

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VIÊM BÀNG QUANG DO SỬ DỤNG KETAMINE LÂU DÀI

Lê Ngọc Hà^{1,2,✉}, Phạm Thị Ngọc Bích^{1,2}, Nguyễn Văn Thanh^{1,2}

Cao Mạnh Long^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hằng², Hạ Hồng Cường²

Nguyễn Minh Hà³

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

Viêm bàng quang do ketamine (Ketamine-induced cystitis - KIC) là bệnh tiết niệu nghiêm trọng do lạm dụng ketamine, gây triệu chứng đường tiết niệu dưới (lower urinary tract symptoms - LUTS) dai dẳng, dễ chẩn đoán nhầm, nguy cơ tổn thương bàng quang không hồi phục. Chúng tôi trình bày ca bệnh, nữ 26 tuổi, lạm dụng ketamine 4 năm, có LUTS phức tạp 2 năm với tiểu nhiều (5 - 10 phút/lần), tiểu gấp, đau vùng trên xương mu. Bệnh nhân không có triệu chứng nhiễm trùng và lao, cấy nước tiểu âm tính, không đáp ứng kháng sinh điều trị trước đó. Chụp cắt lớp vi tính tiết niệu thấy bàng quang co nhỏ, thành dày lan tỏa, không tắc nghẽn. Bệnh nhân được chẩn đoán KIC, điều trị bảo tồn gồm ngừng ketamine, dùng thuốc (giảm đau thần kinh, kháng cholinergic), tập phục hồi sàn chậu. Sau 10 ngày, triệu chứng cải thiện rõ, khoảng cách đi tiểu 60 - 120 phút, không có hội chứng cai. Bệnh nhân được xuất viện và quản lý ngoại trú. KIC cần được nghĩ đến ở người trẻ có LUTS dai dẳng. Khai thác tiền sử lạm dụng chất là chìa khóa chẩn đoán, ngừng ketamine là nền tảng điều trị.

Từ khóa: Viêm bàng quang do ketamine, lạm dụng ketamine, triệu chứng đường tiết niệu dưới, chẩn đoán hình ảnh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng lạm dụng ketamine như một chất giải trí đã trở thành một vấn đề y tế đáng báo động trên toàn cầu. Ketamine, một chất đối kháng thụ thể NMDA (N-methyl-D-aspartate), vốn được dùng trong gây mê, ngày nay bị lạm dụng rộng rãi trong giới trẻ với mục đích giải trí vì cảm giác hưng phấn và gây ảo giác. Hậu quả nghiêm trọng nhất trên hệ tiết niệu là viêm bàng quang do ketamine (Ketamine-induced cystitis - KIC).¹ Kể từ khi được báo cáo lần đầu, số lượng ca bệnh đã tăng lên đáng kể, phản ánh quy mô của vấn nạn.^{2,3} Bệnh cảnh lâm sàng của KIC đặc trưng bởi các triệu chứng đường tiết niệu

dưới (lower urinary tract symptoms - LUTS) phức tạp như tiểu nhiều lần, tiểu gấp và đau vùng chậu mạn tính, gây ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng sống của người bệnh.⁴ Tuy nhiên, các triệu chứng này thường không đặc hiệu, dễ bị chẩn đoán nhầm với nhiễm trùng đường tiết niệu hoặc viêm bàng quang kẽ, dẫn đến tiếp cận sai hướng điều trị.⁴ Tại Việt Nam, các báo cáo về viêm bàng quang do ketamin chưa được hệ thống hóa. Việc chẩn đoán chính xác và kịp thời là cực kỳ quan trọng để ngăn chặn sự tiến triển đến xơ hóa bàng quang và tổn thương không hồi phục.⁵ Bài viết này báo cáo một ca lâm sàng điển hình được chẩn đoán và điều trị tại Đơn vị Khám và Điều trị Theo yêu cầu - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cơ sở Hoàng Mai, đồng thời cập nhật tổng quan y văn về bệnh lý này.

Tác giả liên hệ: Lê Ngọc Hà

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: lengocha@hmu.edu.vn

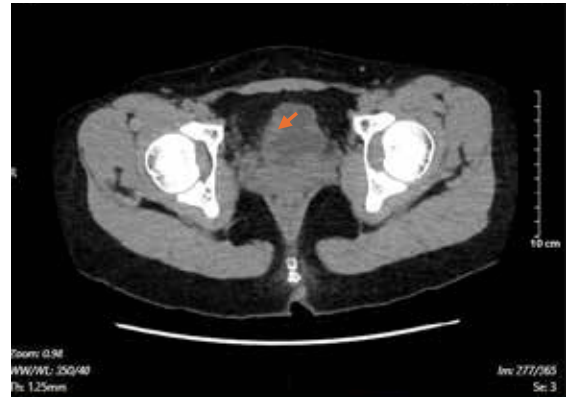
Ngày nhận: 18/10/2025

Ngày được chấp nhận: 24/12/2025

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 26 tuổi, có tiền sử lạm dụng ketamine trong 4 năm, sử dụng đường hít, khoảng 3 - 5 lần/ tuần, mỗi lần khoảng 1g, chưa phát hiện tiền sử bệnh lý khác đi kèm. Trong 2 năm gần đây, bệnh nhân xuất hiện các LUTS ngày càng nặng, gồm tiểu buốt, tiểu nhiều lần và đau tức vùng trên xương mu. Bệnh nhân đã được điều trị tại nhiều cơ sở y tế với chẩn đoán nhiễm trùng đường tiết niệu nhưng không đáp ứng.

Khi nhập viện, bệnh nhân biểu hiện hội chứng bàng quang tăng hoạt (Overactive bladder -OAB) mức độ nặng với tần suất tiểu 5 - 10 phút/lần, kèm tiểu gấp và cảm giác nóng rát. Khám lâm sàng ghi nhận ấn đau tức vùng hạ vị, không có cầu bàng quang hay các dấu hiệu bất thường khác. Khám toàn thân: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt; thể trạng trung bình; da niêm mạc hồng, không phù, không xuất huyết dưới da, tuyến giáp không to, hạch ngoại vi không sờ thấy, dấu hiệu sinh tồn trong giới hạn bình thường. Khám các cơ quan: Tim đều, nghe tim T1, T2 rõ không có tiếng thổi bất thường; phổi thông khí rõ 2 bên, không rales; bụng mềm không chướng, ấn tức vùng hạ vị; không có điểm đau niệu quản, vỗ hông lưng âm tính, chạm thận âm tính, không có phản ứng thành bụng, không có cảm ứng phúc mạc; khám các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường. Kết quả cận lâm sàng cho thấy tổng phân tích nước tiểu chỉ có bạch cầu mức độ nhẹ (25 bạch cầu/ μ L), các chỉ số khác của nước tiểu trong giới hạn bình thường, cấy nước tiểu âm tính. Công thức máu trong giới hạn bình thường. PCR Lao nước tiểu âm tính, HIV âm tính, phản ứng huyết thanh Giang mai (TPHA) âm tính. Chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu khẳng định hình ảnh bàng quang co nhỏ, thành dày lan tỏa không đều, vị trí dày nhất đo được 08mm tại thành trước bên, không thấy hình ảnh sỏi hay u cục (Hình 1).



Hình 1. Chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu, mặt cắt ngang

Hình ảnh cho thấy bàng quang co nhỏ, dung tích giảm rõ rệt. Mũi tên chỉ điểm vùng thành bàng quang phía trước bên dày lên bất thường, đo được 8mm, là tổn thương đặc trưng của KIC.

Quy trình quản lý và điều trị: dựa trên các dữ liệu và y văn, bệnh nhân được chẩn đoán xác định Viêm bàng quang do sử dụng Ketamine. Phác đồ điều trị kết hợp được xây dựng bao gồm:

- Tư vấn và yêu cầu ngưng sử dụng ketamine tuyệt đối.

- Điều trị nội khoa:

- + Kiểm soát triệu chứng bàng quang: Solifenacin succinate 5 mg/ngày kết hợp Hyoscine butylbromide 20 mg/ngày.

- + Điều trị đau vùng chậu mạn tính có đặc tính đau thần kinh: Phối hợp Venlafaxine 150 mg/ngày và Pregabalin 150 mg/ngày nhằm tối ưu hóa hiệu quả giảm đau.

- Phục hồi chức năng: Vật lý trị liệu với các bài tập cơ sàn chậu 3 lần/ngày.

Kết quả điều trị: sau 10 ngày điều trị, các triệu chứng của bệnh nhân cải thiện đáng kể. Tình trạng tiểu buốt và đau trên xương mu gần như hết hoàn toàn, khoảng cách giữa các lần đi

tiểu giãn ra đến 60 - 120 phút, xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu bạch cầu âm tính. Bệnh nhân được xuất viện, tiếp tục điều trị ngoại trú. Liên hệ sau ra viện ghi nhận tình trạng lâm sàng ổn định, tuy nhiên bệnh nhân được nhấn mạnh về sự cần thiết của việc theo dõi lâu dài và ngưng hoàn toàn ketamine.

III. BÀN LUẬN

Ca lâm sàng minh họa một trường hợp điển hình của KIC, phản ánh những hiểu biết cập nhật về bệnh lý này. Về chẩn đoán phân biệt của bệnh nhân này: điểm quan trọng bệnh nhân không đáp ứng với điều trị kháng sinh. Kết quả cấy nước tiểu âm tính nhưng trong nước tiểu vẫn có bạch cầu là dấu hiệu cần tìm các nguyên nhân khác như lao đường tiết niệu hoặc sử dụng chất tác dụng tâm thần (như ketamin). Sau khi bệnh nhân được loại trừ lao và các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kết hợp với chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh dày thành bàng quang, khai thác tiền sử cho thấy yếu tố môi trường bao gồm chồng và bạn bè cũng sử dụng chất ketamin đóng vai trò quan trọng duy trì sử dụng chất lâu dài, đặc điểm đặc trưng các triệu chứng đường tiểu dưới tái phát sau khi bệnh nhân sử dụng chất. Cơ chế bệnh sinh của KIC được cho là do độc tính trực tiếp của các chất chuyển hóa ketamine lên niêm mạc bàng quang, gây viêm mạn tính và cuối cùng dẫn đến xơ hóa.^{6,7} Biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học của ca bệnh này hoàn toàn tương đồng với các báo cáo từ các trung tâm lớn ở châu Á như Trung Quốc và Đài Loan nơi vấn nạn KIC đã được ghi nhận rộng rãi, khẳng định tính phổ quát của bệnh cảnh.^{1,8} Chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là cắt lớp vi tính, đóng vai trò quyết định trong việc xác định tổn thương thành bàng quang dày và co nhỏ.^{5,9}

Tuy nhiên, việc chẩn đoán và quản lý KIC tại Việt Nam còn gặp nhiều thách thức. Trở ngại lớn nhất là việc khai thác tiền sử lạm dụng chất, vốn là một vấn đề nhạy cảm và thường bị bệnh

nhân che giấu. Thêm vào đó, tại các tuyến y tế cơ sở, nơi tiếp cận các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như cắt lớp vi tính còn hạn chế, dễ dẫn đến bỏ sót chẩn đoán.

Về điều trị, ngưng sử dụng ketamine là biện pháp can thiệp quan trọng nhất.³ Thực tế lâm sàng cho thấy nếu bệnh nhân không cai thuốc, mọi can thiệp y tế (bao gồm phẫu thuật tạo hình) đều có nguy cơ thất bại hoặc biến chứng lâu dài. Phác đồ điều trị của chúng tôi kết hợp thuốc kháng cholinergic và thuốc giảm đau thần kinh, phù hợp với các khuyến cáo của Hội Tiết niệu châu Âu cũng như Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam hiện nay.³ Trong các trường hợp nặng và kháng trị, các biện pháp xâm lấn hơn như tiêm Botulinum toxin vào thành bàng quang hoặc phẫu thuật tạo hình bàng quang có thể được xem xét.^{2,11}

Một hạn chế của báo cáo này là thiếu dữ liệu theo dõi dọc dài hạn của người bệnh sau xuất viện, điều này cần thiết để đánh giá sự ổn định của kết quả điều trị và khả năng tái phát. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng ngay cả sau phẫu thuật tạo hình bàng quang, việc tiếp tục sử dụng ketamine vẫn là một yếu tố tiên lượng xấu, có thể dẫn đến suy giảm chức năng của phần bàng quang được tạo hình.¹² Do đó, việc theo dõi và can thiệp tâm thần-nghiện chất lâu dài là tối quan trọng.

IV. KẾT LUẬN

Viêm bàng quang do ketamine (KIC) cần được nghĩ đến đầu tiên ở người trẻ có LUTS như tiểu nhiều lần, tiểu buốt kéo dài mà cấy khuẩn và tìm lao tiết niệu âm tính. Chẩn đoán hình ảnh (chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu) đóng vai trò then chốt trong xác định tổn thương. Ngưng ketamine ngay lập tức kết hợp điều trị triệu chứng (thuốc điều trị bàng quang tăng hoạt) và tập phục hồi chức năng là chiến lược điều trị bảo tồn hiệu quả đặc biệt ở giai đoạn sớm. Cần tránh lạm dụng kháng sinh khi chưa có bằng chứng nhiễm khuẩn rõ ràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liang Y, Chen YP, Lin Z, et al. An updated review of the epidemiology, diagnosis, and treatment of ketamine-induced cystitis. *Ther Adv Urol*. 2024; 16: 17562872241232821.
2. Patel K, Kumar P, Batura D. Understanding and managing ketamine-associated uropathy. *BJU Int*. 2023; 132(1): 19-27.
3. Cohen D, McClain R, Tarry W, Gilleran J. A comprehensive review of treatment strategies for ketamine cystitis. *Curr Urol Rep*. 2023; 24(9): 487-495.
4. Zeng J, Lai H, Zheng D, et al. The current status of diagnosis and treatment for ketamine-induced cystitis. *Int J Urol*. 2021; 28(5): 482-488.
5. Fu Y, He C, Zhou Z, et al. Imaging findings in ketamine-induced uropathy: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2022; 13: 985253.
6. Wang Z, Chen Z, Liu Z, et al. Pathophysiology of ketamine-induced cystitis: a review of recent experimental and clinical findings. *J Inflamm Res*. 2023; 16: 3541-3552.
7. Baker SC, Swift-Scanlan T, Ginzburg S, et al. Urothelial cell apoptosis and inflammation in ketamine-induced cystitis. *Am J Clin Exp Urol*. 2022; 10(1): 10-18.
8. Jhang JF, Hsu YH, Jiang YH. Advances in the diagnosis and treatment of ketamine-induced cystitis. *Urol Sci*. 2023; 34(2): 66-72.
9. Misra S, Chetwood A, Coker C, et al. Magnetic resonance imaging in the diagnosis and management of ketamine-induced uropathy. *Urol Int*. 2024; 108(2): 120-127.
10. Anderson DJ, Zhou J, Cao D, et al. Ketamine-induced cystitis: a comprehensive review of the urologic effects of this psychoactive drug. *Health Psychol Res*. 2022; 10(3): 38247. doi:10.52965/001c.38247.
11. Wang CC, Chuang YC, Lee WC, Chuang SM, Kuo HC. Long-term outcomes of augmentation enterocystoplasty in patients with ketamine-induced cystitis. *Neurourol Urodyn*. 2021; 40(3): 856-862. doi:10.1002/nau.24641.
12. Chu PS, Kwok JSS, Chan YC, et al. The impact of continued ketamine use on lower urinary tract symptoms and bladder functional capacity in patients with ketamine cystitis who had undergone augmentation enterocystoplasty. *BJU Int*. 2021; 127(4): 456-463. doi:10.1111/bju.15197.

Summary

KETAMINE-INDUCED CYSTITIS RESULTING FROM LONG-TERM ABUSE: A CASE REPORT

Ketamine-induced cystitis (KIC) is a severe urological condition resulting from ketamine abuse, characterized by persistent lower urinary tract symptoms (LUTS), often misdiagnosed, and associated with irreversible bladder damage risk. We report a case of a 26-year-old woman with a 4-year history of ketamine abuse who presented with a 2-year history of complex LUTS, including urinary frequency (every 5 - 10 minutes), urgency, and suprapubic pain. She had no sign of tuberculosis, negative urine cultures, and no response to antibiotics. Computed tomography (CT) of the urinary tract revealed a small, diffusely thickened bladder wall (8mm) without obstruction. The patient was diagnosed with KIC and managed conservatively with ketamine cessation, pharmacologic therapy (neuropathic pain control and anticholinergics), and pelvic floor rehabilitation. After 10 days, her symptoms markedly improved, with voiding intervals increasing to 60 - 120 minutes and no withdrawal symptom observed. She was discharged and followed up as an outpatient. KIC should be considered in young patients with persistent LUTS; eliciting a history of substance abuse is essential for diagnosis, and cessation of ketamine use remains the cornerstone of treatment.

Keywords: Ketamine-induced cystitis, ketamine abuse, lower urinary tract symptoms, diagnostic imaging.