

# ĐAU HÔNG LƯNG/CƠN ĐAU QUẶN THẬN

TS.BS. Đỗ Anh Toàn  
PGS.TS. Ngô Xuân Thái  
ThS.BS. Nguyễn Ngọc Thái

## MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nhận biết và chẩn đoán được đau quặn thận và đau hông lưng.
2. Phân tích và chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân gây đau quặn thận và đau hông lưng.
3. Tiếp cận và xử lý cấp cứu cơn đau quặn thận.

## Tóm tắt:

Một vài bệnh lý nội khoa có thể gây đau vùng hông lưng và vì vậy khi chẩn đoán phân biệt cần phải xem xét một số bệnh lý hệ tiết niệu ảnh hưởng lên đường tiết niệu trên. Trong số đó, cơn đau quặn thận (được định nghĩa là cơn đau tạng khởi phát đột ngột và dữ dội do sự tăng áp lực đột ngột ở hệ thống đài bể thận và/hoặc bao thận giãn đột ngột) đóng vai trò quan trọng bởi vì sỏi thận là một hiện tượng rất thường gặp ở cả 2 giới cũng như là nguyên nhân chính của cơn đau quặn thận. Mục tiêu của bài này là hướng dẫn bác sĩ đa khoa qua những chẩn đoán phân biệt của đau hông lưng, bắt đầu từ việc cân nhắc kỹ lưỡng các **kiểu đau**, sau đó tới mô tả ngắn gọn của các biểu hiện lâm sàng có thể xảy ra, và cuối cùng sẽ đưa ra các sơ đồ trong việc quyết định chẩn đoán.

Bất kỳ bệnh nhân đau hông lưng cấp tính/đau quặn thận nào cũng phải thăm khám, mặc dù sỏi thận là một bệnh lý thường gặp, luôn phải cảnh giác loại trừ những bệnh thận (nhiễm khuẩn đường tiết niệu) hay bệnh ngoài thận (phình động mạch chủ...). Bệnh cần phải nhập viện với những bệnh nhân có cơn đau hông lưng cấp tính/cơn đau quặn thận có liên quan với một trong những yếu tố sau (người già hoặc có bệnh lý mạch máu đi kèm, sốt, có thai, vô niệu, đau một bên hông lưng trong trường hợp có **thận độc nhất**, và đau kéo dài sau khi sử dụng NSAID và các thuốc nhóm opioid đường tiêm bắp hay đường tĩnh mạch). Những bệnh nhân có bệnh sử đau hông lưng/đau quặn thận không có những biến chứng nói trên thì có thể điều trị triền miên.

**Từ khóa:** Cơn đau quặn thận, Đau hông lưng, Chẩn đoán phân biệt, Sỏi thận, Biến chứng, Nhiễm khuẩn đường tiết niệu, Điều trị.

## 1. Mở đầu

Con đau quặn thận được định nghĩa là cơn đau tạng khởi phát đột ngột và dữ dội do sự tăng áp lực đột ngột lên hệ thống đài - bể thận và/hoặc lên vỏ bao thận giãn đột ngột. Sỏi thận và sỏi niệu quản là nguyên nhân chính của cơn đau quặn thận.

Mục tiêu của chương này là giúp bác sĩ đa khoa chẩn đoán phân biệt đau hông lưng, bắt đầu từ việc đánh giá kỹ kiểu đau. Sau đó, qua việc mô tả các tình huống lâm sàng có thể xảy ra, và cuối cùng sẽ trình bày một số sơ đồ để đưa ra quyết định chẩn đoán.

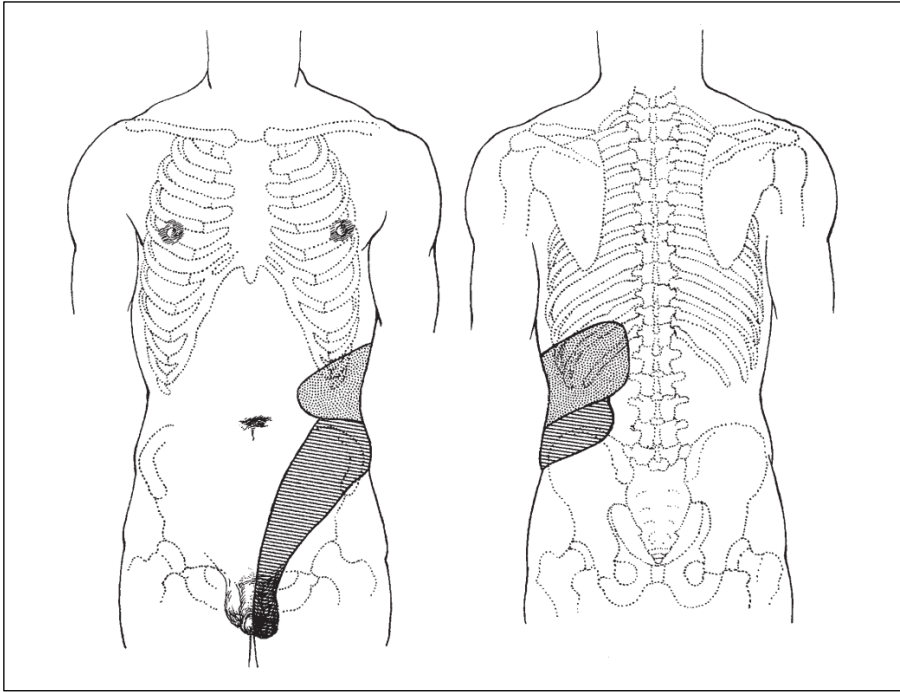
## 2. Kiểu đau của bệnh nhân là gì? “Cơn đau hông lưng” hay “Cơn đau quặn thận”?

Trong quá trình xác định nguyên nhân đau hông lưng đôi khi ta có thể gặp khó khăn trong việc xác định cơn đau có nguồn gốc từ tạng (đau do tạng giãn nở, VD: thận) hoặc đau do thân thể (phức mạc bị kích thích). Bảng 1.1 so sánh đặc điểm của cả hai loại đau để hướng dẫn đi đến chẩn đoán chính xác.

Một trong những thể thường gặp nhất của đau hông lưng có nguồn gốc từ thận là cơn đau quặn thận. *Cơn đau quặn thận* là cơn đau hông lưng cấp tính, là một loại đau tạng điển hình do bao thận bị kích thích do sự giãn nở đột ngột của bao thận hoặc hệ thống thu thập nước tiểu (đài - bể thận). Nguyên nhân thường gặp nhất là do bế tắc dòng chảy của nước tiểu do sỏi ở bất kỳ mức nào dọc theo đường tiết niệu. Thường trong trường hợp này sẽ thể hiện triệu chứng đau hông lưng có cường độ dữ dội, khởi phát đột ngột và có khuynh hướng đau từng đợt. Cơn đau có thể lan ra phía trước về phía hạ sườn (do đó, đôi khi ta có thể khó phân biệt cơn đau quặn thận với cơn đau bụng thể tạng) hoặc đau lan ra phía trước và hướng xuống dưới về hố chậu (đôi khi cơn đau này có thể làm nhầm lẫn với cơn đau bụng cấp do phức mạc bị kích thích), hoặc cơn đau lan về hướng vùng bẹn hoặc về hướng cơ quan sinh dục ngoài (tinh hoàn ở bệnh nhân nam hoặc về hướng âm hộ hoặc môi lớn ở bệnh nhân nữ (hình 1). Thỉnh thoảng thì buồn nôn và nôn ói có thể làm xấu đi tiến trình lâm sàng của cơn đau quặn thận. Sỏi tại khúc nối niệu quản-bàng quang (ureterovesical junction) có thể gây ra triệu chứng tiểu khó, tiểu đau buốt và tiểu nhiều lần.

Bác sĩ có thể đánh giá được vị trí của sỏi niệu quản bằng cách khai thác đặc điểm cơn đau và vị trí đau qui chiếu. Nếu **sỏi nằm ở niệu quản trên** thì cơn đau sẽ lan xuống tinh hoàn vì thần kinh chi phối của cơ quan này tương tự của thận và niệu quản trên (T11-12). Với **sỏi nằm niệu quản giữa bên phải**, cơn đau ở điểm McBurney và do đó có thể giống với bệnh

cảnh viêm ruột thừa; ở phía bên trái, có thể giống với bệnh cảnh viêm túi thừa hoặc các bệnh khác của đại tràng xuống hoặc đại tràng xích ma (T12-L1). Khi sỏi tiến gần bàng quang, sự viêm và phù nề của lỗ niệu quản và các triệu chứng kích thích bàng quang như tiểu gấp, tiểu nhiều lần có thể xảy ra [5].



**Hình 1: Đau qui chiếu (referred pain) từ thận (vùng chấm) và niệu quản (vùng gạch chéo)**  
(Nguồn: Jack McAninch (2018), “Symptoms of disorders of the genitourinary tract”, *Smith & Tanagho’s General Urology*, Lange Medical Books/McGraw Hill, New York, pp. 31-40.[5])

**Bảng 1.1 So sánh đặc điểm giữa hai kiểu đau chính: đau tạng và đau thân thể**

Kiểu đau	Cơ quan bị ảnh hưởng	Nguyên nhân	Đặc điểm cơn đau	Thể trạng bệnh nhân
<b>Đau tạng</b>	Bất kỳ nhu mô tạng đặc (thận) hay tạng rỗng nào (ruột, túi mật)	Tạng phình to hay co giãn	Từng cơn, đau thắt, khó khu trú	Bệnh nhân luôn đứng ngồi không yên vì không tìm được vị trí phù hợp để giảm đau
<b>Đau thân thể</b>	Thành bụng, khoang phúc mạc hoặc khoang sau phúc mạc	Kích thích phúc mạc	Liên tục, như dao đâm, khu trú hơn	Bệnh nhân nằm yên, Bất động (bất kỳ cử động nào cũng làm tăng cơn đau)

Nếu đau hông lưng không phải do cơn đau quặn thận gây ra, thường có đặc điểm đau âm ỉ, liên tục, cường độ vừa phải so với cơn đau quặn thận và thường không có các triệu chứng khác đi kèm. Có thể miêu tả cơn đau là một cảm giác “nặng bụng” hoặc cảm giác “ngứa” liên tục. Các nguyên nhân gây đau: do thận, hoặc do những bệnh lý khác (bao gồm đau thân thể có nguồn gốc cột sống thắt lưng do viêm rễ thần kinh).

### **3. Điều gì gây ra cơn đau hông lưng hay cơn đau quặn thận? Hãy chẩn đoán phân biệt**

Cơn đau quặn thận không phải lúc nào cũng đồng nghĩa với sỏi, điều này cũng tương tự với việc đau vùng hông lưng không phải lúc nào cũng do bệnh lý thận gây ra.

Nên ghi nhớ rằng:

- Một vài bệnh lý tiết niệu trên ngoài sỏi thận cũng có thể gây ra cơn đau quặn thận hoặc đau vùng hông lưng.
- Một vài bệnh lý ngoài thận nghiêm trọng có thể có triệu chứng giống với cơn đau quặn thận, và do đó cần được xác định càng sớm càng tốt.

Bảng 1.2 mô tả những bệnh lý ảnh hưởng tới đường tiết niệu trên hoặc tới thận, và bảng 1.3 liệt kê những bệnh lý ngoài hệ tiết niệu thường gặp nhất có triệu chứng đau hông lưng hoặc những triệu chứng gần giống với cơn đau quặn thận. Trong bảng này cũng cung cấp một vài gợi ý liên quan tới bệnh sử, triệu chứng cơ năng hoặc thực thể, các kết quả trên que thử nhanh nước tiểu (có thể dễ dàng được trang bị trong một phòng khám đa khoa) để giúp chẩn đoán phân biệt ban đầu.

### **4. Điều trị đau hông lưng/cơn đau quặn thận dưới góc nhìn của bác sĩ đa khoa**

Về cơ bản, người bác sĩ đa khoa khi thăm khám bệnh nhân đau hông lưng có thể đối diện với hai tình huống lâm sàng chính sau đây:

Bệnh nhân đi khám cần sự giúp đỡ vì quá đau do đau hông lưng cấp tính, điều này cũng có thể gợi ý tới cơn đau quặn thận. Tình huống lâm sàng này sẽ được đề cập tới trong Sơ đồ 1.1.

Một tình huống thường gặp trên bệnh nhân không có triệu chứng đi khám với bệnh sử có cơn đau hông lưng cấp/cơn đau quặn thận gần đây. Sơ đồ 1.2 sẽ đề cập tới cách xử trí tình huống lâm sàng này.

**Bảng 1.2 Những bệnh lý đường tiết niệu trên thường thể hiện triệu chứng cơn đau quặn thận (mặc dù đôi khi chúng chỉ gây đau hông lưng)**

<b>Bệnh lý</b>	<b>Tiền căn</b>	<b>Triệu chứng cơ năng và thực thể</b>
<b>Sỏi thận</b>	Tiền căn sỏi thận	Bệnh nhân đau nhiều hơn khi khám bằng hai tay <sup>a</sup> , Tiểu máu vi thể trên que thử nước tiểu nhanh
<b>Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản</b>	Tiền căn bất thường tiết niệu trên, có thể xuất hiện cơn đau sau khi uống nhiều nước	Bệnh nhân đau nhiều hơn khi khám bằng hai tay, Kết quả que thử nước tiểu nhanh bình thường
<b>Viêm thận - bể thận</b>	Nhiễm khuẩn từ đường tiết niệu tái phát hoặc từ đường máu	Đau hông lưng âm ỉ hoặc đau quặn thận, kèm sốt, lạnh run, buồn nôn, nôn. Có thể kèm triệu chứng đường tiết niệu dưới: đau trên xương mu đi kèm với tiểu gắt buốt, tiểu nhiều lần, tiểu gấp.
<b>Áp-xe thận</b>	Bệnh nhân đái tháo đường có nguy cơ cao, nghi ngờ áp-xe thận trên bất kỳ bệnh nhân viêm thận - bể thận nào không cải thiện sau điều trị kháng sinh	Bệnh nhân thường sốt và ớn lạnh, có thể sờ chạm thấy một khối trên lâm sàng. Đôi khi âm phế bào của bệnh nhân giảm cùng bên với thận áp-xe do cơ hoành bị kích thích. Thường phát hiện tiểu mủ trên que thử nước tiểu nhanh.
<b>Hoại tử gai thận<sup>b</sup></b>	Giới nữ, đái tháo đường, lạm dụng thuốc giảm đau	Bệnh nhân đau nhiều hơn khi khám bằng hai tay, bệnh nhân sốt và ớn lạnh, tiểu máu vi thể trên que thử nước tiểu nhanh
<b>Huyết khối trong thận</b>	Bệnh nhân đã thực hiện một số thủ thuật chẩn đoán hoặc được phẫu thuật trên thận gần đây (sinh thiết thận, phẫu thuật cắt thận một phần)	Tiểu máu
<b>Nhồi máu thận cấp</b>	Bệnh nhân trên 50 tuổi, có tiền căn bị thuyên tắc do huyết khối, rung nhĩ mạn tính	Đau hông lưng một bên, cơn đau giống cơn đau quặn thận, tiểu máu và tiểu đạm trên que thử nước tiểu nhanh

<sup>a</sup>Khám thận bằng hai tay cho phép thăm khám thận thông qua việc nâng mô mềm nằm bên dưới góc sườn hoành bằng một bàn tay đặt ở phía sau trong khi bàn tay trước ấn lên vùng bụng. Phương pháp khám này có thể hữu ích trong việc xác định sự hiện diện của thận to (kidney mass) (thường không sờ chạm thấy thận bình thường) và phân biệt xem đau có xuất phát từ thận hay không.

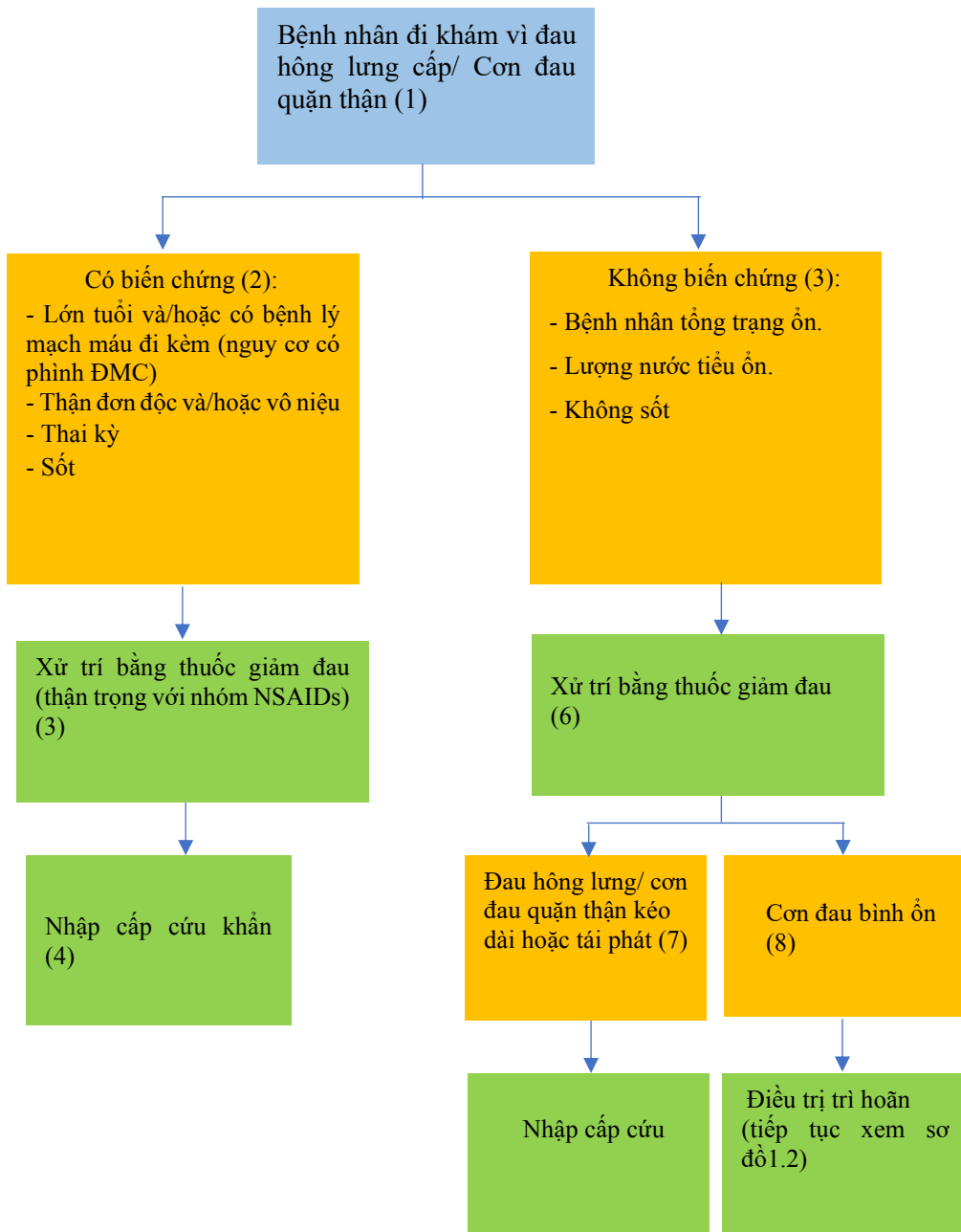
<sup>b</sup>Bé tắc niệu quản cấp có thể do nguyên nhân hoại tử gai thận do thiếu máu nuôi, quá trình này sẽ dẫn tới hoại tử đông tụ vùng thấp tủy thận.

**Bảng 1.3 Một số bệnh lý ngoài thận có thể biểu hiện đau hông lưng và triệu chứng đôi khi gần giống cơn đau quặn thận**

Bệnh lý	Tiền căn	Triệu chứng cơ năng và thực thể giúp phân biệt
<b>Phình động mạch chủ<sup>a</sup></b>	Yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch, bệnh nhân lớn tuổi.	Mạch đập bất thường vùng quanh rốn (mesogastric).
<b>Đau do cơ</b>	Mang vác nặng hay co gập lưng nhiều lần khi làm việc.	Cảm giác khó chịu, đau âm ỉ ở vùng cột sống ngực-thắt lưng. Thường đau khi khám vùng bị ảnh hưởng.
<b>Viêm rễ thần kinh</b> (tổn thương rễ thần kinh đốt sống ngực thấp hoặc đốt sống thắt lưng)	Hầu hết bệnh nhân là nữ. Yếu tố nguy cơ là tiền căn gãy xương sườn, viêm khớp, hoặc đã từng phẫu thuật thận.	Khi cơn đau ảnh hưởng tới xương sườn thứ 10, 11 hoặc 12, cảm giác khó chịu này có thể tương tự với phân bố của cơn đau quặn thận, nhưng bệnh nhân thường mô tả cơn đau nhói, hoặc như dao đâm. Di chuyển làm đau nhiều hơn.
<b>Viêm màng phổi và viêm phổi</b>	Triệu chứng đường hô hấp hoặc có cơn đau không điển hình có thể ảnh hưởng tới ngực.	Đau nhói như dao đâm ở vùng cột sống ngực-thắt lưng, có thể giống với cơn đau quặn thận.
<b>Cơn đau quặn mật</b>	Tiền căn sỏi mật	Vị trí đau ở hạ sườn phải, lan ra vùng giữa hai xương bả vai; Dấu Murphy.
<b>Viêm ruột thừa cấp</b>		Dấu hiệu kích thích phúc mạc (peritonism) (không bao giờ xuất hiện đối với cơn đau quặn thận. Bệnh nhân nằm ngửa, bất động để tránh bị đau nhiều hơn.
<b>Thai ngoài tử cung<sup>b</sup></b>	Phụ nữ trẻ, chậm kinh hoặc không thấy kinh.	Xét nghiệm thai dương tính, chảy máu âm đạo.
<b>Viêm tụy cấp</b>	Lạm dụng rượu	Đau thượng vị
<b>Herpes zoster</b>	—	Cơn đau thường được mô tả có cảm giác nóng (cường độ đau từ trung bình tới nặng), khu trú theo một dải băng rất giới hạn, có giới hạn rõ quanh vùng hông, phân bố theo dermatome. Thường đau trước khi nổi mụn nước.

<sup>a</sup>Gần 10% số ca, phình động mạch chủ bụng bị chẩn đoán nhầm thành cơn đau quặn thận.

<sup>b</sup>Thai ngoài tử cung xảy ra khi trứng thụ tinh làm tổ bên ngoài tử cung. Hiện tượng này thường xảy ra ở vòi trứng, nhưng một số trường hợp hiếm có thể làm tổ ở buồng trứng. Cơn đau thường hiện diện ở hố chậu trái, đôi khi sẽ lan qua vùng hông và do đó có tính chất tương tự với cơn đau quặn thận.



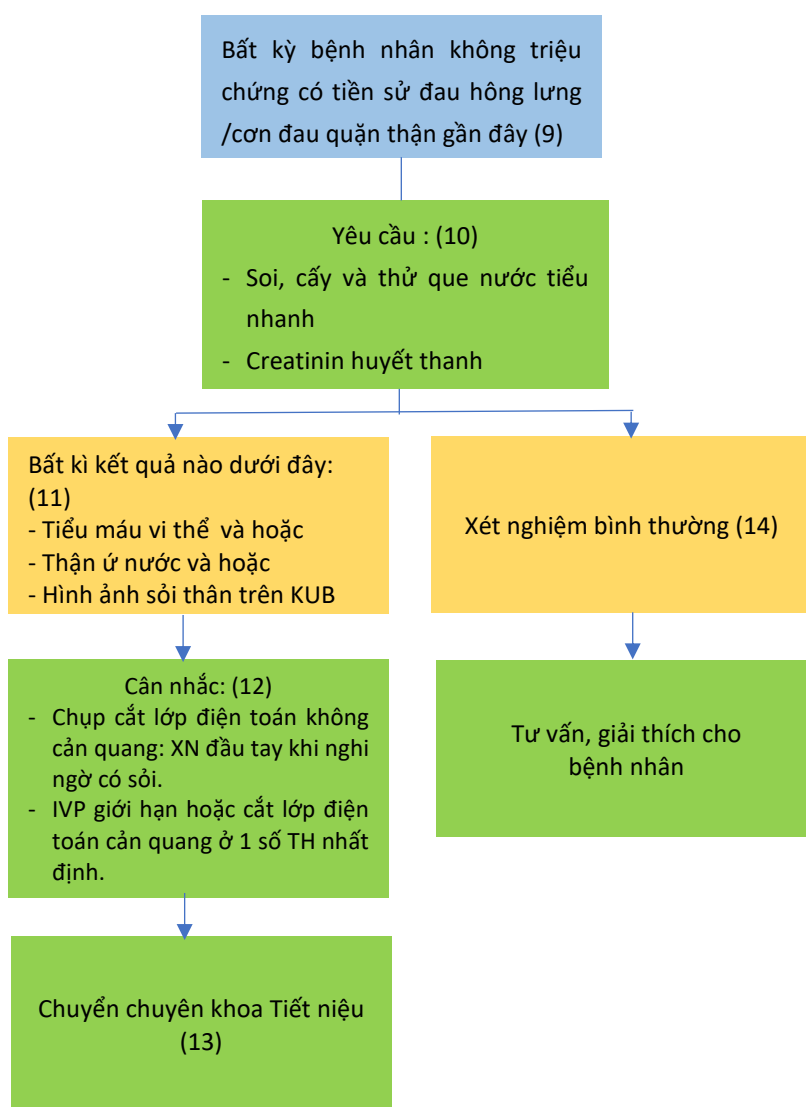
**Sơ đồ 1.1 Bệnh nhân nhập viện vì đau hông lưng/con đau quận thận**



## Bình luận về Sơ đồ 1.1

1. Quyết định lâm sàng quan trọng nhất khi tiếp cận một bệnh nhân đau hông lưng cấp tính gợi ý tới cơn đau quặn thận là cơn đau này là bệnh lý đã có biến chứng hay chưa. Bệnh sử và thăm khám bệnh nhân ngắn gọn sẽ cho phép người bác sĩ đa khoa phân biệt những bệnh lý nặng đi kèm biến chứng cần phải được chuyển tới khoa cấp cứu khẩn với những bệnh lý chỉ cần điều trị bảo tồn.
2. Những triệu chứng gợi ý cơn đau quặn thận cần phải được xem là “biến chứng/nặng” khi có tương quan với ít nhất một trong những bệnh cảnh lâm sàng dưới đây:
  - Tuổi già hay có bệnh lý mạch máu đi kèm, vì nguy cơ vỡ phình động mạch chủ cao.
  - Sốt, gợi ý nhiều tới nhiễm khuẩn đường tiết niệu (viêm thận - bể thận hay sỏi thận nhiễm khuẩn), một bệnh lý mang nhiều nguy cơ gây nhiễm khuẩn huyết từ đường tiết niệu.
  - Đau hông lưng/Cơn đau quặn thận ở cùng bên với thận đơn độc: một viên sỏi trong đường tiết niệu trên duy nhất có thể gây bế tắc dòng chảy nước tiểu và dẫn tới thiếu niệu hoặc vô niệu. Lượng nước tiểu ít hay không có nước tiểu ở cả 2 thận có thể gợi ý bệnh nhân có sự hiện diện của sỏi niệu quản 2 bên.
  - Thai kỳ: đau vùng hông lưng trên phụ nữ mang thai có thể do thai nhi chèn ép lên niệu quản, tuy vậy, luôn chú ý tới khả năng nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc sỏi thận.
3. Điều đầu tiên cần làm trên bệnh nhân đau quặn thận có biến chứng là giảm đau bằng thuốc giảm đau. Hai nhóm thuốc chính được dùng để giảm đau vùng hông lưng/đau quặn thận cường độ trung bình tới nặng: nhóm thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) và nhóm opioid. Các loại thuốc và liều lượng thường xuyên được sử dụng được trình bày trong Bảng 1.4. Đối với NSAID, nên thận trọng trên những bệnh nhân có chức năng thận suy giảm (nhóm thuốc này có thể làm xấu đi chức năng thận thông qua cơ chế co động mạch thận). Trong những trường hợp này, nhóm opioid là một lựa chọn điều trị an toàn hơn. Trong thai kỳ thì có thể sử dụng paracetamol an toàn, trong khi đó nhóm opioid là lựa chọn thứ hai nếu như cơn đau kéo dài dai dẳng vì NSAID bị chống chỉ định trong thai kỳ. Không có bằng chứng đối với liệu pháp chống co thắt trên bệnh nhân đau quặn thận.





## Sơ đồ 1.2 Bệnh nhân không có triệu chứng với bệnh sử có đau hông lưng cấp/cơn đau quặn thận gần đây

4. Sau khi sử dụng thuốc giảm đau phù hợp, bệnh nhân đau quặn thận có biến chứng cần được chuyển khẩn tới khoa cấp cứu.
5. Một bệnh nhân nhập viện vì quá đau với những triệu chứng gợi ý tới cơn đau quặn thận, nhưng với bệnh cảnh lâm sàng tốt (không có các bệnh lý mạch máu đi kèm đáng chú ý), không sốt và được cho là có lượng nước tiểu bình thường, bệnh nhân này được xem là đang có cơn đau quặn thận “không biến chứng”.

**Bảng 1.4** Thuốc giảm đau có thể sử dụng trên bệnh nhân đau hông lưng/cơn đau quặn thận

Nhóm thuốc giảm đau	Dược chất	Đường dùng và liều dùng
<b>Thuốc kháng viêm không steroid</b>	Ketorolac	TB hoặc tiêm TM, 30 - 60mg, có thể lặp lại 15 mg mỗi 6h Đường uống, 10 mg mỗi 4–6 h
	Diclofenac	TB, 75 mg Đường uống, có thể uống 50mg (2 - 3 lần mỗi ngày)
<b>Opioids</b>	Meperidine	TB, 1 mg/Kg, có thể lặp lại mỗi 4h
	Morphine sulfate	TM hoặc TB, 0.1 mg/Kg, có thể lặp lại mỗi 4h

TM: tĩnh mạch, TB: tiêm bắp

6. Truyền NSAID hay opioids đường tiêm bắp hoặc đường tĩnh mạch (Bảng 1.4) là điều trị đầu tay. Khi không có các chống chỉ định, NSAID có thể là lựa chọn đầu tiên, và opioids có thể là lựa chọn điều trị hàng thứ hai nếu như cơn đau vẫn còn dai dẳng. Trong giai đoạn cấp tính của cơn đau, không nên uống nhiều nước vì điều này có thể làm cơn đau nặng hơn nếu như nguyên nhân đau là do sỏi niệu quản. Thêm vào đó, không có bằng chứng cho thấy rằng uống nhiều nước có ích trong việc tống xuất viên sỏi.
7. Những bệnh nhân vẫn còn đau dữ dội và dai dẳng sau khi sử dụng NSAID và opioids nên được chuyển tới khoa cấp cứu.
8. Sau khi truyền thuốc giảm đau, nếu cơn đau bình ổn và không tái phát thì bệnh nhân có thể được xử trí theo như sơ đồ 1.2

### **Bình luận về Sơ đồ 1.2**

9. Bất kỳ bệnh nhân nào với bệnh sử đau hông lưng cấp tính hoặc có những triệu chứng gợi ý tới cơn đau quặn thận cần được khảo sát kỹ lưỡng hơn nữa. Sơ đồ này được đề nghị nhằm hướng dẫn người bác sĩ đa khoa qua những xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán ở mức tối thiểu để có thể tối ưu hóa việc chuyển chuyên khoa.
10. Tất cả những bệnh nhân sau đây nên được thực hiện những khảo sát như sau:
  - Sử dụng que thử nước tiểu nhanh tại phòng khám hoặc làm các xét nghiệm cận lâm sàng nước tiểu tại phòng xét nghiệm.

- Siêu âm (SÂ): nếu bệnh sử gợi ý nhiều cơn đau quặn thận, có thể giới hạn SÂ tại hệ tiết niệu (thận và bàng quang); nên thực hiện SÂ bụng toàn bộ khi cần loại trừ những nguyên nhân đau hông lưng khác (cơn đau quặn mật, phình động mạch chủ, viêm tụy cấp, vv.). SÂ an toàn, có thể thực hiện nhiều lần, giá rẻ, giúp xác định sỏi trong đài thận, khúc nối bể thận-niệu quản và niệu quản-bàng quang... SÂ có độ nhạy 45% và độ đặc hiệu 94% trong việc phát hiện sỏi niệu quản và độ nhạy 45% và độ đặc hiệu 88% đối với sỏi thận [9].



**Hình 2: Hình ảnh “bóng lưng” của sỏi thận trên siêu âm**

(Nguồn: John Raynard, Simon Brewster, Suzanne Biers (2013), The Oxford Handbook of Urology Third edition, Oxford University Press, UK [7])



**Hình 3: Thận ứ nước. Nước tiểu trong đài thận giãn có màu đen (giảm âm)**

(Nguồn: John Raynard, Simon Brewster, Suzanne Biers (2013), The Oxford Handbook of Urology Third edition, Oxford University Press, UK [7])

- X quang hệ niệu không sửa soạn (thận, niệu quản, và bàng quang) (KUB) là một xét nghiệm đầu tay khác vì xét nghiệm này rẻ tiền, cũng như hạn chế phơi nhiễm tia X lên bệnh nhân. Độ nhạy và độ đặc hiệu của KUB là 44-77%. KUB rất hữu ích trong việc phân biệt sỏi cản quang và sỏi không cản quang (như sỏi acid uric) nên thường được sử dụng để so sánh trong quá trình theo dõi [8]. Tuy nhiên, khi kết hợp siêu âm và phim KUB, có thể phát hiện tới 80% số trường hợp sỏi hệ tiết niệu.



**Hình 4: Hình ảnh sỏi thận trên phim KUB**

(Nguồn: John Raynard, Simon Brewster, Suzanne Biers (2013), The Oxford Handbook of Urology Third edition, Oxford University Press, UK [7])



### **Hình 5: Sỏi niệu quản trái trên phim KUB**

(Nguồn: John Raynard, Simon Brewster, Suzanne Biers (2013), *The Oxford Handbook of Urology* Third edition, Oxford University Press, UK [7])

11. Cần thực hiện thêm những xét nghiệm khác khi có kết quả bất thường trong những xét nghiệm nêu trên: tiểu máu vi thể trong xét nghiệm cặn lắng nước tiểu; thận ứ nước trên siêu âm (có hoặc không có bằng chứng của sự hiện diện của sỏi); nghi ngờ có sỏi hệ tiết niệu trên phim KUB. Mặt khác, người bác sĩ đa khoa cũng có thể quyết định chuyển bệnh nhân tới bác sĩ chuyên khoa Tiết niệu ngay lập tức.
12. Hiện nay, phương pháp phát hiện sỏi thận trên hệ tiết niệu chính xác nhất là chụp cắt lớp điện toán không tiêm cản quang (CT scan). Chụp cắt lớp điện toán không cản quang đã trở thành tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán đau hông lưng cấp tính và đã thay thế được chụp X quang hệ tiết niệu tiêm tĩnh mạch (IVP). Chụp chụp cắt lớp điện toán không cản quang giúp xác định kích thước, mật độ, cấu trúc bên trong của sỏi, khoảng cách từ da đến sỏi và giải phẫu xung quanh; tất cả những yếu tố này đều ảnh hưởng đến việc lựa chọn phương pháp điều trị [6]. Khi đánh giá bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnh sỏi tiết niệu, chụp cắt lớp điện toán không cản quang chính xác hơn đáng kể so với chụp X quang hệ tiết niệu tiêm tĩnh mạch. Khi không có chụp cắt lớp điện toán không tiêm cản quang, chụp X quang hệ tiết niệu tiêm tĩnh mạch là những xét nghiệm thay thế hợp lý.



**Hình 6: Hình ảnh sỏi niệu quản trên chụp cắt lớp điện toán không tiêm cản quang**

(Nguồn: John Raynard, Simon Brewster, Suzanne Biers (2013), *The Oxford Handbook of Urology* Third edition, Oxford University Press, UK [7])

13. Bất kể kết quả của chụp cắt lớp điện toán không tiêm cản quang hay có tiêm cản quang, những bệnh nhân có bệnh sử đau hông lưng cấp tính/con đau quặn thận, hoặc phát hiện tiểu máu vi thể hoặc thận ứ nước hoặc sỏi hệ tiết niệu cần phải chuyển tới chuyên khoa Tiết niệu.
14. Khi kết quả que thử nhanh nước tiểu, siêu âm, và phim KUB bình thường, thường không nhất thiết phải chuyển sang cho bác sĩ Tiết niệu và bệnh nhân có thể an tâm.

## 5. Kết luận

Bất kỳ bệnh nhân với cơn đau hông lưng cấp tính/đau quặn thận cần phải được khảo sát với lưu ý rằng mặc dù sỏi thận có thể là nguyên nhân gây đau, cần phải loại trừ những bệnh lý tại thận (nhiễm khuẩn đường tiết niệu) hay những bệnh lý ngoài thận (phình động mạch chủ). Một số yếu tố có thể dẫn dắt sự lựa chọn của người bác sĩ đa khoa giữa một trường hợp cần chuyển viện khẩn cấp và một trường hợp có thể ban đầu điều trị nội khoa, bao gồm các triệu chứng cơ năng và thực thể của cơn đau quặn thận có biến chứng cũng như đáp ứng với thuốc giảm đau hay không.

Đau hông lưng cấp/cơn đau quặn thận có thể có liên quan với những yếu tố sau: bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh lý mạch máu đi kèm, sốt, mang thai, vô niệu, đau cùng bên với thận đơn độc, đau dai dẳng sau khi sử dụng NSAID hoặc opioid đường tiêm bắp hoặc đường tĩnh mạch cần phải được chuyển viện khẩn.

Có thể điều trị bảo tồn những bệnh nhân không có triệu chứng có tiền sử đau hông lưng/cơn đau quặn thận mà không có sự hiện diện của những yếu tố nói trên. Nên thực hiện cận lâm sàng chẩn đoán tối thiểu với que thử nước tiểu, siêu âm bụng và phim KUB; nếu kết quả bất thường thì sẽ chuyển chuyên khoa Tiết niệu.



## Tài liệu tham khảo

1. Department of Health, Government of Western Australia. Diagnostic imaging pathways. 2011.
2. [www.imagingpathways.health.wa.gov.au](http://www.imagingpathways.health.wa.gov.au). Last accessed 10 July 2012.
3. Heindereich A, Desgrandschamp F, Terrier F. Modern approach of diagnosis and management of acute flank pain: review of all imaging modalities. *Eur Urol*. 2002;41:351–62.
4. Kallidonis P, Liourdi D, Liatsikos E. Medical treatment for renal colic and stone expulsion. *Eur Urol Suppl*. 2011;10:415–22.
5. Jack McAninch (2018), “Symptoms of disorders of the genitourinary tract”, *Smith & Tanagho’s General Urology*, Lange Medical Books/McGraw Hill, New York, pp. 31-40.
6. Wu, D.S., et al (2000). Indinavir urolithiasis. *Curr Opin Urol*, 2000. 10: 557.
7. John Raynard, Simon Brewster, Suzanne Biers (2013), *The Oxford Handbook of Urology* Third edition, Oxford University Press, UK
8. Heidenreich, A., et al. Modern approach of diagnosis and management of acute flank pain: review of all imaging modalities. *Eur Urol*, 2002. 41: 351.
9. Smith-Bindman, R., et al. Ultrasonography versus computed tomography for suspected nephrolithiasis. *N Engl J Med*, 2014. 371: 1100
10. Gontero, Paolo, M.D. et al (2013), *Flank Pain/Renal Colic, Problem Based Urology*, Springer-Verlag, London.
11. Ngô Xuân Thái (2004), *Triệu chứng học cơ quan Tiết niệu, Ngoại khoa cơ sở: Triệu chứng học Ngoại khoa*, Nguyễn Đình Hối chủ biên, Nhà xuất bản Y học. trang 163-170.