

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TIỂU MÁU

ThS.BS.Lê Nguyễn Xuân Điền

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, sinh viên có thể:

1. Kể một số nguyên nhân gây tiểu máu
2. Đề nghị cận lâm sàng thích hợp phục vụ cho việc xác định nguyên nhân tiểu máu
3. Áp dụng đúng và đủ các bước tiếp cận bệnh nhân tiểu máu (đại thể - vi thể)

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

ĐẠI CƯƠNG

Tiểu máu là sự bài tiết hồng cầu một cách bất thường vào trong nước tiểu.

Người bình thường bài tiết khoảng 1 triệu hồng cầu vào nước tiểu. Khi soi cận lắng nước tiểu này sẽ có 1 – 3 hồng cầu (HC)/ quang trường 40 (QT 40). Do đó, khi số lượng hồng cầu bài tiết vào nước tiểu trên 3 HC/ QT 40 là bất thường và cần được khảo sát thêm.

Sự bài tiết hồng cầu trên 3 HC/ QT 40 mà không làm nước tiểu có màu đỏ gọi là tiểu máu vi thể. Tiểu máu vi thể không triệu chứng là vấn đề y tế thường gặp, chiếm tỉ lệ khoảng 13% ở người trưởng thành. Tiểu máu đại thể khi lượng máu trong nước tiểu nhiều làm đổi màu nước tiểu sang màu nâu hoặc đỏ.

Có rất nhiều nguyên nhân gây tiểu máu, và có 5 – 10% các trường hợp không tìm được nguyên nhân dù đã làm đầy đủ các xét nghiệm. Mức độ tiểu máu không liên quan đến mức độ nặng của bệnh. Nên xem tiểu máu là dấu hiệu của một bệnh quan trọng và không nên bỏ qua. Hiện nay, người ta chưa khuyến cáo việc tầm soát tiểu máu trong dân số chung. Để tiếp cận chẩn đoán tiểu máu, người ta chia tiểu máu thành 2 nhóm: có nguồn gốc cầu thận và có nguồn gốc ngoài cầu thận. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng giúp chẩn đoán sẽ tùy thuộc vào nguyên nhân tiểu máu.

LÂM SÀNG

Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân tùy thuộc vào nguyên nhân gây tiểu máu (được trình bày trong phần các nguyên nhân tiểu máu). Nhìn chung, cần hỏi bệnh sử, tiền căn và khám bệnh nhân một cách đầy đủ và toàn diện.

CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm nước tiểu

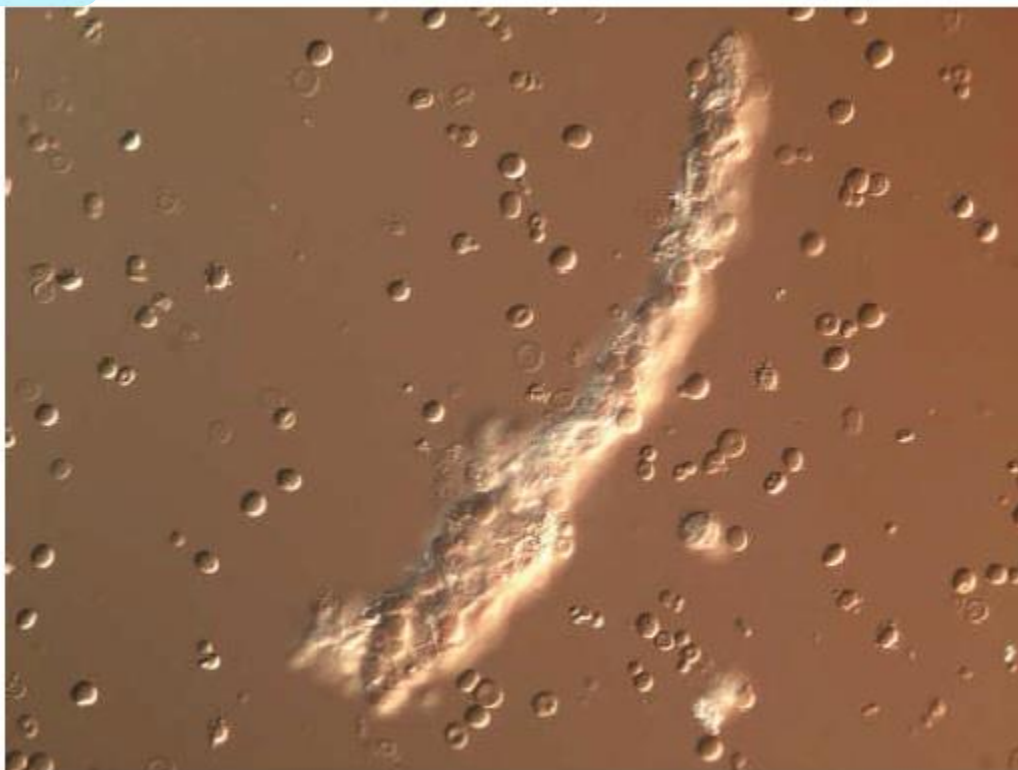
Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số

Phương pháp thường dùng nhất để xét nghiệm hồng cầu trong nước tiểu là que nhúng dipstick (Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số). Các que nhúng này không phản ứng với phần lớn các sắc tố không phải hemoglobin. Để xác định có hemoglobin trong nước tiểu hay không, chúng ta có thể làm xét nghiệm hemoglobin niệu. Ngoài ra, que nhúng dipstick có thể cho phản ứng dương tính giả như có hypochlorite hòa tan hoặc vi khuẩn sinh men peroxidase. Do đó, trước một que nhúng dipstick dương tính với hemoglobin, chúng ta cần phải soi cận lắng nước tiểu để xác định có sự hiện diện của hồng cầu trong nước tiểu.

Soi cận lắng nước tiểu

Khi tiểu máu có nguồn gốc từ cầu thận, hồng cầu phải đi qua hệ thống ống thận (có sự thay đổi về áp lực thẩm thấu, điện tích, pH và các lực trong ống thận) sẽ hình thành nên trụ hồng cầu. Sự hiện diện của trụ hồng cầu trên xét nghiệm soi cận lắng nước tiểu là bằng chứng tốt nhất cho tiểu máu có nguồn gốc cầu thận. Tuy nhiên, trụ hồng cầu ít khi được nhìn thấy. Một dấu hiệu khác thường gặp hơn là hồng cầu biến dạng (đa hình dạng, đa kích thước) với sự hiện diện của chồi, nhú từ hồng cầu, và đặc biệt là hồng cầu hình nhẵn (acanthocyte). Hồng

cầu biến dạng là chỉ dấu của tiểu máu có nguồn gốc cầu thận nếu phần lớn hồng cầu trong nước tiểu đều biến dạng (trên 80%). Hồng cầu hình nhẵn khá đặc hiệu và chỉ cần hiện diện trên 5% số hồng cầu là có thể kết luận tiểu máu có nguồn gốc cầu thận. Một chỉ dấu khác của tiểu máu có nguồn gốc cầu thận là tiểu máu kèm theo tiểu protein (với protein niệu > 0,5g/24 giờ hoặc > 0,5 g protein/ g creatinine niệu). Khi tiểu máu có nguồn gốc ngoài cầu thận, hồng cầu đồng dạng.



Hình 1: Trụ hồng cầu và hồng cầu hình nhẵn (Acanthocyte)

Xét nghiệm hình ảnh học

Khi tiểu máu có nguồn gốc ngoài cầu thận, chụp cắt lớp điện toán có và không có cản quang là xét nghiệm hình ảnh học thường dùng nhất để đánh giá tiểu máu đại thể và vi thể. CT hệ niệu có độ nhạy cao với sỏi, xác định được phần lớn các u thận và các bất thường khác trong ổ bụng không thuộc hệ niệu. Bất lợi chính của CT là phơi nhiễm chất cản quang và tia X. Nếu không thể thực hiện được CT scan thì siêu âm bụng là xét nghiệm tốt nhất tiếp theo.

Nếu bằng các xét nghiệm hình ảnh học ban đầu nêu trên mà vẫn không tìm được nguyên nhân tiểu máu, thì soi bàng quang là xét nghiệm tiếp theo cần thực hiện.

Nếu vẫn không xác định được tổn thương và nghi ngờ tổn thương nằm ở đường tiểu trên, có thể chụp hệ niệu ngược dòng.

Sinh thiết thận

Một số trường hợp tiểu máu có nguồn gốc cầu thận có chỉ định sinh thiết thận. Trong nhóm bệnh lý tiểu máu vi thể đơn độc, bệnh thận IgA là tổn thương thường gặp nhất, tiếp đến là bệnh thận màng đáy mỏng. Nếu không có tiểu protein ngưỡng thận hư, tăng huyết áp và suy thận, thì dự hậu các bệnh này thường tốt và không có điều trị đặc hiệu gì. Do đó, không cần phải sinh thiết mà chỉ cần theo dõi. Một số bệnh lý cầu thận thứ phát cũng cần được sinh thiết thận như lupus đỏ hệ thống biến chứng thận, hội chứng Henoch Scholein. Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng không có chỉ định sinh thiết thận.

NGUYÊN NHÂN TIỂU MÁU

Tiểu máu có nguồn gốc cầu thận

- ✓ Bệnh thận IgA
- ✓ Bệnh thận màng đáy mỏng
- ✓ Hội chứng Alport
- ✓ Các bệnh cầu thận nguyên phát và thứ phát khác: viêm cầu thận tăng sinh màng, viêm thận lupus, hội chứng Henoch Schölein, viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu trùng, viêm mạch máu, hội chứng tán huyết ure huyết

Bệnh thận IgA

Bệnh thận IgA là bệnh cầu thận thường gặp nhất ở hầu hết các nước (đặc biệt là phương Tây và Châu Á, nơi có tỉ lệ sinh thiết thận cao). Tỉ lệ ước đoán khoảng 2,5 trường hợp/100000 người trưởng thành/ 1 năm. Ở châu Âu, nam thường gặp hơn nữ với tỉ lệ nam: nữ là 3:1; trong khi đó, tại châu Á, tỉ lệ nam: nữ là 1: 1. Bệnh thận IgA có thể gây tiểu máu đại thể (chiếm tỉ lệ 40 – 50%) hoặc vi thể. Biểu hiện lâm sàng đa dạng, tiểu máu có thể kèm tiểu protein và suy thận. Tiểu máu thường theo sau một nhiễm trùng đường hô hấp trên hay đôi khi là nhiễm trùng tiêu hóa. Tiểu máu thường xuất hiện trong vòng 24 giờ khởi phát triệu chứng nhiễm trùng. Xét nghiệm máu có thể thấy nồng độ IgA trong máu tăng. Chẩn đoán xác định bằng sinh thiết thận, với biểu hiện trên sinh thiết thận là lắng đọng IgA lan tỏa ở gian mạch (trung mô) cầu thận.

Bệnh thận màng đáy mỏng

Bệnh thận màng đáy mỏng là thuật ngữ dùng để chỉ các trường hợp tiểu máu cầu thận đơn độc có tính gia đình hoặc đơn lẻ kèm theo màng đáy cầu thận mỏng đi. Tương tự như hội chứng Alport, bệnh thận màng đáy mỏng có tính gia đình là bệnh lý di truyền biểu hiện bằng tiểu máu kéo dài. Bệnh thận màng đáy mỏng có tính gia đình khác với hội chứng Alport ở một số điểm quan trọng sau: (1) biểu hiện ngoài thận rất hiếm; (2) tiểu protein, tăng huyết áp, và tiến triển đến bệnh thận giai đoạn cuối ít gặp (<10%) và hiếm khi trước 40 tuổi; (3) không có sự khác biệt về giới; và (4) di truyền trên nhiễm sắc thể trội.

Hội chứng Alport

Hội chứng Alport là bệnh lý di truyền của màng đáy do đột biến protein collagen type IV (ở màng đáy). Biểu hiện lâm sàng chính là tiểu máu, viêm thận tiến triển kèm tiểu protein và giảm chức năng thận, điếc thần kinh, và bất thường mắt. Tiến triển của hội chứng Alport liên quan đến giới tính, điển hình là nam thường bị nặng, trong khi biểu hiện ở nữ tương đối nhẹ hơn. Có 3 dạng hội chứng Alport đã được báo cáo: hội chứng Alport liên kết với nhiễm sắc thể X, hội chứng Alport đột biến NST lặn và hội chứng Alport đột biến NST trội.

Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng

Ngày nay, viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng ít gặp ở các nước phát triển, nhưng vẫn thường gặp ở các nước đang phát triển. Bệnh thường gặp ở nam giới và thường thấy ở trẻ từ 2 đến 14 tuổi. Chủng thường gặp là *Streptococcus pyogenes* nhóm A. Phần lớn bệnh nhân có nhiễm trùng trước đó. Thời gian ủ bệnh đối với viêm họng là 2 tuần, và nhiễm trùng da khoảng 6 tuần. Biểu hiện lâm sàng: tăng huyết áp (80%), phù (80 – 90%). Lúc nào cũng có tiểu máu và 30% trường hợp là tiểu máu đại thể. Tăng creatinine huyết thanh xảy ra ở 25 – 40% trẻ bệnh và 83% ở người trưởng thành bệnh. Suy thận tiến triển nhanh hiếm gặp, với tỉ lệ < 1%. Antistreptolysin O (ASO) tăng ở 2/3 bệnh nhân viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu sau viêm họng, và anti-DNAse B tăng đến 3/4 trường hợp sau viêm da. Nồng độ bổ thể C3 giảm trong 90% các trường hợp trong tuần đầu tiên và hồi phục sau 2 tháng. Nồng độ C4 thường bình thường. Phần lớn trẻ em sau viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu trùng thường

hồi phục hoàn toàn. Với người lớn tuổi, tỉ lệ biến chứng cao hơn với suy thận (60 – 70%), suy tim sung huyết (40%), tiểu protein ngưỡng thận hư (20%), và tử vong (25%).

Viêm thận lupus

Viêm thận lupus là bệnh lý viêm cầu thận do phức hợp miễn dịch, thường gặp và là biểu hiện nặng của lupus đỏ hệ thống. Độ tuổi có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất là 15 – 45 tuổi, nữ giới nhiều hơn nam giới với tỉ lệ là 10:1. Cả lupus đỏ hệ thống và viêm thận lupus thường gặp ở người da đen, châu Á và Mỹ La tinh gấp 3 đến 4 lần so với người châu Âu. Tiêu chuẩn chẩn đoán lupus theo hội thấp khớp học Hoa Kỳ được liệt kê trong bảng 1. Bệnh nhân có 4/11 tiêu chuẩn được chẩn đoán xác định lupus. Do đó, đứng trước một bệnh nhân tiểu máu từ cầu thận, cần tìm các dấu hiệu lâm sàng (hồng ban cánh bướm, hồng ban dạng đĩa, nhạy cảm ánh sáng, loét miệng) và cận lâm sàng (ANA, anti ds DNA) của lupus.

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán lupus theo hội thấp khớp học Hoa Kỳ

Tiêu chuẩn
1. Hồng ban cánh bướm
2. Hồng ban dạng đĩa
3. Nhạy cảm ánh sáng
4. Loét miệng
5. Viêm khớp không hủy khớp
6. Viêm thanh mạc
7. Biểu hiện thận (tiểu protein và/hoặc trụ tế bào)
8. Biểu hiện thần kinh (co giật hay tâm thần đã loại trừ các nguyên nhân khác)
9. Biểu hiện huyết học (thiếu máu tán huyết miễn dịch, giảm bạch cầu/giảm lymphocyte, giảm tiểu cầu)
10. ANA (Kháng thể kháng nhân)
11. Anti ds DNA (kháng thể kháng DNA chuỗi xoắn kép)

Tiểu máu có nguồn gốc ngoài cầu thận

Các nguyên nhân tiểu máu có nguồn gốc ngoài cầu thận có thể có gồm:

- ✓ Chấn thương
- ✓ Sỏi thận
- ✓ Nhiễm trùng tiểu
- ✓ Rối loạn đông máu: bẩm sinh hay mắc phải
- ✓ Bệnh lý mạch máu: tăng huyết áp ác tính, hồng cầu hình liềm, dị dạng động tĩnh mạch, huyết khối động mạch – tĩnh mạch thận
- ✓ U, bướu hệ niệu
- ✓ Bệnh thận có tính gia đình: thận đa nang, thận xốp túy
- ✓ Khác: thuốc (Cyclophosphamide), tăng canxi niệu, tăng acid uric niệu, thải ghép, hoại tử gai thận, ...

Chấn thương

Chấn thương ở bất kỳ vị trí nào trên đường tiết niệu (thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo) cũng đều có thể gây tiểu máu, và thường là tiểu máu đại thể. Chẩn đoán thường dựa vào hình ảnh học như chụp cắt lớp điện toán, siêu âm ...

Sỏi thận

Sỏi thận thường gặp ở các nước công nghiệp, với suất mới mắc hàng năm là 1/1000 người và nguy cơ hình thành sỏi trong suốt cuộc đời là 5% đối với nữ và 13% đối với nam.

Suất mới mắc cao nhất ở thập niên 30 – 40 tuổi. Các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ sỏi thận gồm tuổi, giới, chủng tộc và phân bố địa lý. Nhiệt độ môi trường cao làm tăng tỉ lệ hình thành sỏi. Tiếp xúc với nắng nhiều (như công nhân làm việc ngoài trời), làm tăng lượng nước mất không nhận biết và cô đặc nước tiểu, từ đó, làm tăng nguy cơ hình thành sỏi. Bài tiết canxi nhiều với thể tích nước tiểu ít sẽ tăng nguy cơ hình thành các tinh thể canxi, từ đó hình thành sỏi. Biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất của sỏi thận là đau quặn niệu quản (đau quặn thận) và tiểu máu. Đau thường khởi phát đột ngột và tăng dần theo thời gian. Đau có thể lan ra bụng trước hoặc xuống dưới vào mặt trong đùi, tinh hoàn hoặc môi lớn. Thường kèm theo tiểu lắt nhắt, tiểu gấp, buồn nôn, nôn và tiểu máu đại thể. Cận lâm sàng dùng chẩn đoán: chụp KUB (thận, niệu quản, bàng quang), chụp hệ niệu cản quang, siêu âm bụng, chụp cắt lớp điện toán.

Nhiễm trùng tiểu

Nhiễm trùng tiểu là một trong những nguyên nhân gây tiểu máu ngoài cầu thận thường gặp nhất. Tiểu máu do nhiễm trùng tiểu thường gặp ở nữ hơn, trong khi nam giới lớn tuổi thường chảy máu từ tiền liệt tuyến. Tiểu máu kèm theo sốt, tiểu gắt, đau hông lưng hay tiền căn có các triệu chứng này gợi ý nhiễm trùng tiểu, sỏi hệ niệu hay bệnh lý ác tính. Chẩn đoán nhiễm trùng tiểu thường dựa vào 2/3 tiêu chuẩn gồm: (1) triệu chứng lâm sàng; (2) tiểu bạch cầu; (3) tiểu vi khuẩn.

Rối loạn đông máu

Rối loạn đông máu có thể bẩm sinh hay mắc phải. Bẩm sinh gồm: bệnh Hemophilia A, Hemophilia B. Mắc phải do dùng các thuốc kháng kết tập tiểu cầu, kháng đông như aspirin, heparin không phân đoạn, heparin trọng lượng phân tử thấp, các kháng đông đường uống. Cần hỏi tiền căn về bệnh lý đông máu hoặc tiền căn đang sử dụng các thuốc kháng đông, hay kháng kết tập tiểu cầu. Một bệnh nhân có tiền căn bệnh lý đông máu hoặc đang sử dụng thuốc kháng đông hay kháng kết tập tiểu cầu cũng không loại trừ bệnh nhân có tiểu máu từ một nguyên nhân khác. Để chẩn đoán các rối loạn đông máu, cần làm xét nghiệm đông máu như PT, aPTT, ...

Ung thư hệ niệu

Ung thư hệ niệu thường gặp ở người lớn tuổi. Đối với bệnh nhân lớn tuổi có tiểu máu, cần nghi ngờ bệnh lý ác tính cho đến khi có bằng chứng ngược lại. Cần hỏi tiền căn một cách kỹ lưỡng và có hệ thống. Tiền căn hút thuốc lá (ngay cả hút thuốc lá thứ phát) làm tăng nguy cơ ung thư bàng quang lên 2 – 4 lần. Phơi nhiễm nghề nghiệp với phẩm nhuộm aniline, aromatic amines và amide, hóa trị liệu (như cyclophosphamide, mitotane) hay xạ trị vùng chậu làm tăng nguy cơ ung thư biểu mô hệ niệu. Sử dụng thuốc bắc (Chinese herbals) có chứa aristolochic acid làm tăng rõ rệt nguy cơ carcinoma hệ niệu. Việc sử dụng aspirin và NSAID làm giảm nguy cơ ung thư bàng quang trong một số nghiên cứu dịch tễ. Biểu hiện lâm sàng ngoài tiểu máu, bệnh nhân có thể có một khối vùng bụng hoặc vùng chậu. Cận lâm sàng dùng chẩn đoán gồm chụp cắt lớp điện toán, soi bàng quang, siêu âm, ...

Bệnh thận đa nang di truyền trội

Bệnh thận đa nang di truyền trội nhiễm sắc thể (NST) thường xảy ra trên toàn thế giới và ở mọi chủng tộc với suất hiện mắc khoảng 1/400 – 1/1000. Bệnh thường diễn tiến ở nam nhiều hơn nữ. Con cái của bố hoặc mẹ bị bệnh thận đa nang di truyền trội NST thường có 50% nguy cơ mang gen bất thường. Phần lớn bệnh nhân bệnh thận đa nang di truyền trội NST thường có ba hoặc mẹ bị bệnh nhưng có ít nhất 10% là do đột biến gen mới xuất hiện. Có 2 gen dị hợp tử được xác định là PKD1 (vùng NST 16 p13.3) và PKD2 (vùng NST 4q21). Các dữ liệu hiện tại không ủng hộ cho gen thứ ba trong nhóm nhỏ bệnh nhân không có tính gia đình. Trong các khảo sát hiện tại, PKD1 chiếm khoảng 78%, PKD2 chiếm khoảng 13% và

đột biến chiếm khoảng 9%). Chẩn đoán bệnh thận đa nang di truyền trội NST thường ở BN có tiền căn gia đình dựa vào hình ảnh học. Nên tư vấn trước khi thực hiện các xét nghiệm. Lợi ích của xét nghiệm bao gồm chẩn đoán chính xác bệnh, lên kế hoạch tầm soát trong gia đình, phát hiện sớm và điều trị các biến chứng, và lựa chọn các bệnh nhân không có gen bệnh dành làm người cho thận sống nếu có ghép thận. Siêu âm thận thường được dùng để chẩn đoán vì giá rẻ và an toàn.

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TIỂU MÁU

Để tiếp cận bệnh nhân tiểu máu, cần trả lời các câu hỏi sau:

1. Bệnh nhân có thực sự tiểu máu không?
2. Nếu thực sự tiểu máu, nguồn gốc tiểu máu là cầu thận hay ngoài cầu thận?
3. Các nguyên nhân của tiểu máu cầu thận và ngoài cầu thận là gì?
4. Biến chứng của tiểu máu (cầu thận hay ngoài cầu thận) là gì?

Trả lời các câu hỏi tiếp cận bệnh nhân tiểu máu

1. *Bệnh nhân có thực sự tiểu máu không?*

Tiếp cận tiểu máu đại thể hay tiểu máu vi thể chỉ khác nhau ở bước đầu tiên này.

Bệnh nhân tiểu máu đại thể

Bệnh nhân có thể khai hoặc thầy thuốc nhìn thấy nước tiểu có màu đỏ, màu hồng, màu cô-ca, màu nâu hoặc sậm màu. Chỉ cần 1 ml máu trong nước tiểu cũng đủ làm nước tiểu đổi màu. Thầy thuốc cần phân biệt với các trường hợp tiểu có màu đỏ khác như:

- + **Dùng thuốc làm nước tiểu có màu đỏ:** Adriamycin, Chloroquine, Deferoxamine, Levodopa, Methyldopa, Metronidazole, Nitrofurantoin, Pyridium, Phenolphthalein, Phenytoin, Prochlorperazine, Quinine, Rifampin, Sulfonamide, ...
- + **Dùng thức ăn làm nước tiểu có màu đỏ:** phẩm màu, củ cải đường hay củ cải đỏ, mâm xôi, việt quất, đậu tằm, ớt chựa gà, cây đại hoàng, ...
- + **Đối với phụ nữ, cần loại trừ kinh nguyệt**
- + **Các chất nội sinh:** Myoglobin, Hemoglobin, Bilirubin, Porphyrin, Melanin.

Phương pháp thường dùng nhất để xét nghiệm hồng cầu trong nước tiểu là que nhúng dipstick (Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số). Các que nhúng này không phản ứng với phần lớn các sắc tố không phải hemoglobin. Để xác định có hemoglobin trong nước tiểu hay không, chúng ta có thể làm xét nghiệm hemoglobin niệu. Ngoài ra, que nhúng dipstick có thể cho phản ứng dương tính giả như có hypochlorite hòa tan hoặc vi khuẩn sinh men peroxidase. Do đó, trước một que nhúng dipstick dương tính với hemoglobin, chúng ta cần phải soi cận lẳng nước tiểu để xác định có sự hiện diện của hồng cầu trong nước tiểu.

Đối với tiểu máu đại thể, mặc dù hiện nay nghiệm pháp ba ly ít được thực hiện, song việc xác định tiểu máu toàn dòng, đầu dòng hay cuối dòng rất hữu ích vì sẽ giúp khu trú vị trí tổn thương. Tiểu máu đầu dòng gợi ý nguồn gốc từ niệu đạo, tiểu máu cuối dòng gợi ý tổn thương ở cổ bàng quang hoặc tiền liệt tuyến.

Bệnh nhân tiểu máu vi thể

Bệnh nhân tiểu máu vi thể thường đến gặp thầy thuốc và than phiền rằng tình cờ xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu thấy có máu. Tiểu máu vi thể có thể có hoặc không có triệu chứng. Tiểu máu vi thể không triệu chứng được xác định khi soi cận lẳng nước tiểu có hơn 3 HC/QT40 trong ít nhất 2/3 mẫu nước tiểu tươi, giữa dòng, lấy đúng kỹ thuật (với phụ nữ thì không đang có kinh nguyệt). Tương tự như với tiểu máu đại thể, người thầy thuốc cần làm tổng phân tích nước tiểu 10 thông số và soi cận lẳng nước tiểu để xác định có tiểu máu thực sự.

2. Nếu thực sự tiểu máu, nguồn gốc tiểu máu là cầu thận hay ngoài cầu thận?

Điều quan trọng là cần phải chẩn đoán phân biệt tiểu máu có nguồn gốc từ cầu thận hay ngoài cầu thận. Có máu cục trong nước tiểu thường là tiểu máu có nguồn gốc ngoài cầu thận.

Bảng 2: chẩn đoán phân biệt tiểu máu cầu thận và ngoài cầu thận

Đặc điểm	Tiểu máu cầu thận	Tiểu máu ngoài cầu thận
Màu nước tiểu	Đỏ sậm, nâu, màu cô-la	Đỏ tươi
Máu cục	-	+
Tiểu Protein	+	-
Hình dạng hồng cầu	Hồng cầu biến dạng (đặc biệt hồng cầu hình nhẫn)	Hồng cầu đồng dạng
Tăng huyết áp	+	-
Phù	+	-
Triệu chứng đi tiểu	-	+
Đau lưng, đau hông	+	+
Chức năng thận	Giảm	Bình thường
Tiền căn gia đình	+	+
Chấn thương	-	+
Triệu chứng hô hấp trên	+	-
Sốt, ban	+	-

Soi cận lắng nước tiểu là cận lâm sàng giúp phân biệt tiểu máu cầu thận hay ngoài cầu thận (đã trình bày ở phần cận lâm sàng). Ngoài ra, tiểu protein đi kèm cũng giúp phân biệt tiểu máu cầu thận hay ngoài cầu thận (đã trình bày phần cận lâm sàng).

3. Các nguyên nhân của tiểu máu cầu thận và ngoài cầu thận là gì?

Các nguyên nhân của tiểu máu cầu thận và ngoài cầu thận đã được trình bày ở phần nguyên nhân tiểu máu. Tùy thuộc vào bệnh sử, tiền căn, lâm sàng mà người thầy thuốc sẽ thực hiện các cận lâm sàng cần thiết để xác định chẩn đoán.

4. Biến chứng của tiểu máu (cầu thận hay ngoài cầu thận) là gì?

Biến chứng của tiểu máu sẽ tùy thuộc vào nguyên nhân gây tiểu máu.

Ví dụ:

- ✓ Tiểu máu từ cầu thận: bệnh thận mạn tính
- ✓ Chấn thương: nếu máu mất nhiều có thể gây mất máu cấp, nếu nặng có thể gây choáng giảm thể tích
- ✓ Nhiễm trùng tiểu: nhiễm trùng huyết, hoại tử gai thận, viêm đài bể thận sinh hơi, viêm bàng quang sinh hơi, ...
- ✓ Sỏi thận: nhiễm trùng tiểu, tắc nghẽn hệ niệu, tổn thương thận cấp sau thận, bệnh thận mạn tính do tắc nghẽn

Sơ đồ tiếp cận bệnh nhân tiểu máu tham khảo xin xem bên dưới

KẾT LUẬN

Tiểu máu (đại thể hay vi thể) là vấn đề y khoa thường gặp. Tiếp cận chẩn đoán cần đúng và đủ để không bỏ sót chẩn đoán. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, tuy nhiên, vẫn có những trường hợp không tìm được nguyên nhân. Việc theo dõi bệnh nhân là quan trọng vì ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân.

Câu hỏi trắc nghiệm

Tài liệu tham khảo

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

1. Cận lâm sàng nào thường dùng để xác định tiểu máu?
 - a. Tổng phân tích nước tiểu (10TS)
 - b. Soi cặn lắng nước tiểu
 - c. Soi bàng quang
 - d. Cấy nước tiểu
2. Bệnh nhân tiểu máu đầu dòng có nguồn gốc tiểu máu ở đâu?
 - a. Thận
 - b. Niệu quản
 - c. Bàng quang
 - d. Niệu đạo
3. Bao nhiêu % bệnh nhân viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng có tiểu máu đại thể?
 - a. 30%
 - b. 50%
 - c. 70%
 - d. 90%
4. Tiểu máu có nguồn gốc từ cầu thận thì khi soi cặn lắng nước tiểu sẽ thấy?
 - a. Hồng cầu đồng dạng
 - b. Hồng cầu biến dạng trên 50%
 - c. Hồng cầu hình nhẵn (Acanthocyte) trên 5%
 - d. Hồng cầu hình gai
5. Nguyên nhân nào sau đây sẽ gây tiểu máu có nguồn gốc ngoài cầu thận?
 - a. Bệnh thận IgA
 - b. Bệnh thận màng đáy mỏng
 - c. Bệnh thận đa nang
 - d. Viêm thận lupus
6. Bệnh nhân nam, 26 tuổi, nhập vào khoa cấp cứu bệnh viện Bình Dân vì tiểu đỏ tươi toàn dòng. Cách nhập viện 30 phút, bệnh nhân đang chơi đá banh thì bị đá trúng vào vùng hố thắt lưng. Sau đó, bệnh nhân than đau nhiều vùng thắt lưng kèm tiểu đỏ tươi toàn dòng. Sinh hiệu: 90/50 mmHg, M 110 /ph. Khám: Tay chân lạnh, tim nhanh, thở nhanh, ấn đau vùng hố thắt lưng. Cận lâm sàng hợp lý nhất để chẩn đoán xác định và điều trị là cận lâm sàng nào sau đây?
 - a. CT scan bụng cản quang
 - b. Siêu âm bụng
 - c. Chụp KUB (thận – niệu quản – bàng quang)
 - d. Chụp hệ niệu cản quang
7. Bệnh nhân nữ, 42 tuổi, được chuyển đến BV Đại Học Y Dược vì tiểu máu đơn độc không triệu chứng. Tiền căn: chưa ghi nhận bất thường. Khám: sinh hiệu ổn, tim đều, phổi thô, bụng mềm. TPTNT 10TS ghi nhận Ery 80/ μ l, soi cặn lắng nước tiểu ghi nhận hồng cầu đồng dạng. Xét nghiệm cần làm tiếp theo cho bệnh nhân này là gì?
 - a. CT scan hệ niệu cản quang, cấy nước tiểu

- b. Soi bàng quang, cấy nước tiểu
- c. Siêu âm bụng, cấy nước tiểu
- d. Chụp hệ niệu cản quang, cấy nước tiểu

Trả lời cho câu 8 – 9 – 10

Bệnh nhân nam, 14 tuổi, đến khám vì tiểu đỏ tươi, kèm theo bệnh nhân có phù, tiểu ít khoảng 300ml/24 giờ. Sinh hiệu: HA 150/100 mmHg, M 80 l/ph. Tiền căn: 2 tuần trước đó, bệnh nhân có viêm họng. Khám ghi nhận: tim đều, phổi không ran, bụng mềm. Làm xét nghiệm TPTNT 10TS ghi nhận Ery 250/ μ l, soi cặn lắng nước tiểu ghi nhận có trụ hồng cầu.

- 8. Tiểu máu của bệnh nhân này có nguồn gốc từ đâu?
 - a. Tại cầu thận
 - b. Ngoài cầu thận
 - c. Vừa tại cầu thận vừa ngoài cầu thận
 - d. Không rõ vị trí, cần làm thêm xét nghiệm
- 9. Dựa vào các thông tin được cung cấp, bệnh nhân có khả năng cao nhất bị bệnh lý nào sau đây?
 - a. Viêm thận lupus
 - b. Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng
 - c. Hội chứng Henoch Scholein
 - d. Bệnh thận màng đáy mỏng
- 10. Cần làm thêm xét nghiệm nào để chẩn đoán xác định bệnh lý của bệnh nhân này?
 - a. ANA
 - b. Anti ds DNA
 - c. ASO
 - d. Sinh thiết thận

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. K. Skorecki, G.M. Chertow, P.A. Marsden, et al. Brenner & Rector's The Kidney, Elsevier, 10th ed., Vol. 1, pp. 754 – 779, 2016.
2. Châu Ngọc Hoa. Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản y học, tr. 387 – 402, 2012.
3. R.J. Jonhson, J. Feehally, J. Floege. Comprehensive Clinical Nephrology, Elsevier, 5th ed., Vol 1, 2015
4. R.J. Jonhson, J. Feehally, J. Floege. Comprehensive Clinical Nephrology, Elsevier, 5th ed., Vol 2, 2015
5. S. Cheng, A. Vijayan. The Washington Manual of Nephrology, Lippincott Williams & Wilkins, 3rd ed., pp. 73 – 85, 2012

