

VIÊM BÀNG QUANG KẼ (INTERSTITIAL CYSTITIS)

Dmitry Bisk, MD • Daniel S. Smoots, MD

TỔNG QUAN

MÔ TẢ

- Một tình trạng đặc trưng bởi đau, cảm giác nặng hoặc khó chịu ở bàng quang hoặc vùng chậu, kèm theo một hoặc nhiều triệu chứng tiết niệu sau: tiểu nhiều lần, tiểu gấp hoặc tiểu đêm
- Bệnh viêm mạn tính chưa rõ nguyên nhân, với các triệu chứng tiết niệu kéo dài >6 tuần mà không có nguyên nhân xác định khác như nhiễm trùng hay bệnh lý khác
- Ở nhiều bệnh nhân, triệu chứng khởi phát âm thầm, bệnh tiến triển qua nhiều năm với các đợt bùng phát và thuyên giảm xen kẽ, thường xảy ra trước khi được chẩn đoán xác định
- Các thể bệnh gồm: thể loét (cổ điển) và thể không loét
- Hệ cơ quan bị ảnh hưởng: thận/tiết niệu
- Tên gọi khác: hội chứng tiểu gấp - tiểu nhiều lần; hội chứng đau bàng quang/viêm bàng quang kẽ; viêm bàng quang mạn tính; loét Hunner

Lưu ý khi mang thai

Triệu chứng có thể cải thiện hoặc nặng lên khó lường trong thai kỳ; có thể liên quan đến tăng nguy cơ tiền sản giật và sinh non nhưng cần thêm nghiên cứu tiến cứu; vấn đề thường gặp là chưa rõ ảnh hưởng của thuốc dùng trong thai kỳ lên thai nhi.

DỊCH TỄ HỌC

- Xảy ra chủ yếu ở người da trắng
- Giới tính chiếm ưu thế: nữ > nam (5:1) ở nhóm tuổi 25–80
- Thường gặp nhất ở người lớn >30 tuổi, tỷ lệ chẩn đoán tăng theo tuổi

Tỷ lệ mắc mới

Khó ước tính do tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau và sự khác biệt theo vùng, nhưng tỷ lệ mắc mới trong 1 năm được báo cáo là:

- 21/100.000 bệnh nhân nữ
- 4/100.000 bệnh nhân nam

Tỷ lệ hiện mắc

Tại Hoa Kỳ:

- Tỷ lệ hiện mắc thay đổi.
- Có tới 1,2 triệu bệnh nhân nữ và 82.000 bệnh nhân nam mắc bệnh, nhưng nhiều trường hợp có thể chưa được chẩn đoán.
- 0,052% nhưng có thể cao hơn, lên đến 10%

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Nguyên nhân chưa rõ; sinh lý bệnh có khả năng do nhiều yếu tố
- Các nguyên nhân tiềm ẩn bao gồm:
 - Tổn thương lớp biểu mô niệu, sản xuất yếu tố kháng tăng sinh (antiproliferative factor), và suy giảm lớp glycosaminoglycan
 - Tính mềm dẻo của thần kinh hướng tâm (afferent nerve plasticity)

- Rối loạn chức năng sàn chậu
- Thâm nhiễm dưỡng bào, nitric oxide bàng quang
- Giảm tưới máu
- Viêm do thần kinh
- Tự miễn

YẾU TỐ NGUY CƠ

Chưa rõ ràng nhưng một số yếu tố nguy cơ được báo cáo gồm:

- Giới nữ
- Mới bị nhiễm trùng tiểu (UTI)
- Hội chứng ruột kích thích (IBS)
- Dị ứng
- Tiền sử bị lạm dụng tình dục

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

- Đau cơ xơ hóa (Fibromyalgia)
- Dị ứng
- Hội chứng mệt mỏi mạn tính
- Trầm cảm và rối loạn hoảng loạn
- Đau âm hộ (Vulvodynia)
- Rối loạn chức năng tình dục
- Rối loạn giấc ngủ
- Đau nửa đầu (Migraine)
- Ngất
- Khó tiêu
- Viêm tuyến tiền liệt mạn tính
- Đau vùng chậu mạn tính và rối loạn chức năng sàn chậu
- Hội chứng ruột kích thích (IBS)
- Bệnh lý hậu môn/trực tràng
- Đau bìu mạn tính
- Chấn thương
- Các bệnh tự miễn như lupus ban đỏ hệ thống (SLE) và hội chứng Sjögren

CHẨN ĐOÁN

- Có nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau, phụ thuộc vào triệu chứng của bệnh nhân và việc loại trừ các bệnh lý chồng lấp khác.
- Ở các trường hợp không phức tạp, có thể chẩn đoán lâm sàng dựa trên các triệu chứng đã hiện diện >6 tuần mà không có nguyên nhân khác như nhiễm trùng hoặc rối loạn khác.
 - Đau, cảm giác nặng hoặc khó chịu ở bàng quang/vùng chậu kèm ít nhất một trong các triệu chứng tiết niệu sau:
 - Tiểu nhiều lần vào ban ngày, tiểu gấp, hoặc tiểu đêm

- Nội soi bàng quang kèm giãn nở nước (hydrodistension) hoặc các nghiệm pháp niệu động học không nên dùng để xác lập chẩn đoán, nhưng có thể cân nhắc khi chẩn đoán chưa rõ ràng hoặc bệnh cảnh phức tạp (1).

BỆNH SỬ

- Khai thác bệnh sử kỹ lưỡng về đau bàng quang/vùng chậu và các triệu chứng tiết niệu (kèm kiểu đi tiểu)
- Triệu chứng thay đổi, có thể tiến triển theo thời gian
- Triệu chứng tiết niệu thường gặp khi khởi phát là tiểu gấp và tiểu nhiều lần
- Triệu chứng xảy ra theo từng đợt bùng phát rồi thuyên giảm
- Các đợt bùng phát có thể liên quan đến kỳ kinh, stress, hoạt động tình dục, IBS, lạc nội mạc tử cung, đau âm hộ, đau cơ xơ hóa, hội chứng mệt mỏi mạn tính, các bệnh tự miễn
- Các thực phẩm gây kích thích thường gặp: caffeine, nước ngọt có ga và đồ uống có ga khác, rượu bia, thực phẩm có tính acid (cam quýt, cà chua)
- Sử dụng các bộ câu hỏi đã được kiểm chứng: Chỉ số Đau và Đi tiểu O'Leary/Sant

KHÁM THỰC THỂ

- Kết quả khám có thể không đặc hiệu, nhưng các dấu hiệu thường gặp nhất gồm khí sắc bất thường, đau vùng cổ bàng quang, đau vùng trên xương mu, và đau cơ nâng hậu môn.
- Khám bụng
 - Loại trừ khối u hoặc thoát vị
 - Các dấu hiệu của viêm bàng quang kể có thể gồm đau vùng trên xương mu và đau góc sườn sống
- Khám vùng chậu ở nữ
 - Các dấu hiệu gợi ý viêm bàng quang kể gồm co thắt sàn chậu, đau trên xương mu, co thắt trực tràng, đau niệu đạo, và đau đáy bàng quang khi khám thành trước âm đạo
- Thăm khám trực tràng bằng ngón tay ở nam
 - Đau tuyến tiền liệt có thể xảy ra nhưng dễ dẫn đến chẩn đoán nhầm là viêm tuyến tiền liệt mạn tính
 - Các dấu hiệu gợi ý viêm bàng quang kể gồm co thắt cơ vòng

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Nhiễm trùng tiểu (UTI)
- Viêm tuyến tiền liệt cấp và mạn tính
- Bàng quang tăng hoạt
- Tiểu không tự chủ do tiểu gấp
- U bàng quang
- Sỏi bàng quang hoặc sỏi niệu quản
- Đau vùng chậu mạn tính
- Sa cơ quan vùng chậu
- Túi thừa niệu đạo
- Bệnh bàng quang thần kinh
- Bệnh lý vùng chậu không do tiết niệu (bệnh lây qua đường tình dục, lạc nội mạc tử cung, giãn cơ vùng chậu, đau dây thần kinh thẹn)

XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh)

- Nhật ký đi tiểu để ghi nhận triệu chứng và thiết lập triệu chứng nền khi đánh giá điều trị
- Tổng phân tích nước tiểu và cấy nước tiểu để loại trừ nhiễm trùng
- Xét nghiệm lậu cầu và Chlamydia ở bệnh nhân có mủ niệu hoặc có nguy cơ cao mắc bệnh lây qua đường tình dục
- Không khuyến cáo sử dụng các dấu ấn sinh học trong nước tiểu (urine biomarkers)
- Tế bào học nước tiểu
 - Không khuyến cáo dùng thường quy. Có thể cân nhắc xét nghiệm ở bệnh nhân có nguy cơ cao mắc ung thư đường tiết niệu, kết hợp với quy trình tầm soát ung thư khuyến cáo.

Thủ thuật chẩn đoán/Khác

- Nội soi bàng quang kèm giãn nở nước có thể giúp phân biệt các bệnh lý khác nhưng không nên dùng để xác lập chẩn đoán viêm bàng quang kẽ (1).
- Không khuyến cáo thực hiện thường quy nghiệm pháp niệu động học, nhưng có thể dùng để phân biệt các rối loạn đi kèm khác ảnh hưởng đến hướng điều trị như bàng quang tăng hoạt, tiểu không tự chủ do gắng sức, hoặc rối loạn đi tiểu (1).
- Thử nghiệm bàng quang bằng lidocaine đặt trong bàng quang (gây tê) có thể giúp xác định bàng quang là nguồn gốc gây đau ở bệnh nhân đau vùng chậu.
- Không khuyến cáo dùng nghiệm pháp nhạy cảm kali (potassium sensitivity test) trong lâm sàng vì không đặc hiệu, gây đau, và không làm thay đổi hướng điều trị.
- Không khuyến cáo sinh thiết bàng quang để chẩn đoán, nhưng được thực hiện nếu nghi ngờ ác tính.

Giải thích kết quả xét nghiệm

- Khi thực hiện sinh thiết bàng quang, kết quả thường thấy viêm mạn tính không đặc hiệu và/hoặc mức dưỡng bào cao.
- Tế bào học nước tiểu âm tính với loạn sản và tân sinh

ĐIỀU TRỊ

BIỆN PHÁP CHUNG

- Mục tiêu điều trị là kiểm soát triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.
- Không có phác đồ điều trị hiệu quả phổ quát. Cũng chưa có bằng chứng mạnh cho thấy bất kỳ phương pháp điều trị nào thực sự hiệu quả, cần thêm các thử nghiệm quy mô lớn. Tuy nhiên, có thể cân nhắc các biện pháp bảo tồn chung cho tất cả bệnh nhân, bao gồm (1)[C]:
 - Giáo dục bệnh nhân về chức năng bàng quang bình thường, diễn tiến bệnh, việc chưa có phương pháp chữa khỏi, quản lý theo dõi và các chiến lược điều trị
 - Thay đổi chế độ ăn
 - Chế độ ăn/uống loại trừ, đặc biệt chú ý các yếu tố kích thích thường gặp như caffeine, rượu bia, nước ngọt có ga, thực phẩm có tính acid cao (cam quýt), cà chua, và chuối
 - Thiền, tư vấn tâm lý và quản lý stress
 - Tập thể dục đều đặn
 - Thư giãn sàn chậu
 - Tránh các hoạt động làm nặng thêm cơn đau

THUỐC ĐIỀU TRỊ

- Các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng của hầu hết các thuốc điều trị viêm bàng quang kể cho thấy lợi ích hạn chế so với giả dược; không có yếu tố dự đoán rõ ràng nào cho biết thuốc nào sẽ có hiệu quả ở từng cá nhân. Cần chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân rằng điều trị có thể phải thử-sai nhiều lần.
- Một tổng quan hệ thống về các lựa chọn điều trị bao gồm thuốc chống trầm cảm, pentosan polysulfate sodium, và phong bế thần kinh cơ không cho thấy bằng chứng thuyết phục về hiệu quả điều trị triệu chứng (2)[A].
- Nên thử các liệu pháp bảo tồn trước, các liệu pháp mạnh hơn có thể được bắt đầu tùy theo triệu chứng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (1)[C].
- Điều trị nên dựa trên triệu chứng, mức độ nặng của triệu chứng, và sở thích của bệnh nhân (1)[C].
- Có thể cân nhắc phối hợp nhiều phương pháp điều trị đồng thời nếu phù hợp với lợi ích của bệnh nhân, đồng thời cần theo dõi và đánh giá triệu chứng cẩn thận (1)[C].

Điều trị bậc một

Lưu ý: Theo đồng thuận của Hiệp hội Tiết niệu Hoa Kỳ (AUA), giáo dục bệnh nhân, kiểm soát đau, thư giãn tổng quát, giảm stress, điều chỉnh hành vi, và tự chăm sóc là điều trị bậc một (1)[C].

Điều trị bậc hai

Chưa có sự đồng thuận về loại thuốc nào nên khởi đầu trước. Lựa chọn nên dựa trên triệu chứng và sở thích của bệnh nhân. Các phương pháp điều trị sau được AUA xếp vào bậc hai (1)[C]:

- Amitriptyline: 25–100 mg/ngày, hiệu quả nhất ở liều cao (≥ 50 mg/ngày); tuy nhiên nên khởi đầu liều thấp để giảm thiểu tác dụng phụ (1)[C].
- Cimetidine 400 mg, 2 lần/ngày. Tác dụng phụ hiếm gặp (1)[C].
- Hydroxyzine 25–75 mg trước khi ngủ. Tác dụng phụ thường gặp gồm buồn ngủ và khô miệng (1)[C].
- Pentosan polysulfate 100 mg, 3 lần/ngày, lúc đói; có thể mất vài tháng (3–6 tháng) mới có hiệu quả (thuốc duy nhất được FDA phê duyệt điều trị viêm bàng quang kẽ). Tác dụng phụ có thể gồm đau đầu, buồn nôn, tiêu chảy, chóng mặt, phát ban, phù, và rụng tóc. Khuyến cáo khám mắt định kỳ ở bệnh nhân dùng thuốc kéo dài do nguy cơ hiếm gặp bệnh hoàng điểm không điển hình (1)[C].
- Điều trị đặt trong bàng quang (1)[C]
 - Dimethyl sulfoxide (DMSO) mỗi 1–2 tuần trong 3–6 tuần, sau đó dùng khi cần (là liệu pháp đặt trong bàng quang duy nhất được FDA phê duyệt). Tác dụng phụ gồm đau khi đặt thuốc, mùi khó chịu, và làm nặng thêm cơn đau mạn tính.
 - Heparin 10.000–20.000 đơn vị pha trong 2–5 mL dung dịch, 3 lần/tuần
 - Lidocaine 1%, 20–30 mL, được xem là lựa chọn điều trị ngắn hạn

Điều trị bậc ba

- Nội soi bàng quang gây mê kèm giãn nở nước áp lực thấp (1)[C]
- Điều trị tổn thương Hunner nếu phát hiện, bằng laser, đốt điện, và/hoặc tiêm triamcinolone (1)[C]

Điều trị bậc bốn

Kích thích thần kinh (Neurostimulation): Có thể đặt thiết bị kích thích thần kinh vĩnh viễn nếu các phương pháp điều trị khác không hiệu quả trong việc cải thiện triệu chứng hoặc chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (1)[C].

VẤN ĐỀ CẦN HỘI CHẨN/CHUYỂN TUYẾN

- Cần làm rõ chẩn đoán
- Can thiệp phẫu thuật

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

- Vật lý trị liệu bằng tay (xoa bóp điểm kích hoạt vùng chậu, đai hông, bụng có chủ đích) được AUA xếp vào liệu pháp bậc hai (1)[C],(3)[B].
- Cyclosporine A đường uống (được AUA xếp vào bậc năm), acid hyaluronic đặt trong bàng quang, và/hoặc chondroitin sulfate đặt trong bàng quang có thể được cân nhắc nếu các liệu pháp nêu trên không hiệu quả trong việc cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống (1)[C].
- Sildenafil 25 mg: một thử nghiệm ngẫu nhiên nhỏ cho thấy cải thiện triệu chứng tiết niệu tại thời điểm 3 và 6 tháng

PHẪU THUẬT/CÁC THỦ THUẬT KHÁC

- Giãn nở bàng quang bằng thủy lực dưới gây mê: giảm triệu chứng nhưng chỉ tạm thời
- Kích thích thần kinh cùng (Sacral neuromodulation)
- Đốt điện hoặc đốt laser qua niệu đạo (hiệu quả với tổn thương Hunner). Hiệu quả giảm đau có thể kéo dài từ vài tháng đến vài năm.
- Phẫu thuật tạo hình mở rộng bàng quang để tăng dung tích và giảm áp lực bàng quang, có hoặc không kèm cắt bàng quang bán phần. Kết quả kỳ vọng ở các trường hợp nặng: cải thiện nhiều 75%; còn khó chịu tồn dư 20%; không thay đổi 5%
- Chuyển lưu nước tiểu kèm cắt toàn bộ bàng quang, chỉ thực hiện khi bệnh hoàn toàn kháng trị với điều trị nội khoa

Y HỌC BỔ SUNG VÀ THAY THẾ

- Có đề xuất liệu pháp glycerophosphate và châm cứu, nhưng chưa có thử nghiệm lâm sàng nào hoàn thành để chứng minh hiệu quả.
- Một thử nghiệm nhỏ trên 21 bệnh nhân điều trị oxy cao áp cho thấy giảm đau 28% tại thời điểm 3 tháng.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN CÁO THEO DÕI

Theo dõi bệnh nhân

Điều chỉnh theo mức độ nặng, thời gian mắc bệnh, và đáp ứng với can thiệp

CHẾ ĐỘ ĂN

- Điều chỉnh chế độ ăn, chế độ ăn loại trừ
- Các yếu tố kích thích thường gặp gồm caffeine, sô-cô-la, cam quýt, cà chua, đồ uống có ga, thực phẩm giàu kali, đậu nành, thức ăn cay, thực phẩm có tính acid, và rượu bia.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Hiệp hội Viêm Bàng quang Kẽ (Interstitial Cystitis Association), 110 Washington St. Suite 340, Rockville, MD 20850; 1-800-HELPICA: <http://www.ichelp.org/>
- Do có sự chồng lấp với hội chứng đau vùng chậu mạn tính, bệnh nhân có thể hưởng lợi từ các bài tập tại nhà

TIỀN LƯỢNG

- Bệnh nhân thường báo cáo giảm chất lượng cuộc sống.
- Triệu chứng có thể đạt trạng thái ổn định (plateau) sau khoảng 5 năm mắc bệnh.
- Thể nhẹ: các đợt bùng phát và thuyên giảm triệu chứng xen kẽ; có thể không tiến triển; không làm tăng nguy cơ mắc các bệnh khác
- Thể nặng: các vấn đề tiến triển nặng dần, thường cần phẫu thuật để kiểm soát triệu chứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, et al; for American Urological Association. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. J Urol. 2015;193(5):1545–1553.
2. Imamura M, Scott NW, Wallace SA, et al. Interventions for treating people with symptoms of bladder pain syndrome: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2020;7(7):CD013325.
3. FitzGerald MP, Payne CK, Lukacz ES, et al; for Interstitial Cystitis Collaborative Research Network. Randomized multicenter clinical trial of myofascial physical therapy in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and pelvic floor tenderness. J Urol. 2012;187(6):2113–2118.

XEM THÊM

- Nhiễm trùng đường tiết niệu (UTI) ở nữ giới
- Sơ đồ: Đau đái chậu (Thai kỳ hoặc Đau vùng chậu sau sinh)

MÃ BỆNH (CODES)

ICD10

- N30.10 Viêm bàng quang kẽ (mạn tính) không kèm tiểu máu
- N30.11 Viêm bàng quang kẽ (mạn tính) kèm tiểu máu

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- Trong hầu hết các trường hợp, đây là chẩn đoán lâm sàng, đặc trưng bởi các triệu chứng đã hiện diện >6 tuần mà không có nguyên nhân nền khác. Triệu chứng gồm đau, cảm giác nặng, hoặc khó chịu ở bàng quang hoặc vùng chậu, kèm ít nhất một trong các triệu chứng tiết niệu sau: tiểu nhiều lần ban ngày, tiểu gấp, hoặc tiểu đêm.
- Hiện tại, chưa có phương pháp điều trị dứt điểm cho viêm bàng quang kẽ.
- Hầu hết bệnh nhân bị bệnh nặng cần phối hợp nhiều phương pháp điều trị. Việc theo dõi định kỳ đa chuyên khoa, điều trị bằng thuốc, tránh các yếu tố kích thích triệu chứng, và hỗ trợ tâm lý đều quan trọng vì bệnh có xu hướng bùng phát và thuyên giảm xen kẽ. Cần theo dõi bệnh nhân về trầm cảm đi kèm.
- Trao quyền cho bệnh nhân tự quản lý triệu chứng, giao tiếp thường xuyên với bác sĩ, và tìm hiểu càng nhiều càng tốt về bệnh này, điều này có thể giúp tối ưu hóa kết quả điều trị.