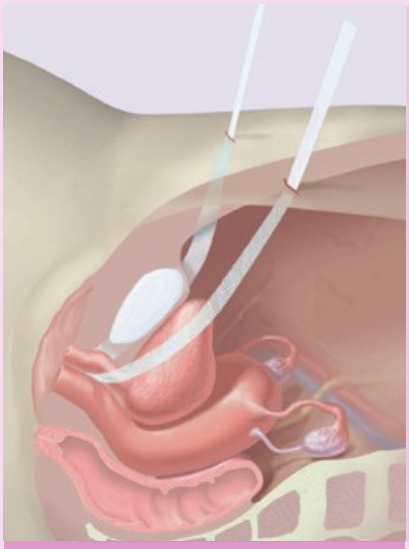


TIỂU KHÔNG TỰ CHỦ Ở PHỤ NỮ

BS CKII Nguyễn Thị Tân Sinh
Phó Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Bạch Mai

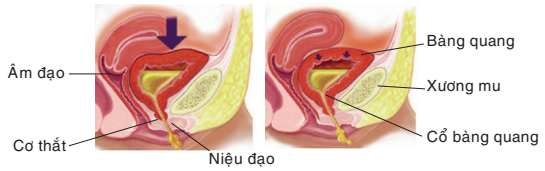
Theo Hội Tự chủ Quốc tế (International Continence Society), tiểu không tự chủ (TKTC) hay són tiểu (ST) là tình trạng mất kiểm soát tiểu tiện, gây trở ngại về vệ sinh cá nhân và hoạt động xã hội cho bệnh nhân (Abrams P và cs., 2003). Tổ chức Y tế Thế giới nhận định TKTC phổ biến toàn cầu, chiếm khoảng 25% ở phụ nữ các lứa tuổi nhưng chưa được quan tâm điều trị (Norton P, 2006). Đây cũng là rối loạn hay gặp, chiếm 25,4% ở phụ nữ Việt Nam (Nguyễn Thị Tân Sinh và cs., 1996; 2009). TKTC là gánh nặng tâm lý, làm giảm chất lượng sống của người phụ nữ. Họ thường cảm thấy buồn bã, kém tự tin, mệt mỏi, xấu hổ và lo ngại vì mùi cơ thể. TKTC còn làm giảm khả năng tập trung, giảm năng suất lao động và khả năng hòa nhập cộng đồng, đe dọa hạnh phúc gia đình (Nguyễn Thị Tân Sinh và Nguyễn Đức Hinh, 2007; Abrams P và cs., 2003; Corcos J, 2002). TKTC cũng gây tốn kém cho dịch vụ y tế và cá nhân người mắc phải. Ước tính hàng năm ở Mỹ tiêu tốn khoảng 15 tỷ đôla cho điều trị, cá nhân người mắc tốn 1000 đôla để mua băng vệ sinh hàng ngày, quần lót, giấy thấm, nước hoa, khử mùi (Latthe PM, 2007; Wilson và cs., 2001). Mặc dù vậy, tỉ lệ phụ nữ mắc TKTC đi khám chữa bệnh chỉ chiếm 4-25%, nguyên nhân chính là do thiếu thông tin, xấu hổ và ngành y tế ở một số nước chưa có đủ phương tiện điều trị (Norton P, 2006).

PHÂN LOẠI

Các loại tiểu không tự chủ thường gặp:

- Tiểu không tự chủ gắng sức (TKTCGS): hoạt động thể lực, ho, hắt hơi làm tăng áp lực trong ổ bụng gây thoát nước tiểu ở người có sa cổ bàng quang hay suy yếu cơ thắt. (hình 1a)
- Tiểu không tự chủ do bàng quang cường hoạt động: cảm giác buồn tiểu đến nhanh và mạnh, không có khả năng nhịn tiểu cho đến khi đến được nhà vệ sinh. Thường gặp ở người bàng quang luôn trong tình trạng kích thích, tăng co. (hình 1b)
- Phối hợp cả hai loại rối loạn trên.

Tiểu không tự chủ do gắng sức phổ biến nhất, chiếm 2/3 các trường hợp (Hunskaar S, 2000).



Hình 1a Hình 1b

Hình 1. Các loại tiểu không tự chủ (theo ADAMs)

NGUYÊN NHÂN

- Tổn thương về giải phẫu và thần kinh hệ thống đáy chậu trong quá trình thai nghén và sinh con.
- Yếu tố di truyền (độ chắc của tổ chức)
- Yếu tố cơ địa (hút thuốc, béo phì, công việc)
- Yếu tố khác: bệnh phổi mạn tính, tuổi, thiếu hụt estrogen do mãn kinh (Norton P, 2006).

Tổn thương do thai sản

Hệ thống nâng đỡ tiểu khung bao gồm: tổ chức liên kết, cơ đáy chậu và thần kinh. Các tổ chức liên kết, cân cơ, thần kinh, mạch máu có thể bị chèn ép, căng giãn, thương tổn trong quá trình thai sản. (hình 2)

Vitrup theo dõi 305 người sinh con so thấy 32% mắc TKTCGS trong khi mang thai. 19% số người không bị TKTC ngay sau sinh nhưng mắc TKTCGS 5 năm sau. Trong số phụ nữ bị TKTCGS sau sinh 3 tháng có 92% bị TKTCGS 5 năm sau (Vikrup L và cs., 1992).

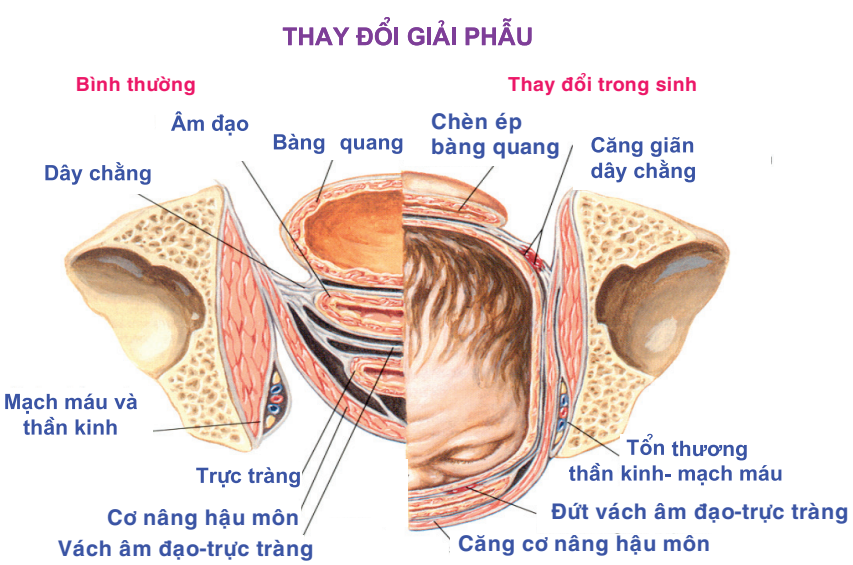
Trong nghiên cứu tiến cứu khác: 344 người có thai lần đầu được chia làm 2 nhóm, nhóm sinh đường dưới và mổ sinh. Nhóm sinh đường dưới có nguy cơ bị TKTCGS sau sinh cao gấp 18 lần so với nhóm mổ sinh (Van Brummen HJ, 2007).

Nghiên cứu lâm sàng và niệu động học sản phụ Pháp sau mổ sinh chủ động thấy 34% đã có TKTC trong khi mang thai, TKTCGS sau mổ chiếm tỉ lệ 22,8%, tăng cân trên 14kg khi mang thai, con to trên 3500g là yếu tố nguy cơ (Nguyễn Thị Tân Sinh, 2005).

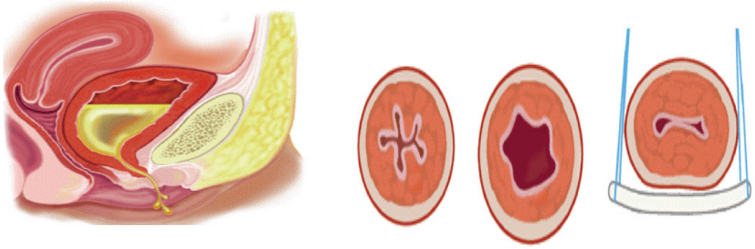
Nguyên nhân gây TKTCGS: di động quá mức cổ bàng quang-niệu đạo hay suy yếu cơ thắt cổ bàng quang. (hình 3)

CHẨN ĐOÁN

- Khai thác các triệu chứng, hoàn cảnh bị tiểu không kiểm soát (xảy ra khi gắng sức hay mót tiểu khẩn cấp hoặc cả hai).
- Khám lâm sàng giúp chẩn đoán nguyên nhân và các tổn thương phối hợp (sa sinh dục, dò tiết niệu).
- Xét nghiệm: đo lượng nước tiểu tồn dư, thử nghiệm gắng sức, xét nghiệm nước tiểu, Q-tip test, niệu động học.



Hình 2. Tổn thương tổ chức trong sinh (theo ADAMs)



Di động quá mức cổ bàng quang-niệu đạo

Suy yếu cơ thắt

Vòng đai nâng

Hình 3. Nguyên nhân gây TKTCGS (Theo A.D.A.Ms)

Q-tip test: đặt tăm bông vào bàng quang, yêu cầu bệnh nhân ho, nếu góc tăm bông thay đổi trên 30 độ hướng lên trên là di động quá mức cổ bàng quang-niệu đạo. Q-tip test được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán (hình 4a).

Niệu động học là thăm dò phức tạp, các đầu dò nhỏ đo áp lực đặt trong bàng quang, niệu đạo và trực tràng trong quá trình bơm dung dịch đẳng trương vào bàng quang và làm nghiệm pháp gắng sức cho phép xác định nguyên nhân TKTC (do gắng sức, bàng quang tăng co bóp hay phối hợp) (hình 4b) (Hunskaar S, 2000).

ĐIỀU TRỊ

Tiểu không tự chủ do các bác sĩ thuộc chuyên khoa nào sẽ điều trị?

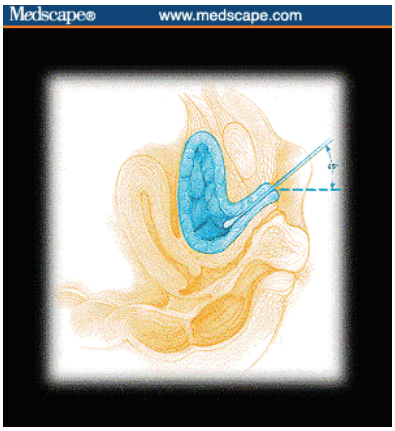
- Bác sĩ tiết niệu (urologist): chuyên ngành phẫu thuật sinh dục-tiết niệu.
- Bác sĩ chuyên ngành phụ-niệu (urogynecologist): chuyên về hệ tiết niệu ở phụ nữ, có khả năng phẫu thuật.
- Bác sĩ phụ khoa (gynecologist): chuyên về các bệnh của đường sinh dục nữ.

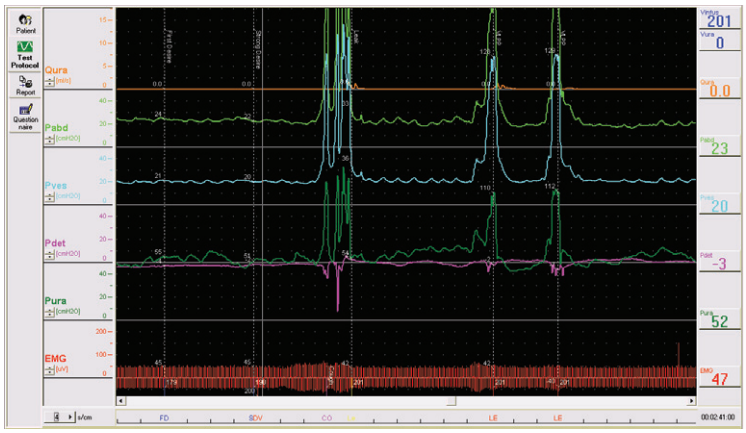
Phương pháp điều trị: điều trị bảo tồn và phẫu thuật

Điều trị bảo tồn: bao gồm điều trị nội khoa và tập phục hồi chức năng.

- ***Điều trị nội khoa:*** dùng thuốc ức chế co bóp cơ cho các trường hợp són tiểu do mót tiểu khẩn cấp (bàng quang không ổn định, tăng kích thích).

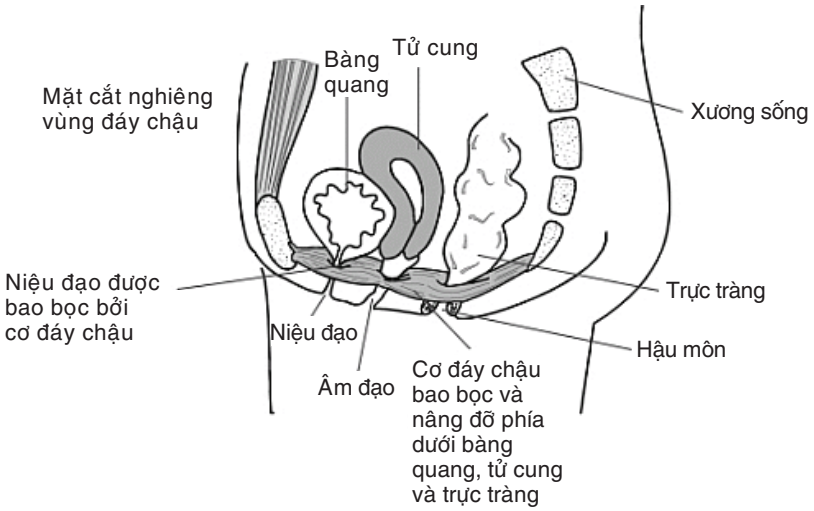
Tiêm colagen làm phồng vùng cổ bàng quang (colagen injection) nhằm tăng cường độ mạnh của cơ thắt cổ bàng quang trong trường hợp suy yếu cơ thắt. Phương pháp này tốn kém và định kỳ phải tiêm nhắc lại.





Hình 4a. Q-tip test

Hình 4b. Niệu động học



Hình 5. Chức năng của cơ đáy chậu

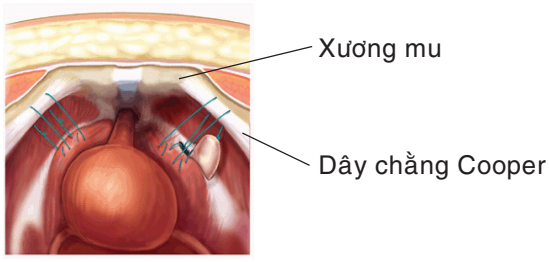
• ***Tập phục hồi chức năng cơ đáy chậu*** (pelvic floor muscle excercises) là lựa chọn đầu tiên cho tất cả các bệnh nhân mắc tiểu không tự chủ do gắng sức. Cơ đáy chậu (sàn chậu) giúp kiểm soát sự thoát nước, phân và góp phần tăng cảm giác trong khi giao hợp. Sàn chậu bao bọc và nâng đỡ phía dưới của bàng quang âm đạo và trực tràng. Hình ảnh bên trên giải thích cơ đáy chậu thực hiện các chức năng này như thế nào (hình 5).

Theo khuyến cáo của Hội đồng khoa học Quốc tế về điều trị TKTC năm 2005, tất cả các bệnh nhân mắc TKTC cần được tư vấn về tập phục hồi chức năng cơ đáy chậu. Bên cạnh tác dụng điều trị TKTC, tập phục hồi chức năng còn có tác dụng phòng sa sinh dục, làm tăng độ khít âm đạo, cải thiện chất lượng sinh hoạt tình dục. Có 3 phương pháp tập phục hồi chức năng được áp dụng rộng rãi: bài tập Kegel, kích thích điện và biofeedback.

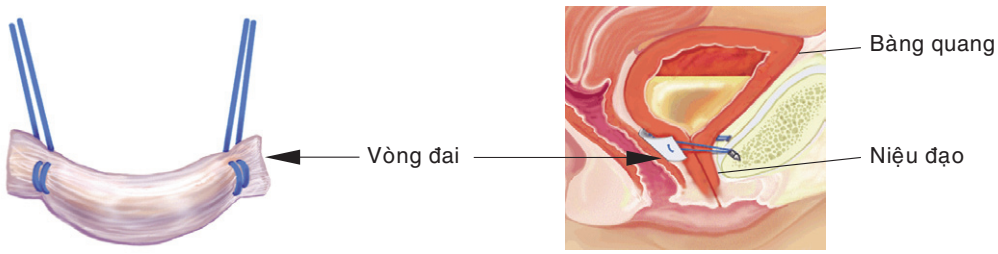
Bài tập Kegel đơn thuần được nhà Sản khoa người Mỹ Kegel đề xướng năm 1948. Người tập nằm ngửa, chân co, đùi mở. Người hướng dẫn đưa hai ngón tay vào âm đạo và yêu cầu người tập co thắt vào hai ngón tay, khi co không căng cơ bụng hoặc đùi. Tập co trong 6 giây và nghỉ 12 giây. Chương trình luyện tập với hướng dẫn của bác sĩ hoặc kỹ thuật viên gồm 12-16 buổi, mỗi buổi 15 phút, sau đó cần tiếp tục tập tại nhà để duy trì kết quả lâu dài. Tỉ lệ khỏi bệnh và cải thiện 70-80% (Norton P, 2006). Ưu điểm của tập phục hồi chức năng là có kết quả cao, không tốn kém và an toàn. Kết quả đánh giá ngay sau liệu trình tập phục hồi chức năng tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Bạch Mai cho thấy 78% khỏi và giảm TKTC, cải thiện các rối loạn trong quan hệ tình dục (đau, giảm hưng phấn, không thỏa mãn) ở 70% trường hợp (Nguyễn Thị Tân Sinh và cs., 2010).

Điều trị phẫu thuật: phẫu thuật thường dùng là kỹ thuật Burch (treo cổ bàng quang sau xương mu), MMK (Marshall Marchetti Krantz), sử dụng vòng đai cố định kéo căng hoặc không căng (slings, TOT,TVT), ghép cơ...

• Phẫu thuật cố định cổ bàng quang vào dây chằng Cooper sau xương mu (Burch) hay cố định vào xương mu (MMK) có tác dụng sửa chữa các trường hợp di động quá mức cổ bàng quang (hình 6).



Hình 6. Phẫu thuật Burch và MMK (theo ADAMs)



Hình 7. Vòng đai cố định sau xương mu

Nguồn Kaplan; 34th Annual IUGA Meeting, Int.Urogynecol J, 2009

Báo cáo tổng kết kết quả phẫu thuật theo dõi sau mổ từ 9 tháng đến 16 năm của ICI: tỉ lệ hết bệnh khoảng 79%, cải thiện 90%. Nhược điểm của phương pháp là phải can thiệp phẫu thuật, tỉ lệ biến chứng chung 22%; viêm xương 2,5%; chết 0,2%; kết quả giảm theo thời gian (Kaplan, 2009).

- Phương pháp vòng đai tạo "võng" phía sau cổ bàng quang có tác dụng nâng đỡ cổ bàng quang và cơ thắt. Vòng đai có thể làm từ vật liệu tổng hợp, tổ chức ghép hay ghép tự thân (hình 7).

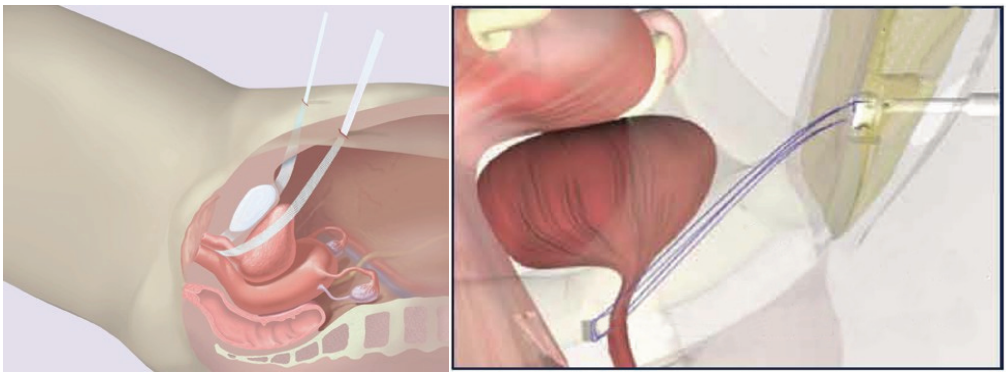
Kết quả của các loại vòng thay đổi 34-83% (Kociszewski J, 2007; Kaplan, 2009). Nhược điểm đối với phương pháp đặt vòng đai là phải can thiệp phẫu thuật, nguy cơ tổn thương bàng quang, niệu đạo (3,8-4%), mạch máu (0,1-3%), thần kinh (0,1-2%), tiểu khó (7,5%), bí tiểu kéo dài (2,3%), thải ghép, nhiễm trùng (0,8-15%), thủng ruột (Latthe PM, 2007; Novara G và cs., 1996; Read Karens Story, 1996; Sung VW).

Ghép cơ nhân tạo (AUS) được áp dụng cho các trường hợp suy yếu cơ thắt nhưng chi phí rất đắt.

Để đáp ứng nhu cầu khám, chữa những rối loạn sinh dục-tiết niệu sau sinh, việc xây dựng đơn vị Phụ Niệu tại các trung tâm Phụ Sản là cần thiết. Đây cũng là mô hình hiện hữu tại nhiều nước trên thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Tân Sinh và cs. (2009). Nghiên cứu thực trạng tiểu không tự chủ và một số yếu tố liên quan ở nữ nhân viên Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai, số chuyên đề tháng 12/2009.
2. Abrams P et al. Incontinence. Report of the 2nd International Consultation on Incontinence, Paris, July 1-3, 2001. 2nd Edition, 2002.
3. Hunskaar S.(2000)."Epidemiology and natural histology of urinary incontinence." Int Urogynecol J 11: 301-319.
4. Kaplan; 34th Annual IUGA Meeting, Int.Urogynecol J, 2009.
5. Norton P. (2006). "Urinary incontinence in women" Lancet 367: 57-67.



Hình 8. Các loại vòng đai mới , không cố định

Nguồn Kaplan; 34th Annual IUGA Meeting, Int.Urogynecol J, 2009