

Phương pháp điều trị bí tiểu cấp

Bí tiểu là tình trạng bệnh nhân không thể tổng nước tiểu ra khỏi bàng quang. Bí tiểu cấp tính (AUR) là cấp cứu niệu khoa thường gặp nhất.

Bệnh thường xảy ra ở đàn ông trên 60 tuổi, và thường là kết quả của tăng sản tuyến tiền liệt lành tính (BPH). Bệnh sử tự nhiên của BPH tiến triển theo thời gian. Trong thời gian năm năm, AUR xảy ra trong khoảng 10% nam giới trên 70 tuổi và khoảng 30% nam giới trên 80 tuổi.

Tăng tuổi thọ và sự ra đời của siêu âm đã dẫn đến việc ngày càng có nhiều bệnh nhân BPH được chẩn đoán và các rối loạn liên quan. Do đó, điều quan trọng đối với các thầy thuốc cũng như người dân nên quen thuộc với điều trị bí tiểu cấp tính do BPH cũng như bí tiểu từ nguyên nhân khác.

1. Nguyên nhân

Những nguyên nhân thường gặp, đặc biệt là ở bệnh nhân lớn tuổi, của bí tiểu cấp tính: Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (BPH) 53%. Táo bón 7,5%. Ung thư tuyến tiền liệt 7%. Hẹp niệu đạo 3,5%. Hậu phẫu 5%. Rối loạn thần kinh 2%. Thuốc 2%. Nhiễm trùng 2%. Sỏi niệu 2%. Những nguyên nhân hỗn hợp khác 16%.

AUR còn có thể do một số nguyên nhân khác ít gặp hơn: U bàng quang, những u khác gây chèn ép tủy sống. Hẹp bao quy đầu hoặc paraphimosis. U vùng chậu. Nhiễm trùng niệu – sinh dục – viêm tuyến tiền liệt cấp tính, viêm niệu đạo, áp xe quanh hậu môn. Các nhiễm khuẩn khác – herpes sinh dục, varicella zoster. Khác: thăm khám hậu môn trực tràng.

Thường có 3 cơ chế gây bí tiểu, những cơ chế này không hoạt động riêng lẻ mà tác dụng chồng lấn nhau:

Bé tắc dòng tiểu: Bé tắc cơ học (Hẹp niệu đạo, BPH). Bé tắc động học (do sự tăng áp lực trong và xung quanh niệu đạo, ví dụ như tăng trương lực vỏ tuyến tiền liệt, tăng trương lực cơ).

Cơ chế thần kinh: Suy thần kinh. Trong trường hợp này, AUR thứ phát sau sự mất liên tục của sợi hướng tâm, ly tâm chi phối cơ bàng quang. Điều này thường thấy nhất trong chấn thương cột sống, bệnh thần kinh tiến triển, bệnh thần kinh do tiểu đường, tai nạn và mạch máu não. Ít phổ biến hơn, nhưng quan trọng như áp xe ngoài màng cứng và di căn ngoài màng cứng, có thể chèn ép tủy sống và do đó gây bí tiểu cũng như đau lưng và yếu chi dưới.

Bí tiểu cấp có thể liên quan đến bất đồng vận cơ thắt niệu đạo (dyssynergia), mà có thể dẫn đến bệnh nhân tiểu với áp lực cao trong bàng quang và thể tích nước tiểu tồn lưu cao. Ở những bệnh nhân khác, sự co bóp không hiệu quả của cơ bàng quang yếu tố trọng dẫn đến bí tiểu.

Sự căng quá mức (overdistention): điều này thường xảy ra do sự căng quá mức cơ bàng quang dẫn đến cơ bàng quang bóp không hiệu quả. Phần lớn xảy ra trong trường hợp bệnh nhân có triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới mức cơ bản, có yếu tố thúc đẩy như uống rượu, truyền tĩnh mạch, gây mê hoặc gây tê mà không đặt thông tiểu.

Do thuốc: Hai trường hợp thường gặp trong đái tiểu cấp liên quan đến thuốc là bệnh nhân sau phẫu thuật và các bệnh nhân nam giới lớn tuổi mắc bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên. Việc sử dụng thuốc phiện hoặc các thuốc kháng cholinergic ở những bệnh nhân sau phẫu thuật có thể làm giảm sự co bóp của cơ bàng quang và giảm cảm giác bàng quang, và thuốc thông mũi có chứa thuốc cường giao cảm làm tăng trương lực cơ trơn trong vùng cổ bàng quang. Đây là một vấn đề phổ biến trong khoa cấp cứu trong những tháng mùa đông, khi những người đàn ông lớn tuổi với BPH và nhiễm trùng đường hô hấp trên đến viện vì đái tiểu.

2. Yếu tố nguy cơ

Nhiều nghiên cứu đã tập trung vào việc xác định các yếu tố nguy cơ của đái tiểu cấp, đặc biệt là ở nam giới với BPH. Mặc dù còn một số cuộc tranh cãi tồn tại, các yếu tố sau đây được chấp nhận nhất ở nam giới với BPH: Tuổi trên 70 mang một nguy cơ tương đối (RR) là 7,8 đối với sự phát triển của AUR. Điểm số triệu chứng IPSS: điểm IPSS lớn hơn 7 đại diện cho một RR 3,2 cho sự phát triển của đái tiểu. Khối lượng tuyến tiền liệt lớn hơn 30 g được đo bằng siêu âm qua trực tràng đã được liên kết với một RR 3.0. Tốc độ dòng chảy nước tiểu ít hơn 12 ml/giây mang một RR 3.9. Trị số PSA lớn hơn 2,5 và tỉ số vùng chuyển tiếp/ tổng khối lượng tiền liệt tuyến) cũng dẫn đến nguy cơ lớn hơn của sự phát triển AUR.

3. Triệu chứng

Bệnh nhân đái tiểu cấp đến bệnh viện vì đột ngột không thể đi tiểu được. Nó thường gắn liền với cảm giác khó chịu vùng bụng dưới và/hoặc trên xương mu. Bệnh nhân thường rất hồi hộp, kích thích. Những biểu hiện có thể ít rõ rệt hơn khi AUR xảy ra trên nền đái tiểu mạn tính. Đái tiểu mạn tính thường không đau. Bệnh nhân mắc AUR thường đến phòng cấp cứu hoặc bác sĩ gia đình hơn là đến bác sĩ tiết niệu. Thời gian xảy ra AUR là thường ngắn (một vài giờ, không tính bằng ngày).

4. Thăm khám

Bệnh sử: Bệnh nhân được hỏi về tiền sử đái tiểu, ung thư tuyến tiền liệt, phẫu thuật, xạ trị, hoặc chấn thương vùng chậu. Bệnh nhân cũng được hỏi về sự hiện diện của tiểu máu, tiểu khó, sốt, đau lưng, triệu chứng thần kinh, hoặc phát ban. Bệnh nhân trẻ hơn sẽ được hỏi về tiền sử ung thư hoặc lạm dụng thuốc tiêm tĩnh mạch, và sự hiện diện của đau thần kinh hoặc triệu chứng cho thấy khả năng của chèn ép tủy sống. Cuối cùng, những thuốc đang sử dụng cũng được quan tâm.

Khám thực thể: Thầy thuốc sẽ giải thích và thăm khám những triệu chứng sau đây:

Sờ nắn bụng dưới: cầu bàng quang có thể được sờ thấy. Sờ nắn trên xương mu sâu sẽ gây cảm giác khó chịu muốn đi tiểu.

Khám trực tràng: khám trực tràng nên thực hiện ở cả nam giới và phụ nữ, để đánh giá phân cứng, cảm giác đáy chậu, và trương lực cơ vòng hậu môn, tuyến tiền liệt.

Khám vùng chậu: phụ nữ đái tiểu nên được khám kỹ vùng chậu.

Khám thần kinh: việc kiểm tra thần kinh nên bao gồm đánh giá về sức cơ, cảm giác, phản xạ và trương lực cơ.

Thử tích nước tiểu tồn lưu: trường hợp nghi ngờ bí tiểu có thể đo nước tiểu còn lại trong bàng quang bằng siêu âm hoặc đặt thông tiểu.

Nếu vẫn còn nghi ngờ có hay không bí tiểu cấp, có thể đặt thông niệu đạo và theo dõi lượng nước tiểu thoát nước trong 10 – 15 phút. Nếu khối lượng này vượt quá 400cc, ống thông thường được để lại tại chỗ. Đối với khối lượng từ 200 đến 400cc, quyết định rút ống thông hay lưu ống thông phụ thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng. Đối với khối lượng ít hơn so với 200cc, rút bỏ ống thông ngay lập tức là thích hợp cho hầu hết các bệnh nhân.

5. Điều trị cấp cứu

- *Điều trị cấp cứu*: Điều trị cấp cứu là giải áp bàng quang bằng thông niệu đạo hoặc đặt thông bàng quang trên xương mu. Những bệnh nhân vừa mổ tạo hình niệu đạo hoặc cắt tuyến tiền liệt tận gốc thì không nên đặt thông niệu đạo. Thông niệu đạo ban đầu 14 – 18 Fr là lựa chọn phổ biến hơn thông bàng quang trên xương mu. Nếu bệnh nhân đã được phẫu thuật qua ngã niệu đạo trước đó như cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt (TURP), xơ tuyến tiền liệt hoặc niệu đạo có thể gây hẹp một phần. Trong trường hợp này, có thể chọn các ống thông Foley 10 hoặc 12 Fr. Trong trường hợp phì đại tuyến tiền liệt, một ống thông lớn hơn 20 hoặc 22 Fr có thể cần thiết và có thể chuyển đến các bác sĩ tiết niệu.

Đặt thông bàng quang trên xương mu đôi khi cần thiết ở những bệnh nhân có bệnh hẹp niệu đạo, BPH nặng hay các bất thường giải phẫu khác mà ngăn cản đặt Foley niệu đạo. Đặt thông bàng quang trên xương mu có thể thực hiện bởi một bác sĩ tiết niệu, nhưng cũng có thể được thực hiện bởi những nhân viên cấp cứu, có thể thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm hoặc mổ mở.

Trong trường hợp khi không có bác sĩ tiết niệu hoặc bác sĩ được đào tạo một cách thích hợp có sẵn, có thể tạm thời giải áp bằng cách chọc một cây kim trên xương mu. Tuy nhiên, giải áp bàng quang có thể làm cho đặt thông bàng quang trên xương mu khó khăn hơn.

Thông bàng quang trên xương mu ít nhiễm trùng và ít khó chịu hơn, ở bệnh nhân nam ít gây hẹp niệu đạo, ở bệnh nhân nữ ít gây tiểu không kiểm soát do rối loạn cơ thắt. Ngược lại thông bàng quang trên xương mu có thể gặp biến chứng hẹp niệu đạo.

Thông tiểu sạch cách quãng: được ủng hộ vì ít nhiễm trùng và tăng tỉ lệ tự tiểu lại được. Tuy nhiên cần hướng dẫn kỹ thuật cho y tá, mất nhiều thời gian và bệnh nhân AUR khó chấp nhận vì gây khó chịu.

- *Chỉ định nằm viện*: Nằm viện được chỉ định cho những bệnh nhân nhiễm trùng niệu hoặc bí tiểu liên quan đến bệnh ác tính hoặc chèn ép tủy sống. Đa số bệnh nhân có thể được điều trị ngoại trú một cách an toàn. Trước khi được đưa về nhà, bệnh nhân cần được hướng dẫn trong việc chăm sóc các ống thông, đổ túi đựng nước tiểu, và theo dõi lượng nước tiểu của họ. Kháng sinh dự phòng không được chỉ định cho những bệnh nhân có một ống thông tiểu. Can thiệp phẫu thuật khẩn cấp thường không được thực hiện do tăng nguy cơ biến chứng và tử vong so với giải áp bàng quang và trì hoãn điều trị phẫu thuật. Thành thạo, một áp xe

tuyến tiền liệt cấp tính được thoát lưu mủ bằng kỹ thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo vừa giải bí tiểu và thoát lưu ở vi khuẩn.

6. Thử rút thông tiểu

Bước đầu giải áp bàng quang có thể được thử rút ống thông sau đó (thường là sau 2-3 ngày) và xác định bệnh nhân có thể tự tiểu lại không. Tỷ lệ thành công khoảng 20% - 40%. Các yếu tố tiên lượng có thể rút thử thành công bao gồm: tuổi dưới 65 tuổi, áp lực cơ bàng quang lớn hơn 35 cm H₂O, thể tích nước tiểu đặt ra khoảng dưới một lít ở ống thông. Thử rút thông tiểu thường không là điều trị triệt để. Các nghiên cứu cho thấy 50% tái phát AUR trong vòng một tuần, và hai phần ba sẽ có bí tái phát trong năm.

7. Điều trị bằng thuốc

Thuốc chẹn alpha làm giảm sự tắc nghẽn cơ học do bứu lạnh tuyến tiền liệt bằng cách gây giãn của các cơ trơn ở cổ bàng quang và vỏ bao tuyến tiền liệt. Việc sử dụng các thuốc chẹn alpha ở bệnh nhân AUR trước khi loại bỏ ống thông giúp tăng tỉ lệ thành công. Một số loại khác nhau của các thuốc chẹn alpha hiện đang có tại Việt Nam: alfuzosin, tamsulosin...

Các thuốc ức chế reductase 5-alpha (finasteride và dutasteride) gây phong tỏa chọn lọc việc chuyển đổi testosterone thành dihydrotestosterone. Chúng làm giảm tỷ lệ bí tiểu cấp tính ở nam giới bệnh BPH, nhưng không làm giảm tỷ lệ tái phát sớm ở những bệnh nhân bí tiểu do BPH. Các chất ức chế reductase 5-alpha làm không có vai trò trong việc điều trị các bệnh nhân có triệu chứng cấp tính do cần thời gian dài cho việc giảm kích thước tuyến tiền liệt.

8. Phẫu thuật

Điều trị phẫu thuật vẫn là điều trị triệt để của AUR. Trong số bệnh nhân có triệu chứng BPH, cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt làm giảm nguy cơ AUR 85%-90%. Cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt vẫn là tiêu chuẩn vàng, mặc dù hiện có nhiều phương pháp điều trị khác.

Đối với thời điểm của phẫu thuật, khuyến cáo chung là phải chờ 30 ngày hoặc hơn sau khi điều trị khỏi bí tiểu. Bệnh nhân trải qua TURP ngay lập tức sau AUR tăng nguy cơ nhiều biến chứng, bao gồm chảy máu mổ, nhiễm trùng huyết và nhiễm trùng niệu.

Tất cả các bệnh nhân dự định can thiệp phẫu thuật sau AUR cần được đánh giá niệu động học, để xác định xem do tắc nghẽn dòng ra hay do cơ bàng quang co bóp kém hiệu quả.

Việc sử dụng các stent niệu đạo chỉ cải thiện khiêm tốn dòng tiểu nhưng kết hợp với một loạt các biến chứng như stent di chuyển, nhiễm trùng, sỏi... Phương thức điều trị này hiện nay chỉ dành cho những bệnh nhân không thích hợp cho phẫu thuật điều trị triệt để.

9. Bí tiểu ở phụ nữ

Trong khi rối loạn chức năng bàng quang ở phụ nữ phổ biến, bí tiểu cấp tính là ít phổ biến hơn ở phụ nữ so với nam giới. Bế tắc dòng tiểu ở phụ nữ do biến dạng giải phẫu, có thể được gây ra bởi những nguyên nhân sau: Các khối u lành

tính (u xơ tử cung). Các khối u ác tính của xương chậu, niệu đạo, âm đạo. Phù âm hộ sau sinh. Dính môi âm hộ hoặc không có lỗ màng trinh. Sa sinh dục...

Trong trường hợp không có bế tắc do giải phẫu, cần xét nghiệm niệu động học để đánh giá chức năng cơ bàng quang. Điều trị chủ yếu là thông tiểu sạch cách quãng, mở bàng quang ra da chỉ định khi bệnh nhân không tự thông tiểu sạch cách quãng được.