

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

---



**LÊ ĐẠI HOÀNG**

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP  
ĐIỆN CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG  
BÀNG QUANG TĂNG HOẠT NGUYÊN PHÁT**

**LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC**

**HÀ NỘI, NĂM 2022**

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



**LÊ ĐẠI HOÀNG**

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP  
ĐIỆN CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG  
BÀNG QUANG TĂNG HOẠT NGUYÊN PHÁT**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**Chuyên ngành: Y học cổ truyền**

**Mã số: 8720115**

**Người hướng dẫn khoa học:**

**1. Ts. Vũ Minh Hoàn**

**2. Ts. Nguyễn Thị Minh Thu**

**HÀ NỘI, NĂM 2022**

## LỜI CẢM ƠN

Với tất cả lòng kính trọng, em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

**Ban giám hiệu, Phòng Quản lý – Đào tạo sau đại học, các phòng ban của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam** đã tạo điều kiện tốt nhất cho em trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

**TS. Vũ Minh Hoàn** và **TS. Nguyễn Thị Minh Thu** là hai người thầy đã trực tiếp hướng dẫn, giảng dạy, chỉ bảo em trong quá trình học tập và thực hiện nghiên cứu.

**Các thầy cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận văn Thạc sĩ Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam**, những người thầy, người cô đã đóng góp cho em nhiều ý kiến quý báu để em hoàn thành nghiên cứu.

**Ban giám đốc, Phòng đào tạo – nghiên cứu khoa học và chỉ đạo tuyến, Phòng kế hoạch tổng hợp, lãnh đạo khoa cùng toàn thể nhân viên khoa Khám bệnh, khoa Lão khoa, khoa Xét nghiệm – Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội** đã tạo điều kiện cho em học tập, thực hiện nghiên cứu và thu thập số liệu.

Cuối cùng, em muốn bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới **những người thân trong gia đình** đã luôn giúp đỡ, động viên trong quá trình học tập và nghiên cứu. **Cảm ơn các anh, chị, các bạn, các em** những người luôn đồng hành cùng em, động viên, chia sẻ trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu đã qua.

Hà Nội, Ngày 01 tháng 3 năm 2022

**Học viên**

**Lê Đại Hoàng**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi tên là **Lê Đại Hoàng** học viên cao học khóa 12 chuyên ngành Y học cổ truyền trường Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của **TS. Vũ Minh Hoàn** và **TS. Nguyễn Thị Minh Thu**.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kì nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về những cam kết này.

Hà Nội, Ngày 01 tháng 3 năm 2022

**Học viên**

**Lê Đại Hoàng**

## MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....	3
1.1. BÀNG QUANG TĂNG HOẠT THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI.....	3
1.1.1. Khái niệm Bàn quang tăng hoạt .....	3
1.1.2. Dịch tễ học.....	3
1.1.3. Sinh lý bệnh Bàn quang tăng hoạt.....	4
1.1.4. Nguyên nhân gây Bàn quang tăng hoạt.....	5
1.1.5. Yếu tố liên quan của hội chứng Bàn quang tăng hoạt.....	5
1.1.6. Lâm sàng và cận lâm sàng Bàn quang tăng hoạt.....	6
1.1.7. Chẩn đoán Bàn quang tăng hoạt.....	8
1.1.8. Các công cụ chẩn đoán Bàn quang tăng hoạt.....	8
1.1.9. Điều trị.....	10
1.2. BÀNG QUANG TĂNG HOẠT THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN .....	14
1.2.1. Cơ chế bệnh sinh .....	14
1.2.2. Phân loại và điều trị.....	15
1.3. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ ĐIỆN CHÂM.....	16
1.3.1. Phương pháp châm .....	16
1.3.2. Phương pháp điện châm .....	17
1.3.3. Cơ chế tác dụng theo học thuyết thần kinh – nội tiết – thể dịch .....	17
1.3.4. Công thức huyệt nghiên cứu.....	19
1.4. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ BÀN QUANG TĂNG HOẠT TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM .....	19
1.4.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới .....	19

1.4.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam.....	21
<b>CHƯƠNG 2 CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b> .....	<b>22</b>
2.1. CHẤT LIỆU VÀ PHƯƠNG TIỆN NGHIÊN CỨU.....	22
2.1.1. Chất liệu nghiên cứu.....	22
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu.....	23
2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU .....	24
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.....	24
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân .....	25
2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....	26
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu .....	26
2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	26
2.3.3. Quy trình nghiên cứu.....	26
2.3.4. Phương pháp tiến hành Điện châm.....	27
2.3.5. Các biến số, chỉ số nghiên cứu .....	28
2.3.6. Phương pháp đánh giá .....	29
2.4. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU.....	32
2.5. CÁC LOẠI SAI SỐ VÀ BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC SAI SỐ .....	32
2.6. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH SỐ LIỆU .....	32
2.7. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU .....	33
<b>CHƯƠNG 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</b> .....	<b>35</b>
3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU .....	35
3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.....	43
3.2.1. Kết quả điều trị trên lâm sàng.....	43
3.2.2. Kết quả nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số cận lâm sàng.....	51

3.2.3. Đánh giá kết quả điều trị theo tứ chẩn Y học cổ truyền.....	53
3.2.4. Tác dụng không mong muốn của hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	57
CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN.....	58
4.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU.....	58
4.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.....	67
4.2.1. Kết quả điều trị trên lâm sàng.....	67
4.2.2. Kết quả nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số cận lâm sàng.....	74
4.2.3. Hiệu quả điều trị theo tứ chẩn của Y học cổ truyền.....	75
4.2.4. Tác dụng không mong muốn của hai nhóm nghiên cứu.....	78
KẾT LUẬN.....	80
KIẾN NGHỊ.....	82
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

## DANH MỤC VIẾT TẮT

BN:	Bệnh nhân
BMI:	Body Index Mass – Chỉ số khối cơ thể
BQTH:	Bàng quang tăng hoạt
Cs:	Cộng sự
D0:	Trước điều trị 1 ngày
D14:	Sau 14 ngày điều trị
D28:	Sau 28 ngày điều trị
ĐC:	Đối chứng
EpiLUTS:	Epidemiology lower urinary tract symptoms – Dịch tễ học các triệu chứng đường tiết niệu dưới
NC:	Nghiên cứu
OABSS:	Overactive Bladder Symptom Score – Điểm triệu chứng BQTH
V <sub>NTTD</sub> :	Thể tích nước tiểu tồn dư
YHCT:	Y học cổ truyền
YHHD:	Y học hiện đại



## DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Phân loại thể bệnh theo YHCT.....	25
Bảng 2.2. Đánh giá mức độ bệnh theo bảng điểm OABSS của Homma.....	29
Bảng 2.3. Đánh giá mức độ của triệu chứng tiểu gấp và són tiểu gấp.....	30
Bảng 2.4. Đánh giá mức độ đi tiểu trong ngày .....	30
Bảng 2.5. Đánh giá mức độ đi tiểu trong đêm .....	30
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	35
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh .....	36
Bảng 3.3. Đặc điểm điều trị BQTH nguyên phát trong tiền sử.....	37
Bảng 3.4. Đặc điểm về chỉ số BMI của bệnh nhân nghiên cứu .....	38
Bảng 3.5. Mức độ triệu chứng BQTH theo thang điểm OABSS của Homma .....	40
Bảng 3.6. Tỷ lệ mắc BQTH khô và ướt .....	40
Bảng 3.7. Đặc điểm lâm sàng của BQTH nguyên phát theo nhật kí đi tiểu .....	41
Bảng 3.8. Thể bệnh của BQTH nguyên phát theo YHCT .....	42
Bảng 3.9. So sánh số lần đi tiểu trong ngày của 2 nhóm .....	43
Bảng 3.10. So sánh số lần đi tiểu trong đêm của 2 nhóm .....	44
Bảng 3.11. So sánh số lần tiểu gấp của 2 nhóm.....	46
Bảng 3.12. So sánh số lần són tiểu gấp của 2 nhóm .....	47
Bảng 3.13. So sánh điểm OABSS của 2 nhóm .....	48
Bảng 3.14. Sự biến đổi tần số mạch, huyết áp trước và sau điều trị.....	51
Bảng 3.15. Lượng nước tiểu tồn dư trước và sau điều trị của 2 nhóm .....	51
Bảng 3.16. Công thức máu trước và sau điều trị.....	52
Bảng 3.17. Sinh hóa máu trước và sau điều trị .....	52

Bảng 3.18. Kết quả vụng chân theo YHCT .....	53
Bảng 3.19. Kết quả vắn chân theo YHCT.....	54
Bảng 3.20. Kết quả vắn chân theo YHCT.....	55
Bảng 3.21. Kết quả thiết chân theo YHCT .....	56
Bảng 3.22. Tác dụng không mong muốn của hai nhóm bệnh nhân.....	57

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới .....	35
Biểu đồ 3.2. Các yếu tố liên quan của hội chứng bàng quang tăng hoạt .....	38
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ các triệu chứng rối loạn tiểu tiện của bệnh nhân nghiên cứu.....	39
Biểu đồ 3.4. Cải thiện số lần đi tiểu trong ngày.....	43
Biểu đồ 3.5. Cải thiện số lần đi tiểu trong đêm.....	45
Biểu đồ 3.6. Cải thiện số lần tiểu gấp .....	46
Biểu đồ 3.7. Cải thiện số lần són tiểu gấp.....	48
Biểu đồ 3.8. Cải thiện số điểm OABSS của Homma.....	49
Biểu đồ 3.9. Cải thiện số điểm chất lượng cuộc sống UDI-6 .....	50

## DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1. Giảm đồ về sự liên quan giữa vùng da và nội tạng theo Zakharin và Head .....	18
Hình 2.1. Dạng trình bày của thuốc Solifenacin .....	23
Hình 2.2. Máy điện châm đa năng Model: 04 – 05 JH .....	23
Hình 2.3. Kim châm cứu bằng thép do Việt nam sản xuất .....	24
Hình 2.4. Hình thái phân theo phân loại Bristol .....	31

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàng quang tăng hoạt (BQTH) là tình trạng rối loạn tiểu tiện đặc trưng bởi triệu chứng tiểu gấp, có hoặc không tiểu không kiểm soát thường kèm theo tình trạng tiểu nhiều lần và tiểu đêm, sau khi đã loại trừ nhiễm trùng tiết niệu và nguyên nhân rõ ràng khác, đây là khái niệm được các tác giả P. Abrams và cộng sự đưa ra lần đầu năm 1997. Theo Hiệp hội tiểu tiện tự chủ quốc tế chẩn đoán bàng quang tăng hoạt khi có các triệu chứng: “tiểu gấp thường đi kèm với tiểu nhiều lần và tiểu đêm, có hoặc không có tiểu gấp không kiểm soát, các triệu chứng này xuất hiện trong tình trạng không có các tổn thương bệnh lý tại chỗ hoặc không có các tác nhân chuyên hóa có thể gây nên các triệu chứng trên” [1].

Bàng quang tăng hoạt là bệnh lý phổ biến trong cộng đồng, nó không trực tiếp nguy hiểm tới tính mạng nhưng ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống, làm giảm sự hòa nhập và giảm khả năng lao động của người bệnh trong xã hội. Một nghiên cứu đánh giá có hệ thống về tác động tâm lý của BQTH cho thấy những người bị BQTH có xu hướng bị trầm cảm, lo lắng và xấu hổ ở mức độ cao hơn, ngoài ra nó còn ảnh hưởng xấu đến chức năng tình dục ở nữ giới [2]. Nghiên cứu của tác giả D. Irwin và cộng sự tại sáu nước Canada, Đức, Ý, Tây Ban Nha, Thụy Điển và Anh ước tính tổng gánh nặng chi phí trực tiếp hàng năm của BQTH ở sáu quốc gia này là 3,9 tỷ Euro và tình trạng nghỉ việc liên quan đến BQTH tiêu tốn 1,1 tỷ Euro mỗi năm [3].

Tỷ lệ mắc BQTH ở phụ nữ thường cao hơn nam giới và mức độ nghiêm trọng của BQTH được ghi nhận gia tăng theo tuổi [4]. Theo nghiên cứu EPIC (2006) thực hiện ở Canada và 4 nước Châu Âu (Đức, Ý, Thụy Điển, Anh) tỷ lệ mắc BQTH ở người lớn trong cộng đồng là 11,8%, trong đó 10,8% ở nam và 12,8% ở nữ [5]. Nghiên cứu EpiLUTS (2011) thực hiện tại Mỹ khảo sát 20 000 người trên 40 tuổi cho thấy tỷ lệ mắc BQTH trong cộng đồng là 35,6% (Tỷ lệ mắc ở nam là 27,2%, ở nữ là 43,1%) [6]. Nghiên cứu Yao-Chi Chuang và cộng sự năm 2019 tại Trung Quốc, Đài Loan và Hàn Quốc tỷ lệ mắc BQTH là 20,8% (nữ 22,1%, nam 19,5%) và tăng đáng kể theo tuổi, từ 10,8% ở những người 40-44 tuổi đến 27,9% ở những người >60 tuổi [7]. Tại Việt Nam Nghiên cứu tại Hà Nội, Huế và thành phố Hồ Chí Minh năm 2014

của tác giả Vũ Lê Chuyên và cộng sự tỷ lệ mắc BQTH ở người lớn là 12,2%, trong đó nam chiếm 9,89%, tỷ lệ mắc ở nữ là 14,58% [8]. Ngoài ra BQTH cũng được ghi nhận xuất hiện ở trẻ em [9].

Hiện nay có nhiều phương pháp để điều trị BQTH với mục đích làm giảm triệu chứng, nâng cao chất lượng sống và đề phòng các biến chứng cho bệnh nhân. Điều trị theo Y học hiện đại bao gồm: Tập luyện cơ sàn chậu, điều trị nội khoa, các phương pháp can thiệp và phẫu thuật... Điều trị nội khoa bằng các thuốc kháng Muscarinics đang được ứng dụng rộng rãi nhưng cũng có những tác dụng không mong muốn như: Khô miệng, bí tiểu, nhìn mờ,... khiến cho bệnh nhân ngừng điều trị [10]. Vì vậy, việc tìm ra các phương pháp điều trị có tác dụng làm giảm triệu chứng mà lại hạn chế được các tác dụng không mong muốn luôn là mục tiêu của các nhà nghiên cứu.

Châm cứu là một phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc dùng để điều trị và phòng ngừa bệnh tật. Cơ sở khoa học của phương pháp này dựa trên Học thuyết kinh lạc thông qua việc kích thích những “Huyệt vị”, có mối liên hệ mật thiết với các tạng phủ bên trong cơ thể, sẽ làm giải phóng những chất hóa học nội sinh có tác dụng giúp điều chỉnh những rối loạn của cơ thể. Nhiều nghiên cứu về vai trò của điện châm trong điều trị BQTH đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc giảm số lần đi tiểu, số lần tiểu gấp và số lần tiểu són của bệnh nhân [11],[12],[13]. Đây cũng là phương pháp thường được lựa chọn để điều trị hội chứng BQTH nguyên phát do chi phí thấp, ít tác dụng phụ và biến chứng. Tuy nhiên tại Việt Nam chưa có một nghiên cứu đánh giá nào về tác dụng của điện châm trong điều trị hội chứng Bàng quang tăng hoạt nguyên phát, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: **“Đánh giá hiệu quả của phương pháp điện châm trong điều trị hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát”** với các mục tiêu sau:

***1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát***

***2. Đánh giá hiệu quả của phương pháp điện châm trong điều trị hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát***

## CHƯƠNG 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1. BÀNG QUANG TĂNG HOẠT THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

##### 1.1.1. Khái niệm Bàn quang tăng hoạt

Thuật ngữ “Bàn quang tăng hoạt” để chỉ sự rối loạn trong giai đoạn đổ đầy nước tiểu của bàn quang. Tình trạng tăng hoạt là do sự co bóp không tự chủ của cơ bàn quang trong khi bệnh nhân vẫn đang kiềm chế phản xạ đi tiểu.

##### 1.1.2. Dịch tễ học

Irwin DE và cộng sự (2011) tiến hành nghiên cứu tại Canada, Đức, Ý, Thụy Điển và Anh trên 19165 người từ 18 tuổi trở lên phỏng vấn qua điện thoại để khảo sát triệu chứng đường tiết niệu dưới. Ước tính số người mắc bàn quang tăng hoạt trên toàn thế giới đạt tới 546 triệu người năm 2018 [14].

Nghiên cứu EpiLUTS (2011) thực hiện tại Mỹ khảo sát 20 000 người trên 40 tuổi cho thấy tỷ lệ mắc BQTH trong cộng đồng là 35,6% và có sự khác biệt tỷ lệ mắc giữa nam và nữ (Tỷ lệ mắc ở nam là 27,2%, ở nữ là 43,1%) [6].

Nghiên cứu ASFU được tiến hành ở 11 nước Châu Á năm 2001 trên 5502 phụ nữ từ 18 tuổi trở lên có các triệu chứng tiểu nhiều, tiểu gấp và tiểu gấp không kiểm soát, tỉ lệ BQTH của nhóm này là 53,1% trong đó 21,1% bệnh nhân bị ảnh hưởng nhiều, cần phải điều trị [15].

Nghiên cứu dựa trên Internet của Yao-Chi Chuang và cộng sự 2019 đã điều tra các triệu chứng BQTH ở nam giới và phụ nữ ở độ tuổi  $\geq 40$  ở Trung Quốc, Đài Loan và Hàn Quốc bằng cách sử dụng điểm số triệu chứng bàn quang hoạt động quá mức. Trong tất cả 8284 cá nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ mắc BQTH là 20,8% (nữ 22,1%, nam 19,5%) và tăng đáng kể theo tuổi, từ 10,8% ở những người 40-44 tuổi đến 27,9% ở những người  $> 60$  tuổi ( $P = 0,001$ ) [7].

Nghiên cứu của So Young Kim và cộng sự về tỉ lệ và yếu tố nguy cơ BQTH phụ nữ trưởng thành tại Hàn Quốc năm 2017, tỷ lệ mắc BQTH khoảng 5,2% ở phụ nữ Hàn Quốc trưởng thành. Tuổi cao, BMI cao, mức độ căng thẳng, thời gian

ngủ, mức thu nhập và giáo dục, tình trạng hôn nhân, hút thuốc, và tiền sử bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng lipid máu và đột quỵ não có liên quan đáng kể đến BQTH ở phụ nữ [16].

Tại Việt Nam, năm 2014 tác giả Vũ Lê Chuyên và cộng sự nghiên cứu dịch tễ với cỡ mẫu trên 2093 người từ 18 tuổi trở lên tại Hà Nội, Huế và thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả cho thấy tỷ lệ bàng quang tăng hoạt là 12,2% trong đó nam là 9,89% và nữ 14,58%, tỷ lệ BQTH khô là 9,7% và ướt là 2,5% [7].

Nghiên cứu tỷ lệ mắc và phân bố bệnh BQTH của người từ 40 tuổi trở lên tại Duy Tiên tỉnh Hà Nam năm 2016 của các tác giả Nguyễn Thị Thủy Nguyễn, Đỗ Đào Vũ cho thấy tỷ lệ mắc BQTH ở nam giới là 10,08% (BQTH khô 6,6%, BQTH ướt 4,2%), nữ giới là 19,2% (BQTH khô 11,7%, BQTH ướt là 7,5%) [17]

### **1.1.3. Sinh lý bệnh Bàng quang tăng hoạt**

Cơ chế của các chất dẫn truyền thần kinh trên cơ bàng quang được đề nghị như sau:

- Acetylcholine là chất dẫn truyền thần kinh ngoại vi cho sự co cơ bàng quang, được phóng thích từ hệ thần kinh đối giao cảm, có vai trò kết nối các thụ thể muscarin tại synap thần kinh

- Có 5 phân nhóm thụ thể muscarin (M) được biết đến. Các thụ thể M3 phụ trách cho sự co thắt cơ bàng quang trong tình trạng bàng quang bình thường. Các thụ thể M2 tác động ở một số tình trạng bệnh lý, có vai trò làm tăng hoạt động cơ bàng quang liên quan tới một số bệnh lý tắc nghẽn và chấn thương tủy sống.

- Men phospholipase C giúp kích hoạt sự kết nối acetylcholine với thụ thể M3, qua khớp nối với các protein G. Hoạt động này làm giải phóng calcium từ hệ lưới, làm co thắt sợi cơ trơn của cơ bàng quang. Các thụ thể muscarin tăng nhạy cảm sẽ tạo nên những kích thích dẫn đến BQTH [18].

- Sự rò rỉ acetylcholine ở các synap thần kinh đối giao cảm có thể ảnh hưởng đến tình trạng vi hoạt của cơ bàng quang, kích hoạt các sợi cảm giác hướng tâm gây triệu chứng tiểu gấp.

- Thần kinh cảm giác hướng tâm cũng đóng vai trò quan trọng. Nếu kích hoạt các sợi cảm giác C có thể gây ra các triệu chứng BQTH.



- Nhiều kiểu thụ thể được nhận dạng trên các đầu cảm giác thần kinh đều có thể gây ra các triệu chứng BQTH, bao gồm các thụ thể vanilloid, thụ thể purine, thụ thể neurokinin A và các thụ thể yếu tố tăng trưởng thần kinh [18].

- Các chất như nitrite oxide, calcitonin... và các yếu tố tác động nên mô thần kinh có nguồn gốc từ não có thể có vai trò trong điều chỉnh sợi cảm giác hướng tâm trong bàng quang [19].

- Niệu mạc cũng có vai trò trong BQTH. Niệu mạc kết nối trực tiếp với lớp dưới niệu mạc và có vai trò như cảm biến khoang. Độ pH thấp, nồng độ K cao và độ thẩm thấu trong nước tiểu có ảnh hưởng tới các cảm biến này. Kích hoạt các sợi thần kinh hướng tâm dưới niệu mạc không chạm tới cơ trơn cũng có thể dẫn tới tiểu gấp. Kích hoạt các sợi hướng tâm dưới niệu mạc có chạm tới cơ trơn dẫn tới tiểu gấp và co cơ bàng quang [20].

#### **1.1.4. Nguyên nhân gây Bàng quang tăng hoạt**

Có 3 nguyên nhân được nêu lên cho hội chứng BQTH [18]:

- Các bệnh thần kinh phối hợp khá nhiều với rối loạn tiểu tiện, ảnh hưởng đến sự điều hòa hoạt động thần kinh của bàng quang

- Tuổi già có nhiều rối loạn tiểu tiện có thể do hiệu ứng ức chế thần kinh và chức năng não bộ suy giảm

- Tắc nghẽn đường tiết niệu dưới trước đây được đề nghị là nguyên nhân nhưng nay đã có những ý kiến không đồng ý [19].

#### **1.1.5. Yếu tố liên quan của hội chứng Bàng quang tăng hoạt**

Có nhiều yếu tố có thể gây nên hội chứng bàng quang tăng hoạt trong đó có các yếu tố có thể thay đổi được và yếu tố không thể thay đổi được:

**Tuổi:** Mối liên quan giữa tuổi và hội chứng bàng quang tăng hoạt đã được ghi nhận rộng rãi. Ở độ tuổi càng cao, tỉ lệ mắc và mức độ nghiêm trọng của bệnh càng cao [7],[15]. Tuy nhiên không thể coi bàng quang tăng hoạt như một phần bình thường của sự lão hóa.

**Giới:** Một số nghiên cứu chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ mắc bệnh giữa hai giới nhưng không có sự thống nhất là giới nào có nguy cơ mắc cao hơn [6],[15],[21]. Một số nghiên cứu khác lại không cho thấy sự khác biệt [22].

BMI: Tình trạng béo phì ( $BMI > 23$ ) làm tăng áp lực trong ổ bụng, đè ép lên đáy chậu và bàng quang, làm nặng hơn triệu chứng của bàng quang tăng hoạt và tiểu không kiểm soát [23].

Táo bón: Tỷ lệ táo bón mạn tính cao hơn ở những người bị bàng quang tăng hoạt so với không bị bàng quang tăng hoạt ở cả nam và nữ [24]

Sử dụng đồ uống có cồn hoặc cà phê: Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy chế độ ăn uống có thể có vai trò đáng kể trong việc phát triển các triệu chứng đường tiết niệu dưới. Lượng chất lỏng và việc sử dụng caffeine có liên quan đến tần suất đi tiểu và tiểu gấp cả ở nam giới và phụ nữ. Sử dụng đồ uống có cồn có liên quan đến việc tăng các triệu chứng đường tiết niệu dưới ở nam giới [25].

Hút thuốc: Hút thuốc liên quan mật thiết tới triệu chứng đường tiết niệu dưới. Thói quen hút thuốc làm trầm trọng thêm các triệu chứng đường tiết niệu dưới nói chung và BQTH nói riêng, đặc biệt là ở phụ nữ trẻ [26]

Ở nữ giới, tình trạng tiền mãn kinh và mãn kinh làm tăng nguy cơ mắc bàng quang tăng hoạt cả về tỉ lệ và mức độ bệnh [27].

### **1.1.6. Lâm sàng và cận lâm sàng Bàng quang tăng hoạt**

#### ***1.1.6.1. Lâm sàng***

Các dấu hiệu và triệu chứng của bàng quang hoạt động quá mức có thể là:

- Tiểu gấp là cảm giác bất chợt muốn đi tiểu, không được báo trước, khó có thể cưỡng lại được và cần phải đi tiểu ngay sau đó. Đây là triệu chứng bắt buộc của hội chứng bàng quang tăng hoạt [28].

- Khó kiểm soát đi tiểu như khó nhịn tiểu, tiểu són không tự chủ [28]:

- + Tiểu gấp có kiểm soát: Có cảm giác buồn tiểu một cách đột ngột, cần phải đi tiểu ngay và rất khó nhịn được, còn tiểu có kiểm soát.

- + Tiểu gấp không kiểm soát: Không thể tự chủ theo sau cảm giác tiểu gấp. Có khoảng 50% các trường hợp mắc hội chứng bàng quang tăng hoạt có triệu chứng tiểu gấp không kiểm soát với các biểu hiện sau: không kịp vào nhà vệ sinh mà nước tiểu đã ra ngay sau khi muốn đi tiểu, tiểu dầm khi ngủ, tiểu bất ngờ không kiểm soát hoặc nước tiểu ra quần ngoài sự kiểm soát vào ban ngày.

- Tiểu nhiều lần trong ngày: Bệnh nhân than phiền phải đi tiểu nhiều lần (trên 8 lần) trong ngày tính từ lúc thức dậy cho đến lúc đi ngủ.

- Tiểu đêm: Bệnh nhân than phiền về việc phải thức dậy ban đêm từ hai lần trở lên để đi tiểu mà sau đó khó ngủ trở lại gây khó chịu cho bệnh nhân.

- Không có tiểu buốt. Số lượng nước tiểu trong ngày  $\leq 2$  lít/ngày (không có đa niệu).

- Tiền sử bệnh tật. Một số bệnh phối hợp cũng có thể ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng của bàng quang và gây nên các triệu chứng đường tiết niệu dưới tương tự như BQTH bao gồm:

+ Các bệnh thần kinh: đột quy, bệnh đa xơ cứng và tổn thương tủy sống sau chấn thương, Parkinson.

+ Các bệnh lý nội khoa mạn tính: Đái tháo đường, rối loạn đại tiện, nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn, suy giảm nhận thức...

- Khám bệnh: Cần khám xem có hay không dấu hiệu cầu bàng quang, tình trạng sa hoặc teo âm đạo (thăm khám âm đạo), phì đại tuyến tiền liệt (thăm khám trực tràng), các dấu hiệu của bệnh lý thần kinh, hẹp da qui đầu hay hẹp miệng niệu đạo [28].

#### **1.1.6.2. Cận lâm sàng**

- Tổng phân tích nước tiểu để sàng lọc và phát hiện bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu và tiểu máu [18].

- Sinh hóa máu để khảo sát Đái tháo đường và chức năng thận – những yếu tố gây đa niệu và liên quan với những triệu chứng tương tự BQTH.

- Siêu âm ổ bụng khảo sát hình ảnh hệ tiết niệu nhằm phát hiện bệnh lý hệ tiết niệu có khả năng gây triệu chứng tương tự BQTH.

- Đo nước tiểu tồn dư để đánh giá khả năng tổng xuất của bàng quang được tiến hành qua siêu âm ngay sau khi bệnh nhân đi tiểu hết bãi. Trường hợp không có siêu âm thì có thể tiến hành bằng cách đặt sonde tiểu.

- Đánh giá chuyên sâu những người bệnh có mức độ triệu chứng bệnh nặng, phức tạp như:

+ Cấy nước tiểu (trong trường hợp nghi ngờ mà chưa xác định có nhiễm khuẩn niệu).

+ Đo niệu động học: Là một xét nghiệm sinh lý cho phép chúng ta đánh giá chức năng của bàng quang và niệu đạo. Nó vừa giúp đánh giá chức năng chứa đựng và chức năng tổng xuất của bàng quang, vừa để xác định xem có hay không tình trạng tăng hoạt cơ chóp (Detrusor Overactivity) [18].

+ Nội soi bàng quang: không có tác dụng trong chẩn đoán bàng quang tăng hoạt nhưng trong trường hợp khó, soi bàng quang sẽ giúp phân biệt và loại trừ giữa các triệu chứng BQTH và các nguyên nhân khác như u bàng quang, sỏi bàng quang, polyp bàng quang [18].

### **1.1.7. Chẩn đoán Bàng quang tăng hoạt**

Theo Hiệp hội tiểu tiện tự chủ quốc tế (International Continence Society), chẩn đoán bàng quang tăng hoạt khi có sự hiện diện của triệu chứng tiểu gấp thường kèm theo tiểu nhiều lần và tiểu đêm, có hoặc không có tiểu gấp không kiểm soát. Các biểu hiện trên xuất hiện mà không có nhiễm trùng tiết niệu, không có các tổn thương bệnh lý tại chỗ hoặc không có các tác nhân chuyển hóa kèm theo có thể gây ra các triệu chứng trên. Trong định nghĩa này triệu chứng tiểu gấp là tiêu chuẩn vàng. Chẩn đoán BQTH khi có triệu chứng tiểu gấp kèm theo một trong các triệu chứng còn lại [1].

Bàng quang tăng hoạt được chia làm 2 thể :

- BQTH khô: BQTH không kèm tiểu gấp không kiểm soát.
- BQTH ướt: BQTH kèm theo tiểu gấp không kiểm soát.

### **1.1.8. Các công cụ chẩn đoán Bàng quang tăng hoạt**

Do chẩn đoán bàng quang tăng hoạt chỉ dựa vào triệu chứng hỏi bệnh nên việc khai thác các triệu chứng phản hồi của bệnh nhân được xem là rất quan trọng. Triệu chứng bàng quang tăng hoạt thường được định lượng bằng đếm số lần đi tiểu, số lần tiểu gấp, số lần són tiểu. Tuy nhiên bàng quang tăng hoạt là một hội chứng bao gồm nhiều triệu chứng phức tạp nên không thể đánh giá đầy đủ chỉ bằng cách đếm số lần.

Các công cụ thường được sử dụng là: bảng câu hỏi OAB-q của Coyne (2002), bảng câu hỏi OABSS của Homma (2006), bảng câu hỏi của Blaivas (2007) và nhật ký đi tiểu của Wyman và CS (2009).

***Bảng câu hỏi của Coyne (2002) OAB-q***

Năm 2002, Coyne lần đầu tiên giới thiệu bảng câu hỏi OAB-q. Ban đầu bảng gồm 62 câu hỏi sau đó được rút ngắn xuống còn 33 câu với 8 câu đánh giá triệu chứng và 25 câu đánh giá mức độ ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống. Bảng câu hỏi OAB-q có ưu điểm giúp chẩn đoán BQTH đầu tiên được công bố và được Hiệp hội tiểu không tự chủ Quốc tế chấp nhận. Tuy nhiên bộ công cụ này dài với rất nhiều câu hỏi mặc dù tác giả đã rút ngắn xuống một nửa xong vẫn gặp nhiều khó khăn trong đánh giá chẩn đoán cũng như mất nhiều thời gian để hoàn thành [29].

***Bảng câu hỏi của Blaivas (2007) OABSS***

Blaivas đã giới thiệu bộ câu hỏi đánh giá triệu chứng bàng quang tăng hoạt lấy tên OABSS vào năm 2007. Cấu trúc bộ câu hỏi gồm 7 câu hỏi, 1 câu hỏi khảo sát triệu chứng tiểu nhiều lần, 1 câu hỏi khảo sát triệu chứng tiểu đêm, 3 câu hỏi về triệu chứng tiểu gấp, 1 câu hỏi đánh giá són tiểu gấp và 1 câu hỏi đánh giá mức độ ảnh hưởng của tình trạng tiểu không tự chủ. Bộ công cụ để chẩn đoán bàng quang tăng hoạt OABSS của Blaivas được xây dựng và áp dụng chủ yếu cho người Châu Âu, chưa có nhiều nghiên cứu ở các nước châu Á áp dụng bộ câu hỏi này do sự khác nhau về văn hóa, chủng tộc và kích thước của người Châu Âu [30].

***Bảng câu hỏi Homma (2006) OABSS***

Năm 2006, tác giả Homma người Nhật Bản đã giới thiệu bảng câu hỏi OABSS đánh giá bàng quang tăng hoạt với 4 triệu chứng: tiểu nhiều lần vào ban ngày, tiểu nhiều lần vào ban đêm, tiểu gấp và són tiểu gấp. Cách phân chia mức độ tính điểm của Homma dựa vào kết quả nghiên cứu dịch tễ học về mức độ ảnh hưởng của bàng quang tăng hoạt tới chất lượng cuộc sống.

Bộ câu hỏi OABSS của Homma là bộ câu hỏi được định nghĩa chính xác, rõ ràng và dễ hiểu. Homma đã tiến hành so sánh độ nhạy cảm của OABSS và nhật kí đi tiểu trong việc đánh giá triệu chứng bàng quang tăng hoạt trước và sau điều trị bằng thuốc kháng muscarinic. Tác giả đã đưa ra kết luận: OABSS có độ nhạy cao trong việc chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị [31]. Bên cạnh đó tại hội nghị Thận học – tiết niệu toàn quốc diễn ra tại Quảng Bình 2014, có sự đồng thuận cho việc khuyến

cáo sử dụng bộ câu hỏi OABSS của Homma trong việc chẩn đoán bàng quang tăng hoạt ở Việt Nam.

### ***Nhật ký đi tiểu của Wyman và CS (2009)***

Có nhiều mẫu nhật ký đi tiểu khác nhau trong đó mẫu nhật ký đi tiểu của Wyman và CS năm 2009 thường được sử dụng do đơn giản, dễ hiểu. Nhật ký đi tiểu ghi lại thời gian đi tiểu, lượng nước tiểu, số lần tiểu són, số lượng tã lót phải dùng và các thông tin quan trọng khác như loại/lượng nước uống vào, cảm giác tiểu gấp, mức độ són tiểu. Nhật ký đi tiểu rất quan trọng giúp đánh giá triệu chứng của BQTH và là cơ sở dữ liệu để bác sĩ cũng như bệnh nhân nhận biết mức độ và dạng thức của BQTH, sau đó giúp theo dõi hiệu quả của quá trình điều trị [32].

### **1.1.9. Điều trị**

Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bàng quang tăng hoạt của Hiệp hội Nội khoa Hoa Kỳ (AUA) năm 2012, cũng như nhiều tài liệu khác trong y văn đã thống nhất việc điều trị BQTH theo 3 bước: (1) Các biện pháp thay đổi hành vi; (2) Các biện pháp dùng thuốc; (3) Các biện pháp can thiệp khi kháng thuốc [33].

#### ***1.1.9.1. Thay đổi hành vi***

Các liệu pháp hành vi được xem là bước điều trị trước tiên cho BQTH. Các biện pháp thay đổi hành vi gồm có:

- Giáo dục cho bệnh nhân hiểu thế nào là bàng quang có chức năng bình thường và thế nào là bất thường [19].

- Hướng dẫn bệnh nhân viết “nhật ký đi tiểu”. Nhật ký đi tiểu là cơ sở dữ liệu để bác sĩ cũng như bệnh nhân nhận biết mức độ của BQTH và về sau giúp theo dõi hiệu quả điều trị [34].

- Tập đi tiểu theo giờ: Lập kế hoạch để bệnh nhân dần tập đi tiểu theo giờ, tập kìm nén cảm giác buồn tiểu nếu chưa đến thời gian quy định. Hướng dẫn bệnh nhân khoảng thời gian thích hợp giữa 2 lần đi tiểu là 3 – 4 giờ, và không nhất thiết cứ phải đi tiểu mỗi khi có cảm giác khác lạ trong bàng quang.

- Điều chỉnh chế độ ăn uống: Một số thức ăn và thức uống có tính lợi tiểu hoặc gây kích thích bàng quang. Các loại nên kiêng dùng là caffeine, bia rượu, thức uống có đường,...

- Điều chỉnh lượng nước uống: Thường thì lượng nước uống cần thiết hàng ngày trung bình khoảng 1.500 – 2.000 ml hay 30ml/kg thể trọng. Cần điều chỉnh lượng nước uống vào của bệnh nhân theo điều kiện làm việc và sinh hoạt của bệnh nhân. Những bệnh nhân bị tiểu đêm nên hạn chế uống nước sau 6 giờ tối, hoặc từ 3 – 4 tiếng trước khi ngủ.

- Kiểm soát thể trọng: Béo phì (BMI > 23) làm tăng áp lực trong ổ bụng, đè ép lên đáy chậu và bàng quang, làm nặng hơn các triệu chứng của BQTH và tiểu không kiểm soát. Vì thế, giảm cân là một biện pháp quan trọng nhằm cải thiện tình trạng BQTH [34].

- Chống táo bón: Ăn nhiều chất xơ, gia tăng lượng nước uống vào vừa phải, lập thời gian biểu đi đại tiện kết hợp với chương trình tập ruột để việc đi cầu điều độ nhằm làm giảm nhẹ tình trạng táo bón.

Ngưng hút thuốc: Hút thuốc liên quan mật thiết tới triệu chứng đường tiết niệu dưới. Thói quen hút thuốc làm trầm trọng thêm các triệu chứng đường tiết niệu dưới nói chung và BQTH nói riêng, đặc biệt là ở phụ nữ trẻ [26]

### ***1.1.9.2. Các kỹ thuật tập luyện***

- Tập kìm nén và kiểm soát tiểu gấp: Bệnh nhân bị tiểu gấp hay tiểu gấp không kiểm soát có khuynh hướng vội vã chạy vào nhà vệ sinh khi có cảm giác buồn tiểu. Điều này là không nên, vì chạy vội làm tăng áp lực trong ổ bụng, dễ kích thích bàng quang co bóp nên càng làm trầm trọng thêm triệu chứng. Khuyến bệnh nhân khoan vội chạy đi tiểu mà ở lại vị trí, hít thở sâu và thư giãn. Hướng dẫn cho bệnh nhân tập kìm nén khi xuất hiện cảm giác buồn tiểu gấp [19].

- Tập luyện bàng quang: Là áp dụng các biện pháp kìm nén đi tiểu nêu trên kết hợp với theo dõi trên nhật ký đi tiểu, để từ từ kéo dài khoảng thời gian giữa 2 lần đi tiểu.

- Tập luyện cơ sàn chậu: Đây là một trong những biện pháp chính điều trị tiểu không kiểm soát gắng sức do suy yếu sàn chậu. Trong BQTH, tập cơ sàn chậu có ý

nghĩa nhằm hỗ trợ việc kìm nén đi tiểu để điều trị tình trạng tiểu gấp hay tiểu gấp không kiểm soát [19].

### ***1.1.9.3. Các biện pháp dùng thuốc***

#### **Nhóm thuốc chủ yếu - kháng muscarinics**

Hiện nay thuốc nhóm kháng muscarinics là loại được ưu tiên chọn lựa trong điều trị bàng quang tăng hoạt [4],[35].

\* Oxybutynin (Ditropan): dạng uống 5mg x 2-3 lần/ngày, cao bôi, miếng dán 3,9mg/ngày x 2 lần/tuần). Thuốc tác dụng không chọn lọc, chuyển hóa ở gan, thâm nhập hệ thần kinh trung ương cao.

\* Tolterodine (detrol): dạng uống 2mg x 2lần/ngày, tác dụng không chọn lọc, chuyển hóa ở gan, thâm nhập vào thần kinh trung ương cao.

\* Trospium (Sanctura): dạng uống 20mg hàng ngày, tác dụng không chọn lọc, đào thải qua thận, thâm nhập vào thần kinh trung ương thấp.

\* Solifenacin (Vesicare): uống 5 - 10mg/ngày, tác dụng chọn lọc trên M3, M1, chuyển hóa ở gan, thâm nhập vào thần kinh trung ương cao.

\* Darifenacin (Enablex): uống 7,5 - 15mg/ngày, tác dụng chọn lọc trên M3, chuyển hóa ở gan, thâm nhập vào thần kinh trung ương thấp.

\* Fesoterodine: uống 4 - 8mg hàng ngày, tác dụng không chọn lọc, chuyển hóa ở gan, thâm nhập vào thần kinh trung ương cao.

- Thuốc kháng muscarinics hoạt động bằng cách ngăn chặn các thụ thể muscarinics trên cơ bàng quang do đó giảm khả năng co thắt của bàng quang [35].

- Tác dụng phụ thường gặp của các thuốc này bao gồm khô miệng, bí tiểu, nhìn mờ đôi khi khiến bệnh nhân dừng điều trị [10].

- Solifenacin là thuốc kháng muscarinics thế hệ thứ ba, được thử nghiệm lâm sàng chứng minh là hiệu quả không kém thế hệ thứ nhất và thứ hai, nhưng ít tác dụng không mong muốn hơn [36]. Sở dĩ các thuốc kháng muscarinics thế hệ càng về sau càng ít bị tác dụng không mong muốn vì tác động chọn lọc nhiều hơn cho thụ thể muscarin M3 vốn chịu trách nhiệm chính cho sự co bóp bàng quang, trong khi các thuốc thế hệ đầu thì ít chọn lọc hơn nên sinh ra những tác dụng không mong muốn trên những cơ quan khác ngoài bàng quang [28]. Đây cũng là thuốc đã được Bộ y tế



Việt Nam chấp thuận dùng để điều trị tiểu són, tiểu nhiều lần và tiểu gấp ở bệnh nhân BQTH.

#### **Một số loại thuốc khác**

- Một số thuốc khác như Estrogen đặt âm đạo có thể làm cải thiện chủ quan các triệu chứng của hội chứng bàng quang tăng hoạt.

- Một số thuốc kháng cholinergic cũng đã được nghiên cứu điều trị bàng quang tăng hoạt.

- Thuốc mới Mirabegron: Cơ chế tác động lên  $\beta_3$  adrenergic receptor trong cơ chóp bàng quang, có tác dụng dẫn cơ và gia tăng dung tích bàng quang.

#### **1.1.9.4. Các biện pháp khi kháng thuốc**

- Tiêm Botulinumtoxin A (Btx-A) vào thành bàng quang: Thuốc này là một protein và là một độc tố thần kinh do vi khuẩn Clostridium botulinum tạo ra. Tác dụng của Btx-A là kết quả của ức chế giải phóng Acetylcholine từ đầu mút thần kinh trước khớp thần kinh. Khi hiện tượng này xảy ra, thụ thể Acetylcholine trong tế bào mô cơ không được kích hoạt. Đặc biệt khi tiêm vào cơ bàng quang, những thụ thể muscarin trong cơ bị ức chế và cơ không co bóp chủ động làm giảm triệu chứng tiểu gấp, tiểu nhiều lần của BQTH [37].

- Kích thích thần kinh cùng: Các dây thần kinh cùng dẫn truyền tín hiệu giữa các dây tủy sống và dây thần kinh tới các mô của bàng quang. Điều chỉnh các xung động thần kinh có thể cải thiện triệu chứng bàng quang tăng hoạt. Cấy các điện cực vào rễ thần kinh cùng S3 sau đó sử dụng xung điện để kích thích bàng quang. Nếu thành công trong việc giảm triệu chứng, dây điện cực được kết nối với một thiết bị có pin nhỏ đặt dưới da [38].

- Kích thích thần kinh chày: Thần kinh chày là dây thần kinh hỗn hợp cảm giác và vận động chi phối các thần kinh bản thể và tự động của các cơ đáy chậu, cơ bàng quang và cơ thắt niệu đạo. Y học cổ truyền Trung Quốc đã phát hiện ra việc châm cứu ở vị trí thần kinh chày làm ức chế tình trạng quá hoạt của bàng quang. Các tác giả phương tây tiên phong trong việc áp dụng nguyên lý kích thích thần kinh chày để điều trị BQTH là MsGuire (1983), Stoller (1999) [39].

- Phẫu thuật để điều trị bàng quang tăng hoạt được dành cho những người có triệu chứng nặng, những người không đáp ứng với điều trị khác, bao gồm:

+ Phẫu thuật mở rộng bàng quang bằng ruột: được chỉ định trong những trường hợp bàng quang có dung tích cơ nhỏ, rối loạn chức năng bàng quang với độ dẫn nở kém. Đây là một phẫu thuật lớn có thể có những tác dụng phụ nghiêm trọng [4].

+ Chuyển lưu nước tiểu: Phẫu thuật này được sử dụng như một phương cách cuối cùng và liên quan đến việc loại bỏ bàng quang và đính kèm một bao thu thập nước tiểu [4].

## 1.2. BÀNG QUANG TĂNG HOẠT THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Hội chứng bàng quang tăng hoạt theo y học cổ truyền tùy theo mức độ biểu hiện triệu chứng mà thuộc phạm vi chứng “Bàng quang bất cố”, “Tiểu són” hay “Di niệu”.

### 1.2.1. Cơ chế bệnh sinh

Trong cơ thể vai trò của tạng thận vô cùng quan trọng, không thể thiếu trong cơ thể người. Theo Hải Thượng Lãn Ông: “thận là cội nguồn của tạng phủ, là gốc rễ của 12 kinh mạch, là cơ sở của sinh mệnh, là bể chứa tinh huyết”. Thận bao gồm thận âm và thận dương, thận âm là thận tinh thuộc thủy, thận dương là thận khí thuộc hỏa. Do đó thận chủ về tàng tinh, chủ cốt tủy, chủ về sinh dục và phát dục của cơ thể, chủ nạp khí, chủ thủy, khai khiếu ra tai, tiền âm, hậu âm, vinh nhuận ra tóc và có quan hệ biểu lý với bàng quang.

Thận chủ khí hóa nước, chức năng khí hoá nước của thận khí tức là đem nước từ đồ ăn uống đưa tới cho tổ chức cơ thể và bài tiết nước ra ngoài. Sự chuyển hoá nước trong cơ thể do 3 tạng phụ trách: tỳ vận hoá hấp thu đưa lên phế, phế tức giáng xuống thận, ở thận được khí hoá những chất trong (chất có ích) được đưa lên phế phân bố đi toàn thân, những chất đục (chất thải độc hại) được đưa xuống bàng quang thải ra ngoài.

Nguyên nhân chứng “Bàng quang bất cố” người xưa đều cho là vì hư. Hư là chỉ về công năng có quan hệ với việc bài tiết nước tiểu bị sút kém. Thiên “Quyên

minh ngũ khí” sách “Tổ vấn” nói: “Bàng quang không ước thúc được chỉ thành chứng són đái”. Nói rõ tiểu tiện không nín được là vì quàng quang không ước thúc được mà bàng quang không đóc thúc được là do công năng của phế, tỳ, thận bị sút kém [40].

Thận chủ về nhị tiện và biểu lí với bàng quang, công năng chứa đựng và bài tiết nước tiểu của bàng quang phải thông qua sự khí hóa và phối hợp của tạng thận, thận hư thời tiểu tiện không nín được. Trong thiên “Ngũ tạng phong hàn tích tụ” sách “Kim quỹ yếu lược” nói: “Tỳ phế hư, không ước thúc thủy đạo mà sinh bệnh đái không nín được”, sách “Kim quỹ” cho là phế, tỳ khí hư không chủ quản được thì ảnh hưởng đến sự bế tàng của bàng quang, trên hư thì không điều đình được ở dưới [41].

Như vậy các biểu hiện tiểu gấp, tiểu són, tiểu nhiều lần trong YHCT là do chức năng của tạng phế, tỳ và thận có sự suy giảm. Khi chức năng của tạng phế, tỳ và thận hư yếu làm cho sự chế ước điều hòa bài tiết của bàng quang cũng bị suy giảm theo.

### 1.2.2. Phân loại và điều trị

#### \* *Thể khí hư [41]*

- Triệu chứng: Tiểu rất, tiểu són, tiểu không tự chủ, dòng tiểu yếu và khi đi cần dùng sức nhiều kèm theo mệt mỏi, thờ ngẩn. lưỡi nhợt, rêu ít, mạch tế nhược.
- Pháp điều trị: bổ khí, thăng đề sáp niệu
- Bài thuốc: Bổ trung ích khí thang gia giảm

Đẳng sâm	16g	Bạch truật	12g	Hoàng kỳ	12g
Đương quy	15g	Cam thảo	6g	Trần Bì	6g
Sài hồ	12g	Thăng ma	12g	Tang phiêu tiêu	8g
Son thù	12g	Khiếm thực	12g	Hoài sơn	12g

- Châm cứu: Châm bổ Bách hội, Quan nguyên, Khí hải, Trung cực, Tam âm giao, Túc tam lý [40].

#### \* *Thể thận dương hư [41]*

- Triệu chứng: tiểu tiện đi nhiều, tiểu đêm, tiểu không tự chủ, nước tiểu trong dài, sắc mặt trắng, chân tay lạnh, lưng mỏi, lưỡi nhạt mạch trầm trì.
- Pháp điều trị: ôn thận sáp niệu
- Bài thuốc: Cung đề hoàn gia giảm

Thục địa	16g	Cửu tử	8g	Phục thần	8g
----------	-----	--------	----	-----------	----

Phụ tử	4g	Hoài sơn	8g	Ích chí nhân	8g
Ngũ vị tử	4g	Phá cố chỉ	8g	Tang phiêu tiêu	8g
Thỏ ty tử	8g	Nhục quế	4g		

- Châm cứu: châm bổ Quan nguyên, Khí hải, Trung cực, Mệnh môn, Thận du, Bát liêu, Tam âm giao [40].

**\* *Thể thận âm hư* [41]**

- Triệu chứng: tiểu tiện són, tiểu đêm, nước tiểu vàng, ít, khô khát uống nước nhiều, trong người nóng, lòng bàn tay nóng, lưỡi đỏ, rêu trắng ánh vàng.

- Pháp điều trị: Tư âm sáp niệu

- Bài thuốc: Lục vị gia giảm

Đan bì	8g	Bạch linh	6g	Trạch tả	6g
Thục địa	16g	Sơn thù	12g	Hoài sơn	10g
Tang phiêu tiêu	8g	Khiếm thực	12g		

- Châm cứu: châm bổ Thận du, Tam âm giao, Thái khô, Phục lưu, Thần môn, Trung cực [40]

### 1.3. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ ĐIỆN CHÂM

#### 1.3.1. Phương pháp châm

Châm là dùng kim châm vào huyết để kích thích sự phản ứng của cơ thể nhằm gây được tác dụng điều khí, làm thông kinh mạch, tạo nên trạng thái cân bằng âm dương, nghĩa là phục hồi trạng thái sinh lý, loại trừ trạng thái bệnh lý, đưa cơ thể trở lại hoạt động bình thường để đạt được mục đích phòng bệnh và chữa bệnh [42].

Nguyên tắc chữa bệnh bằng châm cứu phải tuân theo nguyên tắc điều trị chung, đó là điều hòa âm dương, phù chính khu tà, sơ thông kinh lạc.

- Điều hòa âm dương

Âm dương mất cân bằng thì có bệnh, và trị bệnh tất câu kỳ bản. Trong châm cứu, Linh khu viết, điều máu chốt để châm có hiệu quả là biết điều hòa âm và dương. Âm và dương được điều hòa thì tinh khí xung mãn, hoạt động của tinh và khí kết hợp hài hòa với nhau làm thần khí tàng được ở trong [42].

- Phù chính khu tà

Trong trạng thái bình thường thì chính khí luôn đủ sức chống lại tà khí, và cơ thể ở trạng thái khỏe mạnh. Khi tà khí mạnh hơn chính khí nó có thể xâm nhập vào cơ thể làm âm dương mất cân bằng và gây bệnh. Cơ chế sinh bệnh là tà khí thịnh thì gây trạng thái thực, tinh khí thoát (mất) thì gây trạng thái hư. Để lập lại cân bằng người ta dùng nguyên tắc hư thì bổ, thực thì tả. Bổ hư là phù chính, tả thực là khu tà [42].

- Sơ thông kinh lạc

Khi bộ phận nào đó của cơ thể bị bệnh thì phần kinh lạc nuôi dưỡng bộ phận đó cũng bị ảnh hưởng, kinh lạc bị rối loạn thì huyết khí tuần hoàn trong đó cũng bị rối loạn, huyết khí rối loạn thì bệnh khó lành. Vì vậy để chữa bệnh cần phải sơ thông kinh lạc. Huyết hòa thì kinh mạch thông sướng, tuần hoàn không bị trở ngại, âm dương được duy trì tốt, gân xương được cứng cáp, các khớp được linh hoạt [42].

### **1.3.2. Phương pháp điện châm**

Điện châm tức là dùng một máy điện tử tạo xung điện ở tần số thấp, kích thích và điều khiển sự vận hành của khí huyết, sự vận động của các cơ, dây thần kinh và các tổ chức làm tăng sự dinh dưỡng của các tổ chức đưa lại trạng thái cân bằng ổn định qua các kim đã châm trên huyết [43].

Điện châm thay thế cho thủ pháp vẩy tay kích thích huyết một cách đều đặn, nhịp nhàng, làm dịu cơn đau một cách nhanh chóng, do vậy điện châm ra đời đã đáp ứng được mục đích điều khí của châm cứu nhanh mạnh lại không gây đau.

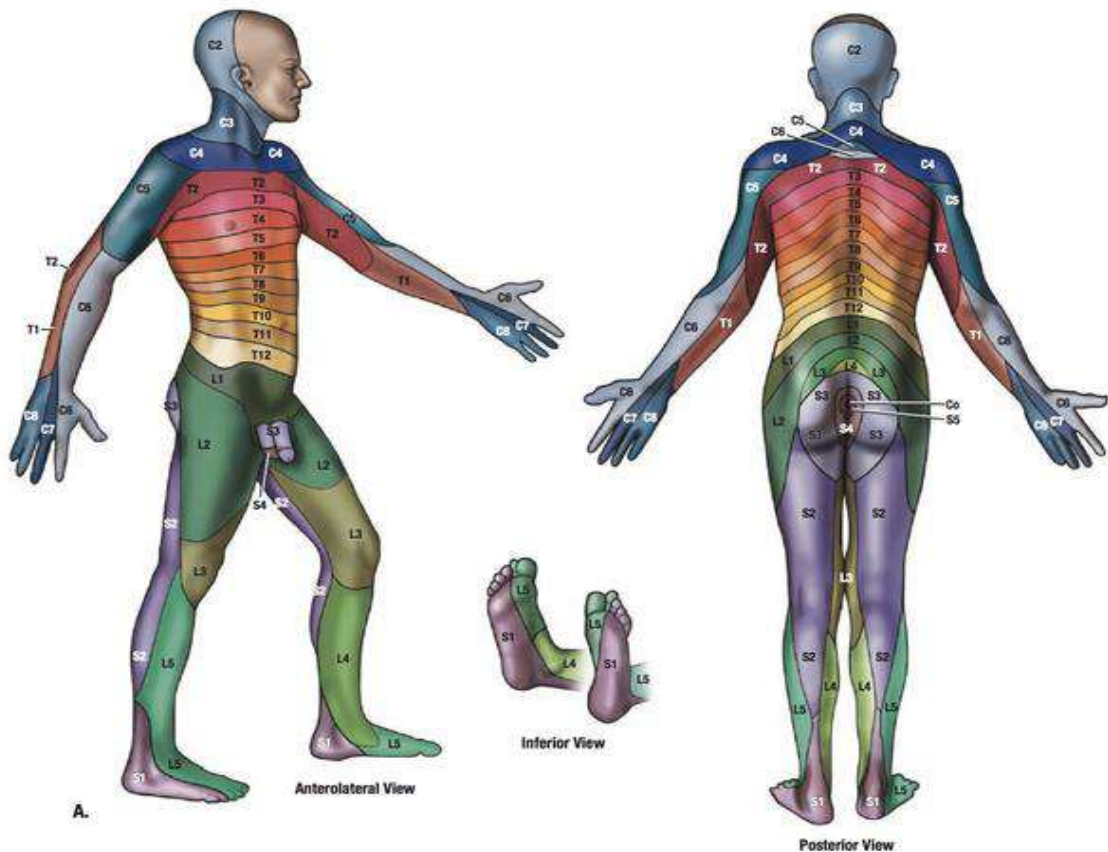
Hiện nay chúng ta thường dùng máy điện châm của Việt Nam sản xuất đã được cải tiến, điện thế 6 vôn, máy có hai kênh bổ tả riêng biệt, với cường độ kích thích từ 0 - 100 micro Ampe ( $\mu A$ ), tần số kích thích từ 1 - 60 Hz, thời gian kích thích huyết từ 20 - 30 phút trong mỗi lần châm tùy theo mục đích bổ hay tả, tùy theo từng loại bệnh và tùy theo trạng thái từng bệnh nhân [43].

### **1.3.3. Cơ chế tác dụng theo học thuyết thần kinh – nội tiết – thể dịch**

- Phản ứng tại chỗ: Kích thích của châm cứu sẽ gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Các phản xạ đột trực của hệ thần kinh thực vật làm ảnh hưởng tới vận mạch, điều nhiệt, sự tập trung bạch cầu,... qua đó làm thay đổi tính chất tổn thương. Phản ứng tại chỗ là cơ sở của phương pháp điều trị tại chỗ hay xung quanh nơi có thương tổn [44].

- Phản ứng tiết đoạn: Thần kinh tủy sống có 31 đôi dây, mỗi đôi dây chia ra ngành trước và ngành sau chi phối vận động, cảm giác một vùng gọi là tiết đoạn, nội tạng có tổn thương bệnh lý sẽ có những thay đổi cảm giác vùng da cùng tiết đoạn với nó. Ngược lại, kích thích ở một vùng da sẽ ảnh hưởng tới các nội tạng có chung tiết đoạn với nó. Đó là cơ sở của phương pháp chọn huyết từ xa [44].

- Phản ứng toàn thân: Bất kì kích thích nào tác dụng lên cơ thể đều gây ra một phản ứng toàn thân thông qua tác dụng lên não. Qua hệ thần kinh trung ương tác dụng lên hệ thần kinh thực vật gây ra những tác dụng trên nội tạng và mọi tổ chức trên cơ thể. Đồng thời châm cứu gây các biến đổi thể dịch và nội tiết. Thường trong và sau khi châm, lượng Adrenaline, Cortison, Acetylcholin,... đều tăng. Sự thay đổi về thể dịch và nội tiết gây ảnh hưởng tới toàn bộ quá trình chuyển hóa các chất trong cơ thể [44].



**Hình 1.1. Giản đồ về sự liên quan giữa vùng da và nội tạng theo Zakharin và Head**

### 1.3.4. Công thức huyết nghiên cứu

Hiện nay châm cứu điều trị hội chứng BQTH nguyên phát thường áp dụng công thức huyết theo quy trình số 277 điện châm điều trị rối loạn tiểu tiện – Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu bao gồm các huyết: Khúc cốt (CV2), Trung cực (CV3), Quy lai (S29), Côn lân (B60), Thần môn (H7), Nội quan (P6) [45].

Trên thực tế lâm sàng tại bệnh viện đa khoa YHCT Hà Nội đã sử dụng phác đồ trên kết hợp thêm một số huyết điều trị nguyên nhân theo từng thể bệnh của chứng “Bàng quang bất cố” cho thấy hiệu quả cải thiện các tình trạng tiểu gấp, tiểu nhiều lần và tiểu són rất tốt. Công thức huyết dùng để điều trị Bàng quang tăng hoạt nguyên phát gồm các huyết: Khúc cốt (CV2), Trung cực (CV3), Quy lai (S29), Côn lân (B60), Thần môn (H7), Nội quan (P6) và gia thêm các huyết theo từng thể bệnh:

- Thể Khí hư: Bách hội (GV20), Quan nguyên (CV4), Khí hải (CV6), Tam âm giao (SP6), Túc tam lý (S36) [40]

- Thể Thận dương hư: Quan nguyên (CV4), Mệnh môn (GV4), Thận du (B23), Thứ liêu (B32), Tam âm giao (SP6) [40].

- Thể Thận âm hư: Thận du (B23), Tam âm giao (SP6), Thái khê (K3), Phục lưu (K7) [40]

*Vị trí các huyết nghiên cứu:* (Phụ lục 05)

## 1.4. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ BÀNG QUANG TĂNG HOẠT TRÊN THỂ GIỚI VÀ VIỆT NAM

### 1.4.1. Tình hình nghiên cứu trên thể giới

- Nghiên cứu của Gao Yaxian, Wang Cuiyu (2007) trên 40 trường hợp được chẩn đoán BQTH đã được điều trị bằng châm cứu và thuốc đông dược kết quả khỏi bệnh 24 ca, chiếm 60%; Cải thiện 12 ca, chiếm 30%; 4 ca không khỏi chiếm 10% [46].

- Nghiên cứu của Duan Zhongqi, Wang Bao (2016) trên 42 bệnh nhân BQTH được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm, mỗi nhóm 21 BN. Nhóm thực nghiệm được điều trị bằng Ôn châm mỗi ngày một lần, nhóm chứng điều trị bằng hào châm mỗi ngày một lần sau 8 tuần kết quả điểm OABSS và các triệu chứng lâm sàng ở cả 2 nhóm cải

thiện đáng kể so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ). So sánh giữa 2 nhóm, số lần tiểu ngày, tiểu đêm và tiểu gấp ở nhóm thực nghiệm được cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ( $p < 0,05$ ) [47].

- Wang Bo và Cs (2013) nghiên cứu trên 60 bệnh nhân nữ mắc BQTH được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm mỗi nhóm 30 bệnh nhân. Nhóm thực nghiệm được châm cứu mỗi ngày một lần, nhóm chứng được uống 5mg Solifenasin mỗi ngày một lần sau 4 tuần kết quả cho thấy tổng tỷ lệ hiệu quả của nhóm châm cứu là 90%, tổng tỷ lệ hiệu quả của nhóm chứng là 86,9%. Số lần tiểu gấp, tiểu ngày, tiểu đêm, lượng nước tiểu mỗi lần ở cả 2 nhóm đều được cải thiện đáng kể so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ). Hiệu quả cải thiện triệu chứng tiểu gấp ở nhóm châm cứu tốt hơn nhóm Solifenacin ( $p < 0,05$ ), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về số lần tiểu ngày, tiểu đêm, số lần tiểu gấp và lượng nước tiểu mỗi lần ( $p > 0,05$ ) [48].

- Nghiên cứu của Li Zhuhui, Ren Moying, Wang Juan (2012) trên 60 bệnh nhân nữ mắc BQTH được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm mỗi nhóm 30 bệnh nhân. Cả 2 nhóm đều được thực hiện các biện pháp can thiệp hành vi. Nhóm thực nghiệm được châm cứu mỗi ngày một lần sau 5 tuần kết quả cho thấy tỷ lệ đi tiểu thường xuyên, tiểu gấp, tiểu đêm và tiểu không tự chủ của nhóm quan sát đều thấp hơn nhóm chứng  $p < 0,05$ ; sự cải thiện lượng nước tiểu mỗi lần và dung tích bàng quang tối đa trong thời gian dự trữ của nhóm quan sát sau điều trị cao hơn nhóm chứng  $p < 0,05$  [13].

- Nghiên cứu của Miao Guangzhan, Jia Min, Zhang Xiaoyu (2015) tiến hành trên 66 bệnh nhân nữ mắc BQTH chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, mỗi nhóm 33 bệnh nhân. Nhóm nghiên cứu được điều trị bằng điện châm kết hợp tập luyện cơ sàn chậu, nhóm chứng được điều trị bằng Tolterodine đường uống, liệu trình điều trị 3 tuần kết quả cho thấy các triệu chứng của BQTH ở hai nhóm đều giảm so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ) nhưng nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng về giảm số lần đi tiểu trong ngày ( $p < 0,05$ ) [49].

- Wang Yafei và Cs (2013) nghiên cứu trên 120 bệnh nhân BQTH được chia ngẫu nhiên làm 2 nhóm mỗi nhóm 60 bệnh nhân. Nhóm nghiên cứu được điều trị bằng điện châm mỗi ngày một lần, nhóm chứng được điều trị bằng uống Tolterodine



2mg mỗi ngày một lần sau 3 tháng kết quả cho thấy nhóm điện châm tốt hơn nhóm Tolterodine rõ rệt trong việc cải thiện số lần đi tiêu, số lần tiểu gấp và thể tích bàng quang tối đa ( $p < 0,05$ ) [50].

- Forde J. C, Jaffe E, Stone B. V và Cs (2016) Nghiên cứu có hệ thống về các nghiên cứu lâm sàng liên quan đến châm cứu trong điều trị BQTH được tìm kiếm trong các cơ sở dữ liệu điện tử (PubMed, MEDLINE, Scopus và EMBASE) cho thấy Châm cứu giúp cải thiện các triệu chứng của BQTH và các chỉ số niệu động học. Một số thử nghiệm so sánh cho thấy lợi ích của châm cứu có thể tương đương với điều trị antimuscarinic [11].

- Nghiên cứu của tác giả Yuan Z và Cs trên 240 BN nữ bị hội chứng BQTH nguyên phát được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu gồm 118 BN được châm cứu mỗi tuần 1 lần, nhóm ĐC gồm 122 BN được điều trị bằng thuốc tolterodine tartrate uống 2 mg x 2 lần/ngày trong 4 tuần. Sau điều trị bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều giảm đáng kể số lần tiểu gấp, số lần tiểu ngày, số lần tiểu đêm, số lần són tiểu gấp và tăng thể tích mỗi lần tiểu so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ), Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  [12].

#### **1.4.2. Tình hình nghiên cứu tại Việt Nam**

Hiện nay chưa có một nghiên cứu nào về tác dụng của các phương pháp điều trị không dùng thuốc của Y học cổ truyền trên Hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát tại Việt Nam.

## CHƯƠNG 2

### CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. CHẤT LIỆU VÀ PHƯƠNG TIỆN NGHIÊN CỨU

##### 2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

- Công thức huyết điều trị BQTH nguyên phát:

Châm bổ: Khúc cốt (CV2), Trung cực (CV3), Quy lai (S29), Côn lân (B60), Thần môn (H7), Nội quan (P6) [45] và gia thêm các huyết theo từng thể bệnh:

+ Thể Khí hư: Bách hội (GV20), Quan nguyên (CV4), Khí hải (CV6), Tam âm giao (SP6), Túc tam lý (S36) [40]

+ Thể Thận dương hư: Quan nguyên (CV4), Mệnh môn (GV4), Thận du (B23), Thứ liêu (B32), Tam âm giao (SP6) [40].

+ Thể Thận âm hư: Thận du (B23), Tam âm giao (SP6), Thái khê (K3), Phục lưu (K7) [40]

- Thuốc điều trị nền: Solifenacin 5mg

+ Thành phần: Solifenacin succinate 5mg

+ Dạng bào chế: Viên nén bao phim

+ Chỉ định: Điều trị triệu chứng tiểu không tự chủ do thôi thúc (tiểu són) và/hoặc tiểu nhiều lần và tiểu gấp, có thể xảy ra ở bệnh nhân bị hội chứng bàng quang tăng hoạt động.

+ Chống chỉ định: Bệnh nhân bị bí tiểu, tình trạng dạ dày – ruột nặng, bệnh nhược cơ nặng hoặc glaucoma góc hẹp. Bệnh nhân đang thẩm phân máu. Bệnh nhân suy gan nặng. Bệnh nhân suy thận nặng hoặc suy gan trung bình và đang điều trị bằng một chất ức chế CYP3A4 mạnh. Bệnh nhân quá mẫn với bất cứ thành phần nào của thuốc.

+ Liều dùng: Uống 01 viên/ngày

+ Nhà sản xuất: Astellas Pharma Europe B.V. Hogemaat 2. 7942 JG Meppel  
The Netherlands (Hà Lan)

+ Số lô: 19I09/08. Hạn sử dụng: 11/2022.



*Hình 2.1. Dạng trình bày của thuốc Solifenacin*

### 2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

- Máy điện châm đa năng Model: 04 – 05 JH do công ty đầu tư phát triển công nghệ và xây lắp K&N sản xuất được bộ Y tế cho phép sử dụng ở Việt Nam.



*Hình 2.2. Máy điện châm đa năng Model: 04 – 05 JH*

- Kim châm cứu làm bằng thép Hải Nam do Việt Nam sản xuất có đường kính 0,25 – 0,35 mm, chiều dài từ 25 – 75 mm.
- Pince vô khuẩn
- Bông, cồn sát trùng 70°.
- khay quả đậu

- Bệnh án nghiên cứu. (Phụ lục 1)
- Bộ câu hỏi Homma (2006). (Phụ lục 2)
- Bảng đánh giá chất lượng cuộc sống UDI-6. (Phụ lục 3)
- Nhật ký đi tiểu (Theo Wyman & Cs 2009). (Phụ lục 4)



*Hình 2.3. Kim châm cứu bằng thép do Việt nam sản xuất*

## 2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên không phân biệt giới tính, nghề nghiệp được chẩn đoán hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát tại Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội.

### 2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

#### 2.2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHTĐ

- Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi
- Được chẩn đoán có hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát theo thang điểm OABSS của Homma, dựa trên các tiêu chí: số lần tiểu gấp (0 – 5 điểm), số lần tiểu ngày (0 – 2 điểm), số lần tiểu đêm (0 – 3 điểm), số lần són tiểu gấp (0 – 5 điểm). Bệnh nhân được chẩn đoán BQTH khi triệu chứng *tiểu gấp có điểm*  $\geq 2$  (số lần tiểu gấp  $\geq 1$  lần/tuần) và *tổng điểm cho cả 4 triệu chứng*  $\geq 3$ .
- Hợp tác được với cán bộ y tế.
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

### 2.2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT

- Bệnh nhân có các triệu chứng của “bàng quang bất cố” dựa vào khám bệnh (tứ chẩn) để quy nạp BN theo 3 thể là:

**Bảng 2.1. Phân loại thể bệnh theo YHCT**

Thể LS Tứ chẩn	Khí hư	Thận dương hư	Thận âm hư
Vọng (Nhìn)	Sắc nhợt Lưỡi nhợt, rêu ít	Sắc trắng hoặc sạm đen Lưỡi nhạt, rêu trắng	Sắc đỏ, gò má đỏ Lưỡi đỏ, rêu trắng ánh vàng
Văn (Nghe, ngửi)	Tiếng nói yếu, hơi thở ngắn	Tiếng nói rõ, hơi thở bình thường	Tiếng nói rõ, hơi thở bình thường
Vấn (Hỏi)	Tiểu rất tiểu són, tiểu không tự chủ, dòng tiểu yếu và khi đi cần dùng sức nhiều kèm theo mệt mỏi	Tiểu tiện đi nhiều, tiểu đêm, tiểu không tự chủ, nước tiểu trong dài, đau mỗi lưng gối	Tiểu són, tiểu đêm, nước tiểu vàng, ít, khô khát uống nước nhiều, trong người nóng
Thiết (Sờ)	Mạch tế nhược	Chân, tay lạnh Mạch trầm trì	Lòng bàn tay, bàn chân nóng Mạch tế sắc

### 2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

#### 2.2.2.1. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân theo YHHĐ

- Bệnh nhân bàng quang tăng hoạt thứ phát.
- Thể tích nước tiểu tồn dư (PRV) > 150ml
- Bệnh nhân bị bí tiểu, tình trạng dạ dày – ruột nặng, bệnh nhược cơ nặng hoặc glaucoma góc hẹp.

- Bệnh nhân có các bệnh lý toàn thân như: Đái tháo nhạt, đái tháo đường không kiểm soát đường huyết tốt, suy gan, suy thận, rối loạn nhận thức...
- Đang điều trị BQTH bằng các phương pháp khác hoặc dùng thuốc có ảnh hưởng đến chức năng của Bàng quang.
- Bệnh nhân không tuân thủ quy trình nghiên cứu.
- Có các tác dụng không mong muốn phải ngừng điều trị trong thời gian nghiên cứu.

#### **2.2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân theo YHCT**

- Bệnh nhân có các triệu chứng của “bàng quang bất cố” thuộc thực chứng

### **2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.3.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng so sánh trước và sau điều trị có đối chứng.

#### **2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

- Cỡ mẫu: Chúng tôi tiến hành lấy chủ đích 60 bệnh nhân chia làm hai nhóm: Nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng:

+ Nhóm nghiên cứu: 30 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp điện châm + Uống Solifenacin 5mg x 01 viên/lần/ngày vào 08 giờ x 28 ngày liên tục.

+ Nhóm đối chứng: 30 bệnh nhân uống Solifenacin 5mg x 01 viên/lần/ngày vào 08 giờ x 28 ngày liên tục.

- Phương pháp chọn mẫu: Các bệnh nhân lần lượt được xếp vào hai nhóm, theo phương pháp ghép cặp cho đến khi mỗi nhóm được 30 BN, bệnh nhân giữa hai nhóm tương đồng về tuổi, giới, mức độ bệnh theo thang điểm OABSS của Homma.

#### **2.3.3. Quy trình nghiên cứu**

- Hỏi bệnh và khám lâm sàng toàn diện cho bệnh nhân
- Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát và phù hợp với tiêu chuẩn của nghiên cứu (n = 60) được sắp xếp vào hai nhóm: Nhóm NC và nhóm ĐC theo phương pháp ghép cặp, đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới, mức độ bệnh theo thang điểm OABSS của Homma.

- Trước điều trị các BN được đánh giá theo các tiêu chí đánh giá kết quả nghiên cứu: Mức độ rối loạn tiểu tiện qua điểm OABSS của Homma, nhật kí đi tiểu, điểm đánh giá chất lượng cuộc sống UDI-6

- Làm các xét nghiệm: Công thức máu, sinh hóa máu, tổng phân tích nước tiểu, đo lượng nước tiểu tồn dư.

- Áp dụng phương pháp điều trị đối với từng nhóm: Nhóm NC áp dụng điện châm + Uống Solifenacin 5mg x 01 viên/lần/ngày, nhóm ĐC áp dụng uống Solifenacin 5mg x 01 viên/lần/ngày

- Liệu trình điều trị cho cả 2 nhóm là 28 ngày

- Theo dõi các biểu hiện lâm sàng và các yếu tố liên quan đến tình trạng bệnh trước và sau điều trị

- Các chỉ số theo dõi tại các thời điểm D0 – D14 – D28.

- Đánh giá kết quả điều trị, so sánh trước – sau điều trị và so sánh giữa hai nhóm.

#### **2.3.4. Phương pháp tiến hành Điện châm**

Chuẩn bị bệnh nhân:

- Bệnh nhân nghỉ ngơi 5 phút trước khi tiến hành điều trị

- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa hoặc nghiêng.

- Bộc lộ vùng cần châm

- Công thức huyệt điều trị BQTH nguyên phát:

Châm bổ: Khúc cốt (CV2), Trung cực (CV3), Quy lai (S29), Côn lân (B60), Thần môn (H7), Nội quan (P6) [45] và gia thêm các huyệt theo từng thể bệnh:

+ Thể Khí hư: Bách hội (GV20), Quan nguyên (CV4), Khí hải (CV6), Tam âm giao (SP6), Túc tam lý (S36).

+ Thể Thận dương hư: Quan nguyên (CV4), Khí hải (CV6), Mệnh môn (GV4), Thận du (B23), Thứ liêu (B32), Tam âm giao (SP6).

+ Thể Thận âm hư: Thận du (B23), Tam âm giao (SP6), Thái khê (K3), Phục lưu (K7).

- Kỹ thuật điện châm.

+ Bước 1: Xác định huyệt và sát khuẩn da vùng huyệt.

+ Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì:

Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết, tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

Thì 2: Đẩy kim từ từ theo huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “đắc khí” (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mót chặt tại vị trí huyết).

+ Bước 3: Kích thích huyết bằng máy điện châm

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bỏ - tả của máy điện châm

- Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bỏ từ 1 - 3Hz.
- Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).
- Thời gian 20 - 30 phút cho một lần điện châm.

+ Bước 4: Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

- Liệu trình: Điện châm ngày 01 lần x 28 ngày liên tục.

### **2.3.5. Các biến số, chỉ số nghiên cứu**

***Mục tiêu 1: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát***

- Biến số về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, tuổi, thời gian mắc bệnh.

- Biến số về một số yếu tố liên quan bao gồm: BMI, phụ nữ mãn kinh, thói quen sử dụng đồ uống có cồn, cà phê, hút thuốc, tình trạng táo bón.

- Các chỉ số mức độ bệnh BQTH, Bàng quang tăng hoạt khô, Bàng quang tăng hoạt ướt.

- Các chỉ số lâm sàng khi theo dõi nhật kí đi tiểu: Lượng nước uống trung bình/24h, Lượng nước tiểu trung bình/24h, Thể tích nước tiểu trung bình 1 lần, số lần tiểu gấp trung bình/24h, số lần tiểu trung bình ban ngày, số lần tiểu trung bình ban đêm.



**Mục tiêu 2: Đánh giá hiệu quả của phương pháp điện châm trong điều trị hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát**

**Các chỉ tiêu theo dõi lâm sàng:** tại thời điểm trước khi điều trị (D0), sau 14 ngày (D14) và sau 28 ngày điều trị (D28).

- Số lần đi tiểu trong ngày, số lần tiểu đêm, số lần tiểu gấp, số lần són tiểu gấp.
- Mức độ triệu chứng bàng quang tăng hoạt theo thang điểm OABSS của Homma.
- Điểm chất lượng cuộc sống qua bảng đánh giá ảnh hưởng của triệu chứng tiết niệu – sinh dục đến sinh hoạt hàng ngày UDI-6.
- Các chứng trạng theo tứ chẩn (vọng, vấn, vân, thiết) của y học cổ truyền
- Đánh giá các tác dụng không mong muốn:
  - + Điện châm: Chảy máu, tụ máu, nhiễm trùng, vụng châm.
  - + Solifenacin: Khô miệng, nhìn mờ, táo bón, buồn nôn, đau bụng.
- Các chỉ số sinh tồn (mạch, huyết áp...)

**Các chỉ tiêu cận lâm sàng:** tại thời điểm bắt đầu tiến hành nghiên cứu (D0) và sau 28 ngày điều trị (D28).

- Xét nghiệm huyết học: Hồng cầu, Hemoglobin, Bạch cầu, Tiểu cầu
- Tổng phân tích nước tiểu (D0)
- Xét nghiệm sinh hóa máu: AST, ALT, Ure, Creatinin, Đường huyết (D0)
- Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh: siêu âm đánh giá nước tiểu tồn dư trong bàng quang.

### 2.3.6. Phương pháp đánh giá

**Đánh giá mức độ nặng của BQTH theo thang điểm OABSS của Homma**

Mức độ BQTH được xác định dựa trên tổng số điểm như sau [51]:

**Bảng 2.2. Đánh giá mức độ bệnh theo bảng điểm OABSS của Homma**

Điểm OABSS của Homma	Mức độ
< 6	Nhẹ
6 – 11	Trung bình
> 11	Nặng

**Đánh giá mức độ của triệu chứng tiểu gấp và són tiểu gấp**

Tiểu gấp: Cảm giác mạnh muốn đi tiểu ngay lập tức, không thể kiềm chế được

Són tiểu gấp: Són tiểu xảy ra ngay sau khi có cảm giác tiểu gấp

**Bảng 2.3. Đánh giá mức độ của triệu chứng tiểu gấp và són tiểu gấp**

Số lần tiểu gấp, són tiểu gấp	Mức độ
$\leq 1$ lần/ngày	Nhẹ
2 – 4 lần/ngày	Trung bình
$\geq 5$ lần/ngày	Nặng

**Đánh giá mức độ đi tiểu trong ngày**

Số lần đi tiểu từ lúc thức dậy cho đến khi đi ngủ vào buổi tối

**Bảng 2.4. Đánh giá mức độ đi tiểu trong ngày**

Số lần đi tiểu trong ngày	Mức độ
$\leq 8$ lần/ngày	Nhẹ
9 – 10 lần/ngày	Trung bình
$\geq 11$ lần/ngày	Nặng

**Đánh giá mức độ đi tiểu trong đêm**

Số lần phải thức dậy đi tiểu từ lúc đi ngủ cho tới khi thức dậy vào buổi sáng

**Bảng 2.5. Đánh giá mức độ đi tiểu trong đêm**

Số lần tiểu trong đêm	Mức độ
$\leq 1$ lần/đêm	Nhẹ
2 – 3 lần/đêm	Trung bình
$\geq 4$ lần/đêm	Nặng

### ***Đánh giá một số yếu tố liên quan***

- *Đánh giá thừa cân béo phì theo BMI*: theo bảng phân loại dinh dưỡng cho người châu Á trưởng thành của Tổ chức Y tế thế giới [52].

<b>Tình trạng dinh dưỡng</b>	<b>Chỉ số BMI</b>
Gầy	< 18,5
Bình thường	18,5 – 23
Thừa cân, béo phì	≥ 23

- *Táo bón*: Hình thái phân được phân loại theo mức độ táo bón của Bristol, loại 1 và loại 2 được chẩn đoán là táo bón [53]

+ Loại 1: Phân cứng, dạng cục và rời rạc, giống hạt đậu



+ Loại 2: Phân dạng giống xúc xích nhưng nhiều dạng cục dính



+ Loại 3: Phân dạng giống xúc xích nhưng có nhiều vết nứt trên bề mặt



+ Loại 4: Phân dạng giống xúc xích hoặc dạng con rắn, trơn và mềm



+ Loại 5: Phân dạng viên tròn mềm với các góc cạnh rõ



+ Loại 6: Các mẫu phân nhuyễn mịn, đường rìa rách nhiều chỗ, phân mềm xốp



+ Loại 7: dạng lỏng hoàn toàn.



***Hình 2.4. Hình thái phân theo phân loại Bristol [53]***

- *Tiền mãn kinh và mãn kinh*: Tiền mãn kinh là thời kỳ trước khi dứt hẳn kinh nguyệt của người phụ nữ, có thể xảy ra rất sớm và kéo dài từ 4-5 năm, trước khi người phụ nữ bước vào giai đoạn mãn kinh hoàn toàn. Mãn kinh là thời kỳ từ khi một người phụ nữ bình thường dứt hẳn kinh nguyệt được ít nhất 12 tháng.

#### **2.4. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU**

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 05/2021 đến tháng 11/2021

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội.

#### **2.5. CÁC LOẠI SAI SỐ VÀ BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC SAI SỐ**

- *Sai số chọn khi lựa chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu và chia bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu hay nhóm đối chứng*

Cách khắc phục: Thăm khám toàn diện lựa chọn bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn của nghiên cứu. Các BN được sắp xếp vào hai nhóm: Nhóm NC và nhóm chứng theo phương pháp ghép cặp, đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới, mức độ bệnh theo thang điểm OABSS của Homma.

- *Sai số bỏ cuộc do bệnh nhân không tuân thủ điều trị hoặc có các tác dụng không mong muốn phải ngừng điều trị trong thời gian nghiên cứu.*

Cách khắc phục: Thường xuyên thăm hỏi, theo dõi sát sao và thu thập đầy đủ thông tin của các đối tượng nghiên cứu.

- *Các triệu chứng chủ quan khó đánh giá*

Cách khắc phục: Sử dụng bộ câu hỏi đã được chuẩn hóa, cho điểm dựa theo mức độ.

- *Bệnh nhân không hiểu câu hỏi*

Cách khắc phục: Nghiên cứu viên giải thích rõ ràng câu hỏi cho BN.

- *Sai số do nhớ lại các triệu chứng cần đánh giá tại các thời điểm D0, D14, D28.*

Cách khắc phục: Nhắc nhở BN ghi lại nhật kí đi tiểu, bảng đánh giá chất lượng cuộc sống UDI-6, bộ câu hỏi OABSS của Homma tại các thời điểm đó.

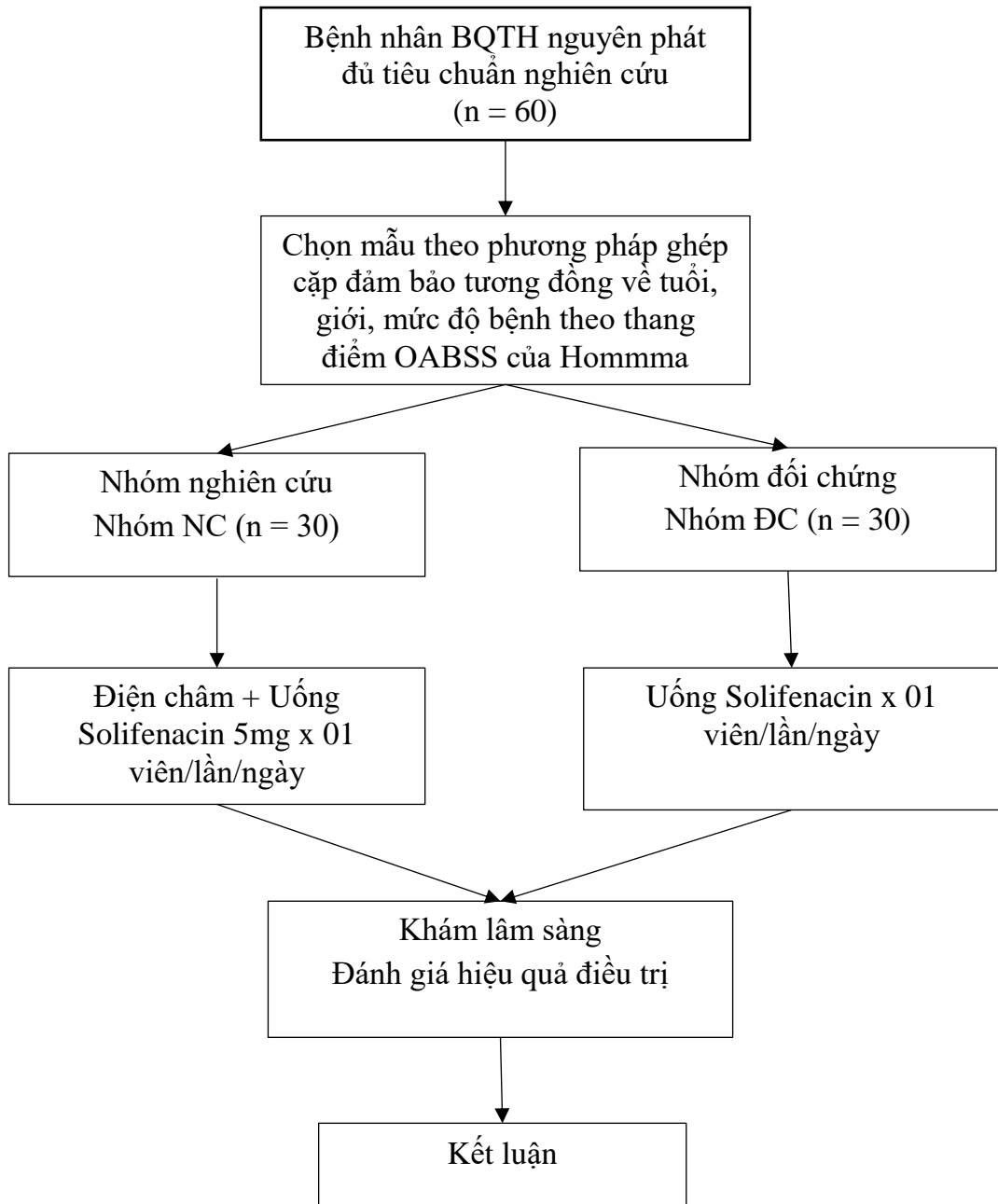
#### **2.6. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH SỐ LIỆU**

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, được xử lý trên máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0 cho Window. Sử dụng thuật toán:

- + Tính tỷ lệ %;
- + Tính số trung bình, tính độ lệch chuẩn (SD);
- + So sánh 2 giá trị trung bình dùng test T-student và Paired T- Test với số liệu phân bố chuẩn và test Mann-Whitney, sign test với số liệu phân bố không chuẩn.
- + So sánh các tỷ lệ bằng Pearson test  $\chi^2$  nếu giá trị mong đợi trong các ô  $\geq 5$  hoặc fisher's exact test nếu giá trị mong đợi trong các ô  $< 5$
- + Các tính toán có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$

## **2.7. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU**

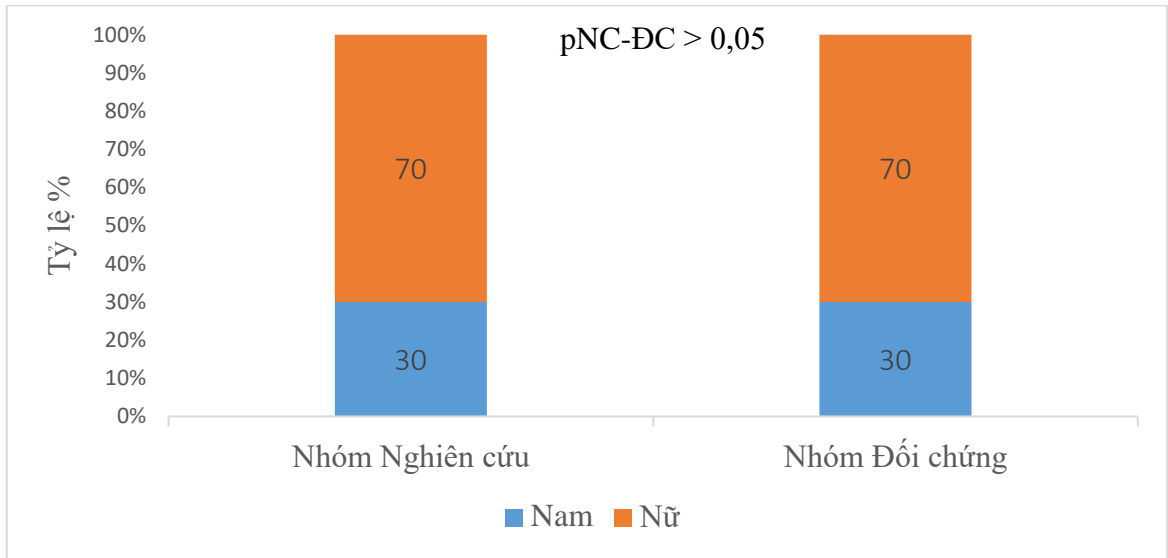
- Nghiên cứu được Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam thông qua.
- Đề tài được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích bảo vệ sức khỏe cho người bệnh.
- Khi tham gia nghiên cứu các bệnh nhân được giải thích rõ về mục đích, nắm được quyền lợi và trách nhiệm của mình, tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào.
- Trong quá trình điều trị bệnh nhân không đỡ hoặc tăng lên thì bệnh nhân được ngừng nghiên cứu đổi phương pháp điều trị và loại khỏi nhóm nghiên cứu.
- Các thông tin liên quan tới bệnh nhân nghiên cứu được bảo mật

**SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU****Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu**

### CHƯƠNG 3

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU



**Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới**

Nhận xét:

Phân bố giới tính ở hai nhóm là tương đồng ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ bệnh nhân nữ ở hai nhóm đều cao hơn gấp 2,33 lần so với nam ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

Nhóm tuổi	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		pNC-ĐC
	n	%	n	%	
18 – 49	1	3,3	1	3,3	p > 0,05
50 – 59	3	10,0	2	6,7	
60 – 69	12	40,0	13	43,3	
70 – 79	10	33,3	10	33,3	
≥ 80	4	13,3	4	13,3	
Tuổi trung bình	68,73 ± 9,32		69,13 ± 8,78		p > 0,05
$\bar{X} \pm SD$	68,93 ± 8,98				

Nhận xét:

Bệnh nhân BQTH nguyên phát trong NC gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 60 – 69 chiếm 40,0% ở nhóm NC và 43,3% ở nhóm ĐC. Tiếp theo là nhóm tuổi 70 – 79 chiếm 33,3% ở cả 2 nhóm, nhóm tuổi  $\geq 80$  chiếm 13,3% ở cả 2 nhóm. Nhóm bệnh nhân có tuổi từ 18 - 49 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,3% trong cả 2 nhóm.

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong NC là  $68,93 \pm 8,98$  tuổi. Tuổi thấp nhất là 44 và tuổi cao nhất là 87.

Phân bố BN theo nhóm tuổi và tuổi trung bình giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$

**Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh**

Thời gian	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		pNC-ĐC
	n	%	n	%	
< 1 năm	3	10,0	0	0,0	p > 0,05
1 –< 3 năm	7	23,3	12	40,0	
3 –< 5 năm	10	33,3	12	40,0	
$\geq 5$ năm	10	33,3	6	20,0	
$\bar{X} \pm SD$	3,80 $\pm$ 2,64		3,45 $\pm$ 2,20		p > 0,05
	3,62 $\pm$ 2,41				

Nhận xét:

Thời gian phát hiện bệnh trung bình của bệnh nhân là  $3,62 \pm 2,41$  năm (trong đó nhóm NC là  $3,80 \pm 2,64$  năm, nhóm ĐC là  $3,45 \pm 2,20$  năm). Gặp nhiều nhất là từ 3 –< 5 năm: nhóm NC có 33,3% và nhóm ĐC có 40,0%. Thời gian phát hiện bệnh < 1 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất: 10,0% ở nhóm NC và 0,0% ở nhóm ĐC.



Sự khác biệt về thời gian phát hiện bệnh giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh ngắn nhất là 6 tháng và lâu nhất là 11 năm.

**Bảng 3.3. Đặc điểm điều trị BQTH nguyên phát trong tiền sử**

Phương pháp điều trị	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		Tổng (n=60)		
	n	%	n	%	n	%	
Chưa điều trị	14	46,7	15	50,0	29	48,3	
Thuốc YHHĐ	5	16,7	5	16,7	10	16,7	
Thuốc YHCT	5	16,7	6	20,0	11	18,3	
Phối hợp	6	20,0	4	13,3	10	16,7	
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0	
pNC-ĐC	$p > 0,05$						

Nhận xét:

Đa số các bệnh nhân chưa điều trị gì trước khi đến khám và được chẩn đoán BQTH nguyên phát tại bệnh viện đa khoa YHCT Hà Nội.

Bệnh nhân chưa điều trị BQTH nguyên phát chiếm tỷ lệ cao nhất với 29 bệnh nhân trong cả 2 nhóm chiếm 48,3% (trong đó nhóm NC có 14 BN chiếm 46,7% nhóm ĐC có 15 BN chiếm 50,0%).

Có 10 bệnh nhân đã điều trị bằng YHHĐ đơn thuần chiếm 16,7%, 11 bệnh nhân chỉ điều trị bằng YHCT đơn thuần chiếm 18,3% và 10 bệnh nhân chiếm 16,7% điều trị phối hợp trong cả 2 nhóm.

Sự khác biệt về đặc điểm điều trị BQTH nguyên phát trong tiền sử giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.4. Đặc điểm về chỉ số BMI của bệnh nhân nghiên cứu**

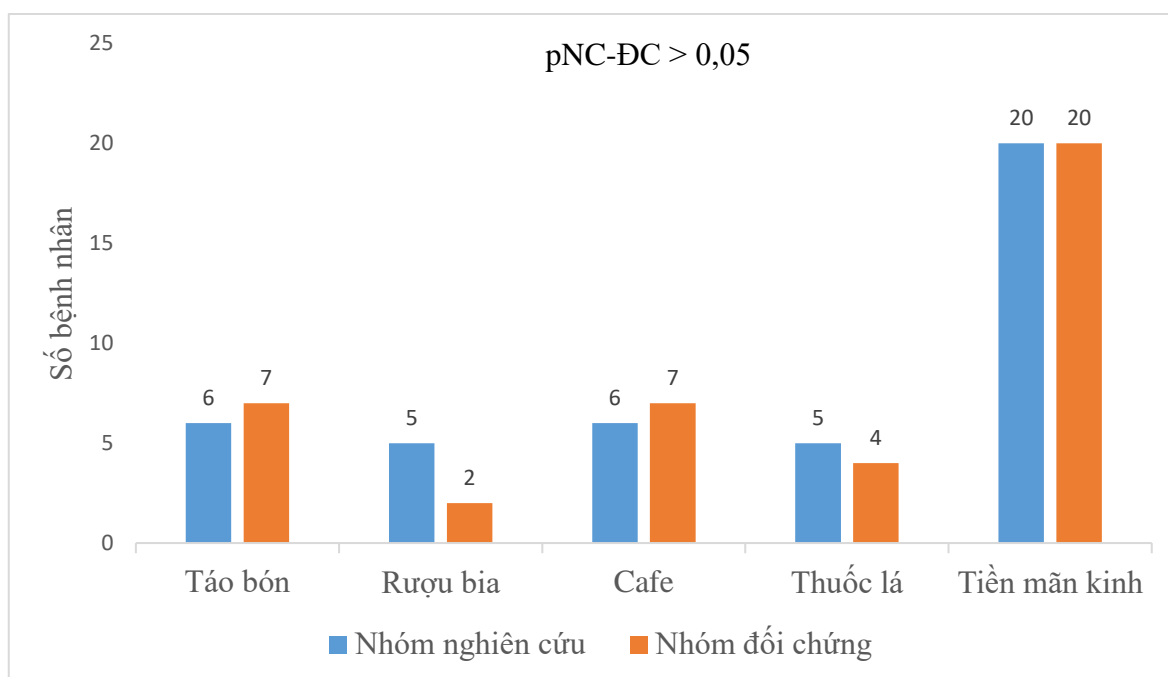
Nhóm / Mức độ	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		pNC-ĐC
	n	%	n	%	
Gầy	0	0,0	3	10,0	p > 0,05
Bình thường	17	56,7	15	50,0	
Thừa cân, béo phì	13	43,3	12	40,0	
BMI trung bình $\bar{X} \pm SD$	22,62 $\pm$ 2,26		22,10 $\pm$ 2,87		p > 0,05

Nhận xét:

Nhóm bệnh nhân có thể trạng bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 17(56,7%) BN ở nhóm NC và 15(50,0%) BN ở nhóm ĐC, tiếp đến thể trạng thừa cân, béo phì với 13(43,3%) ở nhóm NC và 12(40,0%) ở nhóm ĐC, thấp nhất là thể trạng gầy với 3(10,0%) ở nhóm ĐC và 0(0,0%) ở nhóm NC.

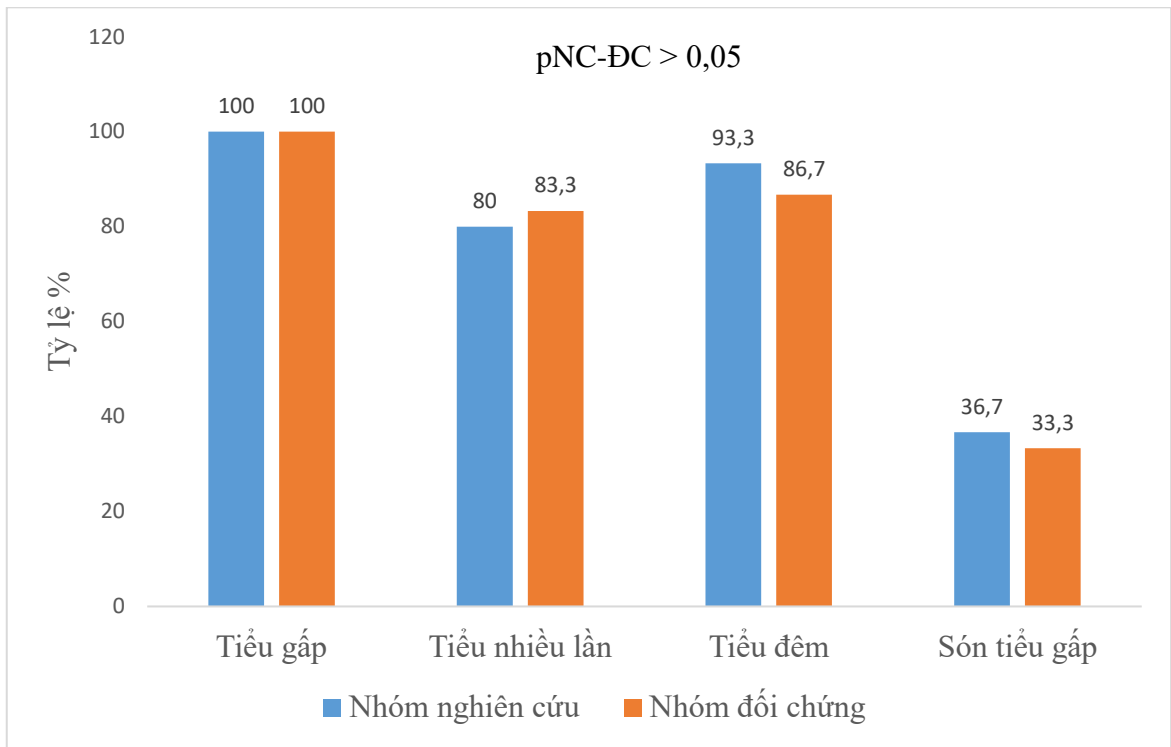
BMI trung bình ở nhóm NC là 22,62  $\pm$  2,26 và ở nhóm ĐC là 22,10  $\pm$  2,87.

Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

**Biểu đồ 3.2. Các yếu tố liên quan của hội chứng bàng quang tăng hoạt**

Nhận xét:

Các yếu tố liên quan của hội chứng BQTH nguyên phát ở 2 nhóm không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ). Trong đó yếu tố phụ nữ tiền mãn kinh chiếm nhiều nhất với 20 BN (66,7%) ở cả 2 nhóm.



**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ các triệu chứng rối loạn tiểu tiện của bệnh nhân nghiên cứu**

Nhận xét:

Các triệu chứng gặp nhiều ở bệnh nhân nghiên cứu là: Triệu chứng buồn tiểu gấp là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán BQTH với tỷ lệ 100,0% ở cả 2 nhóm. Triệu chứng tiểu đêm ( $\geq 2$  lần/đêm) gặp ở 93,3% BN nhóm NC và 86,7% ở nhóm ĐC. Đi tiểu nhiều lần ( $\geq 8$  lần/ngày) cũng là triệu chứng hay gặp ở nhóm NC là 80,0% và nhóm ĐC là 83,3%. Triệu chứng số tiểu gấp ít gặp hơn với tỷ lệ 36,7% ở nhóm NC và 33,3% ở nhóm ĐC.

Sự phân bố các triệu chứng ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.5. Mức độ triệu chứng BQTH theo thang điểm OABSS của Homma**

Nhóm	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		pNC-ĐC
	n	%	n	%	
Nhẹ	0	0,0	0	0,0	p > 0,05
Trung bình	20	66,7	20	66,7	
Nặng	10	33,3	10	33,3	

Nhận xét:

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ triệu chứng theo thang điểm OABSS của Homma ở mức độ trung bình với 66,7% ở cả 2 nhóm, mức độ nặng với tỷ lệ 33,3% và không có bệnh nhân nào ở mức độ nhẹ.

Sự phân bố mức độ triệu chứng BQTH theo thang điểm OABSS của Homma ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.6. Tỷ lệ mắc BQTH khô và ướt**

Nhóm	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		Tổng (n=60)		
	n	%	n	%	n	%	
BQTH khô	19	63,3	20	66,7	39	65,0	
BQTH ướt	11	36,7	10	33,3	21	35,0	
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0	
pNC-ĐC	p > 0,05						

Nhận xét:

Phân loại thể bệnh theo Y học hiện đại của BQTH thường gặp BQTH khô chiếm 65,0% (63,3% ở nhóm NC 66,7% ở nhóm ĐC). Tỷ lệ BQTH ướt thấp chiếm 35,0% (36,7% ở nhóm NC và 33,3% ở nhóm ĐC).

Tỷ lệ mắc BQTH khô và ướt ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.7. Đặc điểm lâm sàng của BQTH nguyên phát theo nhật kí đi tiểu**

Chỉ số	Nhóm NC (n=30)	Nhóm ĐC (n=30)	Tổng (n=60)
	$(\bar{X} \pm SD)$	$(\bar{X} \pm SD)$	$(\bar{X} \pm SD)$
Lượng nước uống trung bình/24h (ml)	1463,33 $\pm$ 130,68	1440,00 $\pm$ 95,05	1451,67 $\pm$ 113,90
Lượng nước tiểu trung bình/24h (ml)	1164,33 $\pm$ 127,97	1145,33 $\pm$ 108,62	1154,83 $\pm$ 118,07
Thể tích nước tiểu trung bình 1 lần (ml)	101,40 $\pm$ 18,06	99,69 $\pm$ 18,71	100,54 $\pm$ 18,25
Số lần tiểu gấp trung bình/24h	6,47 $\pm$ 1,53	5,93 $\pm$ 1,41	6,20 $\pm$ 1,48
Số lần đi tiểu trung bình ban ngày/24h	9,30 $\pm$ 1,99	9,47 $\pm$ 1,89	9,38 $\pm$ 1,92
Số lần đi tiểu trung bình ban đêm/24h	2,60 $\pm$ 1,00	2,43 $\pm$ 0,82	2,52 $\pm$ 0,91
Số lần són tiểu gấp trung bình/24h	1,23 $\pm$ 1,79	1,07 $\pm$ 1,62	1,17 $\pm$ 1,72
pNC-ĐC	$p > 0,05$		

Nhận xét:

Lượng nước uống trong ngày của bệnh nhân BQTH trong nghiên cứu có giới hạn bình thường 1451,67  $\pm$  113,90 ml (1463,33  $\pm$  130,68 ml ở nhóm NC và 1440,00  $\pm$  95,05 ml ở nhóm ĐC).

Số lần đi tiểu ban ngày là 9,38  $\pm$  1,92 lần (nhóm NC là 9,30  $\pm$  1,99 lần, nhóm ĐC là 9,47  $\pm$  1,89 lần) và số lần đi tiểu ban đêm là 2,52  $\pm$  0,91 lần (nhóm NC là 2,60

$\pm 1,00$  lần, nhóm ĐC là  $2,43 \pm 0,82$  lần) cao hơn đáng kể so với người bình thường theo định nghĩa của hội tiểu không tự chủ quốc tế.

Số lần tiểu gấp tương đối nhiều với  $6,20 \pm 1,48$  lần ( $6,47 \pm 1,53$  lần ở nhóm NC và  $5,93 \pm 1,41$  lần ở nhóm ĐC). Số lần són tiểu gấp ít với  $1,17 \pm 1,72$  lần ( $1,23 \pm 1,79$  lần ở nhóm NC và  $1,07 \pm 1,62$  lần ở nhóm ĐC).

Lượng nước tiểu trong ngày có giới hạn bình thường với  $1154,83 \pm 118,07$  ml ( $1164,33 \pm 127,97$  ml ở nhóm NC và  $1145,33 \pm 108,62$  ml ở nhóm ĐC) nhưng thể tích nước tiểu trung bình 1 lần tương đối ít với  $100,54 \pm 18,25$  ml (ở nhóm NC là  $101,4 \pm 18,06$  ml và ở nhóm ĐC là  $99,69 \pm 18,71$ ).

So sánh các đặc điểm lâm sàng theo nhật ký đi tiểu giữa 2 nhóm không thấy có sự khác biệt với  $p > 0,05$

**Bảng 3.8. Thể bệnh của BQTH nguyên phát theo YHCT**

Nhóm Thể bệnh	Nhóm NC (n=30)		Nhóm ĐC (n=30)		Tổng (n=60)	
	n	%	n	%	n	%
Khí hư	11	36,7	12	40,0	23	38,3
Thận dương hư	10	33,3	8	26,7	18	30,0
Thận âm hư	9	30,0	10	33,3	19	31,7
Tổng	30	100,0	30	100,0	60	100,0
pNC-ĐC	$p > 0,05$					

Nhận xét:

Nhóm bệnh nhân thể khí hư chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,3% (36,7% ở nhóm NC và 40,0% ở nhóm ĐC). Tỷ lệ thể bệnh thận âm hư và thận dương hư khá tương đồng ở cả 2 nhóm

So sánh sự phân bố thể bệnh BQTH theo YHCT giữa 2 nhóm không thấy sự khác biệt với  $p > 0,05$ .

### 3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

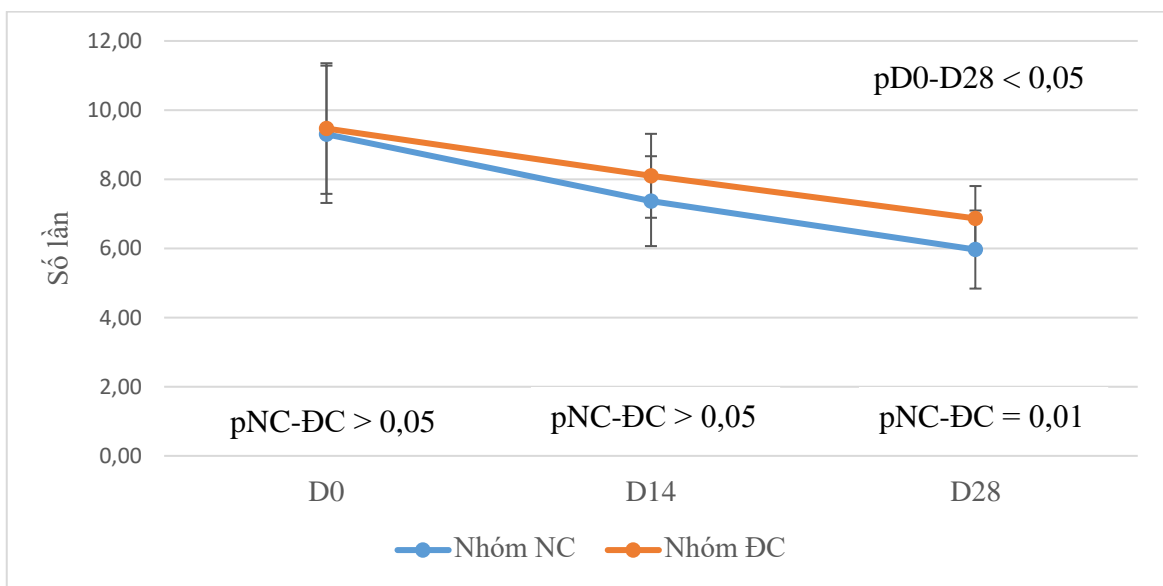
#### 3.2.1. Kết quả điều trị trên lâm sàng

**Bảng 3.9. So sánh số lần đi tiêu trong ngày của 2 nhóm**

Thời điểm Mức độ	Nhóm NC (n =30)			Nhóm ĐC (n = 30)		
	D <sub>0</sub> n (%)	D <sub>14</sub> n (%)	D <sub>28</sub> n (%)	D <sub>0</sub> n (%)	D <sub>14</sub> n (%)	D <sub>28</sub> n (%)
Nhẹ	10 (33,3%)	23 (76,7%)	29 (96,7%)	8 (26,7%)	21 (70,0%)	28 (93,3%)
Trung Bình	12 (40,0%)	7 (23,3%)	1 (3,3%)	13 (43,3%)	8 (26,7%)	2 (6,7%)
Nặng	8 (26,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (30,0%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)
pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub>	p < 0,05			p < 0,05		
pNC-ĐC	D <sub>0</sub> p > 0,05; D <sub>14</sub> p > 0,05; D <sub>28</sub> p > 0,05					

Nhận xét:

Số lần đi tiêu ngày của các bệnh nhân ở cả hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm với  $p > 0,05$ .



**Biểu đồ 3.4. Cải thiện số lần đi tiêu trong ngày**

Nhận xét:

Số lần tiểu ngày trước điều trị của nhóm NC là  $9,30 \pm 1,99$ , nhóm ĐC là  $9,47 \pm 1,89$ , không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sau 14 ngày điều trị số lần tiểu ngày của nhóm NC là  $7,37 \pm 1,30$ ; của nhóm ĐC là  $8,10 \pm 1,21$ . Sau 28 ngày điều trị số lần tiểu ngày của nhóm NC còn  $5,97 \pm 1,13$ ; của nhóm ĐC còn  $6,87 \pm 0,94$ . Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Sau 14 ngày điều trị số lần tiểu ngày giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên, sau 28 ngày điều trị nhóm NC giảm số lần tiểu ngày nhiều hơn nhóm ĐC, sự khác biệt giữa 2 nhóm lúc này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,01$ .

**Bảng 3.10. So sánh số lần đi tiểu trong đêm của 2 nhóm**

Thời điểm Mức độ	Nhóm NC (n =30)			Nhóm ĐC (n = 30)		
	D <sub>0</sub> n (%)	D <sub>14</sub> n (%)	D <sub>28</sub> n (%)	D <sub>0</sub> n (%)	D <sub>14</sub> n (%)	D <sub>28</sub> n (%)
Nhẹ	2 (6,7%)	23 (76,7%)	29 (96,7%)	4 (13,3%)	4 (13,3%)	13 (43,3%)
Trung Bình	21 (70,0%)	7 (23,3%)	1 (3,3%)	24 (80,0%)	26 (86,7%)	17 (56,7%)
Nặng	7 (23,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub>	p < 0,05			p < 0,05		
pNC-ĐC	D <sub>0</sub> p > 0,05; D <sub>14</sub> p < 0,01; D <sub>28</sub> p < 0,01					

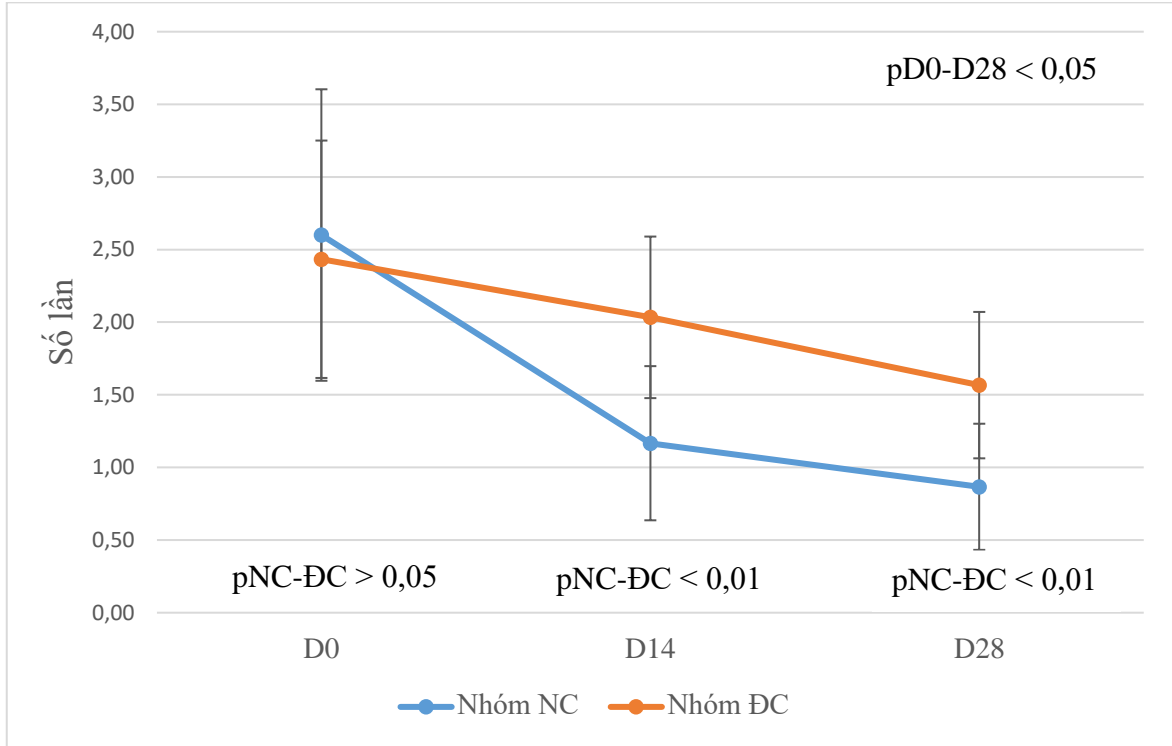
Nhận xét:

Số lần tiểu đêm trước điều trị nhóm NC có 7 BN nặng và 21 bệnh nhân trung bình; nhóm ĐC có 2 bệnh nhân nặng và 24 bệnh nhân trung bình, sự phân bố ở 2 nhóm là tương đương nhau với  $p > 0,05$ .

Sau điều trị 14 và 28 ngày, số bệnh nhân nặng ở 2 nhóm đều giảm và số bệnh nhân nhẹ và trung bình tăng lên khác biệt so với trước điều trị với  $p < 0,05$ .



Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm với  $p < 0,01$ .



**Biểu đồ 3.5. Cải thiện số lần đi tiểu trong đêm**

Nhận xét:

Số lần tiểu đêm trước điều trị của nhóm NC là  $2,60 \pm 1,00$ , nhóm ĐC là  $2,43 \pm 0,82$ , không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sau 14 ngày điều trị số lần tiểu đêm của nhóm NC là  $1,17 \pm 0,53$ ; của nhóm ĐC là  $2,03 \pm 0,56$ . Sau 28 ngày điều trị số lần tiểu đêm của nhóm NC còn  $0,87 \pm 0,43$ ; của nhóm ĐC còn  $1,57 \pm 0,50$ . Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Sau 14 và sau 28 ngày điều trị nhóm NC giảm số lần tiểu đêm nhiều hơn nhóm ĐC, sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3.11. So sánh số lần tiêu gập của 2 nhóm**

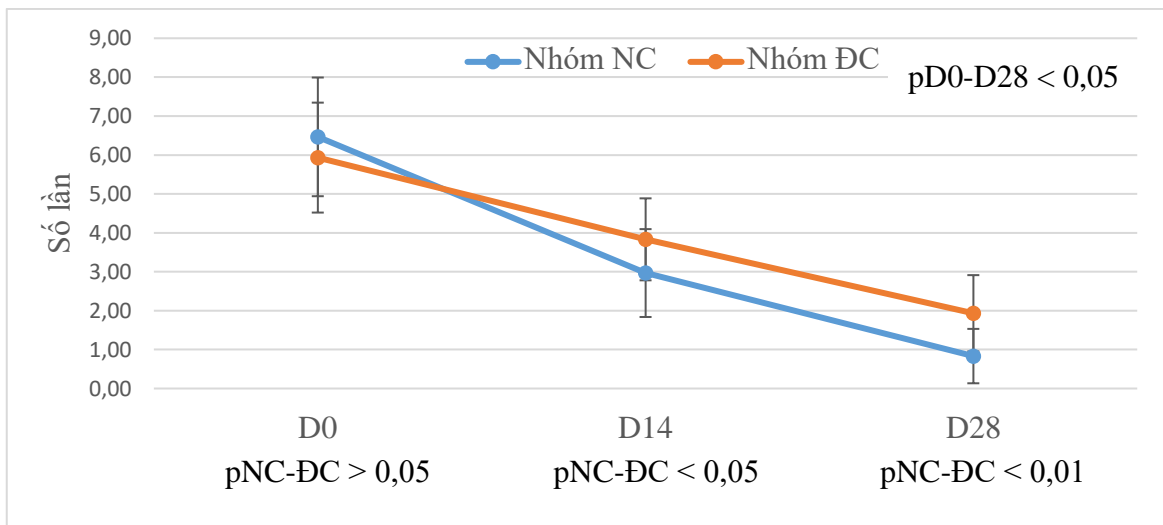
Thời điểm \ Mức độ	Nhóm NC (n =30)			Nhóm ĐC (n = 30)		
	D <sub>0</sub> n (%)	D <sub>14</sub> n (%)	D <sub>28</sub> n (%)	D <sub>0</sub> n (%)	D <sub>14</sub> n (%)	D <sub>28</sub> n (%)
Nhẹ	0 (0,0%)	2 (6,7%)	27 (90,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (40,0%)
Trung Bình	3 (10,0%)	27 (90,0%)	3 (10,0%)	5 (16,7%)	24 (80,0%)	18 (60,0%)
Nặng	27 (90,0%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	25 (83,3%)	6 (20,0%)	0 (0,0%)
pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub>	p < 0,05			p < 0,05		
pNC-ĐC	D <sub>0p</sub> > 0,05; D <sub>14p</sub> > 0,05; D <sub>28p</sub> < 0,01					

Nhận xét:

Số lần tiêu gập trước điều trị nhóm NC có 27 BN nặng và 3 bệnh nhân trung bình; nhóm ĐC có 25 bệnh nhân nặng và 5 bệnh nhân trung bình, sự phân bố ở 2 nhóm là tương đương nhau với  $p > 0,05$ .

Sau điều trị 14 và 28 ngày, số bệnh nhân nặng ở 2 nhóm đều giảm và số bệnh nhân nhẹ và trung bình tăng lên khác biệt so với trước điều trị với  $p < 0,05$ .

Sự khác biệt giữa hai nhóm sau 14 ngày điều trị không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  nhưng sau 28 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Biểu đồ 3.6. Cải thiện số lần tiêu gập**

Nhận xét:

Số lần tiêu gập trước điều trị của nhóm NC là  $6,47 \pm 1,53$ , nhóm ĐC là  $5,93 \pm 1,41$ , không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sau 14 ngày điều trị số lần tiêu gập của nhóm NC là  $2,97 \pm 1,13$ ; của nhóm ĐC là  $3,83 \pm 1,05$ . Sau 28 ngày điều trị số lần tiêu gập của nhóm NC còn  $0,83 \pm 0,70$ ; của nhóm ĐC còn  $1,97 \pm 1,00$ . Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Sau 14 ngày điều trị số lần tiêu gập giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau 28 ngày điều trị sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3.12. So sánh số lần sốn tiêu gập của 2 nhóm**

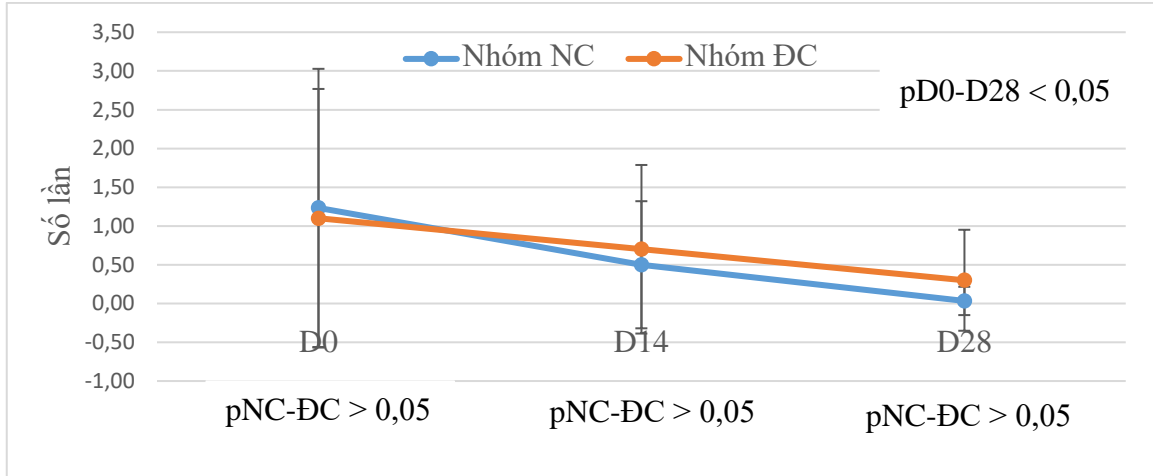
Thời điểm Mức độ	Nhóm NC (n =30)			Nhóm ĐC (n = 30)		
	D <sub>0</sub> n (%)	D <sub>14</sub> n (%)	D <sub>28</sub> n (%)	D <sub>0</sub> n (%)	D <sub>14</sub> n (%)	D <sub>28</sub> n (%)
Nhẹ	20 (66,7%)	26 (86,7%)	30 (100,0%)	20 (66,7%)	22 (73,3%)	27 (90,0%)
Trung Bình	9 (30,0%)	4 (13,3%)	0 (0,0%)	9 (30,0%)	8 (26,7%)	3 (10,0%)
Nặng	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub>	p < 0,05			p < 0,05		
pNC-ĐC	D <sub>0</sub> p > 0,05; D <sub>14</sub> p > 0,05; D <sub>28</sub> p > 0,05					

Nhận xét:

Trước điều trị cả 2 nhóm có 1 BN nặng và 9 bệnh nhân trung bình sự phân bố ở 2 nhóm là tương đương nhau với  $p > 0,05$ .

Sau điều trị 14 và 28 ngày, số bệnh nhân nặng và trung bình ở 2 nhóm đều giảm và số bệnh nhân nhẹ tăng lên khác biệt so với trước điều trị với  $p < 0,05$ .

Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại các thời điểm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



**Biểu đồ 3.7. Cải thiện số lần són tiểu gấp**

Nhận xét:

Số lần són tiểu gấp trước điều trị của nhóm NC là  $1,23 \pm 1,79$ , nhóm ĐC là  $1,10 \pm 1,67$ , không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sau 14 ngày điều trị số lần són tiểu gấp của nhóm NC là  $0,50 \pm 0,82$ ; của nhóm ĐC là  $0,70 \pm 1,09$ . Sau 28 ngày điều trị số lần són tiểu gấp của nhóm NC còn  $0,03 \pm 0,18$ ; của nhóm ĐC còn  $0,30 \pm 0,65$ . Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại các thời điểm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.13. So sánh điểm OABSS của 2 nhóm**

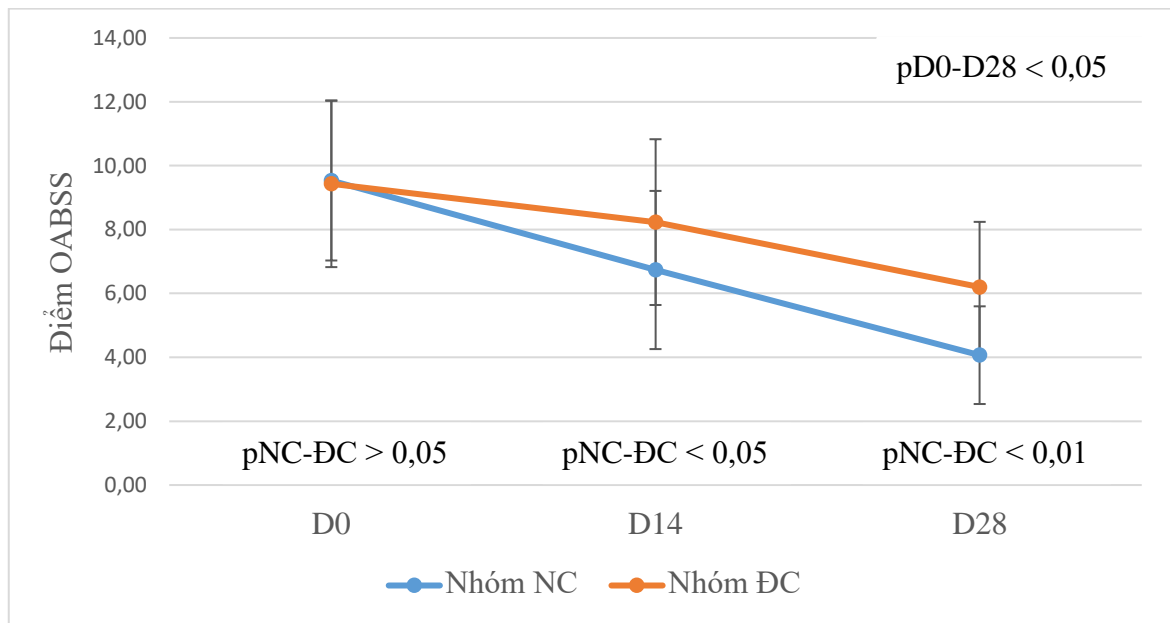
Thời điểm \ Mức độ	Nhóm NC (n =30)			Nhóm ĐC (n = 30)		
	D <sub>0</sub> n (%)	D <sub>14</sub> n (%)	D <sub>28</sub> n (%)	D <sub>0</sub> n (%)	D <sub>14</sub> n (%)	D <sub>28</sub> n (%)
Nhẹ	0 (0,0%)	16 (53,3%)	24 (80,0%)	0 (0,0%)	4 (13,3%)	15 (50,0%)
Trung Bình	20 (66,7%)	13 (43,3%)	6 (20,0%)	20 (66,7%)	19 (63,3%)	15 (50,0%)
Nặng	10 (33,3%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	10 (33,3%)	7 (23,3%)	0 (0,0%)
pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub>	p < 0,05			p < 0,05		
pNC-ĐC	D <sub>0</sub> p > 0,05; D <sub>14</sub> p < 0,05; D <sub>28</sub> p < 0,05					

Nhận xét:

Trước điều trị cả 2 nhóm có 20 BN nặng và 10 bệnh nhân trung bình theo thang điểm OABSS của Homma; sự phân bố ở 2 nhóm là giống nhau với  $p > 0,05$ .

Sau điều trị 14 và 28 ngày, số bệnh nhân nặng ở 2 nhóm đều giảm và số bệnh nhân nhẹ và trung bình tăng lên khác biệt so với trước điều trị với  $p < 0,05$ .

Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại các thời điểm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



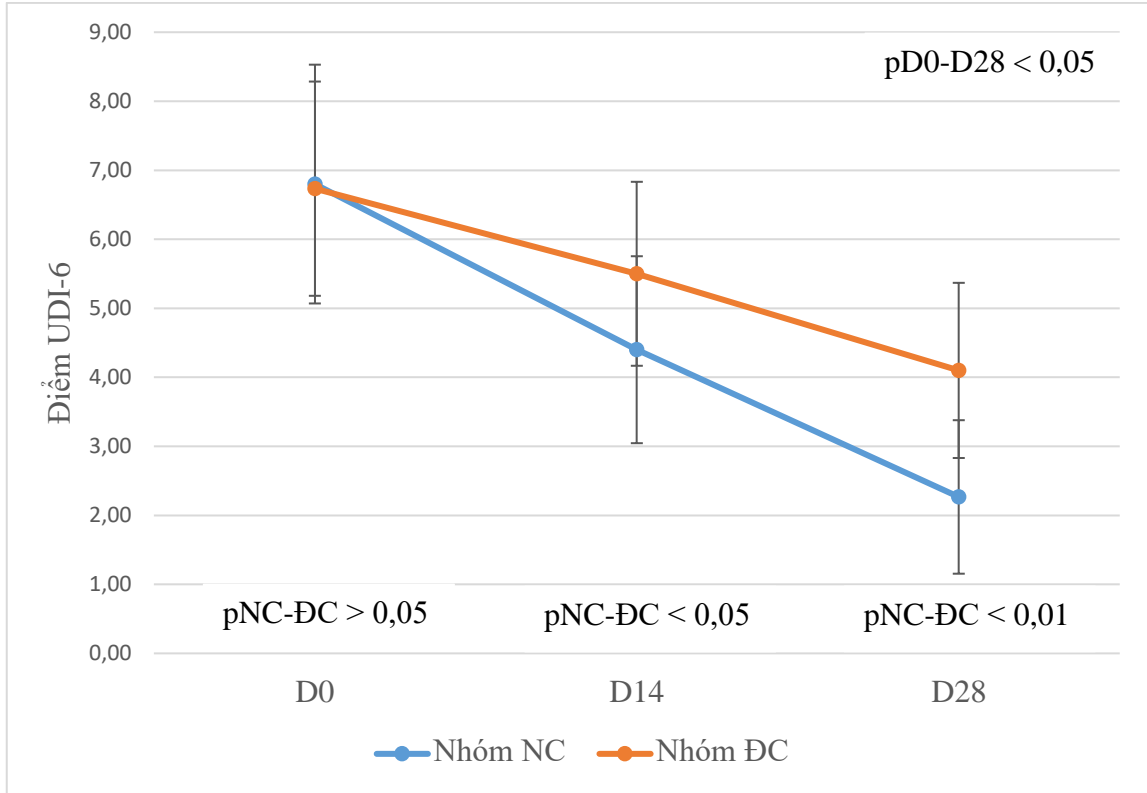
**Biểu đồ 3.8. Cải thiện số điểm OABSS của Homma**

Nhận xét:

Điểm OABSS trung bình trước điều trị của nhóm NC là  $9,53 \pm 2,50$ , nhóm ĐC là  $9,43 \pm 2,61$ , không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sau 14 ngày điều trị điểm OABSS trung bình của nhóm NC là  $6,73 \pm 2,48$ ; của nhóm ĐC là  $8,23 \pm 2,60$ . Sau 28 ngày điều trị điểm OABSS trung bình của nhóm NC còn  $4,07 \pm 1,53$ ; của nhóm ĐC còn  $6,20 \pm 2,04$ .

Sau 14 ngày điều trị điểm OABSS trung bình giữa 2 nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau 28 ngày điều trị nhóm NC giảm điểm OABSS trung bình nhiều hơn nhóm ĐC, sự khác biệt giữa 2 nhóm lúc này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .



**Biểu đồ 3.9. Cải thiện số điểm chất lượng cuộc sống UDI-6**

Nhận xét:

Trước điều trị, điểm UDI-6 trung bình của nhóm NC là  $6,80 \pm 1,73$  và nhóm ĐC là  $6,73 \pm 1,55$ , không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ .

Sau 14 ngày và 28 ngày điều trị, điểm chất lượng cuộc sống trung bình ở từng nhóm được cải thiện: điểm CLCS ở nhóm NC cải thiện còn  $4,40 \pm 1,35$  điểm sau 14 ngày và còn  $2,27 \pm 1,11$  điểm sau 28 ngày điều trị; nhóm ĐC cải thiện còn  $5,50 \pm 1,33$  điểm sau 14 ngày và còn  $4,10 \pm 1,27$  điểm sau 28 ngày điều trị.

Sau 14 và 28 ngày điều trị, sự cải thiện điểm CLCS ở cả 2 nhóm đều có sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Sau 14 ngày điều trị điểm UDI-6 giữa 2 nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau 28 ngày điều trị sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3.14. Sự biến đổi tần số mạch, huyết áp trước và sau điều trị**

Chỉ số	Nhóm NC		Nhóm ĐC	
	D <sub>0</sub>	D <sub>28</sub>	D <sub>0</sub>	D <sub>28</sub>
Tần số mạch (lần/phút)	81,60±8,76	78,57±6,19	81,17±11,49	79,20±8,77
Huyết áp tâm thu (mmHg)	133,33±12,95	127,00±8,37	132,33±13,82	125,67±7,74
Huyết áp tâm trương (mmHg)	83,00±7,94	77,83±5,83	82,83±8,06	76,83±5,94
p	pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub> > 0,05		pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub> > 0,05	
	pNC-ĐC > 0,05			

Nhận xét:

Sự khác nhau về giá trị trung bình của các chỉ số tần số mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương trước và sau điều trị và giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.2.2. Kết quả nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số cận lâm sàng

**Bảng 3.15. Lượng nước tiểu tồn dư trước và sau điều trị của 2 nhóm**

Chỉ số	Nhóm NC		Nhóm ĐC	
	D <sub>0</sub>	D <sub>28</sub>	D <sub>0</sub>	D <sub>28</sub>
V <sub>NTTD</sub> (ml)	23,47±13,46	21,50±10,05	21,67±12,20	37,73±15,59
p	pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub> > 0,05		pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub> < 0,05	
	D <sub>0</sub> pNC-ĐC > 0,05;		D <sub>28</sub> pNC-ĐC < 0,01	

Nhận xét:

Trước điều trị, lượng nước tiểu tồn dư trung bình của nhóm NC là  $23,47 \pm 13,46$  ml và nhóm ĐC là  $21,67 \pm 12,20$  ml, không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ .

Sau điều trị lượng nước tiểu tồn dư ở nhóm ĐC tăng đáng kể lên  $37,73 \pm 15,59$  với  $p < 0,05$  còn ở nhóm NC gần như tương đồng với trước điều trị với  $p > 0,05$ .

Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3.16. Công thức máu trước và sau điều trị**

Nhóm Chỉ số	Nhóm NC		Nhóm ĐC	
	D <sub>0</sub>	D <sub>28</sub>	D <sub>0</sub>	D <sub>28</sub>
Hồng cầu (T/L)	4,59±0,51	4,64±0,51	4,56±0,28	4,59±0,27
Hemoglobin (g/dl)	138,23±9,39	139,87±7,33	137,23±7,78	139,93±6,29
Bạch cầu (G/L)	6,45±0,86	6,49±0,74	6,30±0,69	6,41±0,64
Tiểu cầu (G/L)	240,23±41,94	239,47±39,43	220,47±32,77	225,5±31,98
p	pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub> > 0,05		pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub> > 0,05	
	pNC-ĐC > 0,05			

Nhận xét:

Sau 28 ngày điều trị không làm ảnh hưởng đến số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và hemoglobin. Sự khác biệt trước – sau điều trị và giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.17. Sinh hóa máu trước và sau điều trị**

Nhóm Chỉ số	Nhóm NC		Nhóm ĐC	
	D <sub>0</sub>	D <sub>28</sub>	D <sub>0</sub>	D <sub>28</sub>
AST (U/L/37°C)	24,60±7,12	25,85±6,66	27,04±4,19	28,10±4,21
ALT (U/L/37°C)	24,16±7,04	25,52±6,31	27,07±3,57	28,06±3,63
Creatinin (μmol/l)	80,76±14,82	84,02±12,72	81,23±13,32	83,03±11,70
Ure (mmol/l)	3,95±0,44	4,00±0,42	3,93±0,31	3,97±0,27
p	pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub> > 0,05		pD <sub>0</sub> -D <sub>28</sub> > 0,05	
	pNC-ĐC > 0,05			

Nhận xét:

Sau 28 ngày điều trị không làm ảnh hưởng đến chức năng gan, thận. Sự khác biệt về hàm lượng AST, ALT, Creatinin, Ure trước - sau điều trị và giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



### 3.2.3. Đánh giá kết quả điều trị theo tứ chẩn Y học cổ truyền

**Bảng 3.18. Kết quả vọng chẩn theo YHCT**

Kết quả Vọng chẩn		D <sub>0</sub>		D <sub>28</sub>	
		Nhóm NC	Nhóm ĐC	Nhóm NC	Nhóm ĐC
Sắc	Hồng	20(66,7%)	20(66,7%)	29(96,7%)	23(76,7%)
	Trắng	2(6,7%)	3(10,0%)	0(0,0%)	2(6,7%)
	Sạm đen	2(6,7%)	2(6,7%)	0(0,0%)	2(6,7%)
	Đỏ (Gò má đỏ)	6(20,0%)	5(16,7%)	1(3,3%)	3(10,0%)
pNC-ĐC		p > 0,05		p > 0,05	
Chất lưỡi	Hồng	0(0,0%)	0(0,0%)	22(73,3%)	4(13,3%)
	Nhạt, bệu	21(70,0%)	20(66,7%)	3(10,0%)	17(56,7%)
	Đỏ	9(30,0%)	10(33,3%)	5(16,7%)	9(30,0%)
pNC-ĐC		p > 0,05		p < 0,01	
Rêu lưỡi	Trắng mỏng	21(70,0%)	20(66,7%)	22(73,3%)	20(66,7%)
	Trắng ánh vàng	0(0,0%)	0(0,0%)	7(23,3%)	2(6,7%)
	Vàng mỏng	9(30,0%)	10(33,3%)	1(3,3%)	8(26,7%)
pNC-ĐC		p > 0,05		p < 0,05	

Nhận xét:

Bệnh nhân ở cả hai nhóm trước điều trị vọng chẩn chủ yếu gặp sắc hồng 66,7% ở cả 2 nhóm sau đó đến sắc đỏ (gò má đỏ) với 20,0% ở nhóm NC và 16,7% ở nhóm ĐC sau điều trị tỷ lệ sắc hồng đều tăng tỷ lệ sắc đỏ đều giảm ở cả 2 nhóm, sự khác biệt về sắc giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Về chất lưỡi trước điều trị chất lưỡi nhạt, bệu chiếm tỷ lệ cao nhất (nhóm NC 70,0%, nhóm ĐC 66,7%) sau đó đến chất lưỡi đỏ (30,0% ở nhóm NC, 33,3% ở nhóm ĐC). Sau điều trị Chất lưỡi hồng chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,3% ở nhóm NC và 13,3%

ở nhóm ĐC tiếp đến chất lưỡi nhạt, bệu với 10,0% ở nhóm NC và 56,7% ở nhóm ĐC), sự khác biệt về chất lưỡi sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Về rêu lưỡi trước điều trị rêu lưỡi trắng mỏng chiếm tỷ lệ cao nhất (nhóm NC 70,0%, nhóm ĐC 66,7%) sau đó đến rêu lưỡi vàng mỏng (nhóm NC 30,0%, nhóm ĐC 33,3%). Sau điều trị rêu lưỡi trắng mỏng chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,3% ở nhóm NC và 66,7% ở nhóm ĐC, tỷ lệ rêu lưỡi trắng ánh vàng và rêu lưỡi vàng mỏng tương đồng nhau ở 2 nhóm. Sự khác biệt về rêu lưỡi sau điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.19. Kết quả văn chẩn theo YHCT**

Kết quả		D <sub>0</sub>		D <sub>28</sub>	
		Nhóm NC	Nhóm ĐC	Nhóm NC	Nhóm ĐC
Tiếng nói	To rõ	23(76,7%)	23(76,7%)	27(90,0%)	23(76,7%)
	Nhỏ rõ	7(23,3%)	7(23,3%)	3(10,0%)	7(23,3%)
pNC-ĐC		p > 0,05		p > 0,05	
Hơi thở	Bình thường	29(96,7%)	27(90,0%)	30(100,0%)	28(93,3%)
	Hôi	1(3,3%)	3(10,0%)	0(0,0%)	2(6,7%)
pNC-ĐC		p > 0,05		p > 0,05	

Nhận xét:

Trước điều trị cả 2 nhóm có 23 BN tiếng nói to rõ và 7 bệnh nhân tiếng nói nhỏ rõ. Sau điều trị 28 ngày, số bệnh nhân tiếng nói to rõ ở nhóm NC tăng lên 27, nhóm đối chứng không thay đổi sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Về hơi thở trước điều trị hơi thở hôi nhóm NC có 1 BN và nhóm ĐC có 3 BN. Sau điều trị số BN hơi thở hôi đều giảm còn 0 BN ở nhóm NC và 2 BN ở nhóm ĐC số BN hơi thở bình thường tăng lên. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.20. Kết quả vấn chẩn theo YHCT**

Kết quả Vấn chẩn		D <sub>0</sub>		D <sub>28</sub>	
		Nhóm NC	Nhóm ĐC	Nhóm NC	Nhóm ĐC
Mồ hôi	Bình thường	22(73,3%)	25(83,3%)	29(96,7%)	28(93,3%)
	Tự hãn	2(6,7%)	2(6,7%)	1(3,3%)	1(3,3%)
	Đạo hãn	6(20,0%)	3(10,0%)	0(0,0%)	1(3,3%)
pNC-ĐC		p > 0,05		p > 0,05	
Tiểu tiện	Tiểu són	11(36,7%)	10(33,3%)	3(10,0%)	6(20,0%)
	pNC-ĐC	p > 0,05		p < 0,05	
	Dòng tiểu yếu	10(33,3%)	11(36,7%)	0(0,0%)	11(36,7%)
	pNC-ĐC	p > 0,05		p < 0,01	
	Tiểu trong	21(70,0%)	19(63,3%)	21(70,0%)	19(63,3%)
	Tiểu vàng	9(30,0%)	11(36,7%)	9(30,0%)	11(36,7%)
pNC-ĐC		p > 0,05		p > 0,05	
Đại tiện	Bình thường	12(40,0%)	11(36,7%)	29(96,7%)	20(66,7%)
	Phân nát	12(40,0%)	8(26,7%)	0(0,0%)	2(6,7%)
	Phân táo	6(20,0%)	11(36,7%)	1(3,3%)	8(26,7%)
pNC-ĐC		p > 0,05		p > 0,05	
Khát	Không	22(73,3%)	22(73,3%)	29(96,7%)	23(76,7%)
	Có, uống nhiều	8(26,7%)	8(26,7%)	1(3,3%)	7(23,3%)
pNC-ĐC		p > 0,05		p > 0,05	

Nhận xét:

Vấn chẩn về mồ hôi trước điều trị đạo hãn có 6 BN ở nhóm NC và 3 BN ở nhóm ĐC, tự hãn có 2 BN ở cả 2 nhóm sau điều trị số bệnh nhân có 2 triệu chứng này đều giảm đạo hãn ở nhóm NC còn 0 BN ở nhóm ĐC còn 1 BN, tự hãn ở 2 nhóm còn 1 BN. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Về tiểu tiện triệu chứng tiểu són trước điều trị có 11 BN ở nhóm NC, 10 BN ở nhóm ĐC sau điều trị cả 2 nhóm đều giảm còn 3 BN ở nhóm NC và 6 BN ở nhóm ĐC sự khác biệt giữa 2 nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Về dòng tiêu yếu trước điều trị nhóm NC có 10 BN, nhóm ĐC có 11 BN sau điều trị nhóm NC giảm còn 0 BN nhóm ĐC không thay đổi, sự khác biệt sau điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Về tiêu trong và tiêu vàng trước và sau điều trị, giữa 2 nhóm không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ .

Về đại tiện trước điều trị nhóm NC có 6 BN phân táo và 12 BN phân nát nhóm ĐC có 11 BN phân táo và 8 BN phân nát sau điều trị nhóm NC giảm còn 0 BN phân nát và 1 BN phân táo nhóm ĐC còn 2 BN phân nát và 8 BN phân táo sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Về triệu chứng khát cả 2 nhóm trước điều trị có 8 BN sau điều trị đều giảm nhóm NC còn 1 BN và nhóm ĐC còn 7 BN sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.21. Kết quả thiết chẩn theo YHCT**

Kết quả Thiết chẩn		D <sub>0</sub>		D <sub>28</sub>	
		Nhóm NC	Nhóm ĐC	Nhóm NC	Nhóm ĐC
Da lòng bàn tay, bàn chân	Bình thường	11(36,7%)	12(40,0%)	26(86,7%)	14(46,7%)
	Nóng	9(30,0%)	9(30,0%)	3(10,0%)	8(28,7%)
	Lạnh	10(33,3%)	9(30,0%)	1(3,3%)	8(28,7%)
p <sub>NC-ĐC</sub>		p > 0,05		p < 0,05	
Mạch chẩn	Hoãn	0(0,0%)	0(0,0%)	23(76,7%)	4(13,3%)
	Tế nhược	11(36,7%)	12(40,0%)	0(0,0%)	10(30,3%)
	Trầm trì	10(33,3%)	8(26,7%)	4(13,3%)	7(23,3%)
	Tế sắc	9(30,0%)	10(33,3%)	3(10,0%)	9(30,0%)
p <sub>NC-ĐC</sub>		p > 0,05		p < 0,01	

Nhận xét:

Da lòng bàn tay, bàn chân của BN trước điều trị nhóm NC có 10 BN lạnh, 9 BN nóng nhóm ĐC có 9 BN lạnh, 9 BN nóng sau điều trị triệu chứng đều giảm nhóm

NC còn 3 BN nóng và 1 BN lạnh nhóm ĐC còn 8 BN nóng và 8 BN lạnh, sự khác biệt sau điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Mạch chân của BN trước điều trị nhóm NC có 11 BN mạch tế nhược, 10 BN mạch trầm trì, 9 BN mạch tế sắc nhóm ĐC có 12 BN mạch tế nhược 8 BN mạch trầm trì 10 BN mạch tế sắc, sau điều trị nhóm NC có 23 BN mạch hoãn, 4 BN mạch trầm trì, 3 bệnh nhân mạch tế sắc, nhóm ĐC có 4 BN mạch hoãn, 10 BN mạch tế nhược, 7 BN mạch trầm trì, 9 BN mạch tế sắc sự khác biệt sau điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

### 3.2.4. Tác dụng không mong muốn của hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 3.22. Tác dụng không mong muốn của hai nhóm bệnh nhân**

Triệu chứng \ Nhóm		Nhóm NC		Nhóm ĐC	
		n	%	n	%
Châm cứu	Chảy máu, tụ máu	0	0	0	0
	Nhiễm trùng	0	0	0	0
	Vụng châm	0	0	0	0
Solifenacin	Khô miệng	1	3,3%	3	10,0%
	Nhìn mờ	0	0	0	0
	Táo bón	0	0	2	6,7%
	Buồn nôn	0	0	0	0
	Đau bụng	0	0	0	0

Nhận xét:

Ở nhóm NC triệu chứng khô miệng gặp ở 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,3%

Ở nhóm ĐC triệu chứng khô miệng gặp ở 3 BN chiếm tỷ lệ 10,0% và táo bón gặp ở 2 BN chiếm tỷ lệ 6,7%.

## CHƯƠNG 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

##### ❖ Lứa tuổi

Các nghiên cứu về hội chứng BQTH nguyên phát đều cho thấy rằng tỉ lệ mắc và mức độ nghiêm trọng của BQTH được ghi nhận gia tăng theo tuổi [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân BQTH nguyên phát gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 60 – 69 chiếm 40,0% ở nhóm NC và 43,3% ở nhóm ĐC. Tiếp theo là nhóm tuổi 70 – 79 chiếm 33,3% ở cả 2 nhóm, nhóm tuổi  $\geq 80$  chiếm 13,3% ở cả 2 nhóm. Nhóm bệnh nhân có tuổi từ 18 - 49 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,3% trong cả 2 nhóm. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong NC là  $68,93 \pm 8,98$  tuổi. Tuổi thấp nhất là 44 và tuổi cao nhất là 87. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả Lin ZX và Cs trên 100 người bệnh tại Hong Kong bao gồm 49 nam và 51 nữ, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $68,96 \pm 6,75$  tuổi trong đó nhóm tuổi 60 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất với 64,7%, tiếp theo là nhóm tuổi 70 – 79 với tỷ lệ 27,5% [54]. Tác giả Đỗ Thị Hải Yến và Cs trên 50 BN bàng quang tăng hoạt nguyên phát tại Việt Nam kết quả cho thấy tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $62,37 \pm 10,82$  tuổi trong đó nhóm tuổi trên 60 tuổi có tỷ lệ cao nhất là 68%. [55]

Một số nghiên cứu khác cũng tiến hành trên các đối tượng bệnh nhân bàng quang tăng hoạt nguyên phát tuy nhiên có độ tuổi trung bình thấp hơn nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả Chang YW và Cs trên 30 bệnh nhân tại đài loan kết quả cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là  $56,4 \pm 14,3$  [56]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Choo MS và Cs trên 329 BN BQTH thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là  $53,07 \pm 10,52$  [57]. Tác giả Dongil K và Cs đã tiến hành nghiên cứu trên 186 đối tượng BQTH, kết quả cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là  $53,3 \pm 9,1$  [58].

Mặc dù sự khác biệt về độ tuổi giữa bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác là không nhiều nhưng có sự khác biệt này một phần là do phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được thu thập tại khoa Lão khoa – Bệnh viện đa khoa YHCT Hà Nội với độ tuổi trung bình của bệnh nhân cao. Mối liên quan giữa tuổi và BQTH đã được làm sáng tỏ thêm bởi những hiểu biết rõ ràng về mối liên hệ giữa não bộ và bàng quang. Cụ thể sự lão hóa tự nhiên có liên quan đến sự suy giảm hoạt động của vùng não bộ chi phối kiểm soát nhin tiểu (ví dụ: vùng thùy đảo, vùng vành cung vỏ não trước trán) đi kèm với giảm thể tích bàng quang khiến cho bàng quang tăng kích thích và tiểu gấp. Tại bàng quang sự thay đổi về dẫn truyền thần kinh, tăng nặng tình trạng viêm và áp lực của ô xy hóa cũng góp phần gây nên các triệu chứng của bàng quang tăng hoạt ở người cao tuổi [59].

#### ❖ Giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi Phân bố giới tính ở hai nhóm là tương đồng nhau ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ bệnh nhân nữ (chiếm 70,0%) ở hai nhóm đều cao hơn gấp 2,33 lần so với nam (chiếm 30,0%) ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên một số nghiên cứu chỉ ra rằng BQTH có tỷ lệ mắc tương đương ở cả 2 giới. Theo nghiên cứu dựa trên Internet của Yao-Chi Chuang và cộng sự 2019 đã điều tra các triệu chứng BQTH ở nam giới và phụ nữ ở độ tuổi  $\geq 40$  ở Trung Quốc, Đài Loan và Hàn Quốc bằng cách sử dụng điểm số triệu chứng bàng quang hoạt động quá mức. Trong tất cả 8284 cá nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ mắc BQTH là 20,8% (nữ 22,1%, nam 19,5%) [7]. Theo nghiên cứu Nghiên cứu EPIC (2006) thực hiện ở Canada và 4 nước Châu Âu (Đức, Ý, Thụy Điển, Anh) tỷ lệ mắc BQTH ở người lớn trong cộng đồng là 11,8%, trong đó 10,8% ở nam và 12,8% ở nữ [5]. Số khác lại có kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ mắc của nữ giới cao hơn: Nghiên cứu của tác giả Choo MS và Cs trên 329 BN trong đó tỷ lệ nam chiếm 26,05% nữ chiếm 73,95% [57]. Nghiên cứu EpiLUTS (2011) thực hiện tại Mỹ khảo sát 20 000 người trên 40 tuổi cho thấy tỷ lệ mắc BQTH trong cộng đồng là 35,6% và có sự khác biệt tỷ lệ mắc giữa nam và nữ (Tỷ lệ mắc BQTH ở nam là 27,2%, ở nữ là 43,1%) [6]. Nghiên cứu tỷ lệ mắc và phân bố bệnh bàng quang tăng hoạt của người từ 40 tuổi trở lên tại Duy Tiên tỉnh

Hà Nam năm 2016 của các tác giả Nguyễn Thị Thủy Nguyên, Đỗ Đào Vũ cho thấy tỷ lệ mắc BQTH ở nam giới là 10,08%, nữ giới là 19,2% [17].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BQTH chủ yếu xảy ra ở nữ giới với tỷ lệ là 70,0%. Giải thích cho sự khác biệt này chúng tôi cho rằng ở đối tượng nam giới thì tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là nguyên nhân chủ yếu gây ra các triệu chứng đường tiết niệu dưới tương tự như các triệu chứng của BQTH bao gồm: tiểu gấp, tiểu nhiều lần, tiểu đêm,... Tuy nhiên do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân BQTH nguyên phát do đó chúng tôi đã loại trừ tất cả các trường hợp có tăng sản lành tính tuyến tiền liệt. Hơn nữa theo giải phẫu học, niệu đạo của nữ giới ngắn và rộng hơn, dễ lây nhiễm các bệnh nhiễm trùng đường tiểu hơn nam giới. Thêm vào đó, sự suy yếu khả năng co thắt cơ vòng đáy chậu do quá trình sinh nở cũng là yếu tố cộng hưởng làm tăng thêm tỷ lệ mắc BQTH ở nữ giới [60].

#### ❖ Thời gian mắc

Thời gian phát hiện bệnh được tính là thời gian từ khi bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng của bệnh. Thời gian phát hiện bệnh của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là  $3,62 \pm 2,41$  năm (trong đó nhóm NC là  $3,80 \pm 2,64$  năm, nhóm ĐC là  $3,45 \pm 2,2$  năm). Gặp nhiều nhất là từ 3 -< 5 năm: nhóm NC có 33,3% và nhóm ĐC có 40,0%. Thời gian phát hiện bệnh < 1 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất: 10,0% ở nhóm NC và 0,0% ở nhóm ĐC. Bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh ngắn nhất là 6 tháng và lâu nhất là 11 năm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Đỗ Thị Hải Yến và Cs năm 2021 với thời gian mắc trung bình là  $4,46 \pm 3,89$  năm trong đó nhóm bệnh nhân có thời gian mắc trên 3 năm đến dưới 10 năm là 58%.[55]

Thời gian phát hiện bệnh < 1 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,0%), có thể là do bệnh mới mắc trong thời gian đầu, các triệu chứng của BQTH như tiểu gấp, tiểu nhiều lần, tiểu đêm,... còn nhẹ nên sự rối loạn tiểu tiện dễ bị bỏ qua, bệnh nhân không đi khám và điều trị, hơn nữa đa số bệnh nhân cho rằng các triệu chứng của bệnh là do tuổi già mang lại nên không cần phải đi khám và điều trị. BQTH là một bệnh lành tính, diễn biến từ từ và kéo dài, do đó bệnh nhân thường đi khám ở giai đoạn bệnh có biểu hiện rối loạn tiểu tiện rõ rệt. Sau 1 năm, các triệu chứng của bệnh thường nặng



lên làm cho bệnh nhân không chịu được và phải đi khám. Điều này phù hợp với diễn biến âm thầm, kéo dài và tính chất lành tính của bệnh.

#### ❖ Đặc điểm điều trị BQTH nguyên phát trong tiền sử

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các bệnh nhân chưa điều trị gì trước khi đến khám và được chẩn đoán BQTH nguyên phát tại bệnh viện đa khoa YHCT Hà Nội. Bệnh nhân chưa điều trị BQTH nguyên phát chiếm tỷ lệ cao nhất với 29 bệnh nhân trong cả 2 nhóm chiếm 48,3%. Có 10 bệnh nhân đã điều trị bằng YHHĐ đơn thuần (16,7%), 11 bệnh nhân chỉ điều trị bằng YHCT đơn thuần (18,3%) và 10 bệnh nhân (chiếm 16,7%) điều trị phối hợp trong cả 2 nhóm.

Tỷ lệ bệnh nhân chưa điều trị gì trong tiền sử là rất cao chiếm 48,3% nguyên nhân có thể là do: khái niệm BQTH mới được các nhà tiết niệu học quan tâm đến trong khoảng 20 năm nay. Trước đó đa số các bác sỹ lâm sàng thường tập trung vào triệu chứng tiểu không kiểm soát mà bỏ qua các triệu chứng tiểu gấp, tiểu nhiều lần, tiểu đêm khi không có triệu chứng tiểu không kiểm soát. Vì thế mà các rối loạn tiểu tiện nằm trong bệnh cảnh BQTH ít được quan tâm khi bệnh nhân ở mức độ nhẹ. Ngoài ra phần lớn bệnh nhân chưa điều trị còn do tâm lý e ngại khi thảo luận về tiểu tiện của họ, các vấn đề với người chăm sóc hoặc nhầm tưởng đó là 1 lẽ tự nhiên của quá trình lão hóa. Một số bệnh nhân thì không biết về các phương pháp điều trị hoặc cảm thấy tình trạng của họ không nghiêm trọng để yêu cầu điều trị.

#### ❖ Đặc điểm về chỉ số BMI

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân có thể trạng bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 17(56,7%) BN ở nhóm NC và 15(50,0%) BN ở nhóm ĐC, tiếp đến thể trạng thừa cân, béo phì với 13(43,3%) ở nhóm NC và 12(40,0%) ở nhóm ĐC, thấp nhất là thể trạng gầy với 3(10,0%) ở nhóm ĐC và 0(0,0%) ở nhóm NC. BMI trung bình ở nhóm NC là  $22,62 \pm 2,26$  và ở nhóm ĐC là  $22,10 \pm 2,87$ . Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của So Young Kim và cộng sự về tỉ lệ và yếu tố nguy cơ BQTH phụ nữ trưởng thành tại Hàn

Quốc năm 2017 với tỷ lệ bệnh nhân có thể trạng gầy là 6,5%, thể trạng trung bình là 65,3%, thể trạng thừa cân béo phì là 28,2% [16]. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hải Yến và Cs năm 2021 tại Việt Nam với BMI trung bình là  $21,7 \pm 2,8$  và tỷ lệ thể trạng bình thường là 68%, thể trạng thừa cân béo phì là 26% và mức gầy là 6%. [55]

Tình trạng thừa cân, béo phì làm tăng áp lực trong ổ bụng, đè ép lên sàn chậu và bàng quang, làm nặng hơn triệu chứng của bàng quang tăng hoạt và tiểu không kiểm soát [23]. Một nghiên cứu của Fang An và Cs trên đối tượng phụ nữ đến khám bệnh phụ khoa tại Bệnh viện Nhân dân đại học Bắc Kinh đã chỉ ra được mối liên quan giữa tình trạng BQTH ướt và các nhóm BMI tương ứng với thể trạng: gầy, bình thường, thừa cân, béo phì. Sự khác biệt này chỉ rõ: BMI càng cao thì nguy cơ mắc BQTH ướt càng cao [23].

#### ❖ Các yếu tố liên quan

Có nhiều yếu tố có thể gây nên hội chứng bàng quang tăng hoạt trong đó có các yếu tố có thể thay đổi được như: hút thuốc, sử dụng đồ uống có cồn, cafe, tình trạng táo bón, tình trạng thừa cân, béo phì và yếu tố không thể thay đổi được như tuổi, giới, tình trạng mãn kinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi Các yếu tố liên quan của hội chứng BQTH nguyên phát đều xuất hiện trong đó yếu tố phụ nữ tiền mãn kinh chiếm tỷ lệ nhiều nhất ở cả 2 nhóm với tỷ lệ 66,7%.

Sự liên quan giữa tình trạng tiền mãn kinh và BQTH có thể được giải thích về mặt cơ chế sinh lý. Đầu tiên, suy giảm estrogen là nguyên nhân chính gây ra các triệu chứng mãn kinh. Suy giảm estrogen đồng thời còn làm giảm đáp ứng kích thích tế bào ở lớp biểu mô âm đạo, niệu đạo và bàng quang, cũng như ảnh hưởng chức năng co thắt bình thường của tam giác niệu sinh dục và cơ mu trực tràng. Tiếp đó, sự suy giảm một loại hormon sinh dục khác, progestin cũng ảnh hưởng bất lợi lên sự bài tiết nước tiểu. Các thụ thể progestin tồn tại trong toàn bộ hệ thống niệu đạo – sinh dục nữ, suy giảm progestin làm niêm mạc niệu đạo thiếu dưỡng gây cảm giác són tiểu, tiểu lắt nhắt.

Sử dụng Cafe: Tác động của caffeine lên tình trạng BQTH đã được đề cập đến trong nhiều nghiên cứu trên thế giới. Hiện nay, các đặc tính hóa học và dược lý của

caffeine (1,3,7-trimethylxanthine) đối với hệ thần kinh đã được nghiên cứu kỹ lưỡng. Tác dụng tăng khả năng kích thích của tủy sống và giảm tái hấp thu các chất điện giải trong ống thận của caffeine có thể làm trầm trọng thêm tình trạng tiểu không kiểm soát. Sự kích thích quá mức cấu trúc lưới gây ra bởi một số lượng lớn các phân tử caffeine cũng là một trong những cơ chế của triệu chứng BQTH. Một cơ chế khác có thể là caffeine làm tăng hình thành và bài tiết nước tiểu thứ sinh. Thê tích nước tiểu tăng lên làm tăng tải trọng lên thụ thể muscarinic của bàng quang. Ở một giai đoạn nhất định, tình trạng thiếu hụt hoặc giảm nhạy cảm trên thụ thể muscarinic ở người có tuổi làm bàng quang mất khả năng phản ứng với lượng nước tiểu tăng thêm, dẫn đến xuất hiện triệu chứng tiểu gấp, tiểu nhiều lần và đôi khi có són tiểu gấp.

Táo bón: Sinh lý bệnh học cơ bản về mối liên quan giữa táo bón và BQTH chưa được tìm ra nhưng tỉ lệ táo bón mạn tính cao hơn ở những người bị bàng quang tăng hoạt so với không bị bàng quang tăng hoạt ở cả nam và nữ [24].

Sử dụng đồ uống có cồn: Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy chế độ ăn uống có thể có vai trò đáng kể trong việc phát triển các triệu chứng đường tiết niệu dưới. Sử dụng đồ uống có cồn có liên quan đến việc tăng các triệu chứng đường tiết niệu dưới ở nam giới [25].

Hút thuốc: Hút thuốc liên quan mật thiết tới triệu chứng đường tiết niệu dưới. Thói quen hút thuốc làm trầm trọng thêm các triệu chứng đường tiết niệu dưới nói chung và BQTH nói riêng, đặc biệt là ở phụ nữ trẻ [26].

#### ❖ Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Các triệu chứng rối loạn tiểu tiện hay gặp trong bệnh cảnh bàng quang tăng hoạt bao gồm: tiểu gấp, tiểu nhiều lần trong ngày, tiểu đêm và són tiểu gấp trong đó triệu chứng buồn tiểu gấp là triệu chứng bắt buộc phải có để chẩn đoán BQTH gặp ở 100,0% BN trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng tiểu đêm ( $\geq 2$  lần/đêm) gặp ở 93,3% BN nhóm NC và 86,7% ở nhóm ĐC. Đi tiểu nhiều lần ( $\geq 8$  lần/ngày) cũng là triệu chứng hay gặp ở nhóm NC là 80,0% và nhóm ĐC là 83,3%. Triệu chứng són tiểu gấp ít gặp hơn với tỷ lệ 36,7% ở nhóm NC và 33,3% ở nhóm ĐC. Sự phân bố các triệu chứng ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu: Mối liên quan giữa mức độ nghiêm trọng của triệu chứng và nhận thức của bệnh nhân trong bảng quang tăng hoạt của tác giả Yukio Homma và Cs năm 2009 trên 194 BN bảng quang tăng hoạt, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng tiểu đêm là 95,9%, tiểu nhiều lần ban ngày là 85,1% và BN có són tiểu là 59,1% [51]. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hải Yến và Cs năm 2021 trên 50 BN BQTH nguyên phát tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng tiểu gấp là 100%, tiểu đêm từ 2 lần trở lên gặp ở 96% BN, triệu chứng tiểu nhiều lần trong ngày từ 8 lần trở lên gặp ở 78% BN và són tiểu gặp ở 34% BN [55].

#### ❖ Tỷ lệ mắc BQTH khô và ướt

Bảng quang tăng hoạt được chia làm 2 thể: BQTH khô là BQTH không kèm tiểu gấp không kiểm soát và BQTH ướt là BQTH kèm theo tiểu gấp không kiểm soát.

Trong nghiên cứu của chúng tôi phân loại thể bệnh theo Y học hiện đại của BQTH thường gặp BQTH khô chiếm 65,0% (63,3% ở nhóm NC 66,7% ở nhóm ĐC). Tỷ lệ BQTH ướt thấp chiếm 35,0% (36,7% ở nhóm NC và 33,3% ở nhóm ĐC). Sự phân bố tỷ lệ mắc BQTH khô và ướt ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Đỗ Thị Hải Yến với tỷ lệ 34% BQTH ướt và 66% BQTH khô [55]. Trong một nghiên cứu dịch tễ tại Việt Nam của tác giả Vũ Lê Chuyên và Cs cũng có kết quả tương tự với tỷ lệ BQTH khô/BQTH ướt là 9,5%/2,5%.

Một số nghiên cứu khác cũng tiến hành trên các đối tượng bệnh nhân BQTH tuy nhiên lại có tỷ lệ BQTH ướt ngang bằng hoặc cao hơn so với tỷ lệ BQTH khô như nghiên cứu của tác giả Eric Chieh tại Đài Loan với tỷ lệ BQTH ướt chiếm 51,67% BN, tỷ lệ BQTH khô chiếm 48,33% [61]. Trong một nghiên cứu khác của tác giả Chang Y W và Cs tại Đài Loan với tỷ lệ BQTH ướt chiếm 70%, BQTH khô chiếm 30% [56]. Để giải thích cho sự khác biệt này chúng tôi cho rằng do đặc điểm sinh sống tại các quốc gia khác nhau sẽ có những yếu tố nguy cơ khác nhau có thể tác động đến mức độ bệnh BQTH, trong nghiên cứu của tác giả Eric Chieh BMI trung bình là  $24,1 \pm 3,71$  cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên

cứu của tác giả Chang Y W có cỡ mẫu nhỏ với 30 BN toàn bộ là nữ và có BMI trung bình là  $24,1 \pm 4,6$ .

#### ❖ Đặc điểm về mức độ bệnh theo thang điểm OABSS của Homma

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ triệu chứng theo thang điểm OABSS của Homma ở mức độ trung bình với 66,7%, mức độ nặng với tỷ lệ 33,3% và không có bệnh nhân nào mức độ nhẹ ở cả 2 nhóm. Sự phân bố mức độ triệu chứng BQTH theo thang điểm OABSS của Homma ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Điểm OABSS trung bình trước điều trị của nhóm NC là  $9,53 \pm 2,50$  nhóm ĐC là  $9,43 \pm 2,61$  không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả như Zaitso M và Cs với điểm OABSS trung bình là  $8,9 \pm 2,6$  trong đó phần lớn bệnh nhân mức độ trung bình và nặng [62]. Trong kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hải Yến và Cs trên 50 BN cũng có điểm OABSS trung bình trước điều trị là  $9,31 \pm 1,44$  trong đó có 96% BN mức độ vừa và 4% mức độ nặng [55]. Tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Eric Chieh điểm OABSS trung bình trước điều trị của nhóm BN nghiên cứu là  $9,73 \pm 2,60$  [61].

#### ❖ Đặc điểm lâm sàng theo nhật ký đi tiểu

Nhật ký đi tiểu ghi lại thời gian đi tiểu, lượng nước tiểu, số lần tiểu són, số lượng tã lót phải dùng và các thông tin quan trọng khác như loại/lượng nước uống vào, cảm giác tiểu gấp, mức độ són tiểu. Nhật ký đi tiểu rất quan trọng giúp đánh giá triệu chứng của BQTH và là cơ sở dữ liệu để bác sĩ cũng như bệnh nhân nhận biết mức độ và dạng thức của BQTH, sau đó giúp theo dõi hiệu quả của quá trình điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi:

Lượng nước uống trong ngày của bệnh nhân BQTH có giới hạn bình thường  $1451,67 \pm 113,90$  ml ( $1463,33 \pm 130,68$  ml ở nhóm NC và  $1440,00 \pm 95,05$  ml ở nhóm ĐC) nhưng ít hơn tương đối nhiều so với lượng nước uống trung bình của một người bình thường là từ 1500 – 2000 ml nguyên nhân có thể do tình trạng tiểu gấp và

tiểu nhiều lần nên bệnh nhân có xu hướng giảm việc uống nước với mong muốn giảm số lần tiểu tiện.

Số lần đi tiểu ban ngày là  $9,38 \pm 1,92$  lần (nhóm NC là  $9,30 \pm 1,99$  lần, nhóm ĐC là  $9,47 \pm 1,89$  lần) và số lần đi tiểu ban đêm là  $2,52 \pm 0,91$  lần (nhóm NC là  $2,60 \pm 1,00$  lần, nhóm ĐC là  $2,43 \pm 0,82$  lần) cao hơn đáng kể so với người bình thường theo định nghĩa của hội tiểu không tự chủ quốc tế. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả NC của tác giả Choo MS và Cs năm 2008 với số lần tiểu ngày trung bình là  $9,60 \pm 2,46$ , số lần tiểu đêm trung bình là  $1,82 \pm 1,27$  [57]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hải Yến và Cs cũng cho thấy kết quả tương tự với số lần tiểu ngày của BN trước điều trị là  $9,96 \pm 4,04$  và số lần tiểu đêm trước điều trị là  $4,06 \pm 1,53$  [55].

Số lần tiểu gấp tương đối nhiều với  $6,20 \pm 1,48$  lần ( $6,47 \pm 1,53$  lần ở nhóm NC và  $5,93 \pm 1,41$  lần ở nhóm ĐC). Số lần són tiểu gấp ít với  $1,17 \pm 1,72$  lần ( $1,23 \pm 1,79$  lần ở nhóm NC và  $1,07 \pm 1,62$  lần ở nhóm ĐC). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả Eric Chieh năm 2014 số lần tiểu gấp trước điều trị là  $8,07 \pm 1,83$  số lần són tiểu gấp trước điều trị là  $1,40 \pm 1,98$  [61]. Tác giả Đỗ Thị Hải Yến với số lần tiểu gấp trung bình là  $7,67 \pm 5,00$  và số lần són tiểu gấp là  $0,92 \pm 1,56$  [55].

Lượng nước tiểu trong ngày có giới hạn bình thường với  $1154,83 \pm 118,07$  ml ( $1164,33 \pm 127,97$  ml ở nhóm NC và  $1145,33 \pm 108,62$  ml ở nhóm ĐC) nhưng thể tích nước tiểu trung bình 1 lần tương đối ít với  $100,54 \pm 18,25$  ml (ở nhóm NC là  $101,40 \pm 18,06$  ml và ở nhóm ĐC là  $99,69 \pm 18,71$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Kizilyel S và Cs năm 2015 với lượng nước tiểu trung bình trong ngày của bệnh nhân nghiên cứu là  $1293 \pm 33,7$  ml [63] và kết quả nghiên cứu của tác giả Zaitsu M với lượng nước tiểu trung bình 1 lần đi của BN nghiên cứu là  $141,7 \pm 109,9$  [62].

#### ❖ Phân bố thể bệnh theo YHCT

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân thể khí hư chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,3% (36,7% ở nhóm NC và 40,0% ở nhóm ĐC). Tỷ lệ thể bệnh thận âm

hư và thận dương hư khá tương đồng ở cả 2 nhóm. So sánh sự phân bố thể bệnh BQTH theo YHCT giữa 2 nhóm không thấy sự khác biệt với  $p > 0,05$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Đỗ Thị Hải Yến với nhóm BN thể khí hư chiếm tỷ lệ cao nhất là 66% [55].

## 4.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

### 4.2.1. Kết quả điều trị trên lâm sàng

#### ❖ Cải thiện số lần đi tiểu trong ngày

Số lần đi tiểu trong ngày được định nghĩa là số lần đi tiểu từ khi thức dậy cho đến lúc đi ngủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi dựa vào biểu đồ 3.4 ta thấy: Số lần tiểu ngày trước điều trị của nhóm NC là  $9,30 \pm 1,99$ , nhóm ĐC là  $9,47 \pm 1,89$ , không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Sau 14 ngày điều trị số lần tiểu ngày của nhóm NC là  $7,37 \pm 1,30$ ; của nhóm ĐC là  $8,10 \pm 1,21$ . Sau 28 ngày điều trị số lần tiểu ngày của nhóm NC còn  $5,97 \pm 1,13$ ; của nhóm ĐC còn  $6,87 \pm 0,94$ . Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau 14 ngày điều trị số lần tiểu ngày giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên, sau 28 ngày điều trị nhóm NC giảm số lần tiểu ngày nhiều hơn nhóm ĐC, sự khác biệt giữa 2 nhóm lúc này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,01$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả Miao Guangzhan và Cs (2015) tiến hành trên 66 bệnh nhân nữ chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, mỗi nhóm 33 bệnh nhân. Nhóm nghiên cứu được điều trị bằng điện châm kết hợp tập luyện cơ sàn chậu, nhóm chứng được điều trị bằng Tolterodine đường uống, liệu trình điều trị 3 tuần kết quả cho thấy các triệu chứng của BQTH ở hai nhóm đều giảm so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ) nhưng nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng về giảm số lần đi tiểu trong ngày ( $p < 0,05$ ) [49]. Nghiên cứu của Wang Yafei và Cs (2013) trên 120 bệnh nhân BQTH được chia làm 2 nhóm mỗi nhóm 60 bệnh nhân. Nhóm nghiên cứu được điều trị bằng điện châm mỗi ngày một lần, nhóm chứng được điều trị bằng uống Tolterodine 2mg mỗi ngày một lần sau 3 tháng kết quả cho thấy nhóm điện châm tốt hơn nhóm Tolterodine rõ rệt trong việc cải thiện số lần đi tiểu, thể tích bàng quang tối đa ( $p < 0,05$ ) [50]. Nghiên cứu của Li Zhuhui và Cs (2012) trên 60 bệnh

nhân nữ mắc BQTH được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm mỗi nhóm 30 bệnh nhân. Cả 2 nhóm đều được thực hiện các biện pháp can thiệp hành vi. Nhóm thực nghiệm được châm cứu mỗi ngày một lần sau 5 tuần kết quả cho thấy tỷ lệ đi tiểu thường xuyên của nhóm quan sát thấp hơn nhóm chứng  $p < 0,05$  [13]. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hải Yến và Cs trên 50 BN BQTH cũng có kết quả tương tự với số lần tiểu ngày của BN trước điều trị là  $9,96 \pm 4,04$  sau điều trị giảm xuống  $8,00 \pm 3,70$  ( $p < 0,05$ ) [55].

#### ❖ Cải thiện số lần tiểu đêm

Số lần đi tiểu đêm được định nghĩa là số lần đi tiểu từ khi bệnh nhân bắt đầu ngủ cho đến khi thức dậy. Trong nghiên cứu của chúng tôi dựa vào bảng 3.10 cho ta thấy: Số lần tiểu đêm trước điều trị nhóm NC có 7 BN nặng và 21 bệnh nhân trung bình; nhóm ĐC có 2 bệnh nhân nặng và 24 bệnh nhân trung bình, sự phân bố ở 2 nhóm là tương đương nhau với  $p > 0,05$ . Sau điều trị 14 và 28 ngày, số bệnh nhân nặng ở 2 nhóm đều giảm và số bệnh nhân nhẹ và trung bình tăng lên khác biệt so với trước điều trị với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm với  $p < 0,01$ .

Dựa vào biểu đồ 3.5 ta thấy: Số lần tiểu đêm trước điều trị của nhóm NC là  $2,60 \pm 1,00$ , nhóm ĐC là  $2,43 \pm 0,82$ , không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Sau 14 ngày điều trị số lần tiểu đêm của nhóm NC là  $1,17 \pm 0,53$ ; của nhóm ĐC là  $2,03 \pm 0,56$ . Sau 28 ngày điều trị số lần tiểu đêm của nhóm NC còn  $0,87 \pm 0,43$ ; của nhóm ĐC còn  $1,57 \pm 0,50$ . Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau 14 và sau 28 ngày điều trị nhóm NC giảm số lần tiểu đêm nhiều hơn nhóm ĐC, sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Wang Bo và Cs (2013) về sự cải thiện số lần tiểu đêm của nhóm nghiên cứu điều trị bằng châm cứu tốt hơn so với nhóm đối chứng điều trị bằng Solifenacin với  $p < 0,05$  [48]. Nghiên cứu của tác giả Li Zhuhui và Cs (2012) nhóm NC được châm cứu và cả 2 nhóm đều được thực hiện các biện pháp can thiệp hành vi sau 5 tuần kết quả cho thấy tỷ lệ đi tiểu đêm của nhóm quan sát thấp hơn nhóm chứng  $p < 0,05$  [13]. Nghiên cứu của tác



giả Đỗ Thị Hải Yến và Cs cũng có kết quả tương tự với số lần tiểu đêm của BN trước điều trị là  $4,06 \pm 1,53$  sau điều trị giảm xuống  $1,14 \pm 0,94$  ( $p < 0,05$ ) [55].

#### ❖ Cải thiện số lần tiểu gấp

Số lần tiểu gấp được định nghĩa là cảm giác mạnh muốn đi tiểu ngay lập tức, không thể kìm được. Trong nghiên cứu của chúng tôi dựa vào bảng 3.11 chúng ta thấy: Số lần tiểu gấp trước điều trị nhóm NC có 27 BN nặng và 3 bệnh nhân trung bình; nhóm ĐC có 25 bệnh nhân nặng và 5 bệnh nhân trung bình, sự phân bố ở 2 nhóm là tương đương nhau với  $p > 0,05$ . Sau điều trị 14 và 28 ngày, số bệnh nhân nặng ở 2 nhóm đều giảm và số bệnh nhân nhẹ và trung bình tăng lên khác biệt so với trước điều trị với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt giữa hai nhóm sau 14 ngày điều trị không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  nhưng sau 28 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Dựa vào biểu đồ 3.6 ta thấy: Số lần tiểu gấp trước điều trị của nhóm NC là  $6,47 \pm 1,53$ , nhóm ĐC là  $5,93 \pm 1,41$ , không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Sau 14 ngày điều trị số lần tiểu gấp của nhóm NC là  $2,97 \pm 1,13$ ; của nhóm ĐC là  $3,83 \pm 1,05$ . Sau 28 ngày điều trị số lần tiểu gấp của nhóm NC còn  $0,83 \pm 0,70$ ; của nhóm ĐC còn  $1,97 \pm 1,00$ . Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau 14 ngày điều trị số lần tiểu gấp giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau 28 ngày điều trị sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các tác giả Duan Zhongqi và Cs (2016) dùng phương pháp “Ôn châm” trên 42 bệnh nhân BQTH được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm mỗi nhóm 21 bệnh nhân. Nhóm thực nghiệm được điều trị bằng Ôn châm, nhóm chứng được điều trị bằng hào châm sau 8 tuần điều trị kết quả số lần tiểu gấp ở nhóm thực nghiệm cải thiện đáng kể so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ) [47]. Nghiên cứu của Wang Bo và Cs (2013) về sự cải thiện số lần tiểu gấp của nhóm nghiên cứu điều trị bằng châm cứu tốt hơn so với nhóm đối chứng điều trị bằng Solifenacin với  $p < 0,05$  [48]. Nghiên cứu của tác giả Li Zhuhui và Cs (2012) nhóm NC được châm cứu và cả 2 nhóm đều được thực hiện các biện pháp can thiệp hành vi sau 5 tuần kết quả cho thấy tỷ lệ đi tiểu gấp của nhóm quan sát thấp hơn nhóm

chúng  $p < 0,05$  [13]. Nghiên cứu của Wang Yafei và Cs (2013) cũng có kết quả tương tự khi thấy nhóm NC áp dụng phương pháp điện châm tốt hơn nhóm ĐC uống Tolterodine rõ rệt trong việc cải thiện số lần tiểu gấp ( $p < 0,05$ ) [50]. Tại Việt Nam tác giả Đỗ Thị Hải Yến cũng có kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi với số lần tiểu gấp của BN trước điều trị là  $7,67 \pm 5,00$  sau điều trị giảm còn  $5,82 \pm 3,70$  với  $p < 0,05$  [55].

#### ❖ Cải thiện số lần són tiểu gấp

Són tiểu gấp được định nghĩa là són tiểu xảy ra ngay sau khi có cảm giác buồn tiểu gấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi dựa vào biểu đồ 3.7 ta thấy: Số lần són tiểu gấp trước điều trị của nhóm NC là  $1,23 \pm 1,79$ , nhóm ĐC là  $1,10 \pm 1,67$ , không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Sau 14 ngày điều trị số lần són tiểu gấp của nhóm NC là  $0,50 \pm 0,82$ ; của nhóm ĐC là  $0,70 \pm 1,09$ . Sau 28 ngày điều trị số lần són tiểu gấp của nhóm NC còn  $0,03 \pm 0,18$ ; của nhóm ĐC còn  $0,30 \pm 0,65$ . Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại các thời điểm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Tuy nhóm NC có xu hướng giảm số lần són tiểu gấp nhiều hơn so với nhóm ĐC nhưng sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Để giải thích cho điều này có thể là do cỡ mẫu chúng tôi lấy nhỏ và tỷ lệ bệnh nhân có són tiểu gấp trong nghiên cứu thấp chưa đủ để sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Wang Bo và Cs (2013) về sự cải thiện số lần són tiểu gấp sau điều trị tốt hơn trước điều trị với  $p < 0,05$  [48]. Nghiên cứu của tác giả Wang Yafei và Cs (2013) về sự cải thiện số lần són tiểu gấp của nhóm NC được điều trị bằng điện châm sau điều trị so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của tác giả Li Zhuhui và Cs (2012) nhóm NC được châm cứu và cả 2 nhóm đều được thực hiện các biện pháp can thiệp hành vi sau 5 tuần kết quả cho thấy cả 2 nhóm đều cải thiện số lần són tiểu gấp so với trước điều trị với  $p < 0,05$  [13]. Tác giả Đỗ Thị Hải Yến cũng có kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi với số lần són tiểu gấp trong tuần trung bình của BN trước điều trị là  $0,92 \pm 1,56$  sau điều trị giảm còn  $0,6 \pm 1,02$  với  $p < 0,05$  [55].

### ❖ Sự cải thiện triệu chứng theo thang điểm OABSS của Homma

Trong số các bộ câu hỏi OABSS đã được xây dựng và áp dụng trên thế giới, trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng bộ câu hỏi OABSS của Homma với những ưu điểm chính sau đây: ngắn gọn, dễ áp dụng trên thực tế lâm sàng, cách đặt câu hỏi phù hợp với văn hóa Á Châu, cách chia thang điểm để đánh giá mức độ bệnh hợp lý, dễ áp dụng. Trên thực tế nghiên cứu, chúng tôi tìm được khá nhiều nghiên cứu của các tác giả Việt Nam, Trung Quốc, Đài Loan, Nhật Bản áp dụng bộ câu hỏi của Homma để tham khảo, so sánh và bàn luận trong quá trình xây dựng đề cương và viết báo cáo.

Dựa vào bảng 3.13 chúng ta thấy: Trước điều trị cả 2 nhóm có 20 BN nặng và 10 bệnh nhân trung bình theo thang điểm OABSS của Homma; sự phân bố ở 2 nhóm là giống nhau với  $p > 0,05$ . Sau điều trị 14 và 28 ngày, số bệnh nhân nặng ở 2 nhóm đều giảm và số bệnh nhân nhẹ và trung bình tăng lên khác biệt so với trước điều trị với  $p < 0,05$ . Sự khác biệt giữa 2 nhóm tại các thời điểm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.8 cho thấy: Điểm OABSS trung bình trước điều trị của nhóm NC là  $9,53 \pm 2,50$ , nhóm ĐC là  $9,43 \pm 2,61$ , không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Sau 14 ngày điều trị điểm OABSS trung bình của nhóm NC là  $6,73 \pm 2,48$ ; của nhóm ĐC là  $8,23 \pm 2,60$ . Sau 28 ngày điều trị điểm OABSS trung bình của nhóm NC còn  $4,07 \pm 1,53$ ; của nhóm ĐC còn  $6,20 \pm 2,04$ . Sau 14 ngày điều trị điểm OABSS trung bình giữa 2 nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau 28 ngày điều trị nhóm NC giảm điểm OABSS trung bình nhiều hơn nhóm ĐC, sự khác biệt giữa 2 nhóm lúc này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả của các nghiên cứu sau về hiệu quả của các phương pháp y học cổ truyền trong việc giảm điểm số OABSS của Homma đối với bệnh nhân có hội chứng bàng quang tăng hoạt. Nghiên cứu Laser châm cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống ở phụ nữ mắc BQTH của tác giả Chang YW (2020) nhóm NC được tiến hành laser châm nhóm ĐC được laser châm giả điểm OABSS trước điều trị của nhóm NC là  $8,7 \pm 1,8$  của nhóm ĐC là  $8,5 \pm 1,8$  sau điều trị nhóm NC giảm còn  $3,1 \pm 1,6$  nhóm ĐC giảm còn  $6,7 \pm 2,8$

sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  [56]. Nghiên cứu về hiệu quả và độ an toàn của Bát vị địa hoàng hoàn ở phụ nữ mắc bàng quang tăng hoạt của tác giả Dongil Kim và Cs (2014) sau điều trị điểm OABSS giảm từ  $6,62 \pm 2,66$  xuống còn  $4,63 \pm 2,87$  với  $p < 0,05$  [58].

Một số nghiên cứu khác có kết quả không tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi như: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả và độ an toàn của châm cứu đối với hội chứng BQTH của tác giả Lin ZX và Cs (2020) tại Hong Kong trên 96 BN được chia làm 2 nhóm mỗi nhóm 48 bệnh nhân nhóm NC được tiến hành châm cứu còn nhóm ĐC tiến hành châm cứu giả điểm OABSS trước điều trị của nhóm NC là  $10,25 \pm 2,17$  và nhóm ĐC là  $10,33 \pm 2,25$  sau điều trị nhóm NC giảm còn  $6,9 \pm 2,8$  nhóm ĐC giảm còn  $7,1 \pm 2,4$  sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  nhưng giữa 2 nhóm không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ [54]. Để lý giải cho sự khác biệt này chúng tôi cho rằng có thể là do đối tượng khác nhau giữa hai nghiên cứu và thiết kế nghiên cứu cũng như phương pháp điều trị được áp dụng cũng khác nhau, ở nghiên cứu của chúng tôi BN nghiên cứu được tiến hành điện châm 7 lần/tuần kết hợp với sử dụng Solifenacin còn trong nghiên cứu của nhóm tác giả Lin ZX sử dụng đơn thuần hào châm 2 lần/tuần.

Lý giải cho kết quả nghiên cứu trên: Sự co bóp của cơ bàng quang được điều khiển bởi các dây thần kinh xương cùng bắt nguồn từ vùng S2-S4 trong tủy sống. Các dây thần kinh xương cùng sử dụng chất dẫn truyền thần kinh acetylcholine và các thụ thể muscarinic (chủ yếu là M3 và M2) để truyền tín hiệu. Các thụ thể muscarinic này là các vị trí mục tiêu dược lý chính của Solifenacin để điều trị BQTH. Hơn nữa vùng vòm bàng quang và cơ thắt niệu đạo trong chịu sự chi phối của dây thần kinh hạ vị bắt nguồn từ vùng T11-L2 trong tủy sống, theo học thuyết thần kinh – nội tiết – thể dịch việc kích thích các huyết ở một vùng da sẽ ảnh hưởng tới các nội tạng có chung tiết đoạn với nó và gây ra một phản ứng toàn thân thông qua tác dụng lên não. Tất cả các huyết chúng tôi sử dụng trong nghiên cứu để điều trị BQTH đều thuộc vùng da tiết đoạn T11-L2 và S2-S4 theo giản đồ về sự liên quan giữa vùng da và nội tạng theo Zakharin và Head. Y học hiện đại đã phát triển hai phương pháp kích thích điện điều hòa thần kinh để điều trị BQTH là kích thích thần kinh cùng và kích thích thần kinh

chày: Đối với kích thích thần kinh cùng hai điện cực (điện cực bề mặt hoặc điện cực kim) được đặt tại vị trí lỗ xương cùng S3 tương ứng với vị trí huyết Trung liêu (B33) của Y học cổ truyền. Đối với kích thích thần kinh chày một điện cực kim được đặt vào vị trí trên mắt cá trong 5cm hơi ra sau xương chày tương ứng với vị trí huyết Tam âm giao (SP6) của Y học cổ truyền và một điện cực bề mặt được đặt trên xương gót. Đây là hai phương pháp mang lại hiệu quả điều trị cao thường được lựa chọn để điều trị cho những bệnh nhân điều trị nội khoa thất bại hoặc phải ngưng điều trị do các tác dụng không mong muốn của thuốc kháng muscarinic xong chi phí điều trị còn cao và kỹ thuật thực hiện phức tạp trong khi đó điện châm là một kỹ thuật đơn giản, chi phí thấp, dễ dàng thực hiện tại các tuyến y tế cơ sở.

#### ❖ Cải thiện chất lượng cuộc sống

Chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi đánh giá mức độ ảnh hưởng của triệu chứng tiết niệu - sinh dục đến các hoạt động hàng ngày (UDI-6). Qua biểu đồ 3.9 chúng ta có thể thấy: Trước điều trị, điểm UDI-6 trung bình của nhóm NC là  $6,80 \pm 1,73$  và nhóm ĐC là  $6,73 \pm 1,55$ , không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ . Sau 14 ngày và 28 ngày điều trị, điểm chất lượng cuộc sống trung bình ở từng nhóm được cải thiện: điểm CLCS ở nhóm NC cải thiện còn  $4,40 \pm 1,35$  điểm sau 14 ngày và còn  $2,27 \pm 1,11$  điểm sau 28 ngày điều trị; nhóm ĐC cải thiện còn  $5,50 \pm 1,33$  điểm sau 14 ngày và còn  $4,10 \pm 1,27$  điểm sau 28 ngày điều trị. Sau 14 và 28 ngày điều trị, sự cải thiện điểm CLCS ở cả 2 nhóm đều có sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau 14 ngày điều trị điểm UDI-6 giữa 2 nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau 28 ngày điều trị sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Chang YW (2020) nhóm NC được tiến hành laser châm nhóm ĐC được laser châm giả điểm UDI-6 trước điều trị của nhóm NC là  $6,0 \pm 2,5$  của nhóm ĐC là  $5,7 \pm 2,4$  sau điều trị nhóm NC giảm còn  $2,4 \pm 1,6$  nhóm ĐC giảm còn  $4,3 \pm 2,9$  sự khác biệt trước - sau điều trị và giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [56]. Nghiên cứu của tác giả Kizilyel S và Cs cũng có kết quả tương tự với điểm UDI-6 trước điều trị là  $8 \pm 1,5$  sau điều trị giảm còn  $2,9 \pm 1,59$  với  $p = 0,01$  [63].

#### 4.2.2. Kết quả nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số cận lâm sàng

##### ❖ Lượng nước tiểu tồn dư

Đo lượng nước tiểu tồn dư để đánh giá khả năng tổng xuất của bàng quang được tiến hành qua siêu âm ngay sau khi bệnh nhân đi tiểu hết bãi. Trường hợp không có siêu âm thì có thể tiến hành bằng cách đặt sonde tiểu. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân được đo lượng nước tiểu tồn dư trước và sau điều trị bằng siêu âm qua bảng 3.15 chúng ta có thể thấy: Trước điều trị, lượng nước tiểu tồn dư trung bình của nhóm NC là  $23,47 \pm 13,46$  và nhóm ĐC là  $21,67 \pm 12,20$ , không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ . Sau điều trị lượng nước tiểu tồn dư ở nhóm ĐC tăng đáng kể lên  $37,73 \pm 15,59$  với  $p < 0,05$  còn đối với nhóm NC gần như tương đồng so với trước điều trị với  $p > 0,05$ . Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Nhóm ĐC tăng đáng kể lượng nước tiểu tồn dư là do trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thuốc điều trị nền Solifenacin đây là thuốc kháng muscarinics thế hệ thứ ba có tác dụng chọn lọc lên thụ thể M3 và M1, như chúng ta đã biết có 5 phân nhóm thụ thể muscarin (M) được biết đến. Các thụ thể M3 phụ trách cho sự co thắt cơ bàng quang trong tình trạng bàng quang bình thường vì vậy khi sử dụng thuốc sẽ làm giảm tình trạng tăng hoạt của bàng quang đồng thời khả năng tổng xuất của bàng quang cũng giảm theo đó là lý do khiến lượng nước tiểu tồn dư của nhóm ĐC tăng sau điều trị. Ở nhóm NC cũng sử dụng Solifenacin nhưng thể tích nước tiểu tồn dư lại không thay đổi theo chúng tôi có thể là do tác dụng của điện châm mang lại thông qua cơ chế giống với phương pháp kích thích thần kinh cùng và kích thích thần kinh chày của YHHĐ. Tại Việt Nam tác giả Nguyễn Trương Quốc Dũng và Cs đã tiến hành nghiên cứu khảo sát tác động của châm cứu lên chức năng của bàng quang dựa trên niệu động học trên 31 bệnh nhân rối loạn chức năng Bàng quang. Liệu pháp điện châm được thực hiện 1 lần trong 25 phút so sánh trước và sau điều trị kết quả cho thấy thể tích nước tiểu tồn dư trước điều trị là  $28,32 \pm 23,52$  ml sau điều trị giảm xuống còn  $6,51 \pm 9,36$  ml sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [64]. Ngoài ra trong kết quả của nghiên cứu này còn cho thấy điện châm có tác động tích cực đến chức năng bàng quang vì làm tăng dung tích tối đa bàng quang, tăng sức co bóp tối đa của cơ chóp bàng quang, tăng khả năng chứa đựng, giúp ổn định và làm giảm đáng

kể sự co bóp bất thường của cơ chớp bàng quang đây đều là các yếu tố liên quan đến cơ chế bệnh sinh của BQTH.

### **4.2.3. Hiệu quả điều trị theo tứ chẩn của Y học cổ truyền**

#### **❖ Vọng chẩn**

Thông qua vọng chẩn người thầy thuốc có thể biết được tình hình bệnh tật bên trong cơ thể người bệnh phản ánh ra bên ngoài. Trong y học cổ truyền việc đánh giá sự thay đổi về sắc và lưỡi qua vọng chẩn là việc làm không thể thiếu. Qua quan sát sự biến đổi của sắc và lưỡi có thể đánh giá tình trạng bệnh lý hư hay thực, hàn hay nhiệt, nông hay sâu cũng như sự biến chuyển của bệnh tật. Trong nghiên cứu của chúng tôi qua bảng 3.18 chúng ta có thể thấy:

Bệnh nhân ở cả hai nhóm trước điều trị vọng chẩn chủ yếu gặp sắc hồng 66,7% ở cả 2 nhóm sau đó đến sắc đỏ (gò má đỏ) với 20,0% ở nhóm NC và 16,7% ở nhóm ĐC sau điều trị tỷ lệ sắc hồng đều tăng tỷ lệ sắc đỏ đều giảm ở cả 2 nhóm, sự khác biệt về sắc giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Về chất lưỡi trước điều trị chất lưỡi nhạt, bệu chiếm tỷ lệ cao nhất (nhóm NC 70,0%, nhóm ĐC 66,7%) sau đó đến chất lưỡi đỏ (30,0% ở nhóm NC, 33,3% ở nhóm ĐC). Sau điều trị Chất lưỡi hồng chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,3% ở nhóm NC và 13,3% ở nhóm ĐC tiếp đến chất lưỡi nhạt, bệu với 10,0% ở nhóm NC và 56,7% ở nhóm ĐC), sự khác biệt về chất lưỡi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Về rêu lưỡi trước điều trị rêu lưỡi trắng mỏng chiếm tỷ lệ cao nhất (nhóm NC 70,0%, nhóm ĐC 66,7%) sau đó đến rêu lưỡi vàng mỏng (nhóm NC 30,0%, nhóm ĐC 33,3%). Sau điều trị rêu lưỡi trắng mỏng chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,3% ở nhóm NC và 66,7% ở nhóm ĐC, tỷ lệ rêu lưỡi trắng ánh vàng và rêu lưỡi vàng mỏng tương đồng nhau ở 2 nhóm. Sự khác biệt về rêu lưỡi giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### **❖ Văn chẩn**

Văn là nghe và ngửi thầy thuốc thông qua nghe tiếng nói, hơi thở, tiếng ho, tiếng nấc, ngửi mùi của hơi thở, chất thải để thu thập các triệu chứng có giá trị góp

phần để chẩn đoán bệnh tật được chính xác. Trong nghiên cứu của chúng tôi qua bảng 3.19 chúng ta có thể thấy:

Trước điều trị cả 2 nhóm có 23 BN tiếng nói to rõ và 7 bệnh nhân tiếng nói nhỏ rõ. Sau điều trị 28 ngày, số bệnh nhân tiếng nói to rõ ở nhóm NC tăng lên 27, nhóm đối chứng không thay đổi sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Về hơi thở trước điều trị hơi thở hôi nhóm NC có 1 BN và nhóm ĐC có 3 BN. Sau điều trị số BN hơi thở hôi đều giảm còn 0 BN ở nhóm NC và 2 BN ở nhóm ĐC số BN hơi thở bình thường tăng lên. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### ❖ Vấn chẩn

Là quá trình hỏi người bệnh hoặc người nhà về các chứng trạng hiện tại, quá trình bệnh tật, quá trình chữa bệnh, hoàn cảnh phát sinh bệnh tật,...Trong nghiên cứu của chúng tôi qua bảng 3.20 chúng ta có thể thấy:

Vấn chẩn về mồ hôi trước điều trị đạo hãn có 6 BN ở nhóm NC và 3 BN ở nhóm ĐC, tự hãn có 2 BN ở cả 2 nhóm sau điều trị số bệnh nhân có 2 triệu chứng này đều giảm đạo hãn ở nhóm NC còn 0 BN ở nhóm ĐC còn 1 BN, tự hãn ở 2 nhóm còn 1 BN. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Về tiểu tiện triệu chứng tiểu són trước điều trị có 11 BN ở nhóm NC, 10 BN ở nhóm ĐC sau điều trị cả 2 nhóm đều giảm còn 3 BN ở nhóm NC và 6 BN ở nhóm ĐC sự khác biệt giữa 2 nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Về dòng tiểu yếu trước điều trị nhóm NC có 10 BN, nhóm ĐC có 11 BN sau điều trị nhóm NC giảm còn 0 BN nhóm ĐC không thay đổi, sự khác biệt giữa 2 nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Về tiểu trong và tiểu vàng trước và sau điều trị, giữa 2 nhóm không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ .



Về đại tiện trước điều trị nhóm NC có 6 BN phân táo và 12 BN phân nát nhóm ĐC có 11 BN phân táo và 8 BN phân nát sau điều trị nhóm NC giảm còn 0 BN phân nát và 1 BN phân táo nhóm ĐC còn 2 BN phân nát và 8 BN phân táo sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Về triệu chứng khát cả 2 nhóm trước điều trị có 8 BN sau điều trị đều giảm nhóm NC còn 1 BN và nhóm ĐC còn 7 BN sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### ❖ **Thiết chẩn**

Bao gồm xúc chẩn, phúc chẩn và mạch chẩn giúp người thầy thuốc có thể biết được tính chất của bệnh, tình trạng thịnh suy của tạng phủ, vị trí nông sâu và tính chất hàn nhiệt của bệnh tật. Qua bảng 3.21 chúng ta có thể thấy:

Da lòng bàn tay, bàn chân của BN trước điều trị nhóm NC có 10 BN lạnh, 9 BN nóng nhóm ĐC có 9 BN lạnh, 9 BN nóng sau điều trị triệu chứng đều giảm nhóm NC còn 3 BN nóng và 1 BN lạnh nhóm ĐC còn 8 BN nóng và 8 BN lạnh, sự khác biệt giữa 2 nhóm sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Mạch chẩn của BN trước điều trị nhóm NC có 11 BN mạch tế nhược, 10 BN mạch trầm trì, 9 BN mạch tế sắc nhóm ĐC có 12 BN mạch tế nhược 8 BN mạch trầm trì 10 BN mạch tế sắc, sau điều trị nhóm NC có 23 BN mạch hoãn, 4 BN mạch trầm trì, 3 bệnh nhân mạch tế sắc, nhóm ĐC có 4 BN mạch hoãn, 10 BN mạch tế nhược, 7 BN mạch trầm trì, 9 BN mạch tế sắc sự khác biệt sau điều trị giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các triệu chứng về chất lưỡi, rêu lưỡi, triệu chứng tiểu són, triệu chứng dòng tiểu yếu, da lòng bàn tay bàn chân và mạch chẩn giữa 2 nhóm sau điều trị có sự khác biệt với  $p < 0,05$  hoặc  $p < 0,01$  đây đều là các triệu chứng chính để chẩn đoán phân biệt các thể bệnh của chứng “Bàng quang bất cố” trong Y học cổ truyền. Để giải thích điều này chúng tôi cho rằng do nhóm nghiên cứu áp dụng phương pháp điều trị YHCT đó là điện châm – một phương pháp phòng và điều trị bệnh tật đã có từ lâu đời dựa trên học thuyết kinh lạc thông

qua dùng kim châm vào huyết để kích thích sự phản ứng của cơ thể nhằm gây được tác dụng điều khí, làm thông kinh mạch, tạo nên trạng thái cân bằng âm dương, nghĩa là phục hồi trạng thái sinh lý, loại trừ trạng thái bệnh lý, đưa cơ thể trở lại hoạt động bình thường để đạt được mục đích phòng bệnh và chữa bệnh [42].

Các huyết mà chúng tôi sử dụng trong nghiên cứu này ngoại trừ các huyết theo công thức huyết điều trị rối loạn tiểu tiện của bộ y tế chúng tôi còn gia thêm các huyết điều trị nguyên nhân phù hợp theo từng thể bệnh của bệnh nhân: Đối với thể khí hư gia thêm huyết Bách hội, Quan nguyên, Khí hải, Tam âm giao, Túc tam lý với tác dụng bổ khí thăng đề, sáp niệu. Thể thận dương hư gia thêm các huyết Quan nguyên, Mệnh môn, Thận du, Bát liêu, Tam âm giao với tác dụng ôn dương bổ thận, sáp niệu. Đối với thể thận âm hư gia thêm các huyết Thận du, Tam âm giao, Thái khê, Phục lưu với tác dụng tư âm bổ thận, sáp niệu. Nguyên nhân chứng “Bàng quang bất cố” người xưa đều cho là vì hư. Hư là chỉ về công năng có quan hệ với việc bài tiết nước tiểu bị sút kém. Tiểu tiện không nín được là vì bàng quang không ước thúc được mà bàng quang không đốc thúc được là do công năng của phế, tỳ, thận bị suy giảm. Khi điện châm kích thích vào các huyết thông qua hệ kinh lạc tác động vào các tạng phủ bên trong cơ thể giúp tăng cường công năng của các tạng phế, tỳ, thận làm cho chức năng khí hóa bàng quang tốt hơn do đó có thể làm giảm các triệu chứng như tiểu són, tiểu gấp, tiểu nhiều lần và tiểu đêm.

#### **4.2.4. Tác dụng không mong muốn của hai nhóm nghiên cứu**

Ở nhóm NC triệu chứng khô miệng gặp ở 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,3%

Ở nhóm ĐC triệu chứng khô miệng gặp ở 3 BN chiếm tỷ lệ 10,0% và táo bón gặp ở 2 BN chiếm tỷ lệ 6,7%.

Khô miệng và táo bón là 2 tác dụng không mong muốn thường gặp nhất trên lâm sàng của thuốc kháng Muscarinic nói chung và của Solifenacin nói riêng [57],[61],[62] tuy nhiên các tác dụng không mong muốn này thường xảy ra ở mức độ nhẹ ít ảnh hưởng đến chế độ sinh hoạt của bệnh nhân. Ở nhóm điện châm ngoài gặp 1 BN khô miệng ra thì trong quá trình tiến hành đề tài chúng tôi chưa gặp bất kỳ tác

dụng cụ nào xảy ra ở nhóm BN điện châm. Việc không có bệnh nhân nào xảy ra tác dụng phụ mà chúng tôi theo dõi đã phần nào thể hiện sự ưu việt về tính an toàn của điện châm trong công tác điều trị và phòng ngừa bệnh tật.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị 60 bệnh nhân Bàng quang tăng hoạt nguyên phát với 30 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp điện châm và uống Solifenacin 5mg/lần/ngày, so với 30 bệnh nhân điều trị bằng uống Solifenacin 5mg/lần/ngày, chúng tôi rút ra kết luận sau:

### 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam (gấp 2,33 lần). Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $68,93 \pm 8,98$  tuổi. Tuổi thấp nhất là 44 và tuổi cao nhất là 87. Thời gian phát hiện bệnh trung bình là  $3,62 \pm 2,41$  năm. Gặp nhiều nhất là từ 3 -< 5 năm (33,3% - 40,0%). Đa số bệnh nhân chưa điều trị gì trong tiền sử với tỷ lệ 48,3%. Các yếu tố liên quan hay gặp là phụ nữ tiền mãn kinh 66,7% và thừa cân béo phì 41,7%.

- Triệu chứng rối loạn tiểu tiện: Tiểu gấp gặp ở 100,0% bệnh nhân và thường đi kèm với tiểu nhiều lần và tiểu đêm. Tỷ lệ bàng quang tăng hoạt khô/bàng quang tăng hoạt ướt là 65/35. Mức độ triệu chứng theo thang điểm OABSS của Homma trung bình chiếm 66,7%, nặng chiếm 33,3%. Thể bệnh Y học cổ truyền hay gặp là thể khí hư (36,7% - 40,0%).

### 2. Phương pháp điện châm có hiệu quả tốt trên bệnh nhân bị hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát

- Hiệu quả cải thiện các triệu chứng lâm sàng: Nhóm điều trị bằng điện châm và Solifenacin có số lần tiểu gấp giảm từ  $6,47 \pm 1,53$  xuống  $0,83 \pm 0,70$ , số lần tiểu ngày giảm từ  $9,30 \pm 1,99$  xuống  $5,97 \pm 1,13$ , số lần tiểu đêm giảm từ  $2,60 \pm 1,00$  xuống  $0,87 \pm 0,43$  tốt hơn so với nhóm điều trị đơn thuần Solifenacin với  $p \leq 0,01$ .

- Hiệu quả cải thiện số lần són tiểu gấp: Số lần són tiểu gấp trung bình nhóm nghiên cứu giảm từ  $1,23 \pm 1,79$  xuống  $0,03 \pm 0,18$  với  $p < 0,05$ , nhóm nghiên cứu có xu hướng giảm nhiều hơn so với nhóm đối chứng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

- Điểm OABSS của nhóm nghiên cứu giảm từ  $9,53 \pm 2,50$  xuống  $4,07 \pm 1,53$  với  $p < 0,05$ , tốt hơn nhóm đối chứng ( $p < 0,01$ ).

- Cải thiện chất lượng cuộc sống: Điểm chất lượng cuộc sống UDI-6 nhóm nghiên cứu giảm từ  $6,80 \pm 1,73$  xuống  $2,27 \pm 1,11$  với  $p < 0,05$ , tốt hơn nhóm đối chứng với  $p < 0,01$ .

- Lượng nước tiểu tồn dư: Trước điều trị, lượng nước tiểu tồn dư trung bình của nhóm nghiên cứu là  $23,47 \pm 13,46$  và nhóm đối chứng là  $21,67 \pm 12,20$ , không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ . Sau điều trị lượng nước tiểu tồn dư ở nhóm đối chứng tăng đáng kể lên  $37,73 \pm 15,59$  với  $p < 0,05$  còn ở nhóm nghiên cứu gần như tương đồng với trước điều trị với  $p > 0,05$ . Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

- Các triệu chứng Y học cổ truyền về chất lưỡi, rêu lưỡi, triệu chứng tiểu són, triệu chứng dòng tiểu yếu, da lòng bàn tay bàn chân và mạch chân giữa 2 nhóm nghiên cứu sau điều trị có sự khác biệt với  $p < 0,05$  hoặc  $p < 0,01$ .

**KIẾN NGHỊ**

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi kiến nghị:

Điện châm có hiệu quả tốt trong điều trị hội chứng Bàn quang tăng hoạt nguyên phát có thể được áp dụng rộng rãi tại các tuyến y tế cơ sở.

Tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian kéo dài hơn để thấy rõ hiệu quả của điện châm đối với hội chứng Bàn quang tăng hoạt nguyên phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abrams P, Artibani W, Cardozo L et al (2009). Reviewing the ICS 2002 terminology report: the ongoing debate. *Neurourol Urodyn*, 28 (4), p287.
2. Kinsey. D, Pretorius. S, Glover. L, et al (2016). The psychological impact of overactive bladder: A systematic review. *J Health Psychol*. 2016 Jan;21(1), p69-81.
3. Irwin D. E, Mungapen. L, Milsom. I, et al (2009). The economic impact of overactive bladder syndrome in six Western countries. *BJU International*, 103(2), p202–209.
4. Gormley E A. , Lightner D J, Burgio K L, et al (2012). Diagnosis And Treatment Of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) In Adults: AUA/SUFU Guideline. *The Journal of Urology*, Volume 188, Issue 6, Supplement, P2464-2472.
5. Irwin, D.E., et al (2006). Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol*, 2006. 50(6), p. 1306-14; discussion 1314-5.
6. Coyne K. S, Sexton C. C, Vats. V, et al (2011). National community prevalence of overactive bladder in the United States stratified by sex and age. *Urology*, 77(5), p1081–1087.
7. Chuang Y.C., S.P Liu, and K.S Lee (2019), Prevalence of overactive bladder in China, Taiwan and South Korea: Results from a cross-sectional, *population-based study*. 11(1), p. 48-55.
8. Vũ Lê Chuyên, Huỳnh Doãn Phương Mai (2016). xác định tỷ lệ mắc bệnh bàng quang tăng hoạt của người lớn tại việt nam. *Tạp chí y học T.P Hồ Chí Minh*, tập 20 số 2, trang 158-162.
9. Yi-Sheng Chen M. D, Stephen Shei-Dei Yang M. D. , Shang-Jen Chang M. D (2010). Overactive Bladder during Childhood: When and How It Should Be Treated. *Incont Pelvic Floor Dysfunct*. 4(1), p13-17.

10. Athanasopoulos A, Giannitsas K (2011). An overview of the clinical use of antimuscarinics in the treatment of overactive bladder. *Advances in Urology*, vol 2011, p1-8.
11. Forde J. C, Jaffe E, Stone B. V, et al (2016). The role of acupuncture in managing overactive bladder; a review of the literature. *International urogynecology journal*, 27(11), p1645–1651.
12. Yuan Z, He C, Yan S et al (2015). Acupuncture for overactive bladder in female adult: a randomized controlled trial. *World J Urol*, 2015 Sep;33(9), p1303-8.
13. 李筑慧, 任墨樱, 王娟 (2012). 针灸及护理干预治疗女性膀胱过度活动症的临床研究 [J]. *护士进修杂志*, 2012年 07期, p609-610.
14. Lí Trúc Tuệ, Nhậm Mặc Anh, Vương Quyên (2012). Nghiên cứu lâm sàng về tác dụng của châm cứu và Điều dưỡng can thiệp trong điều trị Bàng quang tăng hoạt ở phụ nữ. *Tạp chí đào tạo y tá*, 2012(07), tr609-610.
15. Irwin, D.E., et al.(2011) Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int*, 108(7), p1132-1138.
16. Lapitan MC, Chye PL (2001); Asia-Pacific Continence Advisory Board. The epidemiology of overactive bladder among females in Asia: a questionnaire survey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 12(4):226-31.
17. Kim SY, Bang W, Choi HG (2017) Analysis of the prevalence of and factors associated with overactive bladder in adult Korean women. *PLoS ONE* 12(9), p1-14.
18. Nguyễn Thị Thủy Nguyên, Đỗ Đào Vũ, Nguyễn Đăng Vững (2017), Thực trạng mắc bệnh bàng quang tăng hoạt ở người từ 40 tuổi trở lên tại Hà Nam năm 2016. *Tạp chí Y học dự phòng*, 27(3), p.147-153.



18. Hội tiết niệu-Thận học Việt Nam (2014). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hội chứng bàng quang tăng hoạt ở người lớn (không do nguyên nhân thần kinh)*, Nhà xuất bản Y học, Hà nội.
19. Drake M, Abrams P (2012). *Overactive Bladder*, in *Campbell-Walsh Urology*, Saunders-Elsevier, 10th edit, chap 66, p1947-1957.
20. De Groat WC (2004): The urothelium in overactive bladder: passive bystander or active participant? *Urology*, Dec 2004; 64:7-11[Medline].
21. Hashim, H. and P. Abrams (2006). Is the bladder a reliable witness for predicting detrusor overactivity? *J Urol*, 175(1), p.191-4; discussion 194-5.
22. Milsom. I, et al (2001) How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int*, 87(9), p760-6.
23. An .F, et al (2016). OAB epidemiological survey of general gynaecology outpatients and its effects on patient quality of life. *Neurourol Urodyn*, 35(1), p29-35.
24. Coyne K. S, Cash B, Kopp Z, et al (2011). The prevalence of chronic constipation and faecal incontinence among men and women with symptoms of overactive bladder. *BJU international*, 107(2), p254–261.
25. Bradley C. S, Erickson B. A, Messersmith E. E, et al(2017). Evidence of the Impact of Diet, Fluid Intake, Caffeine, Alcohol and Tobacco on Lower Urinary Tract Symptoms: A Systematic Review. *The Journal of urology*, 198(5), p1010–1020.
26. Kawahara T, Ito H, Yao M, et al (2020). Impact of smoking habit on overactive bladder symptoms and incontinence in women. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association*, 27(12), p1078–1086.
27. Chen. Y, et al (2015). Association between overactive bladder and perimenopause syndrome: a cross-sectional study of female physicians in China. *Int Urol Nephrol*, 47(5), p.743-9.

28. Bệnh viện Bình Dân (2019). “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị năm 2019*” tại bệnh viện Bình Dân, trang 31-40.
29. Coyne. K, et al (2002). Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: the OAB-q. *Qual Life Res*, 11(6), p.563-74.
30. Blaivas. J.G, et al (2007). Validation of the overactive bladder symptom score. *J Urol*, 178(2), p.543-7; discussion 547.
31. Homma. Y, et al (2006). Symptom assessment tool for overactive bladder syndrome--overactive bladder symptom score. *Urology*, 68(2), p.318-23.
32. Wyman J. F, Burgio K. L, & Newman D. K (2009). Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *International journal of clinical practice*, 63(8), p1177–1191.
33. Lightner D. J, Gomelsky A, Souter L, et al (2019). Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline Amendment 2019. *The Journal of urology*, 202(3), p558–563.
34. Arnold. J, et al (2012). Overactive bladder syndrome - management and treatment options. *Aust Fam Physician*, 41(11), p.878-83.
35. Geoffrion. R (2012). Treatments for overactive bladder: focus on pharmacotherapy. *J Obstet Gynaecol Can*, 34(11), p.1092-1101.
36. Hsu F. C, Weeks C. E, Selph S. S, et al (2019). Updating the evidence on drugs to treat overactive bladder: a systematic review. *International urogynecology journal*, 30(10), p1603–1617.
37. Anger J. T, Weinberg A, Suttorp M. J, et al (2010). Outcomes of intravesical botulinum toxin for idiopathic overactive bladder symptoms: a systematic review of the literature. *The Journal of urology*, 183(6), 2258–2264.
38. Vasavada S. P, Rackley R. R (2012). *Electrical Stimulation and Neuromodulation in Storage and Emptying Failure*. in *Campbell-Walsh Urology*, Saunders-Elsevier, 10th edit, chap 70: 2026-2046.

39. Gaziev G, Topazio L, Iacovelli V, et al (2013). Percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS) efficacy in the treatment of lower urinary tract dysfunctions: a systematic review. *BMC Urology* 13: p61-72.
40. Khoa Y học cổ truyền, trường đại học Y Hà Nội (2006). *Nội khoa Y học cổ truyền (sách dùng cho đối tượng sau đại học)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
41. Nguyễn Trung Hòa (2015). *Đông y toàn tập*, Nhà xuất bản Thuận Hóa, Thừa Thiên Huế.
42. Hoàng Bảo Châu (2010), *Châm cứu học trong Nội kinh, Nạn kinh và sự tương đồng với Y học hiện đại*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
43. Nguyễn Tài Thu và CS (2004), *Nghiên cứu châm tê trong phẫu thuật*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
44. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà nội (2005). *Châm cứu*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
45. Bộ Y tế (2013). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*, Quy trình 277, tr44-46.
46. 高雅贤, 王翠玉 (2007). 电针配合中药治疗膀胱过度活动症的体会[J]. *四川中医*, 2007(2), p108-109.
- Cao Nhã Hiền, Vương Thúy Ngọc (2007). Kinh nghiệm điều trị Bàng quang tăng hoạt bằng châm cứu và thuốc y học cổ truyền trung quốc. *Tạp chí Y học cổ truyền Tír Xuyên*, 2007(2), tr108-109.
47. 段中琪, 王宝 (2016). 温针灸治疗膀胱过度活动症的临床研究[J]. *湖南中医药大学学报*, 2016(A02), p1291-1292.
- Đoàn Trung Kỳ, Vương Bảo (2016). Nghiên cứu tác dụng của ôn châm trong điều trị Bàng quang tăng hoạt. *Tạp chí Đại học y-dược Hồ Nam*, 2016(A02), tr1291-1292.

48. 王波, 肖友平, 范凯 (2013). 等. 针灸治疗女性膀胱过度活动症的临床研究 [J]. *北京中医药大学学报*, 2013(10), p713-716.
- Vương Ba, Tiêu Hữu Bình, Phạm Khải (2013). Nghiên cứu lâm sàng về tác dụng của châm cứu trong điều trị Bàng quang tăng hoạt ở phụ nữ. *Tạp chí Đại học y-dược Bắc Kinh*, 2013(10), tr713-716.
49. 苗广占, 贾民, 张晓宇 (2015). 电针联合盆底肌训练治疗女性膀胱过度活动症的疗效观察[J]. *中国中医急症*; 2015年11期, p2054-2056.
- Miêu Quảng Chiêm, Cổ Dân, Trương Hiểu Vũ (2015). Nghiên cứu tác dụng của châm cứu kết hợp với luyện tập cơ sàn chậu trong điều trị Bàng quang tăng hoạt ở phụ nữ. *Tạp chí cấp cứu Y học cổ truyền Trung Quốc*; 2015(11), tr2054-2056.
50. 王亚非, 潘振亮, 陈建军, 等 (2013). 电针疗法治疗膀胱过度活动症的临床研究[J]. *实用中西医结合临床*. 2013(3), p1-3.
- Vương Á Phi, Phan Chấn Lượng, Trần Kiến Quân & Cs (2013). Nghiên cứu lâm sàng về phương pháp điện châm trong điều trị Bàng quang tăng hoạt. *Tạp chí y học thực hành đông tây y kết hợp*. 2013(3), tr1-3.
51. Homma (2009). Symptom severity and patient perceptions in overactive bladder: how are they related? *Urology*, (68), p968 - 972.
52. World Health Organization (2016). Global Database on Body Mass Index, BMI classification, <[http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)>, xem 09/11/2020.
53. Blake M. R, Raker J. M, & Whelan K. (2016). Validity and reliability of the Bristol Stool Form Scale in healthy adults and patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 44(7), 693–703.

54. Lin ZX, Chan NHT, Kwan YK, et al (2020). A randomized controlled trial to assess the effectiveness and safety of acupuncture for overactive bladder: a study in Hong Kong population. *Chin Med*. 2020;15:108.
55. Đỗ Thị Hải Yến, Vũ Minh Hoàn, Trần Thị Hải Vân (2021). Tác dụng cải thiện rối loạn tiểu tiện của viên nén ích niệu kháng trên bệnh nhân có hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát. *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 506, tháng 9, số 1, tr 151-155.
56. Chang YW, Lo TS, Chang HN, et al (2020). Laser Acupuncture Alleviates Symptoms and Improves Quality of Life in Women with Overactive Bladder: A Double-Blind, Pilot Randomized Controlled Trial. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2020:1705964.
57. Choo MS, Lee JZ, Lee JB et al (2008). Efficacy and safety of solifenacin succinate in Korean patients with overactive bladder: a randomised, prospective, double-blind, multicentre study. *Int J Clin Pract*, 62(11):1675-1683.
58. Kim D, Choi C, Ahn I, et al (2014). Efficacy and safety of Baweidi Huang-wan in women with overactive bladder: a randomized, double blind, placebo controlled trial. *Int J Clin Exp Med*, 7(9):2744-2753.
59. Suskind AM (2017). The Aging Overactive Bladder: A Review of Aging-Related Changes from the Brain to the Bladder. *Curr Bladder Dysfunct Rep*, 12(1):42-47.
60. Selvaraj J, Kekre AN, Varghese L et al (2015). Symptoms, prevalence, and risk factors of overactive bladder in women in south India. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015 Jun;129(3):274-5.
61. Eric Chieh-Lung Chou, Man-Jung Hung, Ta-Wei Yen, et al (2014). The translation and validation of Chinese overactive bladder symptom score for assessing overactive bladder syndrome and response to solifenacin treatment, *Journal of the Formosan Medical Association*, Volume 113, Issue 8, Pages 506-512.

62. Zaitso M, Mikami K, Ishida N, et al (2011). Comparative Evaluation of the Safety and Efficacy of Long-Term Use of Imidafenacin and Solifenacin in Patients with Overactive Bladder: A Prospective, Open, Randomized, Parallel-Group Trial (the LIST Study). *Adv Urol*. 2011:854697.
63. Kızılyel S, Karakeçi A, Ozan T, et al (2015). Role of percutaneous posterior tibial nerve stimulation either alone or combined with an anticholinergic agent in treating patients with overactive bladder. *Turk J Urol*, 41(4):208-214.
64. Nguyễn Trương Quốc Dũng, Nguyễn Văn Ân, Phan Quan Chí Hiếu (2012). Khảo sát tác động của châm cứu lên chức năng của bàng quang dựa trên niệu động học. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 16(1),tr241-245.

**PHỤ LỤC 01**  
**BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**

**Nhóm:**.....

**Số bệnh án:**.....

**A. HÀNH CHÍNH**

Họ và tên:.....tuổi.....Giới.....

Nghề nghiệp:      Lao động chân tay                              Hưu trí  
                           Lao động trí óc    Thất nghiệp

Địa chỉ:.....

Điện thoại:.....

Ngày vào viện:...../...../..... Ngày tháng ra viện: ...../...../.....

**B. CHUYÊN MÔN**

**I. Y học hiện đại**

**1. Lý do vào viện**

Tiểu són              Tiểu gáp              Tiểu nhiều lần              Tiểu đêm

**2. Tiền sử**

Táo bón              Sử dụng bia, rượu              Sử dụng cafe  
 Hút thuốc              Phụ nữ tiền mãn kinh              .....

**3. Bệnh sử**

Thời gian mắc bệnh.....

< 1 năm              1 – 3 năm              3 – 5 năm              > 5 năm

**Các phương pháp điều trị đã áp dụng:**

Chưa điều trị              Thuốc YHHD              Thuốc YHCT  
 Phôi hợp              Phẫu thuật

**4. Khám lâm sàng**

Chiều cao:..... Cân nặng:..... BMI = .....

Mạch:..... Huyết áp:.....

Cầu bàng quang:              Có              Không

Phân loại thể bệnh theo YHHD:

Bảng quang tăng hoạt khô

Bảng quang tăng hoạt ướt

Mức độ bệnh theo thang điểm OABSS của homma:

Nhẹ

Trung bình

Nặng

Đánh giá các chỉ số lâm sàng:

Thời điểm Chi số	D <sub>0</sub>	D <sub>14</sub>	D <sub>28</sub>
Số lần đi tiểu trong ngày			
Số lần đi tiểu trong đêm			
Số lần tiểu gấp			
Số lần són tiểu gấp			
Điểm OABSS của Homma			
Điểm CLCS UDI-6			

### 5. Cận lâm sàng

Thời điểm Kết quả	Trước điều trị D <sub>0</sub>	Sau điều trị D <sub>28</sub>
Hồng cầu (T0/L)		
Hemoglobin (g/dl)		
Bạch cầu (G/L)		
Tiểu cầu (G/L)		
AST (U/L/37°C)		
ALT (U/L/37°C)		
Creatinin (μmol/l)		
Ure (mmol/l)		
V <sub>NTTD</sub> (ml)		



## II. Y học cổ truyền

### 1. Tứ chẩn

#### Trước điều trị (D<sub>0</sub>)

##### - Vọng chẩn

- + Sắc:  Hồng  Trắng  Sạm đen  Đỏ (Đỏ má đỏ)  
+ Chất lưỡi:  Hồng  Nhạt, bệu  Đỏ  
+ Rêu lưỡi:  Trắng mỏng  Trắng ánh vàng  Vàng mỏng

##### - Văn chẩn

- + Tiếng nói:  To rõ  Nhỏ rõ  Nhỏ yếu  
+ Hơi thở:  Bình thường  Hôi

##### - Vấn chẩn

- + Mồ hôi:  Bình thường  Tụ hãn  Đạo hãn  
+ Tiểu tiện:  Tiểu són  Dòng tiểu yếu  Tiểu trong  Tiểu vàng  
+ Đại tiện:  Bình thường  Phân nát  Phân táo  
+ Khát:  Có  Không

##### - Thiết chẩn

- + Da lòng bàn tay, bàn chân:  Bình thường  Nóng  Lạnh  
+ Mạch:  Hoãn  Hoạt  Tế nhược  Trầm trì  Tế sắc

#### Sau điều trị (D<sub>28</sub>)

##### - Vọng chẩn

- + Sắc:  Hồng  Trắng  Sạm đen  Đỏ (Đỏ má đỏ)  
+ Chất lưỡi:  Hồng  Nhạt, bệu  Đỏ  
+ Rêu lưỡi:  Trắng mỏng  Trắng ánh vàng  Vàng mỏng

##### - Văn chẩn

- + Tiếng nói:  To rõ  Nhỏ rõ  Nhỏ yếu  
+ Hơi thở:  Bình thường  Hôi

##### - Vấn chẩn

- + Mồ hôi:  Bình thường  Tụ hãn  Đạo hãn  
+ Tiểu tiện:  Tiểu són  Dòng tiểu yếu  Tiểu trong  Tiểu vàng  
+ Đại tiện:  Bình thường  Phân nát  Phân táo

+ Khát:  Có  Không

- Thiết chẩn

+ Da lòng bàn tay, bàn chân:  Bình thường  Nóng  Lạnh

+ Mạch:  Hoãn  Hoạt  Tế nhược  Trầm trì  Tế sắc

**2. Chẩn đoán thể bệnh:**

Khí hư  Thận dương hư  Thận âm hư

**\*Các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị:**

Chảy máu, tụ máu  Nhiễm trùng  Vụng châm

Khô miệng  Táo bón  Nhìn mờ

Buồn nôn  Đau bụng  .....

Ngày ... tháng ... năm 20...

Bác sỹ điều trị

## PHỤ LỤC 02

**Đánh giá ảnh hưởng triệu chứng tiết niệu - sinh dục đến sinh hoạt hàng ngày:  
sử dụng bảng điểm UDI-6 (Urinary Distress Inventiry 6)**

**Họ và tên:.....tuổi.....Giới.....**

**Ngày..... tháng..... năm 20.....**

<b>Quý vị có triệu chứng sau đây không, nếu có mức độ phiền toái như thế nào?</b>	<b>không</b>	<b>Ít</b>	<b>Nhiều</b>	<b>Rất phiền</b>
1. Đi tiểu thường xuyên	0	1	2	3
2. Tiểu liên quan đến cảm giác buồn tiểu gấp	0	1	2	3
3. Rỉ tiểu liên quan đến ho hay hắt xì hơi	0	1	2	3
4. Lượng rỉ tiểu	0	1	2	3
5. Khó khăn trong việc đi tiểu hết	0	1	2	3
6. Đau hay khó chịu ở bụng dưới, vùng sinh dục	0	1	2	3

### PHỤ LỤC 03

#### BỘ CÂU HỎI OABSS CỦA HOMMA (2006)

Họ và tên:.....tuổi.....Giới.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Câu hỏi	Số lần	Điểm
Câu 1: Số lần đi tiểu từ lúc thức dậy cho đến khi đi ngủ vào buổi tối	$\leq 7$	0
	8-14	1
	$\geq 15$	2
Câu 2: Số lần phải thức dậy đi tiểu từ lúc đi ngủ cho tới khi thức dậy vào buổi sáng	0	0
	1	1
	2	2
	$\geq 3$	3
Câu 3: Số lần buồn tiểu gấp, khó có thể kiềm chế được	Không bao giờ	0
	Ít hơn 1 lần/tuần	1
	1 lần/tuần	2
	Hàng ngày	3
	2-4 lần/ngày	4
$\geq 5$ lần/ngày	5	
Câu 4: Số lần bị són tiểu ngay sau khi buồn tiểu gấp	Không bao giờ	0
	Ít hơn 1 lần/tuần	1
	1 lần/tuần	2
	Hàng ngày	3
	2-4 lần/ngày	4
$\geq 5$ lần/ngày	5	
Tổng điểm		



<b>2-4 giò</b>								
<b>4-6 giò</b>								

**PHỤ LỤC 05**  
**VỊ TRÍ, TÁC DỤNG CÁC HUYỆT ĐIỀU TRỊ**

<b>STT</b>	<b>Tên huyệt</b>	<b>Vị trí</b>	<b>Liên quan giải phẫu</b>	<b>Tác dụng</b>
1	Khúc cốt (CV2)	Chính giữa bờ trên xương mu	Huyệt ở trên đường trắng giữa bụng. Sau đường trắng là mạc ngang và phúc mạc. Vào sâu ổ bụng dưới có đáy bàng quang khi rỗng, đáy tử cung khi có thai. Da vùng huyệt chi phối bởi tiết đoạn thần kinh L1	Thông dương hóa khí, lợi thấp
2	Trung cực (CV3)	Lấy ở điểm nối 4/5 trên và 1/5 dưới của đoạn thẳng nối rốn với bờ trên xương mu	Huyệt nằm trên đường trắng, sau đường trắng là mạc ngang và phúc mạc. Vào sâu có ruột non, bàng quang khi căng nước tiểu, tử cung khi có thai. Da vùng huyệt chi phối bởi tiết đoạn D12 hoặc L1	Ôn tinh cung, lợi Bàng quang, trợ khí hóa
3	Quan nguyên (CV4)	Lấy ở điểm nối 3/5 trên và 2/5 dưới của đoạn thẳng nối rốn với bờ trên xương mu	Huyệt nằm trên đường trắng, sau đường trắng là mạc ngang và phúc mạc. Vào sâu có ruột non, bàng quang khi căng nước tiểu, tử cung khi có thai. Da vùng huyệt chi phối bởi tiết đoạn D12 hay D11	Ôn dương bổ thận, Bổ khí cố bản
4	Khí hải (CV6)	Lấy ở điểm nối 1.5/5 trên và 3.5/5 dưới của	Huyệt nằm trên đường trắng, sau đường trắng là mạc ngang và phúc mạc. Vào sâu có ruột non	Điều khí, ích nguyên

		đoạn thẳng nối rốn với bờ trên xương mu	khi không bí đái hoặc có thai còn nhỏ, có bàng quang khi bí đái, có tử cung khi thai 4-5 tháng. Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh D11	bổ Thận, Ôn hạ tiêu
5	Quy lai (S29)	Dưới rốn 4 thốn là huyết Trung cực, đo ngang mỗi bên 2 thốn là huyết	Dưới da là cân cơ chéo to, bờ ngoài cơ thẳng to, phúc mạc, tử cung khi có thai 3-4 tháng, đáy bàng quang khi đầy. Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh D12	Lý khí hạ tiêu, noãn bào cung
	Túc tam lý (S36)	Dưới huyết Độc tỵ 3 thốn, cạnh ngoài phía dưới đầu gối	Dưới da là cơ căng chân trước, khe giữa xương chày và xương mác, màng gian cốt Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh L5	Phù chính bồi nguyên, lý tì vị
5	Thận du (B23)	Lấy ở điểm gặp nhau của đường ngang qua đầu mỏm gai đốt sống thắt lưng 2 và đường thẳng đứng ngoài mạch Độc 1,5 thốn	Dưới da là cân ngực-thắt lưng của cơ lưng to, cơ răng bé sau dưới, cơ lưng dài, cơ ngang gai, cơ gian mỏm ngang, cơ vuông thắt lưng, cơ đái chậu. Thần kinh vận động cơ là nhánh của đám rối cánh tay, nhánh của dây sống thắt lưng 2, nhánh của đám rối thắt lưng. Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh L1 hay L2	Ích thủy, tráng hỏa, điều thận khí
6	Bàng quang	Lấy ở điểm gặp nhau của	Dưới da là cân của cơ lưng to, khối cơ chung của các cơ ở rãnh	Tuyên thông hạ



	du (B28)	đường ngang qua mỏm gai S3 và đường thẳng đứng ngoài mạch Đốc 1,5 thốn	cột sống, xương cùng. Thần kinh vận động cho cơ là nhánh của đám rối cánh tay, nhánh của dây thần kinh sống cùng 3. Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh S2 hay S3	tiêu, trừ thấp
7	Thứ liêu (B32)	Lấy ở ngay lỗ cùng thứ 2	Dưới da là cân của cơ lưng to, khối cơ chung của các cơ ở rãnh cột sống, lỗ cùng 2. Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh S2	Thông kinh, lý khí, chỉ di
	Côn lân (B60)	Ở sau mắt cá ngoài chân 5 phân chỗ lõm trên xương gót	Dưới da là khe giữa gân cơ mác bên ngấn và dài ở trước gân gót, ở sau đầu dưới xương chày. Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh S2 hay L5	Bổ thận, lý huyết bào cung, khu phong hóa thấp
8	Tam âm giao (SP6)	Từ chỗ lõm nhất của mắt cá trong chân đo lên 3 thốn, cách bờ sau xương chày 1 khoát ngón tay	Dưới da là bờ sau trong xương chày, bờ trước cơ gấp dài các ngón chân và cơ căng chân sau. Thần kinh vận động cơ là nhánh của dây thần kinh chày sau. Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh L4	Sơ can, ích thận, kiện tỳ, thông khí trệ hóa thấp
9	Thần môn (H7)	Ở chỗ hõm sát bờ ngoài gân cơ trụ trước và góc ngoài bờ trên xương trụ	Dưới da là gân cơ trụ trước, xương đẩu, xương tháp. Thần kinh vận động cơ là nhánh của dây thần kinh trụ. Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh D1	Định tâm, an thần, Thanh tâm hỏa

	Nội quan (P6)	Trong khe của gân 2 cơ gan tay bé và lớn trên nếp gấp cổ tay 2 thốn	Dưới da là khe giữa gân cơ gan tay lớn và gan tay bé, gân cơ gấp dài ngón cái, gân cơ gấp chung ngón tay, cơ sấp vuông Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh D1 hay C6	Định tâm, an thần, lý khí, thanh tâm bào
	Bách hội (GV20)	Huyết ở điểm gặp nhau của 2 đường vuông góc: 1 qua đỉnh vành tai, 1 qua giữa đầu	Dưới da là cân sọ, xương sọ Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh C2	Hồi dương cổ thoát, thăng dương khí, định thần
	Mệnh môn (GV4)	Chỗ lõm dưới mỏm gai L2	Dưới da là cân ngực – thắt lưng của cơ lưng to, cơ gian gai, dây chằng gian gai Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh D11	Bồi nguyên bổ thận, sấp niệu, điều khí
	Thái Khê (K3)	Ở sau mắt cá trong chân 0,5 tấc chỗ lõm trên xương gót	Dưới da là khe giữa gân gót, gân cơ gấp dài ngón cái, gân cơ gấp chung các ngón chân và gân cơ căng chân sau Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh L5	Bổ thận kiện gân cốt
	Phục lưu (K7)	Huyết Thái Khê lên 2 tấc trong khe của mắt trước gân gót và cơ gấp dài riêng ngón cái	Dưới da là khe giữa mặt sau cơ gấp dài ngón cái, mặt sau đầu dưới xương chày Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh L4	Tư thận lợi bàng quang, điều thận khí

**PHỤ LỤC 06**  
**PHIẾU TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU**

**Họ và tên:**.....

**Tuổi:**.....

**Địa chỉ:**.....

**Điện thoại liên hệ:**.....

Sau khi được Bác sỹ thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ có thể ảnh hưởng đến sức khỏe và các thông tin chi tiết của nghiên cứu: “Đánh giá hiệu quả của phương pháp điện châm trong điều trị hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát” liên quan đến đối tượng tham gia vào nghiên cứu. Tôi đồng ý tình nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

***Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này.***

*Hà Nội, ngày.....tháng.....năm.....*

**Người tham gia nghiên cứu**

*(Ký và ghi rõ họ tên)*