SỎI NIỆU QUẢN VÀ CÁC BIẾN CHỨNG

I, Sỏi niệu quản

Đại cương, nguyên nhân sinh bệnh, giải phẫu bệnh lý

Chẩn đoán sỏi niệu quản: chẩn đoán xác định

Chẩn đoán phân biệt

Điều trị sỏi niệu quản

II, Biến chứng chính của sỏi niệu quản?( chẩn đoán xác định và nguyên tắc điều trị)

Viêm đài bể thận- viêm thận kẽ?

Thận ứ nước

Thận ứ mủ

Suy thận cấp

Bài 1: Đại cương, nguyên nhân sinh bệnh, giải phẫu bệnh lý sỏi niệu quản

I, Đại cương

* Sỏi niệu quản là sỏi nằm trong niệu quản, từ chỗ nối với bể thận đến chỗ niệu quản đổ vào bang quang
* Sỏi niệu quản chiếm 25-30% trong sỏi tiết niệu
* 20% sỏi niệu quản hình thành tại chỗ, 80% là từ thận di chuyển xuống
* Quá trình di chuyển có thể rơi xuống bàng quang, rồi tự đái ra ngoài
* nhưng đa số, sỏi dừng lại những chỗ hẹp tự nhiên của niệu quản:
* đoạn bể thận-niệu quản
* đoạn niệu quản bắt chéo động mạch chậu
* đoạn niệu quản sát bang quang
* Sỏi niệu quản là một bệnh cấp cứu trì hoãn, vì sỏi niệu quản rất dễ gây ra biến chứng, trong đó có những triệu chứng dẫn đến tử vong nếu không xử trí kịp thời.
* Việc theo dõi sự di chuyển của viên sỏi có giá trị tiên lượng và chọn phương pháp điều trị nội khoa hay ngoại khoa
* Sỏi niệu quản có cấu trúc giống sỏi ĐBT, có hình bầu dục.

II, Nguyên nhân sinh bệnh

|  |  |
| --- | --- |
| 1, Sỏi nguyên phát | 2, Sỏi thứ phát  (do những nguyên nhân gây chiết hẹp niệu quản) |
| -80% sỏi niệu quản là do sỏi thận rơi xuống  -Lý thuyết hình thành sỏi giống như sỏi thận  -Câu nói trong y văn kinh điển:” Sỏi niệu quản là con đẻ của sỏi thận, nhưng từ lúc vừa sinh ra, nó đã tìm mọi cách để giết mẹ nó” | -Hậu quả của các bệnh mắc phải:   * Viêm lao * Giang mai * Thương tỏn niệu quản do các phẫu thuật khác gây nên   -Do dị dạng bẩm sinh: Niệu quản giãn to, niệu quản sau tĩnh mạch chủ, niệu quản đôi…  🡪 Làm nước tiểu ứ trệ phía trên chõ hẹp và lắng cặn hình thành sỏi |

III, Giải phẫu bệnh sỏi

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Viêm sỏi  -Vị trí:   * 70-75% TH: sỏi niệu quản ở 1/3 dưới * 25-30% TH: sỏi niệu quản ở 1/3 trên +1/3 giữa   -Hình dạng:   * Hình bầu dục, nhẵn như hạt lạc hay sù sì như quả dâu * Màu sắc đen, rắn như sỏi oxalate calci * Màu trắng ngà như sỏi photphat calci   - Kích thước:   * Đường kính trên dưới 1cm * Tròn to nhất đã gặp bằng quả trứng gà   -Số lượng:   * Thường là 1 viên * Có thể có 2 viên hoặc nhiều viên sỏi xếp thành chuỗi: “chuỗi sỏi niệu quản” | 2.Niệu quản có sỏi  -Tại chỗ sỏi niệu quản: có thương tổn cấp tính là niêm mạc niệu quản viêm phù nề, sau đó là pư xơ thành niệu quản, gây chit hẹp niệu quản ngay dưới sỏi  -Niệu quản trên chỗ có sỏi bị giãn và đài bể thận cũng giãn dần, gây ứ nước, ứ mủ thận, tỏ chức thận dần dần bị phá hủy |

Bài 2:Chẩn đoán sỏi niệu quản

I.Chẩn đoán xác định

1.Lâm sàng (3)

* cơ năng: (5)
* Khi sỏi niệu quản di chuyển gây co thắt niệu quản, viêm phù nề NQ
* Triệu chứng điển hình là “cơn đau quặn thận”
* Bn đau thành từng cơn dữ dội
* Vị trí: vùng thắt lưng
* Thời gian trong vài phút, có khi hang giờ nếu không được điều trị giảm đau, khó cắt được cơn đau
* Hướng lan :
* Sỏi 1/3 trên niệu quản: đau lan xuống tinh hoàn cùng bên
* Sỏi 1/3 giữa niệu quản: đau lan xuống hố chậu
* Sỏi 1/3 dưới niệu quản: đau lan xuống bìu
* Thường sau vận động, hoạt động mạnh, đi đâu xa…
* Khi có hiện tượng ứ đọng ở niệu quản-bể thận: bn đau âm ỉ, căng tức vùng thắt lưng.
* Khi đau bn có thể nôn, bụng chướng.
* Đái máu toàn bãi: ít, thoáng qua.
* Đái buốt, đái rắt khi sỏi niệu quản sát bàng quang gây kích thích.
* Thực thể: (4)
* Cơn đau sỏi niệu quản: đau co cứng ở thắt lưng, cứng nửa bụng, bụng trướng.
* Sỏi niệu quản 1/3 giữa bên P: đau HCP+ co cứng thành bụng (-).
* Sỏi niệu quản 1/3 trên bên P: đau dưới sườn P+ co cứng thành bụng (-)
* Sỏi gây tắc niệu quản 🡪ứ nước, ứ mủ thận🡪thận to: khám dấu hiệu chạm thắt lưng, bập bềnh thận (+)
* Toàn thân: (3)
* Ít khi thay đổi khi có sỏi 1 bên.
* Sốt khi sỏi gây tắc NQ và có nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
* Sỏi niệu quản 2 bên hoặc sỏi thận 1 bên: gây ảnh hưởng nhanh chóng tới toàn than như ure máu cao, thiểu niệu, vô niệu.

2.Cận lâm sàng

a, Xét nghiệm

* Xét nghiệm thông thường: nhóm máu, máu đông, máu chảy…
* Xét nghiệm để xác định triệu chứng:
* xét nghiệm nước tiểu: HC,BC, tinh thể, pH.
* xét nghiệm điện giải đồ, đặc biệt là Canxi
* Xét nghiệm xác định biến chứng của sỏi:
* nhiễm khuẩn: tốc độ máu lắng/ vi khuẩn trong nước tiểu/ BC máu tăng( chủ yếu là N)
* suy thận: ure, creatinin máu.

b, Chẩn đoán hình ảnh: (4)

* Siêu âm: cho kết quả (2)
* Hình ảnh đài bể thận, niệu quản phía trên sỏi bị giãn.
* Hình ảnh cản âm(hình tăng âm kèm bóng cản) của sỏi: thường không rõ do bị nhiễu bởi các hình hơi hoặc phân của ruột
* X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị: (3)
* Hình ảnh cản quang nằm trên đường đi của niệu quản.
* Sỏi: hình thoi 2 đầu hướng lên trên và xuống dưới.
* Lưu ý: Th sỏi niệu quản có triệu chứng lâm sang không rõ, bệnh nhân đến với tình trạng vô niệu 🡪 do sỏi niệu quản 2 bên hoặc sỏi niệu quản 1 bên+ thận bên còn lại bị viêm, teo xơ,… cần chú ý sỏi không cản quang.
* Chụp UIV: hệ tiết niệu (3)
* Giá trị:
* Xác định vị trí của sỏi trên đường đi của niệu quản (là chỗ khuyết thuốc hoặc thuốc cản quang dừng lại)
* Đánh giá chức năng thận 2 bên.
* Đánh gái mức độ giãn của đài bể thận, đoạn niệu quản phía trên sỏi.
* Phát hiện các dị dạng chỗ trên sỏi.
* Hình ảnh:
* Niệu quản chỗ phía trên sỏi giãn.
* Đài-bể thận giãn hình cầu, hình túi.
* Trường hợp sỏi niệu quản, với chụp UIV mà thấy thận không bài tiết, không có hình ảnh đài-bể thận 🡪ko có nghĩa là thận đã hỏng 🡪mà cần chụp chậm hệ tiết niệu sau 60-120 phút hoặc kích thích chức năng bằng tiêm lasix cho bệnh nhân🡪 đánh giá đúng chức năng thận.
* Chụp niệu quản-bể thận ngược dòng (UPR) (2)
* Phát hiện hình ảnh sỏi
* Đặc biệt:
* Sỏi không cản quang, tắc niệu quản.
* Sỏi niệu quản to, đẩy xa niệu quản nằm trước cột sống.

Chẩn đoán xác định= lâm sang= cận lâm sàng

II. Chẩn đoán phân biệt

* Cơn “đau vùng thắt lưng lan xa hay khu trú” phân biệt với (2)
* Cơn đau sỏi mật/ tụy/ viêm ruột thừa cấp/ viêm đại tràng cấp.
* Viêm phần phụ ở phụ nữ/ chửa ngoài tử cung/ u nang buồng trứng xoắn hoặc chảy máu.
* Các TH bụng “trướng, nôn, co cứng nửa bụng” trong cơn đau niệu quản cần phân biệt với:
* Tắc ruột
* Viêm đại tràng
* Hình ảnh X quang “ hình ảnh cản quang trên đường đi của niệu quản” cần phân biệt với:
* Hạch cạnh cột sống vôi hóa: là những vết cản quang không đồng đều, bở không rõ rệt. Thường có nhiều vết, nhiều hạt rải 1 bên hoặc 2 bên cột sống.
* Sỏi tĩnh mạch vùng tiểu khung: là những vết cản quang nhỏ, tròn, nằm sát thành tiểu khung

Bài 3: Điều trị sỏi niệu quản

\_ Điều trị nội khoa

\_Điều trị bằng thủ thuật

\_Điều trị phẫu thuật

\_Điều trị sỏi thứ phát

I, Điều Trị Nội Khoa(2)

1, Điều trị triệu chứng(2)

* Giảm đau bằng các thuốc: atropin, papaverin, visceralgine,…
* Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh thích hợp, tốt nhất là theo kháng sinh đồ.

2, Điều trị thực thụ(2)

* Dựa trên nguyên tắc:
* Uống nhiều nước
* Truyền huyết thanh
* Lợi tiểu nhẹ (không dùng lasix vì có thể gây vữ thận)
* Chống viêm
* Mục đích :giúp viên sỏi niệu quản di chuyển xuống bàng quang, rồi ra ngoài.

II, Điều Trị Bằng Thủ Thuật

1, Chỉ định(2)

* Khi hết cơn đau, hết nhiễm khuẩn tiết niệu
* Viên sỏi đường kính <1cm, trơn nhẵn.

2, Các thủ thuật: Tùy vào vị trí sỏi mà chọn thủ thuật cho hợp lý

* Sỏi 1/3 trên NQ: tán ngoài cơ thể
* Sỏi 1/3 giữa NQ:
* Đặt sonde bưm đẩy sỏi lên đoạn trên, rồi tiến hành tán sỏi ngoài cơ thể
* Nội soi niệu quản tán sỏi hoặc lấy sỏi
* Sỏi 1/3 dưới NQ: nội soi niệu quản tán sỏi hoặc lấy sỏi.

CÁC THỦ THUẬT(3)

* Tán sỏi ngoài cơ thể(ESWL)(2)
* Ưu điểm: ít sang chấn, được áp dụng rộng rãi.
* Nguyên lý: song xung động tập trung vào 1 tiêu điểm(viên sỏi), với một áp lực cao(500-1000 bases), làm vỡ vụn hoặc làm sỏi thành bụi nhỏ, sau đó bài tiết ra ngoài
* Lấy sỏi qua ống soi niệu quản(2)
* Dùng máy soi niệu quản: đặt từ ngoài niệu đạo vào bàng quang, rồi đưa lên niệu quản cho tới vị trí hòn sỏi
* Có thể lấy sỏi ra bằng 2 cách:
* Lấy sỏi vào rọ Dormia rồi ké ra ngoài
* Dùng máy tán sỏi thủy điện hay siêu âm qua điện cực luồn trong máy nội soi niệu quản để phá vỡ hòn sỏi thành từng mảnh, sau đó dung dụng cụ gắp dần từng mảnh sỏi ra ngoài.
* Tán sỏi bằng Laser(2)
* Đặt máy nội soi lên NQ tới vị trí có sỏi, đặt điện cục máy tán sỏi Laser sát hòn sỏi.
* Máy hoạt động, đồng thời cho dòng nước chảy vào liên tục để rửa ch các mảnh vụn sỏi trôi xuống,ra ngoài.

III, ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT

1, Chỉ định(4):

* Can thiệp thất bại hoặc không có điều kiện can thiệp.
* Sỏi niệu quản một bên: sỏi tho xù xì ử 1/3 dưới, đk>1cm.
* Sỏi niệu quản ảnh hưởng đến chức năng, hình thể của thận, niệu quản.
* Sỏi NQ trên NQ bất thường: NQ đôi , phình to NQ, …

2, Phương pháp(2):

* Nội soi ỏ bụng sau phúc mạc hoặc qua phúc mạc lấy sỏi ở 1/3 trên NQ.
* Phẫu thuật mổ lấy sỏi: Tiến hành:
* Mổ lấy sỏi và phục hồi lưu thông NQ đơn thuần hoặc bằng đặt sonde 🡪bể thận-niệu quản
* Nếu có hẹp niệu quản:
* Cắt đoạn hẹp, nối tận-tận
* Hẹp niệu quản ở 1/3 dưới sát bàng quang: cắt đoạn, cắm lại niệu quản vào bàng quang.
* Kèm dẫn lưu thận: khi thận ứ nước , ứ mủ, nhiểm khuẩn.
* Sỏi NQ 2 bên: qua việc đánh giá chức năng thận- NQ 2 bên, tùy cơ sở, khả năng KTV mà có thể mổ 2 bên 1 lúc hay mổ 1 bên mà chức năng thận còn tốt hưn trước.

IV, ĐIỀU TRỊ SỎI THỨ PHÁT

🡪Cần điều trị “ giải quyết nguyên nhân”, ví dụ như:

* Loại bỏ nguyên nhân gây ứ đọng NK( BQ thần kinh, dị tật bẩm sinh)
* Loại bỏ u tuyến cận giáp

V, BIỂN CHỨNG: Những biến chứng thường xảy ra nhanh hơn và nặng hơn

1, Biến chứng trước mổ(6):

* Nhiễm khuẩn đừơng tiết niệu: có sự hiện diện của vi khuẩn trong nước tiểu
* Thận căng to do ứ nước
* Thận căng to do ứ mủ
* Vô niệu: có khi chỉ có sỏi một bên nhưng cũng gây vô niệu hoàn toàn, cần phải xử lý mổ cấp cứu
* Suy thận: có 2 mức độ:
* Suy thận cs khả năng hồi phục
* Suy thận khong còn khả năng hồi phục
* Cao huyết áp.

2, Biến chứng sau mổ(3)

* Làm rách phúc mạc: tạo một lỗ thông từ ngoài vào trong ổ bụng
* Rò nước tiểu từ NQ: do đoạn chít hẹp niệu quản phia dưới hòn sỏi chưa được giải quyết triệt để.
* Suy thận không bù trừ: tuy đã giải quyết nguyên nhân chit hẹp, gây tắc, nhưng thận không thể phục hồi được.

CÁC BIẾN CHỨNG CỦA SỎI NIỆU QUẢN

* Đại cương (3)
* Sỏi niệu quản chiếm 20-25% sỏi niệu quản nói chung.
* Sỏi niệu quản: có 80% là do sỏi thận di chuyển xuống

20% sỏi niệu quản hình thành tại chỗ trên các dị dạng niệu quản

* Sỏi niệu quản thường gây ra những biến chứng sớm đối với đường tiết niệu trên.
* Cấu tạo của niệu quản (5)
* Niệu quản là ống dẫn nước tiểu có cấu tạo chính:
  + Lớp cơ dọc ngoài.
  + Lớp cơ vòng xoắn trong.
  + Đường kính bình thường ~3mm khi dẹt, ~5mm khi căng nước tiểu
* Sự co giãn cơ là tác dụng chính của nhu động thuận chiều của niệu quản từ bể thận xuống bàng quang.
* Áp lực của niệu quản tăng từ: 1/3 trên(12mmHg) đến 1/3 dưới (40mmHg)
  + - Tác dụng đẩy dòng nước tiểu xuống.
    - Chống hiện tượng trào ngược nước tiểu từ bàng quang niệu quản đoạn thấp ngược dòng lên thận.
* Có 3 đoạn sinh lý:
* Chỗ nối bể thận niệu quản.
* Chỗ niệu quản bắt chéo động mạch chậu.
* Chỗ niệu quản trong bàng quang.
* Sinh lý bệnh sỏi niệu quản
* Sỏi niệu quản cản trở đường dẫn lưu dòng nước tiểu dù tắc nghẽn hoàn toàn hay không hoàn toàn, vẫn gây hiện tượng ứ đọng nước tiểu trên sỏi.
* Những tổn thương giải phẫu bệnh tắc niệu quản xuất hiện rất sớm: (6)
* ứ nước tại thận:
* 7 ngày tắc niệu quản 🡪 giãn các ống góp, có chỗ hoại tử.
* 14 ngày tắc niệu quản 🡪 các ống lượn xa, lượn gần đều có phản xạ xơ tăng.
* 28 ngày tắc niệu quản 🡪 50% vùng tủy thận bị thoái hóa.
* Bể thận và niệu quản trên chỗ tắc phì đại, xơ cơ tăng sinh collagen, làm rối loạn nhu động bể thận- niệu quản.
* Thương tổn tới lớp cơ sẽ gây chit hẹp niệu quản.
* Các biến chứng của sỏi niệu quản: (3)
* Viêm nhiễm: viêm đài bể thận- viêm thận kẽ.
* ứ đọng nước tiểu- nhiễm khuẩn: thận ứ nước, ứ mủ.
* thiểu niệu- vô niệu: suy thận cấp.
* ngoài ra, còn gây ra biến chứng khác: (2)
* viêm tấy quanh thận/ áp xe thận/ tăng huyết áp do thận.
* biến chứng sau mổ/ lâu dài: chảy máu, nhiễm khuẩn/ chit hẹp, rf niệu quản, suy thận không hồi phục.

Bài 1: Viêm đài bể thận, viêm thận kẽ do sỏi niệu quản ( chẩn đoán xác định- nguyên tắc điều trị?)

1. Đại cương

* Sỏi niệu quản làm cản trở lưu thông, ứ đọng nước tiểu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, có thể ngược dòng lên mô thận (mô liên kết kẽ thận-ống thận) cấp hay mạn tính.
* Viêm đài bể thận cấp tính với bệnh cảnh lâm sang rầm rọ, ảnh hưởng tới chức năng bài tiết của thận, nhất là sỏi niệu quản 2 bên hay sỏi niệu quản 1 bên và sỏi thận 1 bên.
* Diễn biến và tiên lượng: (2)
* Bệnh được phát hiện sớm ngay từ đợt viêm cấp tính đầu tiên, điều trị nguyên nhân kịp thời (lấy sỏi niệu quản), tổn thương viêm đài bể thận sẽ khỏi, chức năng, hình thể thận có thể phục hổi hoàn toàn.
* Nếu bệnh diễn biến kéo dài, không phát hiện ra nguyên nhân sỏi niệu quản, sau nhiều đợt viêm đài bể thận cấp tính, phản ứng viêm xư tăng lên sẽ trở thành viêm đài bể thận mạn tính 🡪 chức năng hình thể thận ít khả năng hồi phục tốt được, dù là lấy sỏi niệu quản
* Các loại vi khuẩn gây bệnh:
* Gram âm: Ecoli/ Klebsiella/ Proteus ngược dòng lan lên thận.
* Gram dương: liên cầu khuẩn, tụ cầu 🡪 có thể gây viêm đài bể thận cấp theo đừng máu hay đường kế cận ít gặp hơn.

1. Chẩn đoán xác định 🡪 lâm sàng

🡪 cận lâm sàng

🡪thể lâm sàng

1. Lâm sàng: (5)

* Tiền sử: cơn đau sỏi niệu quản, đái ra sỏi,…
* Cơ năng: (2)
* Cơn đau quặn thận: (3)
* Cơn đau thắt lưng dữ dội, lan dọc đường đi của niệu quản.
* Hoặc bệnh nhân có thể chỉ đau ê ẩm, căng tức vùng thắt lưng.
* Kèm theo bệnh nhân có thể nôn, buồn nôn, trướng bụng.
* Rối loạn tiểu tiện: (4)
* Tiểu ít, giảm khối lượng, có khí, số lượng <1 lít/24h.
* Đái buốt, đái rắt.
* Đái máu: nước tiểu hồng hay đỏ (ít gặp), có thể đái máu vi thể.
* Đái đục: nước tiểu sẫm màu do các tế bào niêm mạc đài bể thận viêm bong thải theo nước tiểu, do nhiễm khuẩn.
* Toàn thân:
* Dấu hiệu nhiễm khuẩn: sốt cao 38,5-39°C, âm ỉ, thành cơn, kéo dài trong ngày, môi khô, lưỡi bẩn,…
* Toàn thân suy sụp, chán ăn, mệt mỏi.
* Thực thể:
* Bụng chướng ( do liệt ruột phản xạ).
* ấn điểm đau sỏi niệu quản (+).
* co cứng thắt lưng bên có sỏi, vỗ hông lưng (+) trong cơn đau.
* Các triệu chứng trên thường hay gặp tái diễn, nhưng lần sau nặng hơn.

1. Cận lâm sàng.
   1. Xét nghiệm: (3)

* Công thức máu: bạch cầu tăng cao (chủ yếu là NEU), hòng cầu bình thừng.
* Sinh hóa máu: ure, creatinin, điện giải đồ ít thay đổi trừ th sỏi 2 bên.
* Xét nghiệm nước tiểu:
* Hồng cầu (+++), bạch cầu (+++), tế bảo biểu mô đường tiết niệu (+++), protein vết (< 1g/24h)
* Xét nghiệm vi khuẩn trong nước tiểu (+), thường là E.coli 60-80%, liên cầu, tụ cầu vàng, proteus,… ( >10³/ml 🡪 cấy tìm vi khuẩn, làm kháng sinh đồ)
  1. Chẩn đoán hình ảnh: (2)
* Xquang: (2)
* Hệ tiết niệu KCB: hình ảnh sỏi niệu quản cản quang, trừ th sỏi urat, acid uric, xanthin. Bóng thận to, mờ.
* Chụp UIV: (khi hết đợt viêm cấp tính) hình thái thận, đài bể thận ít thay đổi, chức năng thận giảm nhẹ. ( ngấm thuốc chậm, hình đài bể thận không đẹp)
* Siêu âm (3)
* Hình ảnh:
* Kích thước thận to hơn bình thường, bao thận dày.
* Đài bể thận giãn nhẹ, niệu quản trên sỏi giãn.
* Vùng vỏ tủy còn phân biệt rõ và cân đồng đều, không chỗ hoại tử.
* Hình ảnh sỏi: hình tăng âm, có bong cản, phát hiện cả sỏi urat, a.uric.
* Nhược điểm: khó phát hiện sỏi niệu quản 1/3 giữa do hơi các quai ruột và xương chậu.

1. Thể lâm sàng: (2 thể)
   1. Viêm đài bể thận cấp 2 bên (3)

* Nguyên nhân:
* Đều do sỏi
* Viêm đài bể thận cấp 1 bên do sỏi và thận còn lại là thận bệnh lý (mổ sỏi tiết niệu cũ, viêm thận, teo thận,…)
* Lâm sàng:
* Cơn đau sỏi niệu quản
* Thiểu niệu, vô niệu.
* Sốt cao.
* Cận lâm sàng: xét ngiệm: ure, creatinin máu tăng cao.
  1. Viêm đài bể thận mạn 2 bên (2)
* Nguyên nhân: (2)
* Do sỏi niệu quản 2 bên
* Hay 1 bên do sỏi niệu quản, 1 bên do viêm nhiễm khuẩn ngược dòng đài bể thận có sỏi hoặc không sỏi.
* Biểu hiện tình trạng: viêm đường tiết niệu trên+ suy thận mạn tính với mức độ khác nhau: (2)
* Lâm sàng:
* Đau âm ỉ vùng thắt lưng 2 bên.
* Lượng nước tiểu bình thường hay giảm, nhưng tỷ trọng giảm nhiều.
* Toàn trạng suy sụp: niêm mạc nhợt, phù rõ rang hay kín đáo, mệt mỏi, chán ăn, đắng miệng.
* Cận lâm sàng:
* Xét nghiệm:
* Công thức máu: HC< 3T/l, thấp hơn nữa thiếu máu nhược sắc/ BC tăng ( đa nhân trung tính và lympho tăng).
* Sinh hóa máu: ure, creatinin, K+, Na+ máu tăng, toan chuyển hóa/ Mức lọc cầu thận giảm, hệ số thanh thải: ure, creatinin giảm.
* Xét nghiệm nước tiểu: BC(+++), cấy có vi khuẩn,
* Chẩn đoán hình ảnh: sỏi niệu quản, tổn thương biến dạng đài bể thận, thận teo nhỏ (Xquang hệ tiết niệu KCB, siêu âm).

1. Điều trị: (3)
2. Nguyên tắc điều trị: điều trị ổn định tình trạng viêm đài bể thận cấp do sỏi niệu quản trước, rồi giải phóng sỏi niệu quản khỏi bị tắc bởi sỏi.
3. Điều trị nội khoa: (3)

* Liệu pháp kháng sinh:
* Tốt nhất thì theo kháng sinh đồ.
* Nếu không có kháng sinh đồ thì sử dụng kháng sinh phổ rộng, ít độc với thận như: cephalosporin III, Augmentin, Quinolon 7-10 ngày.
* Thuốc giảm đau: Atropin, Papavevin, Morphin, Dolaggan.
* Dinh dưỡng, nâng cao thể trạng, điều trị các rối loạn điện giải- kiềm toan.

1. Điều trị giải quyết nguyên nhân: (3)

* Thường sau 5-7 ngày điều trị phải dứt điểm: cắt cơn đau quặn thận, hết sốt, hết nhiễm khuẩn tiết niệu, lượng nước tiểu tăng, toàn trạng ổn định. 🡪 chụp UIV đánh giá sỏi,, chức năng thận: để quyết định biện pháp can thiệp.
* Điều trị bằng thủ thuật: khi viêm đài bể thận cấp ổn định+ sỏi nhỏ <1cm, tròn nhẵn.
* Sỏi 1/3 trên, giữa niệu quản: đặt thông niệu quản, đẩy sỏi lên thận, tán sỏi thận ngoài cơ thể.
* Sỏi ở 1/3 dưới niệu quản: nội soi niệu quản tán lấy sỏi hoặc tán sỏi niệu quản ngoài cơ thể.
* Điều trị bằng phẫu thuật:
* Chỉ định: không có điều kiện can thiệp, can thiệp thất bại./ sỏi >1cm, xù xì.
* Cụ thể:
* Nội si ổ bụng: với sỏi 1/3 trên niệu quản.
* Mở niệu quản lấy sỏi: lập lại lưu thông bể thận-niệu quản-bàng quang /cắt đoạn niệu quản hẹp, nối tận tận, hoặc nếu hẹp 1/3 dưới niệu quản sát bàng quang, cắt đoạn và cắm lại niệu quản vào bàng quang/ sỏi niệu quản 2 bên: tùy chức năng thận niệu quản 2 bên, điều kiện trang thiết bị, trình độ phẫu thuật viên 🡪 có thể mổ cùng 1 thì hoặc mổ từng bên.
* Nếu sau đợt điều trị 5-7 ngày không dứt điểm, hay ổn định nhưng ngừng kháng sinh để tiến hành các chẩn đoán bổ sung (chụp UIV) 🡪 bệnh cảnh lâm sàng lại tái diễn phải tính đến việc can thiệp phẫu thuật sớm. Mổ niệu quản lấy sỏi và đặt thông niệu quản sẽ tốt hơn các biện pháp can thiệp khác.
* Sau mổ và tiên lượng: (3)
* Kết quả mong đợi: sau mổ hoặc can thiệp lấy hết sỏi niệu quản và đường tiết niệu: bệnh nhân hết đau, hết sốt, chụp Xquang hết sỏi, Xquang nước tiểu: HC(-), BC(-), xét nghiệm chức năng thận về bình thường.
* Viêm đài bể thận- thận mạn tính: với 1 thận niệu quản có sỏi 🡪 khả năng phục hồi chức năng thận là rất hạn chế, nhưng chức năng thận đối diện sẽ bù trừ hoàn toàn 🡪 thể trạng và chất lượng cuộc sống vẫn đảm bảo.
* Viêm đài bể thận- thận mạn tính 2 bên, sau can thiệp sỏi niệu quản tiết niệu 2 bên không làm viêm đài bể thận- thận nặng them, nhưng tình trạng suy thận ít khả năng hồi phục ( nhất là các trường hợp giai đoạn III-IV) tiên lượng xấu, phải điều trị bằng lọc máu chu kì.

Bài 2: Thận ứ nước do sỏi niệu quản (chẩn đoán xác định-nguyên tắc xử trí)

1. Đại cương: (4)

* Sỏi niệu quản là sỏi nằm trong niệu quản, tính từ chỗ nối bể thận đến chỗ niểu quản đổ vào bàng quang.
* Sỏi niệu quản cản trở đường dẫn lưu nước tiểu , dù tắc hoàn toàn hoặc không hoàn toàn vẫn gây hiện tượng ứ đọng và viêm nhiễm trên sỏi.
* Thận ứ nước là tình trạng thận ứ nước tiểu trong, xét nghiệm không có vi khuẩn.
* Trong điều trị thận ứ nước phải quan tâm bảo tồn thận, ngay cả ở giai đoạn III-IV.

1. Chẩn đoán xác định.
2. Lâm sàng: (4)

* Tiền sử: (2)
* Có thể có tiền sử đái ra sỏi
* Có các dấu hiệu của sỏi niệu quản với những cơn đau quặn thận điển hình, 1 số ít chỉ đau nhẹ vùng thắt lưng do sỏi niệu quản nhỏ, trơn; có thể lưu thông nước tiểu từng đợt, rồi lại viêm tắc niệu quản 🡪 niệu quản thận giãn to dần.
* Cơ năng: (3)
* Hội chứng tắc nghẽn đường niệu quản trên do sỏi niệu quản: đau vùng thắt lưng kèm theo thận to ứ nước có đặc điểm khác đau do sỏi niệu quản đơn thuần là:
* Đau âm ỉ, liên tục, đau nhiều về đêm.
* Căng tức, nhức nhối rất khó chịu,chán ăn, uống nhiều.
* Đau làm mất khả năng vận động và lao động.
* Đái máu mức độ nhẹ: nước tiểu hồng nhạt hay đái máu vi thể.
* Thận to: có thể bệnh nhân tự sờ thấy 1 khối u vùng thắt lưng.
* Thực thể: (3)
* Khám:
* Nhìn: hố thắt lưng đầy hơn bình thường, không sưng nóng đỏ.
* Thận to, căng, mềm còn đàn hồi, ấn vào khối thận bệnh nhân đau tức.
* Dấu hiệu chạm thận, bập bềnh thận (+)
* ấn điểm đau niệu quản (+). (1/3 trên và 1/3 giữa)
* Toàn thân: (2)
* ứ nước 1 bên thận: ít thay đổi, có thể sốt nhẹ do bội nhiễm (thận ứ nước nhiễm khuẩn)
* ứ nước 2 bên thận: toàn thân suy sụp hơn, thiểu niệu, vô niệu/ phù/ thiếu máu/ chán ăn, mệt mỏi,…

1. Cận lâm sàng:
   1. Xét nghiệm: (3)

* Công thức máu: HV bình thường, BC hơi tăng, Vss tăng nhẹ.
* Sinh hóa máu:
* Thận ứ nước 1 bên: không có gì đặc biệt.
* Thận ứ nước 2 bên: sinh hóa có nhiều thay đổi tùy mức độ thận ứ nước: suy thận: ure, creatinin máu tăng/ rối lạn nước điện giải (Na+, K+ máu tăng)/ toan hóa máu ( dự trữ kiềm giảm, pH máu thấp).
* Xét nghiệm nước tiểu:
* Xác định: HC, BC.
* Cấy tìm vi khuẩn: (-) hoặc ít.
  1. Chẩn đoán hình ảnh: (5)

( mục đích: chẩn đoán, đánh giá chức năng thận tổn thương và thận lành)

* Xquang hệ tiết niệu không chuẩn bị: (3)
* Sỏi niệu quản cản quang 1 hoặc 2 bên (93-95%), trừ th sỏi urrat, acid uric.
* Bong thận to, mờ.
* Chú ý: khi thận quá to 🡪 đẩy niệu quản, thận về phía đối diện, trùng với cột sống, khó nhìn thấy sỏi hoặc chẩn đoán nhầm sỏi niệu quản bên không có thận to.
* Chụp niệu quản- bể thận ngược dòng, trng th (UPR).
* Nghi ngờ sỏi niệu quản.
* Chụp hệ tiết niệu không thấy sỏi ( sỏi không cản quang).
* Chụp UIV: (3)
* Rất quan trọng, để đánh giá chức năng thận có sỏi và thận bên đối diện.
* Trường hợp sỏi niệu quản 2 bên hoặc sỏi niệu quản 1 bên và thận bên đối diện sẽ bù trừ 🡪 thận bên có sỏi niệu quản ngấm thuốc kém hay không ngấm thuốc chưa hẳn là thận mất chức năng cần theo dõi, chụp những phim chậm sau 60-90-120 phút, để đánh giá chức năng và hình thể đài bể thận ứ nước.
* Nếu 2 thận không ngấm thuốc trong các phim chụp chậm 120-180 phút 🡪 khó khăn cho thái độ xử trí.
* Siêu âm: (3)
* Là phương pháp chẩn đoán tốt, giá trị cao, có thể làm nhiều lần để theo dõi, hướng dẫn chọc dò.
* Giá trị:
* Phát hiện sỏi niệu quản, ngay cả sỏi không cản quang. (sỏi acid uric, xanthin)
* Phát hiện thận to, ứ nước, đánh giá mức độ ứ nước thận 🡪 giúp phân độ.

+ Nhược điểm: khó phát hiện sỏi 1/3 niệu quản giữa do vương hơi ruột và xương chậu.

* Chụp xạ hình thận: ( với 99mTcDTPA): (2)
* Chỉ định :
* khi các phương pháp khác không đánh giá được chức năng thận.
* theo dõi chức năng thận khi điều trị.
* Giá trị: cho phép đánh giá đúng chức năng thận từng bên 🡪 nếu chức năng thận < 5% thì chức năng thận không còn.

1. Thủ thuật chẩn đoán: chụp dẫn lưu dịch dưới hướng dẫn của siêu âm, CT 🡪 dịch trng, xét nghiệm tìm vi khuẩn (-)
   * + Chẩn đoán mức độ ứ nước: dựa trên lâm sàng + chẩn đoán hình ảnh ( chủ yếu siêu âm và UIV)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Đặc điểm | Độ I | Độ II | Độ III | Độ IV |
| 1. Thận to | To hơn bình thường | To rõ 12x10cm | To rõ 12x15cm | To rõ rệt |
| 1. Thận giảm tiết thuốc | Chậm sau 15ph | Chậm sau 30ph | Chậm sau 45ph | Không tiết thuốc sau 60ph |
| 1. Dãn đài bể thận | Rõ hình chùy | Mờ, hình chùm nho (đường kính 2cm) | Mờ, hình quả bóng bàn (đường kính 2cm) | Không thấy hình đài bể thậm |
| 1. Nhu mô thận | Lớn hơn 10mm | 5-10mm | 3-8mm | <3mm hoặc không đo được |

III. Nguyên tắc điều trị: (3)

1. Nguyên tắc điều trị: “cố gắng bảo tồn”, hết sức hạn chế cắt bỏ thận.

2. Điều trị nội khoa: (3)

* Kháng sinh chống nhiễm khuẩn: tốt nhất là theo kháng sinh đồ, không có kháng sinh đồ thì sử dụng kháng sinh không độc với thận phối hợp (cephalosporin III, augmentin, quinolon)
* Giảm đau: atropine, papaverin,… (giảm đau giãn cơ trơn).
* Chống suy thận: điều chỉnh rối loạn nước – điện giải/ toan kiềm/ thận nhân tạo khi cần.

1. Điều trị can thiệp hoặc phẫu thuật:
   1. Nguyên tắc: đánh giá chức năng thận, mổ sớm lấy sỏi niệu quản, cố gắng điều trị bảo tồn tối đa có thể.
   2. Phương pháp

* Điều trị bảo tồn: (2) Thận tổn thương “chưa” mất chức năng hoàn toàn: gồm cả trường hợp chụp UIV thận
* Chỉ định:
* Bài tiết chậm sau 60-120 phút, nhu mô thận dày 3-5mm, nước tiểu đục vi khuẩn N<10^4/ml
* Thận đối diện có nguy cơ không đảm bảo chức năng bài tiết.
* Cụ thể: (4)
* Thận ứ nước độ 1,2: Tán sỏi ngoài cơ thể/ nội soi niệu quản lấy sỏi hoặc tán sỏi/ mổ lấy sỏi phục hồi lưu thông niệu quản đơn thuần hay ống thông niệu quản.
* Thận ứ nước độ 3,4: mổ lấy sỏi niệu quản + phục hồi lưu thông niệu quản với ống thông hay dẫn lưu thận 🡪 đảm bảo an toàn cho phẫu thuật.
* Th có chit hẹp niệu quản thật sự: ( khi phẫu thuật thăm dò niệu quản ống thông 8Ch không thông).
* Cắt đoạn hẹp niệu quản: nối tận-tận trên ống sonde niệu quản hoặc cắm niệu quản- bàng quang ( hẹp sát bàng quang hoặc lỗ niệu đạo đổ vào bàng quang), sau khi đã lấy bỏ sỏi niệu quản.
* Không có khả năng giải quyết 🡪 dẫn lưu tạm thời và chuyển bệnh nhân đến các trung tâm ngoại khoa tiết niệu.
* Sỏi niệu quản 2 bên: cần đánh giá toàn trạng 🡪 cân nhắc can thiệp cả 2 bên trong 1 lần mổ ( tùy tình trạng thận 2 bên,tình trạng bệnh nhân, điều kiện trang thiết bị - gây mê hồi sức và kinh nghiệm của phẫu thuật viên).
* Cắt thận: chỉ định
* Trường hợp thận ứ nước độ 4 (20-25%) thận mất hết chức năng chỉ còn là túi chứa nước tiểu.
* Thận bên đối diện bù trừ hoàn toàn.

Bài 3: Thận ứ mủ do sỏi niệu quản : chẩn đoán xác định + nguyên tắc điều trị

1. Đại cương: (5)

* Ứ mủ thận là 1 tình trạng bệnh lý nặng do ứ đọng mủ tại đường bài tiết của thận và nhiễm khuẩn nhu mô thận 🡪 dẫn đến phá hủy nhu mô thận, làm thận mất chức năng hoạt động, gây nguy hiểm cho người bệnh.
* Nguyên nhân chính là ứ nước ở thận do ứ tắc đường tiết niệu (do sỏi tiết niệu chiếm 75%) và bị nhiễm khuẩn.
* ở đây, chỉ xét ứ mủ do sỏi niệu quản gây tắc chit hẹp, nhiễm khuẩn để quá muộn không điều trị.
* Thận ứ mủ thường to, chắc; ít khi teo nhỏ.
* Khi mổ thận có thể thấy: (2)
* Đài bể thận: giãn rộng, chứa đầy mủ trắng đặc như nước vo gạo, như sữa; đôi khi có màu nâu như sữa chocolate do hoại tử chảy máu lẫn mủ.
* Nhu mô thận:
* Bị phá hủy
* Các ống thận cũng giãn mỏng thành các hốc chứa đầy mủ, cùng với lớp vỏ thận dày xơ hóa bao bọc những ổ mủ to nhỏ khác nhau.
* Các lớp mỡ xung quanh dính vào vỏ thận.
* Hoại tử nhu mô có thể không hoàn toàn, nhưng do ổ áp xe rải rác nên làm hỏng thận 🡪 bệnh nhân sống chủ yếu với thận bên đối diện.

1. Chẩn đoán xác định: lâm sàng/ cận lâm sàng/ thủ thuật chẩn đoán.
2. Lâm sàng: (4)

* Tiền sử: sỏi niệu quản với những cơn đau quặn thận và nhiễm khuẩn nhiều đợt.
* Cơ năng: (2)
* Đau vùng thắt lưng trội lên, căng tức, có khi liên tục cả ngày 🡪 bệnh nhân không ăn ngủ được.
* Tiểu đục như nước “vo gạo, như sữa”, kèm “ tiểu buốt, tiểu dắt”.
* Toàn thân: (2)
* Thể trạng gầy sút, da xanh, thiếu máu, sốt cao 39-40°c, rét run khó điều trị, môi khô, lưỡi bẩn,…
* Nếu ứ mủ 2 thận: bênh nhân “ suy sụp nhanh chóng”, “thiểu niệu, vô niệu”,.. 🡪 biểu hiện suy thận.
* Thực thể: (4)
* Da vùng thắt lưng phù nề, tấy đỏ do thấm nước tiểu mủ ra quanh thận.
* Phản ứng vùng thắt lưng.
* Thận to căng, chắc rất đau, ít di động ( như 1 u thận), khác với thận ứ nước ( thận căng mềm, có thể di động được).
* ấn điểm đau niệu quản (+).

1. Cận lâm sàng: xét nghiệm/ chẩn đoán hình ảnh/ thủ thuật chẩn đoán.
   1. Xét nghiệm : (3)

* Công thức máu: HC giảm/ BC tăng (NEU tăng)/ Vss tăng cao.
* Hóa sinh máu:
* Thận bên đối diện còn bù tốt : ure, creatinin bình thường hoặc tăng nhẹ.
* ứ mủ 2 thận 🡪 chức năng thận giảm rõ rệt : ure, creatinin máu tăng cao.
* Xét nghiệm nước tiểu: BC thoái hóa nhiều/ HC(+++)/ cấy vi khuẩn số lượng > 10^5/ml 🡪 làm kháng sinh đồ.
  1. Chẩn đoán hình ảnh:
* Xquang hệ tiết niệu không chuẩn bị:
* Sỏi niệu quản cản quang 1 hoặc 2 bện, trừ trường hợp sỏi urat, acid uric.
* Bóng thận to, mờ.
* Chú ý: khi thận quá to, đẩy niệu quản + sỏi về phía đối diện, trùng với cột sống, khó nhìn thấy sỏi hoặc chẩn đoán nhầm sỏi niệu quản bên không có thận to.
* UIV:
* Đánh giá chức năng, hình thể thận ứ mủ 🡪 thường chức năng kém, cân.
* Đánh giá khả năng bù trừ của thận bên đối diện.
* Chụp bể thận- niệu quản cản quang xuôi dòng hay ngược dòng: sau dùng kháng sinh 1-2 ngày.
* CT scanner: có giá trị trong chẩn đoán (2):
* Tiêu chuẩn đoán:
* Chiều dày bể thận >=2mm.
* Xuất hiện các chất không đồng nhất trong bể thận.
* Có thể thấy các bất thường trng nhu mo và quanh thận.
* Ngoài ra:
* Đánh giá được bên đối diện, biết nguyên nhân gây bệnh (sỏi niệu quản).
* Đánh giá được tình trạng tổ chức quanh thận.
* Để dự kiến phẫu thuật.
* Siêu âm:
* Là phương pháp tốt, giá trị chẩn đoán cao, có thể làm nhiều lần theo dõi, hướng dẫn chọc dò + dẫn lưu.
* Hình ảnh: sỏi niệu quản/ niệu quản đài bể thận giãn to/ chứa dịch đậm âm không đồng đều/ nhu mô thận mỏng.
* Xạ hình thận: (2)
* Chỉ định:
* Các phương pháp không đánh giá được chức năng thận.
* Theo dõi chức năng thận sau điều trị.
* Giá trị : đánh giá đúng chức năng thận từng bên 🡪 nếu chức năng thận <5% chức năng lọc không còn.
  1. Thủ thuật chẩn đoán:
* Chọc hút qua da, dưới hướng dẫn của siêu âm, CT 🡪 xác định dịch mủ, cấy tìm vi khuẩn (+) 🡪 làm kháng sinh đồ.

1. Thể cận lâm sàng: (2)

* Thể bán cấp- mạn tính:
* Lâm sàng: (3)
* Toàn thân suy sụp/ gầy, da xanh, thiếu máu/ nhưng nhiễm khuẩn không nặng/ sốt kéo dài.
* Nước tiểu đục từng đợt.
* Khối u thắt lưng to, rắn chắc đau ít 🡪 cần phân biệt “K thận”.
* Cận lâm sàng:
* Xét nghiệm: HC, Hb giảm/ BC tăng; Vss tăng.
* Chụp hệ tiết niệu: phát hiện sỏi niệu quản/ “phân biệt”: thận ứ mủ do dị dạng bẩm sinh hệ tiết niệu.
* Thể suy thận ure huyết cao: thận ứ mủ, ứ nước 2 bên.

1. Chẩn đoán phân biệt: thường đặt ra trong thể ử mủ mạn tính : (4)
2. ứ nước thận

* không có biểu hiện nhiễm khuẩn.
* thận có thể to căng, nhưng không đau, không rắn chắc, di động dễ.
* cận lâm sàng:
* chụp UIV: có thể thận còn chức năng.
* Siêu âm: dịch trong, đồng nhất.

1. Hội chức hẹp bể thận- niệu quản: (2)

* Nhu mô thận còn dày trong khi bể thận giãn.
* Chụp UIV: có thể thấy rõ bể thận to và chit hẹp đoạn mất bể thận- niệu quản.

1. Ung thư thận làm thận to: dựa vào siêu âm và CT scanner thấy rõ hình ảnh khối u.
2. Lao thận: (2)

* Bệnh nhân gầy yếu, có triệu chứng đái máu, xét nghiệm nước tiểu có BK
* Chụp UIV:
* Hình ảnh loét lao ở đài bể thận.
* Hình ảnh: “nhậy cản”.

1. Tiến triển và biến chứng.
2. Hủy hoại làm hỏng thận

* ứ mủ thận khoonh được giải quyết kịp thời 🡪 nhu mô thận ngày càng bị phá hủy, thận sẽ bị hủy hoại hoàn toàn và mất chức năng.

1. Nhiễm khuẩn huyết: (3)

* ứ mủ thận gây nhiễm khuẩn huyết.
* nhiều khi có nhiễm khuẩn huyết, người ta mới thấy nguồn gốc là do ứ mủ thận trong những trừng hwpj diễn biến tiềm tang không có triệu chứng rõ rang.
* Vi khuẩn tìm thấy thường là trực khuẩn E.coli

1. Viêm tấy quanh thận.

* ứ mủ thận làm tổ chức quanh thận bị viêm tấy, nước tiểu và mủ thoát ra ngoài
* bệnh diễn biến nặng, có thể lan rộng cả vùng thắt lưng quanh thận, có khi xa hơn tới cả thành bụng và cơ đái chậu.

1. áp xe quanh thận.

* ổ niễm khuẩn quanh thận khu trú lại thành ổ áp xe.
* ổ áp xe lớn có thể phá ra ngoài và vỡ ra ngoài thành bụng gây ra những lỗ rò rỉ thành bụng.
* lỗ rò do áp xe vỡ có thể ở ngay hố thắt lưng nhưng cũng có khi ở xa hơn làm nhầm tưởng lỗ rò do lao.

1. Viêm phúc mạc

* Ít xảy ra do phúc mạc có tính chất bảo vệ, nhưng cũng có khi mủ có thể vỡ vào bụng hoặc rò rỉ vào bụng gây viêm phúc mạc.
* Bệnh nhận bị viêm phúc mạc nhiều khi không chẩn đoán được nguyên nhân, mà chỉ phát hiện trong phẫu thuật thấy mủ xuất phát từ thận.

1. Lò rò vào phủ tạng.

* Ít xảy ra nhưng khi ổ mủ vỡ vào tạng phủ xung quanh gây nên lỗ rò như thận-tá tràng, thận- đại tràng hoặc thận màng phổi.

1. Một số biến chứng khác.

* Tắc tĩnh mạch thận
* Áp xe cơ đái chậu

1. Điều trij
2. Nguyên tắc.

* Phải tiến hành điều trị ngay: chủ yếu bằng phẫu thuật dẫn lưu mủ, loại bỏ nguyên nhân ứ tắc ( sỏi hoặc cắt bỏ thận hỏng).
* Trước khi mổ cần chẩn đoán và xác định: (5)
* Tình trạng toàn thân.
* Tình trạng thận bệnh hỏng hoàn toàn hay chỉ suy giảm bài tiết?
* Tình trạng thận lành chức năng tốt hay xấu, có hoạt động bù trừ không?
* Bệnh nhân có 2 thận hay 1 thận? có dị tật bẩm sinh ở thận không?
* Nguyên nhân gây ứ tắc (sỏi) có khả năng giải quyết hay không?

1. Điều trị nội khoa phối hợp

* Kháng sinh “ trước trong sau mổ”:
* Tốt nhất theo kháng sinh đồ, nếu chưa có: xử dụng kháng sinh phỏ rộng liều cao, toàn thận, không độc với thận: cephalosporin III, quinolon, augmetin.
* Hồi sức tích cực trước trong sau mổ: bồi phụ nước, điện giải, dinh dưỡng, nâng cao thể trạng, chống suy thận (điều chỉnh rối loạn điện giải, thăng bằng toan kiềm, thận nhân tạo nếu cần).

1. Điều trị tạm thời, chờ đợi.

* Áp dụng: bệnh nhân nhiễm khuẩn cấp, nhiễm khuẩn huyết, đái thái đường, thể trạng suy sụp đe dọa tính mạng.
* Phương pháp: dẫn lưu thận cấp cứu + điều trị nội khoa: chờ ổn định thì đánh giá lại tình trạng toàn thân, chức năng 2 thận, can thiệp triệt để sau.

1. Phẫu thuật
   1. Điều trị cắt thận

* Là phương pháp tốt nhất, tránh cho bệnh nhân tái phát.
* Chỉ định:
* Thận bị phá hủy nhiều, hoàn toàn, chức năng thận đối diện có khả năng bì tốt.
* Cần cân nhắc trong những trường hợp:
* Chức năng thận ứ mủ bằng 1/3 so với thận lành.
* Thận bên kia bị tổn thương, chức năng kém .
* thận duy nhất hoặc dị dạng bệnh lý.
  + - Cân nhắc điều trị bảo tồn hay cắt 1 phần thận hay toàn bộ thận. Nhiều trường hợp phải chấp nhận cắt xong rồi điều trị thận nhân tạo, thẩm phân thận nhân tạo suốt đời.
* Đây là phẫu thuật khó vì tổ chức quanh thận, cuống thận viêm dính, dày… dễ có tai biến khi phẫu thuật, cần chuẩn bị bệnh nhân tốt.
  1. Điều trị bảo tồn
* Chỉ định:
* Chức năng thận chưa mất hoàn toàn, có khả năng hồi phục.
* Thận đối diện là thận bệnh lý, không có khẳ năng đảm bảo chức năng bài tiết hoặc thận duy nhất, dị tật bẩm sinh.
* Phương pháp: mổ giải quyết nguyên nhân gây tắc là sỏi hoặc nên dẫn lưu thận hoặc dẫn lưu bể thận hoặc đặt thông JJ vào niệu quản.

Bài 4: Suy thận cấp do sỏi niệu quản: chẩn đoán xác định-nguyên tắc điều trị?

1. Đại cương: (3)

* Suy thận cấp là sự suy giảm đột ngột chức năng thận, biểu hiện lâm sàng là thiểu niệu, vô niệu.
* Suy thận cấp do sỏi niệu quản thường d:
* Sỏi niệu quản 2 bên.
* Sỏi niệu quản 1 bên và:
* Sỏi thận 1 bên.
* Thận bên đối diện bệnh lý.
* Gây vô niệu do phản xạ.
* Suy thận cấp do sỏi niệu quản là “ suy thận cấp sau thận” (do tắc nghẽn).

1. Chẩn đoán xác định.
2. Lâm sàng: (4)

* Tiền sử: sỏi niệu quản, cơn đau thắt lưng nhiều lần.
* Cơ năng: (3)
* Cơn đau quặn thận: đau dữ dội vùng thắt lưng, lan dọc đường đi của niệu quản, kèm theo bệnh nhân có buồn nôn, nôn, chướng bụng.
* Thiểu niệu (<500ml/24h) hoặc vô niệu (<100ml/24h).
* Thường xuất hiện sau 1 đợt nhiễm khuẩn tiết niệu, sau đi xa hoặc lao động mệt mỏi.
* Toàn thân: (4)
* Suy sụp nhanh: mệt mỏi, chán ăn, phù, sự uống nước, da khô,…
* Rối loạn hô hấp: thở nhanh/ khó thở/ rối loạn nhịp thở (kiểu cheynestock).
* Rối loạn tuần hoàn: nhịp tim tăng dần tới ngừng tim, huyết áp tăng cao.
* Kích thích, vật vã, lơ mơ đi vào hôn mê.
* Thực thể: (2)
* Khám có thể thấy:
* Thận to: dấu hiệu chạm thận, bập bềnh thận (+)
* Bụng: co cứng ½ bụng trong cơn đau, ấn điểm đau niệu quản (+).
* Dấu hiệu âm tính giúp phát hiện suy thận cấp sau thận khác ( do sỏi bàng quang, u tiền liệt tuyến,...)
* Cầu bàng quang (-), sonde tiểu ra ít nước tiểu.
* Thăm hậu môn trực tràng: tuyến tiền liệt không to.

Cận lâm sàng: (3)

* Xét nghiệm: (3)
* Công thức máu: HC giảm, BC tăng, Vss tăng. (HC thường <3T/l)
* Sinh hóa máu: ure, creatinin máu tăng cao, K+ máu tăng cao (ure >3mmol/l, creatinin> 270mmol/l, K+> 5mEq/l).
* Khí máu: rối loạn toan chuyển hóa. (pH máu giảm, HCO3- giảm).
* Chẩn đoán hình ảnh: (2)
* Xquang hệ tiết niệu không chuẩn bị: hình ảnh sỏi cản quang niệu quản 1 bên và sỏi thận 1 bên/ hoặc sỏi niệu quản 2 bên.
* Siêu âm:
* Hình ảnh thận to, đài bể thận giãn, sỏi niệu quản 2 bên
* Có thể phát hiện thận đối diện bất thường hoặc 1 thận duy nhất.

ECG biểu hiện K+ máu tăng, thận cao nhọn đối xứng, QRS giãn rộng

* Chẩn đoán xác định : lâm sàng + cận lâm sàng.

1. Nguyên tắc điều trị: (2)
2. Nguyên tắc:

* Giải phóng tắc nghẽn là ưu tiên hàng đầu.
* Điều trị các biến chứng của suy thận cấp và nhiễm khuẩn.
* Điều trị giải quyết nguyên nhân (sỏi) khi bệnh nhân ổn định.

1. Cụ thể: (4)
   1. Giaỉ phóng tắc nghẽn.

* Dẫn lưu thận qua da dưới hướng dẫn siêu âm hoặc bằng phẫu thuật.
* Đưa ống sonde niệu quản vượt qua viên sỏi và đặt ống thông JJ (qua nội soi niệu quản)
* Lấy sỏi niệu quản bằng phẫu thuật hoặc tán nọi soi niệu quản sớm : nếu ure, creatinin chưa quá cao, điện giải đồ bình thường.
* Đưa niệu quản rada
  1. Điều trị các biến chứng của suy thận cấp và nhiểm khuẩn.
* Hồi sức tích cực
* Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, kiềm toan.
* Nếu cần, chỉ định thận nhân tạo khi xuất hiện các yếu tố nguy cơ.
* Creatinin > 800 mmol/l
* Ure > 45 mmol/l
* K+ > 6 mmol/l
* PH máu < 7.15
* Điều trị kháng sinh khi bệnh nhân có biểu hiện nhiễm khuẩn tiết niệu:
* Tốt nhất là dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ
* Chưa có, thì sử dụng kháng sinh phổ rộng, liều cao, toàn thân/ không độc với thận : cephalosporin III, Quinolon,...
* Sau khi giải quyết tắc nghẽn- dẫn lưu thận cầu: theo dõi, điều trị đề phòng biến chứng sau can thiệp như: đa niệu hoặc rối loạn điện giải đặc biệt là mất K+
  1. Điều trị nguyên nhân (sỏi) khi bệnh nhân đã ổn định:
* Phương pháp nội khoa:
* Sỏi uric: hạn chế protid động vật điều trị bằng alloburinol
* Sỏi photphat amoniac magnesi: điều trị nhiễm khuẩn proteus, kiềm hóa nước tiểu.
* Chế độ ăn uống nhiều nước hạn chế calci oxalat...
* Can thiệp:
* Tán sỏi ngoài cơ thể, tám sỏi qua nội soi.
* Chỉ định: sỏi niệu quản <1cm trơn nhẵn.
* Phẫu thuật:
* Mổ lấy sỏi, phục hồi lưu thông niệu quản: tùy toàn trạng, tùy điều kiện trang thiết bị, khả năng của phãu thuật viên mà có thể can thiệp lấy sỏi 2 bên cùng 1 thùy hay từng bên 1, trong trường hợp sỏi niệu quản 2 bên.
* Dẫn lưu thận: khi thận ứ nước ứ mủ nhiễm khuẩn...
* Điều trị nguyên nhân sỏi thứ phát: cần điều trị giải quyết nguyên nhân, ví dụ:..
* Loại bỏ nguyên nhân gây ứ đọng nhiễm khuẩn (BQ thần kinh, DT BSinh).
* Cắt bỏ u tuyến cận giáp.
  1. Sau mổ
* Sau mr bòi phụ nước điện gải, cân bằng kiềm toan.
* Theo dõi biến chứng sau mổ lấy sỏi ngày thứ 5 tới ngày thứ 7:
* Tình trạng mất nước, điện giải nặng.
* Tình trạng nhiễm khuẩn sau mổ: nhu mô thận tiếp tục hoại tuer nên chức năng thận không được hồi phục.
* Theo dõi các chỉ số để đánh giá kết quả điều trị và tiên lượng:
* Ure, creatinin máu niệu.
* pH máu.
* Điện giải máu.
* Số lượng nước tiểu.