% bệnh nhân xuất hiện giãn bể thận – niệu quản, khác biệt giữa hết giãn bể thận – niệu quản và xuất hiện mới không có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,219$.

Bảng 3. Kết quả đo áp lực bàng quang sau CIC

Chức năng bàng quang		Trước CIC	Sau CIC
Độ co giãn bàng quang	Bình thường	36 (58,1%)	28 (45,2%)
	Giảm	26 (41,9%)	34 (54,8%)
Áp lực bàng quang	< 30 cmH ₂ O	48 (77,4%)	45 (72,6%)
	≥ 30 cmH ₂ O	14 (22,6%)	17 (27,4%)
Thể tích bàng quang	≥ 65%	54 (87,1%)	50 (80,6%)
	< 65%	8 (12,9%)	12 (19,4%)

Nhận xét: sau CIC có 17 bệnh nhân chiếm 27,4% có áp lực bàng quang ≥ 30 cmH₂O, nhóm này được mổ tăng dung tích bàng quang. Có 45 bệnh nhân chiếm 72,6% có áp lực bàng quang < 30 cmH₂O tiếp tục được theo dõi và CIC.

Bảng 4. Chức năng bàng quang trước và sau CIC (n = 45)

Chức năng bàng quang	Trước CIC	Sau CIC	Thay đổi	p
Giảm độ co giãn bàng quang	20,0%	40,0%	4,4%	
Thể tích bàng quang (ml)	89,0 ± 37,6	162,7 ± 53,7	73,9 ± 35,5	0,001
Thể tích bàng quang so tuổi (%)	98,1 ± 22,6	89,5 ± 11,7	8,9 ± 22,8	0,014
Áp lực bàng quang (cmH ₂ O)	15,6 ± 7,7	18,7 ± 5,1	2,9 ± 7,6	0,013

Nhận xét: 45 bệnh nhân áp lực bàng quang < 30 cmH₂O sau CIC: thể tích bàng quang tăng lên 162,7 ± 53,7 ml có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên thể tích bàng quang so tuổi giảm xuống là 89,5 ± 11,7 < 80%. Như vậy, thể tích bàng quang so với tuổi ở nhóm này vẫn trong giới hạn bình thường sau CIC. Nhóm này tiếp tục được hướng dẫn CIC và theo dõi.

Bảng 5. Chức năng bàng quang trước và sau CIC (n = 17)

Chức năng bàng quang	Trước CIC	Sau CIC	Thay đổi	p
Giảm độ co giãn bàng quang	100%	94,1%		
Thể tích bàng quang (ml)	143,4 ± 61,5	162,0 ± 75,8	18,5 ± 44,6	0,107
Thể tích bàng quang so tuổi (%)	75,6 ± 26,7	61,2 ± 15,2	14,4 ± 28,3	0,052
Áp lực bàng quang (cmH ₂ O)	39,7 ± 16,0	40,5 ± 11,7	7,6 ± 17,5	0,859

Nhận xét: 17 bệnh nhân áp lực bàng quang ≥ 30 cmH₂O sau CIC: thể tích bàng quang tăng lên 162,0 ± 75,8 ml không có ý nghĩa thống kê, đồng thời thể tích bàng quang so tuổi giảm xuống là 61,2 ± 15,2% < 65%. Như vậy, thể tích bàng quang so với tuổi ở nhóm này nhỏ so với bình thường sau khi CIC. Sau CIC thấy cải thiện độ co giãn bàng quang không có ý nghĩa thống kê và áp lực bàng quang cao 40,5 ± 11,7 cmH₂O. Nhóm này được chỉ định mổ tăng dung tích bàng quang.

IV. BÀN LUẬN

Sau thông tiểu ngắt quãng sạch có 33,5% trường hợp trào ngược bàng quang - niệu quản, trong đó có 25,8% trường hợp hết trào ngược bàng quang - niệu quản và 14,5% bệnh nhân xuất hiện trào ngược bàng quang - niệu quản mới, khác biệt giữa cải thiện và xuất hiện trào ngược bàng quang - niệu quản không có ý nghĩa thống kê (bảng 1). Điều này có thể lý giải là nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chưa có chỉ định dùng thuốc kháng giao cảm phù

hợp phối hợp khi CIC, bên cạnh đó tuổi bắt đầu thông tiểu ngắt quãng sạch trong nghiên cứu là muộn. Đây là yếu tố ảnh hưởng tới cải thiện chức năng bàng quang từ đó giúp cải thiện trào ngược bàng quang - niệu quản. Thực tế kết quả nghiên cứu của tác giả Merlini và cs (1993) khi đánh giá kết quả điều trị trào ngược bàng quang - niệu quản ở 641 bệnh nhân bàng quang thần kinh đa số là do DTNDS bẩm sinh chiếm 77,7%, thấy tỷ lệ trào ngược bàng quang - niệu quản là 31,1%, có 74,7% bệnh nhân được hướng dẫn CIC kết hợp thuốc kháng giao cảm và 25,3% bệnh nhân được mổ trồng niệu quản. Nhóm CIC kết hợp thuốc kháng giao cảm có tỷ lệ hết trào ngược bàng quang - niệu quản là 49,6% [8]. Anjiv và cs (1997) khi tiến hành nghiên cứu tham số niệu động học liên quan đến cải thiện tình trạng trào ngược bàng quang - niệu quản ở bệnh nhân thoát vị tủy - màng tủy. Kết quả lâu dài 10 năm ở 95 bệnh nhân thoát vị tủy - màng tủy, thấy có 63,2% bệnh nhân có trào ngược bàng quang - niệu quản được chỉ định CIC và/ hoặc

kết hợp dùng oxybutynin, kết quả là 45% bệnh nhân hết trào ngược bàng quang - niệu quản [9]. Li và cs (2018) tiến hành CIC ở nhóm bệnh nhân trước 1 tuổi với tỷ lệ trào ngược bàng quang - niệu quản là 22,5% và nhóm sau 3 tuổi với tỷ lệ trào ngược bàng quang - niệu quản là 13,9%, khác biệt về tỷ lệ trào ngược bàng quang - niệu quản lúc nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,503$. Sau 3 năm thấy tỷ lệ trào ngược bàng quang - niệu quản nhóm CIC trước 1 tuổi là 20,0% và nhóm CIC sau 3 tuổi 50,0% với $p = 0,012$. Sau 6 năm tỷ lệ trào ngược bàng quang - niệu quản nhóm CIC trước 1 tuổi 17,5% và nhóm CIC sau 3 tuổi là 41,7% với $p = 0,039$ [10].

Với tình trạng giãn bể thận - niệu quản, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy 25,8% trường hợp giãn bể thận - niệu quản, trong đó có 8,1% trường hợp hết giãn bể thận - niệu quản, 1,6% bệnh nhân xuất hiện giãn bể thận - niệu quản mới, sự cải thiện tình trạng giãn bể thận - niệu quản sau khi CIC không có ý nghĩa thống kê (bảng 2). Tương tự kết quả trào ngược bàng quang - niệu quản, điều này có thể lý giải là nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chưa có chỉ định dùng thuốc kháng giao cảm phù hợp phối hợp khi CIC, bên cạnh đó tuổi bắt đầu thông tiểu ngắt quãng sạch trong nghiên cứu là muộn. Đây là yếu tố ảnh hưởng tới cải thiện tình trạng giãn bể thận - niệu quản. Theo kết quả nghiên cứu tác giả Kochakarn và cs (2004) khi theo dõi kết quả lâu dài CIC ở 36 bệnh nhân DTNĐS bẩm sinh được hướng dẫn CIC trước 1 tuổi, tuổi trung bình CIC là 6,9 tháng, thời gian theo dõi trung bình là 16,8 năm và 31 bệnh nhân được hướng dẫn CIC sau 3 tuổi, tuổi trung bình là 44 tháng, thời gian theo dõi trung bình là 13,8 năm. Tỷ lệ xuất hiện giãn bể thận - niệu quản ở nhóm CIC trước 1 tuổi là 27,8% thấp hơn nhóm CIC muộn sau 3 tuổi là 58,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Rensing và cs (2019) khi nghiên cứu kết quả bất thường hình ảnh, can thiệp và phẫu thuật ở bệnh nhân DTNĐS, kết quả theo dõi sau 10 năm cho thấy tỷ lệ giãn bể thận - niệu quản giảm từ 76% còn 5% có ý nghĩa thống kê. Obara và cs (2010) mô tả hiệu quả CIC đối với tình trạng rỉ nước tiểu ở 38 bệnh nhân bàng quang thần kinh do DTNĐS bẩm sinh, tuổi trung bình $3,8 \pm 4,8$ tuổi (10 tháng - 16 tuổi), thời gian theo dõi 8,9 năm (1 - 18 năm), tác giả thấy 42,1% bệnh nhân có giãn bể thận - niệu quản và/hoặc trào ngược bàng quang - niệu quản, 57,9% bệnh nhân có hệ tiết niệu trên bình

thường. Tất cả bệnh nhân được chỉ định CIC và thuốc đối giao cảm. Kết quả nghiên cứu thấy 37,5% bệnh nhân hết giãn bàng quang-niệu quản.

Độ co giãn bàng quang: kết quả nghiên cứu sau CIC có 54,8% trường hợp giảm độ co giãn bàng quang so với trước CIC 41,9% (bảng 3), như vậy CIC không cải thiện độ co giãn bàng quang ở nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể lý giải do thời gian theo dõi ngắn và đặc biệt là tuổi bắt đầu hướng dẫn CIC trong nghiên cứu của chúng tôi muộn, khi mà chức năng bàng quang đã thay đổi. Như kết quả nghiên cứu của tác giả Li và cs (2018) tiến hành CIC ở nhóm bệnh nhân sớm trước 1 tuổi với độ co giãn bàng quang là $2,43 \pm 0,91$ ml/ cmH₂O và nhóm bệnh nhân CIC muộn sau 3 tuổi với độ co giãn bàng quang là $2,46 \pm 0,59$ ml/ cmH₂O, không có sự khác biệt tại thời điểm nghiên cứu với $p = 0,815$. Sau 3 năm nhóm CIC trước 1 tuổi có độ co giãn bàng quang là $5,74 \pm 2,02$ ml/ cmH₂O và nhóm CIC sau 3 tuổi có độ co giãn bàng quang là $3,81 \pm 0,73$ ml/ cmH₂O, $p < 0,001$. Sau 6 năm độ co giãn bàng quang nhóm CIC trước 1 tuổi là $8,71 \pm 2,27$ ml/ cmH₂O và nhóm CIC sau 3 tuổi có độ co giãn bàng quang là $5,91 \pm 1,17$ ml/ cmH₂O, $p < 0,001$, kết quả nghiên cứu cho thấy nếu tiến hành hướng dẫn CIC sớm sẽ giúp cải thiện hoặc duy trì độ co giãn bàng quang [10].

Áp lực bàng quang: ở nhóm bệnh nhân có áp lực bàng quang < 30 cmH₂O, kết quả thấy áp lực bàng quang thay đổi từ $15,6 \pm 7,7$ cmH₂O lên $18,7 \pm 5,1$ cmH₂O < 20 cmH₂O, như vậy áp lực bàng quang sau CIC vẫn trong giới hạn bình thường với $p = 0,013$. Điều này cho thấy CIC duy trì được áp lực bàng quang trong giới hạn bình thường đối với những trường hợp trước đó có áp lực bàng quang thấp và giới hạn bình thường (bảng 4). Tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Anjiv và cs (1997) khi nghiên cứu tham số niệu động học liên quan đến cải thiện tình trạng trào ngược bàng quang - niệu quản ở bệnh nhân thoát vị tủy màng tủy. Kết quả lâu dài 10 năm ở 95 bệnh nhân thoát vị tủy màng tủy, có 63,2% trường hợp trào ngược bàng quang - niệu quản chỉ định CIC và/ hoặc kết hợp dùng oxybutynin, ở nhóm này có 45% bệnh nhân hết trào ngược bàng quang - niệu quản. Khi đo áp lực bàng quang ở nhóm này thấy áp lực bàng quang tại thời điểm xuất hiện rỉ nước tiểu giảm từ 20-100 cmH₂O xuống 4 - 70 cmH₂O và độ co giãn bàng quang cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [9]. Đối với những bệnh nhân có áp lực bàng quang ≥ 30 cmH₂O, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy áp lực bàng quang tăng từ

39,7 ± 16,0 cmH₂O lên 40,5 ± 11,7 cmH₂O > 40 cmH₂O với p = 0,013. Điều này cho thấy CIC không hiệu quả, không giúp cải thiện áp lực bàng quang ở những bệnh nhân này, điều này có thể giải thích là ở những bệnh nhân này trước CIC có áp lực bàng quang cao và kết quả là CIC không hiệu quả (bảng 5).

Thể tích bàng quang: với những bệnh nhân có áp lực bàng quang < 30 cmH₂O, kết quả nghiên cứu cho thấy thể tích bàng quang tăng từ 89,0 ± 37,6 ml lên 162,7 ± 53,7 ml có ý nghĩa thống kê với p = 0,001. Mặc dù thể tích bàng quang so với tuổi giảm từ 98,1 ± 22,6 % xuống 89,5 ± 11,7 % > 80%, nhưng thể tích bàng quang sau CIC vẫn trong giới hạn bình thường ở nhóm bệnh nhân này. Điều này có thể giải thích là ở thời điểm trước CIC thể tích bàng quang so với tuổi ở nhóm bệnh nhân này trong giới hạn bình thường là 98,1 ± 22,6% > 80% (bảng 4), và CIC giúp cải thiện và duy trì thể tích bàng quang ở nhóm bệnh nhân này. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu tác giả Li và cs (2018) tiến hành hướng dẫn CIC ở nhóm bệnh nhân trước 1 tuổi với thể tích bàng quang trung bình là 51,3 ± 4,5 ml và CIC sau 3 tuổi với thể tích bàng quang trung bình là 52,2 ± 3,6 ml, khác biệt thể tích bàng quang tại thời điểm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với p = 0,344. Sau 3 năm thể tích bàng quang trung bình nhóm CIC trước 1 tuổi là 121,5 ± 9,9ml và nhóm CIC sau 3 tuổi là 113,2 ± 8,9ml, p < 0,001. Sau 6 năm thể tích bàng quang trung bình nhóm CIC trước 1 tuổi là 216,9 ± 12,9 ml và nhóm CIC sau 3 tuổi là 205,6 ± 4,4 ml, p < 0,001, kết quả nghiên cứu cho thấy khi tiến hành CIC sớm sẽ giúp cải thiện thể tích bàng quang có ý nghĩa thống kê [10]. Anjiv và cs (1997) tiến hành nghiên cứu tham số niệu động học liên quan đến cải thiện tình trạng trào ngược bàng quang - niệu quản ở bệnh nhân thoát vị tủy màng tủy. Kết quả lâu dài 10 năm ở 95 bệnh nhân thoát vị tủy màng tủy, có 63,2% bệnh nhân trào ngược bàng quang - niệu quản được chỉ định CIC và/ hoặc kết hợp dùng oxybutynin, kết quả có 45% bệnh nhân hết trào ngược bàng quang - niệu quản. Khi đo áp lực bàng quang ở nhóm bệnh nhân hết trào ngược bàng quang - niệu quản thấy thể tích bàng quang cải thiện từ 10,7 - 166,7 ml tăng 34,4 - 209,6 ml, sự tăng lên thể tích bàng quang có ý nghĩa thống kê [9]. Đối với những bệnh nhân có áp lực bàng quang ≥ 30 cmH₂O, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy thể tích bàng quang tăng từ 143,4 ± 61,5 ml lên 162,0 ± 75,8 ml sự khác biệt không có ý

nghĩa thống kê với p = 0,107. Đồng thời thể tích bàng quang so với tuổi giảm từ 75,6 ± 26,7% xuống 61,2 ± 15,2% < 65%, như vậy sau CIC kết quả nghiên cứu thấy thể tích bàng quang nhỏ hơn bình thường. Điều này có thể giải thích là ở thời điểm trước CIC thể tích bàng quang so với tuổi ở nhóm bệnh nhân này nhỏ hơn bình thường 75,6 ± 26,7% < 80% (bảng 5), và CIC không cải thiện và không duy trì thể tích bàng quang ở nhóm bệnh nhân này.

Rỉ tiểu là vấn đề quan trọng ảnh hưởng đến tâm lý và đời sống xã hội của bệnh nhân bàng quang thần kinh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đa số hết rỉ nước tiểu sau CIC, tự như kết quả của một số tác giả khác khi hướng dẫn CIC kết hợp với thuốc kháng giao cảm, tỷ lệ hết rỉ tiểu cao hơn so với nhóm CIC đơn thuần. Điều này có thể giải thích ở những trường hợp được kết hợp dùng thuốc kháng giao cảm sẽ giúp cải thiện các tham số chức năng bàng quang từ đó cải thiện mức độ cũng như tỷ lệ rỉ nước tiểu ở bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Thông tiểu ngắt quãng sạch giúp cải thiện 51,6% bệnh nhân hết rỉ tiểu, duy trì thể tích bàng quang, áp lực bàng quang ở những trường hợp mà trước đó thể tích bàng quang so với tuổi > 80%, áp lực bàng quang < 20 cmH₂O. Tuy nhiên thông tiểu ngắt quãng sạch cải thiện tình trạng giãn bể thận - niệu quản và tình trạng trào ngược bàng quang - niệu quản không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ginsberg D** (2013). The Epidemiology and Pathophysiology. *Am J Manag Care*, 19: 191 - 196.
2. **De Jong T.P., Chrzan R., Klijn A.J., et al** (2008). Treatment of the neurogenic bladder in spina bifida. *Pediatr Nephrol*, 23(6): 889 - 96.
3. **Tarcan T, Bauer S, Olmedo E., et al** (2001). Long-term follow-up of newborns with myelodysplasia and normal urodynamic findings: Is follow-up necessary?. *J Urol*, 165(2): 564-7.
4. **Lawrenson R., Wyndaele J.J., Vlachonikolis L., et al** (2001). Renal Failure in Patients with Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction. *Neuroepidemiology*, 20: 138-143.
5. **Stein R, Bogaert G, Dogan H.S., et al** (2020). EAU/ESPU guidelines on the management of neurogenic bladder in children and adolescent part I diagnostics and conservative treatment. *Neurourol Urodyn*, 39(1): 45 - 57.
6. **Nevés T., Von Gontard A., Hoebeke P., et al** (2006). The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology*,

- 176(1): 314 - 324.
7. **Austin P.F., Bauer S. B., Bower W., et al** (2016). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 2016. 35(4): p. 471-81.
8. **Merlini E., Beseghi U., De Castro R., et al** (1993). Treatment of Vesicoureteric Reflux in the Neurogenic Bladder. *British Journal of Urology*, 72: 969 - 971.
9. **Anjiv K.A., Gordon A.M., Deepa G., et al** (1997). Urodynamic Correlates Of Resolution Of Reflux in Menigomyelocele Patients. *The Journal of Urology*, 158: 580 - 582.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA BỆNH NHÂN ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG TẠI TRẠM Y TẾ PHƯỜNG 1 QUẬN TÂN BÌNH, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Thị Huyền Trang¹, Trần Thái Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng y học cổ truyền của bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống tại Trạm y tế phường 1, quận Tân Bình, thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân từ 38 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng tại trạm y tế phường 1 quận Tân Bình từ tháng 1/2022 đến hết tháng 8/2022. **Kết quả:** Tuổi mắc đau thắt lưng do thoái hóa cột sống của bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu ở độ tuổi trên 60 tuổi (46,67%), nữ nhiều hơn nam (75% so với 25%), hầu hết đều là lao động nhẹ (61,67%), thời gian mắc bệnh từ ≥ 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (78,4%). Triệu chứng lâm sàng y học cổ truyền thường gặp nhất là đau vùng thắt lưng (100%) và sợ lạnh thích ẩm (95%), đau tăng khi thay đổi thời tiết (83,3%) và lưng gối đau mỏi, ù tai (75%). **Kết luận:** Bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thường là nữ, trên 60 tuổi, hầu hết đều là lao động chân tay nhẹ, thời gian mắc bệnh trên 6 tháng. Triệu chứng lâm sàng y học cổ truyền thường gặp nhất là đau vùng thắt lưng; sợ lạnh, thích ẩm; đau tăng khi thay đổi thời tiết và lưng gối đau mỏi, ù tai.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, y học cổ truyền, thoái hóa cột sống.

SUMMARY

TRADITIONAL MEDICINE CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH DEGENERATIVE INDUCED LOW-BACK PAIN AT THE MEDICAL STATION OF WARD 1, TAN BINH DISTRICT, HO CHI MINH CITY

Objective: Describe the traditional medicine clinical characteristics of of patients with degenerative

induced low-back pain at the medical station of Ward 1, Tan Binh district, Ho Chi Minh city. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 60 patients aged 38 years and older with a confirmed diagnosis of degenerative induced low-back pain at the medical station of Ward 1, Tan Binh district from January 2022 to the end of August 2022. **Results:** The age of patients with low back pain due to spondylolisthesis was mainly over 60 years old (46,67%), more women than men (75% compared to 25%), most of them were and light manual workers (61,67%), the disease duration from ≥ 6 months accounts for the highest percentage (78,4%). The most common clinical symptoms of traditional medicine are low back pain (100%) and fear of cold (95%), and pain that increases with weather changes (83,3%), back and knee pain, tinnitus (75%). **Conclusion:** Patients with low back pain due to spondylolisthesis are usually female, over 60 years old, most of them are light manual workers, the disease duration is over 6 months. The most common clinical symptoms of traditional medicine are low back pain and pain that increases with with weather changes, fear of cold, back and knee pain, tinnitus.

Keywords: Clinical features, traditional medicine, spinal degeneration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là bệnh lý rất phổ biến, khoảng 70% dân số thế giới có ít nhất một lần bị đau thắt lưng trong cuộc đời họ [7]. Đau thắt lưng thường gặp trong đời sống hàng ngày và là lí do bệnh nhân than phiền nhất về bệnh lý này khi đến khám bệnh tại các cơ sở y tế. Tại Việt Nam có 84,27% trường hợp đau thắt lưng hông là do thoái hoá cột sống thắt lưng. Đoạn cột sống thắt lưng (CSTL) là vị trí thoái hoá khớp thường gặp nhất, chiếm khoảng 31,12% [1]. Vì thế, phát hiện sớm và điều trị tốt vấn đề đau thắt lưng không những đem lại hiệu quả cao, cải thiện tầm vận động mà còn nâng cao chất lượng cuộc sống.

Người đau thắt lưng do thoái hóa cột sống

¹Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam

²Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền Trang

Email: trantrang9391@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023