

# CHĂM SÓC BAN ĐẦU RỐI LOẠN CHỨC NĂNG SÀN CHẬU

Nguyễn Thị Vinh Thành  
Bệnh viện Từ Dũ

## 1. Đặt vấn đề

Sàn chậu là cấu trúc phức tạp gồm thần kinh, cơ, mô liên kết nằm trong khung xương chậu, đi từ xương mu đến xương cụt và thành chậu 2 bên. Sàn chậu có vai trò nâng đỡ các cơ quan như Bàng quang, Tử cung, Trực tràng và đóng mở đường ra của các cơ quan này: niệu đạo, âm đạo và hậu môn. Rối loạn chức năng sàn chậu có thể là tiêu không kiểm soát, tiểu không kiểm soát, sa các tạng vùng chậu, rối loạn tình dục và đau mãn tính liên quan đến các cơ quan vùng chậu, ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng sống. Khi bị sa tạng chậu, người bệnh thường e ngại, họ ít khi đến khám tại các trung tâm y tế mà thường dùng những biện pháp dân gian như xông hơi, bôi thuốc... Phần niêm mạc âm đạo bị ở bên ngoài lâu ngày gây viêm hăm, khô và loét tại chỗ, thói quen đi tiểu cũng thay đổi, luôn luôn cảnh giác sợ són tiểu nên phải đi tiểu thường xuyên không nín nhịn được, uống ít nước để ít đi tiểu..Những thói quen xấu hình thành lâu ngày gây nên nhưng hệ lụy về sau cho bàng quang. Phần lớn người bệnh âm thầm chịu đựng, khi họ đến với thầy thuốc thì tình trạng đã nặng lên nhiều hơn. Tác động của việc không kiểm soát về chất lượng sống của người bệnh rất lớn, nó có thể: gây trầm cảm và các vấn đề về hành vi, hạn chế việc làm, giáo dục, giải trí, hoạt động, dẫn đến mặc cảm cách biệt với xã hội.

Cùng với sự chăm sóc y tế ngày càng cao, người phụ nữ sống thọ hơn, số liệu về dân số thế giới (Bureau of Census), dự báo tỷ lệ người cao tuổi sẽ tăng 33% đến năm 2050, so với trước đây là 23% vào năm 1995. Người thầy thuốc cần quan tâm nhiều hơn đến tình trạng rối loạn chức năng sàn chậu ở phụ nữ. Phục hồi chức năng sàn chậu không chỉ là phẫu thuật, các nhà lâm sàng cần biết về những chăm sóc ban đầu trong điều trị, gồm thay đổi thói quen sinh hoạt, tập bàng quang, tập vật lý trị liệu sàn chậu, sử dụng nội tiết tại chỗ, sử dụng vòng nâng âm đạo.. Lựa chọn một biện pháp điều trị thích hợp tùy theo từng bệnh nhân ( độ tuổi, tình trạng sức khỏe, mong muốn của người bệnh ) và khả năng thực hiện tại từng cơ sở y tế. Mục tiêu của điều trị nội khoa là nâng cao chất lượng cuộc sống, khôi phục chức năng tiêu tiểu có kiểm soát, duy trì được quan hệ tình dục, dự phòng và hạn chế tái phát.

Điều trị nội khoa là điều trị hành vi, học cách hiểu để thay đổi những thói quen không tốt trước đây. Các thói quen xấu phải mất một thời gian thật dài để hình thành, nên việc tạo lại một thói quen mới để kiểm soát lại phải cần sự kiên nhẫn, kiên trì và việc này kéo dài đến hết cuộc sống còn lại.

## 2. Rối loạn chức năng sàn chậu

Gồm 5 nhóm triệu chứng

### 2.1. Triệu chứng đường tiểu dưới

- Tiểu không kiểm soát
- Nhiễm trùng đường tiểu dưới
- Chứa đựng bàng quang
- Cảm giác bàng quang
- Quá trình đi tiểu và sau đi tiểu

### 2.2. Triệu chứng hậu môn trực tràng

- Tiêu không kiểm soát
- Tiêu gấp, tiêu gấp không kiểm soát
- Tổng phân phải rặn
- Cảm giác tổng phân không hết
- Táo bón
- Sa trực tràng

### 2.3. Sa các tạng vùng chậu

- Trầm nặng vùng chậu
- Khối phồng trong âm đạo
- Xuất huyết, tiết dịch, nhiễm trùng
- Đẩy khối sa lên khi đi tiêu tiểu

### 2.4. Rối loạn tình dục

- Giao hợp đau
- Giao hợp giảm cảm giác, bị cản trở

### 2.5. Đau vùng chậu

- Đau bàng quang, niệu đạo
- Đau âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn
- Đau vùng chậu có hay không theo chu kỳ
- Đau thần kinh thẹn

Khám và đánh giá Rối loạn chức năng sàn chậu cần có một cách nhìn tổng thể. Nghiên cứu của G Willi Davila, có một sự liên quan bệnh lý giữa các tạng trong vùng chậu. Không ngạc nhiên khi bệnh nhân khám vì tiêu không kiểm soát, có 24-53% có kèm tiểu không kiểm soát, 7-22% có kèm sa tạng chậu. Đối với bệnh nhân có Sa tử cung, 18% có kèm tiêu không kiểm soát và 34% sa trực tràng phối hợp. Điều trị rối loạn chức năng sàn chậu cần sự kết hợp của nhiều chuyên gia cùng lúc.

### 3. Khuyến cáo về phương pháp vật lý

#### 3.1. Những thói quen tốt:

##### 3.1.1. Thói quen uống nước.

Thói quen của mỗi cá thể có khi là uống nước quá nhiều hoặc quá ít. Uống nước đủ là cần thiết để loại bỏ chất kích thích cho bàng quang. Uống nước ít làm tăng nhiễm trùng tiểu và làm giảm chức năng của bàng quang (Dowd, 1996). Ngược lại uống nước quá nhiều có thể gây són tiểu, tiểu nhiều lần và tiểu gấp. Khảo sát trên cộng đồng những người lớn tuổi, ghi nhận họ tự hạn chế uống nước do sợ bị són tiểu, tiểu gấp và tiểu nhiều lần (Engberg et al., 1995; Johnson et al., 2000). Uống nước đủ quan trọng với người già, là những người thường kém ăn và có nguy cơ mất nước.

Lượng nước trung bình được tính khoảng 30cc/kg cơ thể, nghĩa là tối thiểu khoảng 1500ml/ ngày chia làm nhiều lần trong ngày, trừ trường hợp có chống chỉ định y khoa. Một số nghề nghiệp phải uống ít nước do không muốn đi tiểu thường xuyên, cho thấy bệnh nhiễm trùng tiểu gia tăng (Nygaard and Linder, 1997).

Trong dân số người lớn tuổi, dường như có một sự liên quan mạnh giữa việc uống nước buổi chiều tối, tiểu đêm và đa niệu đêm. Người già lão có xu hướng tiểu đêm nhiều, tính về cả số lần tiểu đêm cũng như lượng nước thải vào ban đêm hơn. Tiểu đêm là tiểu hơn 2 lần một đêm. Những thuốc điều trị những chứng bệnh mãn tính như, suy tim sung huyết, suy tĩnh mạch phù ngoại biên, hạ đường huyết và tạo nước tiểu nhiều, thuốc ngủ, thuốc lợi tiểu uống vào buổi chiều tối có thể là nguyên nhân gây tiểu đêm và đa niệu. Người bệnh bị phù nề chi dưới cần được tư vấn nằm hoặc ngồi kê cao chân, hoặc ngủ một chút trước bữa ăn trưa, để kích thích sự tạo nước tiểu tự nhiên, làm giảm tạo nước tiểu về đêm. Thuốc uống nên uống vào giữa bữa ăn tối, tránh uống thêm nước từ sau 18.pm

##### 3.1.2. Những chất gây kích thích bàng quang

Một số thức ăn, thức uống có thể là nguyên nhân gây lợi tiểu, đi tiểu nóng rát và kích thích bàng quang. Không nên xem nhẹ Cafein có trong thức uống, thức ăn và một số thuốc vì có thể gây kích thích sự co cơ detrusor. Thống kê của cục Quản lý Thuốc và Thực phẩm FDA Hoa kỳ cho thấy có hơn 300 loại chế phẩm thức uống và thuốc có chứa Cafein. Ngoài cafein, rượu và các chất có alcohol cũng gây lợi niệu và gây đi tiểu nhiều lần. ( Newman 2004, 2005). Thức ăn của người châu Á nhiều gia vị như ớt, tiêu, tỏi .. cũng là chất kích thích niêm mạc bàng quang gây kích thích đi tiểu. Các bằng chứng cho thấy việc loại bỏ các chất kích thích trong thức ăn và thức uống là một vai trò quan trọng điều trị són tiểu (Newman 2007). Nghiên cứu cho thấy

giảm cafein có làm giảm tình trạng són tiểu và tiểu nhiều lần (Arya et al., 2000; Tomlinson et al., 1999).

Đánh giá việc tiêu thụ cafein trong ngày là một việc không thể thiếu của người thực hành lâm sàng trước một người bệnh có triệu chứng của bàng quang tăng kích thích (OAB) như són tiểu, tiểu gấp, tiểu thường xuyên. Liều cafein được đề nghị là không quá 200mg/ ngày, nghĩa là không quá 2 ly. Bệnh nhân cần được hướng dẫn loại bỏ từng chất một các thức ăn thức uống có nghi ngờ gây kích thích niêm mạc bàng quang.

##### 3.1.3. Thói quen ruột. (Regularity of bowel function)

Táo bón (được định nghĩa ít hơn 3 lần một tuần) có liên quan đến són tiểu và bàng quang tăng hoạt. Có sự tác động lẫn nhau giữa bàng quang, trực tràng và niệu đạo do có cùng một hệ thần kinh chi phối là thần kinh thận (Dohil et al 1994). Các nghiên cứu trên những phụ nữ bị táo bón nặng trong một thời gian dài cho thấy gây tác động thay đổi lên chức năng hệ thần kinh vùng chậu ( Snook et al 1985)

Cơ thắt ngoài hậu môn và các nhóm cơ sàn chậu có thể bị thương tổn do bị căng thẳng quá mức kéo dài do táo bón thường xuyên ( Lobowski et al 1988)

Việc hướng dẫn chăm sóc thói quen ruột là một phần không thể thiếu trong điều trị vật lý trị liệu sàn chậu.

Tư vấn chế độ ăn nhiều chất xơ, nhiều nước, tập thói quen đi tiêu đúng giờ, tập thể dục. Việc tập thói quen đi tiêu đúng giờ có thể phối hợp sử dụng một số thuốc đi kèm. Phân tích của Cochrane 2003 cho thấy việc thiết lập lịch trình đi tiêu tiểu ở người già là có ích cho liệu trình điều trị són tiểu và tiểu nhiều và tiểu đêm (Eustice et al., 2002; Ostaszkiwicz et al., 2002a, 2002b). Lịch trình này cần thảo luận và đồng thuận của người bệnh về lợi ích, tránh cảm giác bị kiểm soát và xâm lấn.

#### 3.2. Tập bàng quang:

Chương trình tập luyện bàng quang giúp làm tăng thời gian giữa hai lần đi vào nhà vệ sinh, giúp làm tăng khả năng giữ nước tiểu trong bàng quang, giúp người bệnh điều khiển được cảm giác đi tiểu gấp gáp khi bàng quang co thắt không cần thiết. Tập luyện bàng quang giúp cho họ lấy lại khả năng kiểm soát bàng quang của mình,

Cơ chế hoạt động chưa được hiểu rõ, nhưng người ta cho rằng tập bàng quang có hiệu quả ức chế vỏ não trước những tín hiệu co thắt của cơ Detrusor, tạo điều kiện cho vỏ não đóng niệu đạo khi bàng quang đầy, tăng cường sức co của cơ vân vùng chậu, và làm thay đổi hành vi ảnh hưởng đến són tiểu. Một số chiến lược giúp người bệnh giảm cảm giác thôi thúc, ví dụ hít thở sâu, đi chậm lại, bình tĩnh chống lại cảm

giác thôi thúc, hoặc co thắt thật mạnh và kéo dài cơ vùng sàn chậu 2 – 3 giây. Việc sử dụng đồng hồ bấm giờ hoặc đồng hồ nhà bếp có lợi ích cho một lịch trình tập. (Newman 2005)

Xem bài hướng dẫn tập bàng quang

Nhật ký đi tiểu (Voiding diary/ Bladder diary) là công cụ để theo dõi bài tập bàng quang.

Giám sát tập bàng quang thông qua việc sử dụng các nhật ký đi tiểu là cần thiết để đánh giá sự tuân thủ và để xác định khoảng thời gian cho bài tập hàng tuần tiếp theo.

Như hầu hết các biện pháp can thiệp hành vi, mối quan hệ giữa bác sĩ và bệnh nhân là rất quan trọng cho sự thành công của bài tập. Các bác sĩ phải theo dõi sự tiến bộ của bệnh nhân, cung cấp lời khen ngợi và khuyến khích nếu thích hợp.

Hầu hết các chuyên gia cho rằng, ở những bệnh nhân có các triệu chứng OAB, kết hợp phương pháp điều trị cải thiện hành vi với điều trị bằng thuốc là hiệu quả nhất (Burgio et al., 2002; Mattiasson et al., 2003).

### 3.3. Tập cơ sàn chậu (PFMT - Pelvic Floor Muscle Training)

Bài tập cơ sàn chậu (PFMEs) đã được giới thiệu vào những năm 1940 bởi Tiến sĩ Arnold Kegel và đã được gọi là bài tập Kegel.

Có 30% người nữ không biết cơ sàn chậu đúng trong lần khám đầu tiên, dù đã được hướng dẫn trước đó ( Benvenuti et al 1987, Bo et al 1988). Vai trò quan trọng của người thực hành lâm sàng hướng dẫn tập vật lý trị liệu là phải nhận biết, đánh giá mức độ cơ sàn chậu của từng người bệnh, tham khảo thang Oxford cải tiến, phân loại mức độ cơ sàn chậu ( 5 mức độ)

Tổng kết của Kari Bo 2011 cho kết luận Tập cơ sàn chậu có hiệu quả trong điều trị SUI. Tập sàn chậu có giám sát và chuyên sâu có hiệu quả hơn không có giám sát. Không có tác dụng phụ trong tập cơ sàn chậu. Còn thiếu những thực nghiệm lâm sàng để đánh giá hiệu quả của tập cơ sàn chậu trên rối loạn chức năng tình dục [2].

Cơ sàn chậu điều khiển được từ vỏ não.

Bài tập cơ thắt có 2 dạng :

- Dạng 1 - co thắt nhanh
- Dạng 2- co chậm và giữ chắc.

Bài tập co chậm giúp cải thiện độ bền của cơ, trong khi bài tập co nhanh và mạnh giúp tạo thành phản xạ cơ cơ khi có một sự tăng áp lực ổ bụng đột ngột, chẳng hạn ho và hắt hơi.

Cơ cơ có ý thức trước và trong khi xảy ra tăng áp lực ổ bụng và duy trì thói quen co thắt để ngăn ngừa sa sàn chậu, Miller 1998

Một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng Burgio K, et al, JAMA 280: 1995-2000 (1998) so sánh giữa điều trị thuốc và thay đổi hành vi, cho kết luận: Thay đổi hành vi, kết hợp với tập cơ sàn chậu có hỗ trợ Biofeedback cho kết quả rất thành công trong điều trị són tiểu.

Bài tập Knack là cải biên từ bài tập co nhanh kết hợp ho, tạo thành thói quen phản xạ cơ cơ khi ho hoặc hắt hơi.

Các nhà vật lý trị liệu sàn chậu cần hướng dẫn cụ thể cho người bệnh cách nhận biết cơ cơ đúng:

- Không làm co các cơ của đùi, mông hoặc bụng, tưởng tượng đang cố gắng kiểm soát sự thoát ra của khí, hoặc ngồi trên mặt phẳng ghế, thắt chặt các vòng cơ xung quanh hậu môn. Cảm nhận cảm giác đóng và nâng lên của âm hộ, âm đạo.

- Đối với nam giới, yêu cầu họ tưởng tượng dương vật di chuyển lên xuống mà không di chuyển bất kỳ phần nào khác của cơ thể.

Bệnh nhân cần được khuyến cáo không nên thực hiện các bài tập trong quá trình đi tiểu, không dùng ngắt khi bắt đầu dòng chảy nước tiểu như một hình thức tập thể dục. Bài tập này có mặt tốt vì nhiều bệnh nhân ban đầu báo cáo không có khả năng ngăn chặn dòng chảy nước tiểu khi nó bắt đầu. Tuy nhiên, có một số tranh cãi bởi vì nó là nonphysiological và có thể có hại. Ngoài ra, bệnh nhân không nên tập cơ cơ quá mức vì có những phụ nữ có thể đau cơ do thực hiện các bài tập quá mức (DeLancey et al., 1993).

### 3.4. Liệu pháp Biofeedback

Biofeedback được định nghĩa là sự diễn giải những hoạt động của cơ thể bằng hình ảnh qua các thiết bị cảm biến ngoại vi, với mục đích cải thiện chất lượng đo [1]. Ngày nay, có nhiều các thiết bị phản hồi sinh học hỗ trợ cho tập cơ cơ sàn chậu. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng tập thể dục cơ cơ sàn chậu nhiều hiệu quả hơn so với không điều trị cho SUI. Đối với phụ nữ bị tiểu không kiểm soát gắng sức và hỗn hợp, hầu hết các nghiên cứu thực nghiệm cho thấy tập sàn chậu bổ sung phản hồi sinh học có hiệu quả trong điều trị.

### 3.5. Kích thích điện cơ

Là đưa một dòng điện thấp vào để kích thích sự co cơ sàn chậu. Kích thích điện cơ sàn chậu có hai tác động: co cơ sàn chậu và ức chế sự co thắt ngoại ý của cơ Detrusor.

## 4. Nội tiết tại chỗ

Ở người nữ, hệ niệu dưới và hệ sinh dục có cùng nguồn gốc phôi thai từ xoang niệu dục (tam cá nguyệt đầu thai kỳ). Thụ thể Estrogen tập trung chính ở lớp tế bào biểu mô vảy của niệu đạo gần, niệu đạo

xa, âm đạo, và vùng tam giác bàng quang. Nhóm cơ mu cụt của sàn chậu cũng nhạy với Estrogen [9]. Tình trạng thiếu hụt Estrogen của tuổi quanh mãn kinh và mãn kinh, gây thiếu dưỡng vùng da niêm mạc niệu sinh dục, lớp niêm mạc trở nên mỏng hơn, thiếu hụt glycogen bề mặt, điều này dẫn đến những thay đổi nồng độ axit trong âm đạo, niêm mạc trở nên khô, mỏng, và ít chất bôi trơn. Một khảo sát 2045 phụ nữ tại Anh độ tuổi từ 55 đến 85 của Barlow và cộng sự cho thấy có 48,5% người hậu mãn kinh có triệu chứng về đường niệu dưới.

Các thay đổi ở niêm mạc âm đạo cũng xảy ra ở niệu đạo và trong vùng tam giác của bàng quang. Những thay đổi này có thể dẫn đến các triệu chứng tiểu lắt nhắt và khó chịu đi tiểu, dễ bị nhiễm trùng đường tiểu dưới hoặc có các triệu chứng của viêm âm đạo. Estrogen sử dụng tại chỗ là đủ hiệu quả làm giảm các triệu chứng này, thay vì dùng nội tiết thay thế toàn thân. Những chứng cứ nghiên cứu cho thấy sử dụng nội tiết hỗ trợ tại chỗ góp phần làm tăng hiệu quả sử dụng Pessary [8]

## 5. Pessary

Được ghi nhận sử dụng từ thời cổ đại. Tài liệu cổ ghi chép thời kỳ trước Hypocrate đã có sử dụng những vật liệu như sợi, quả hạt, nút bần... làm vật chắn giữ trong âm đạo ngăn ngừa sự sa tụt của các cơ quan vùng chậu. Cùng với sự phát triển vượt bậc của Dược phẩm, thuốc gây mê, phương pháp phẫu thuật... Pessary cũng có nhiều cải tiến về hình dạng và chất liệu. Ngày nay, Pessary làm từ Silicon, chất trơ ít gây kích ứng, không tạo mùi khi sử dụng và có khoảng hơn 200 hình dạng kích thước khác nhau.

Pessary được sử dụng cho những người nhiều bệnh lý nội khoa không thể chỉ định phẫu thuật,

không muốn phẫu thuật hay trì hoãn phẫu thuật. Khi dùng vòng nâng thích hợp, có thể cải thiện triệu chứng tức thì, người bệnh có thể tiếp tục hoặc chuyển qua phẫu thuật.

Sử dụng hiệu quả hơn khi người bệnh chưa cắt bỏ tử cung. Người bệnh cần được hướng dẫn chăm sóc vòng nâng Pessary, cách tự đặt và tháo vòng. Pessary có thể lấy ra mỗi ngày, mỗi tuần hoặc 1 tháng, tùy vào điều kiện của người bệnh và khả năng chăm sóc của cơ sở điều trị. Phân tích tổng hợp 2011, ghi nhận Pessary ngày càng được sử dụng nhiều. Hầu hết những nghiên cứu thực nghiệm cho tỷ lệ thành công > 85%. Nguyên nhân không thành công được ghi nhận do chiều dài âm đạo ngắn, khe niệu dục rộng (>6cm), đã cắt tử cung hoặc đã phẫu thuật làm hẹp âm đạo trước đó. Có 50% đến 80% sử dụng pessary > 1 năm, tỷ lệ tiếp tục sử dụng > 5 năm là 14-48%. Hoạt động tình dục và mức độ sa tạng chậu không là chống chỉ định trong điều trị Pessary [7]. Những nghiên cứu so sánh với phẫu thuật sau một năm, cho kết quả tương đương về chất lượng sống và khả năng duy trì hoạt động tình dục.

Tác dụng ngoại ý và biến chứng của Pessary là: tiết dịch âm đạo có mùi, chảy máu, đau và táo bón. Nghiên cứu cho thấy 56% phụ nữ sử dụng vòng nâng có triệu chứng này, cách điều trị là tháo vòng một thời gian để điều trị viêm. Khuyến cáo Tốt nhất là hướng dẫn cho người bệnh cách tự tháo vòng, tự chăm sóc vòng và tự đặt vòng. Tai biến rất hiếm gặp là dò bàng quang, âm đạo trực tràng do đặt Pessary. Với việc thiết lập một lịch trình theo dõi đúng, hoàn toàn có thể tránh những tai biến này [7]

Tại bệnh viện Từ Dũ, Pessary được sử dụng từ 2011 và đưa vào phác đồ điều trị nội khoa sa tạng chậu từ năm 2012.

## Tài liệu tham khảo

1. KS. Williams JL, Martin, AJ, Sutton, KR, Abrams, RP, Assassa (2006) "Systematic review and meta-analysis of methods of diagnostic assessment for urinary incontinence". *Neurourol Urodyn*, 25 (7), 674-683.
2. Pelvic Floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World J Urol* (2012) 30:437-443. DOI 10.1007/s00345-011-0779-8
3. Physiotherapy for Urinary Incontinence. Jeanette Haslam. *Textbook of Female Urology and Urogynecology* 2nd edition, p 475-482.
4. *Urogynecology in Primary care*. Patrick. J. Culligan. Roger.P. Goldberg
5. *Female Urogynecology. A practical clinical guide. Part II, Treatment. Conservative Therapy for Incontinence*. Diane K

Newman. p 63-p75.

6. Kapoor, D., et al., Referral patterns for pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal*, 2009. 20(12): p. 1469-1472.

7. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review 2011 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3097351/>

8. Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, Cooley B, Tam F (2006). Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*.17(2):155-159

9. Menopause. Chapter 47. *Text book of Female Urology and Urogynecology* 2nd Edition.pdf.