

NGUYỄN VĂN BA

BỆNH THẬN &



THỰC ĐƠN PHÒNG CHỮA TRỊ!



Tủ sách
Y HỌC VÀ CHĂM SÓC
SỨC KHOẺ GIA ĐÌNH



NHÀ XUẤT BẢN THANH NIÊN

BỆNH THẬN
&
THỰC ĐƠN
PHÒNG CHỮA TRỊ

NGUYỄN VĂN BA (biên soạn)

BỆNH THẬN
&
THỰC ĐƠN
PHÒNG CHỮA TRỊ

NHÀ XUẤT BẢN THANH NIÊN

PHẦN I

MỘT SỐ LOẠI BỆNH THẬN THƯỜNG GẶP

BỆNH SỎI THẬN

Bệnh sỏi thận (sạn thận) biểu hiện bằng đi tiểu ra máu và khuynh hướng dễ bị nhiễm trùng đường tiểu cùng với đau phía sau lưng, ở một bên sườn trên đường di chuyển của hòn sỏi. Bệnh thận có thể bị tiểu ít (thiểu niệu) và suy thận cấp nếu như sỏi gây tắc cả hai bên.

Chẩn đoán

Bệnh thận có thể phát hiện nhờ chụp X-quang.

Trong các loại sỏi thì sỏi canxi chiếm khoảng 80% thành phần gồm canxi oxalate và phosphate. Bệnh nhân thường bị chứng nước tiểu nhiều canxi có thể là tự phát (không chịu tác động một bệnh khác) cũng có thể là thứ phát do một bệnh nào đó. Sỏi canxi cũng có thể do canxi lắng đọng xung quanh một nhân axit uric trên một bệnh nhân bị chứng tiểu nhiều axit uric mà không tiểu nhiều canxi.

Các nguyên nhân tạo sỏi canxi khác nhau bao gồm:

- Chứng tiểu nhiều oxalate (nhất là những người bị bệnh viêm đường ruột).
- Bệnh nhiễm toan tiểu quản thận đơn ngoại vi.

- Bệnh thận xấp vùng tuỷ.

Chứng tiểu nhiều calcium: Nếu lượng calcium nhập vào cơ thể bình thường ở mức 800-1000mg/ngày, mà tiểu ra quá 4mg/kg cân nặng ngày thì coi tiểu nhiều calcium. Nguyên nhân, có thể do rối loạn hấp thụ calcium ở dạ dày - ruột, suy giảm khả năng hấp thụ calcium ở tiểu quản thận, tiêu xương quá mức trong chứng cường cận giáp tiên phát.

Điều trị bảo tồn bằng cách hạn chế nhập calcium vào cơ thể, sao cho ở mức dưới 800mg ngày và hạn chế nhập protein dưới 1g/kg cân nặng/ngày, thường xuyên uống nhiều nước. Hạn chế calcium quá mức có thể gây phản tác dụng do tăng bài tiết oxalate qua nước tiểu và nguy cơ làm mất chất khoáng ở xương. Tránh dùng quá nhiều muối (trên 10g muối/ngày) và nên hạn chế dùng muối dưới 6g/ngày. Nếu việc điều tiết ăn uống như thế mà vẫn không hiệu quả thì có thể dùng thêm thuốc lợi tiểu loại Thiazide (ví dụ uống Hydrochlorothiazide: 25-50mg/ngày) nhằm làm cho thận tăng hấp thụ calcium. Nếu dùng thuốc lợi tiểu thì bệnh nhân cần được theo dõi cân thận để đảm bảo là lượng calcium bài tiết qua nước tiểu giảm mà không gây những biến loạn các chất trong máu.

- Chứng cường tuyến cận giáp trạng điều trị bằng mổ cắt tuyến cận giáp.

- Chứng tiểu nhiều oxalate: Khi tiểu quá 0.7mg oxalate/kg cân nặng/ngày thì gọi là tiểu nhiều oxalate. Những bệnh nhân có rối loạn hấp thụ ở ruột non do bệnh lý nội tại của ruột non thì sẽ hấp thụ quá nhiều oxalate do sau mổ cắt đoạn ruột, hoặc do mổ nối thông hồi tràng - ruột non, thì sẽ hấp thụ quá

nhiều oxalate gây nên chứng tiểu nhiều oxalate. Nên sử dụng chế độ ăn hạn chế oxalate và dùng thêm (uống) calcium và cholestyramine.

- Chứng tiểu ít citrate: citrate là chất ức chế của calcium oxalate. Chứng tiểu ít citrate thường thấy ở bệnh nhân sỏi thận dạng sỏi calcium. Điều trị bằng cách uống Citrate Kali 20 mEq 3 lần/ngày.

Sỏi acid uric thường do cơ thể sản sinh quá nhiều acid uric (bình thường tiểu ra acid uric không quá 11mg/kg cân nặng/ngày) do tiểu ít và do toan hóa nước tiểu kéo dài. Cần dùng thuốc để cho pH của cơ thể khoảng 6.5-7 (ví dụ uống Shohl 20ml 2-3 lần ngày). Nếu vẫn không hiệu quả thì uống Allopurinol 300mg/ngày. Tránh dùng Pribenecid và các thuốc acid uric khác.

Sỏi cystine do rối loạn di truyền trong cơ chế vận chuyển cystine và dibasic amino acid ở thận. Sỏi này thường có ở khoảng độ tuổi 20 hoặc 30. Khi sỏi hiển vi nước tiểu, các tinh thể cystine có hình lục lăng 6 cạnh. Giới hạn hòa tan của cystine là 250mg/l, mục tiêu điều trị là giảm nồng độ đo cystine trong nước tiểu xuống dưới mức đó. Cần phải tiểu hơn 3l ngày, và dùng các thuốc giúp ổn định pH của nước tiểu (thuốc Shohl uống 30ml/4 lần/ngày). Nếu vẫn không có hiệu quả thì cân nhắc dùng D-Penicillamine (uống 1-2g/ngày) hoặc Tiopronin nhưng nên nhớ rằng các thuốc này có tác dụng phụ (độc thận, dị ứng, rối loạn máu).

Sỏi san hô (sỏi kiểu sừng hươu nai) xuất hiện khi độ pH trong nước tiểu tăng cao, phản ánh khả năng nhiễm trùng do các vi khuẩn có khả năng phân tách Urê. Cần lấy bỏ viên sỏi đã nhiễm khuẩn và dùng kháng sinh.

Điều trị sỏi thận bằng các bài thuốc y học cổ truyền

Bài 1: Chuối hột

Có hai cách:

- Lá chuối hột đem sao vàng, hạ thổ, rồi sắc lên uống hàng ngày thay nước trà.

- Hạt quả chuối hột 100g + hạt bo bo 100g + yếm mùa 100g, cả 3 thứ rang vàng, tán nhỏ thành bột, ngày 2 lần, mỗi lần uống 12 muống cà phê.

Bài 2: Trái dừa gai (thơm nước) hái ớt chín vàng, bỏ phần gai trên khoét bỏ ruột nhét đường phèn vào, dây kín. Nướng cả quả cho chín đều, rồi giã nhỏ, vắt lấy nước uống. Uống 3 lần trong ngày sau bữa cơm.

Bài 3: Rau om 1 nắm + râu bắp 1 nắm, sắc với 2 bát nước, để lại 1 bát. Để nguội rồi uống ngày sắc 2 thang, uống liên tiếp trong 5 ngày. Có khi chỉ ăn 9-10 ngọn rau om với thức ăn trong bữa trưa, sau 5-7 ngày cũng có thể tiểu ra hòn sỏi nhỏ.

SẠN TRONG THẬN

Theo thống kê, trung bình có 10% nam giới và 3% nữ giới đều bị sạn thận ít nhất một lần trong đời.

Có bốn loại sạn thận tùy theo hóa chất cấu tạo sạn. Mặc dù triệu chứng các loại sạn giống nhau nhưng nguyên nhân cấu tạo cũng như sự điều trị đều khác nhau. Thông thường nhất là sạn với khoáng calcium oxalate hoặc phosphate với tỷ lệ

90% và thường thấy ở nam giới vào tuổi trung niên. Các loại khác là sạn uric acid, magnesium ammonium sulfate và cystine. Loại sau cùng chỉ có ở một số người sinh ra mà đã có rối loạn về chuyển hóa căn bản chất dinh dưỡng.

Khi nồng độ các chất này trong nước tiểu lên cao thì chúng kết tinh thành sạn trong thận hoặc ở ống dẫn nước tiểu. Nguyên nhân của sự kết tinh cũng như làm sao ngăn ngừa sự kết tinh đều chưa được làm sáng tỏ mặc dù đã có nhiều nghiên cứu khoa học. Nhưng điều chắc chắn là sạn tái kết tinh nhiều lần trong cuộc đời người bệnh.

Một số yếu tố có thể đưa tới sạn thận như thực phẩm có ít calcium, nhiều phosphore; nhiều potassium; nhiều chất đạm động vật; thiếu sinh tố A; nhiễm trùng hoặc trở ngại lưu thông đường tiểu tiện; không uống nước đầy đủ; nằm bất động quá lâu; cao calcium và di truyền.

Sạn âm thầm kết tinh. Sạn nhỏ có thể theo nước tiểu ra ngoài. Khi sạn di chuyển là lúc người bệnh thấy đau gắt ở ngang thắt lưng, chạy xuống bẹn, đùi và đi tiểu ra máu. Sạn to được làm tan đi qua kỹ thuật lithotripsy hoặc bằng phẫu thuật. Dù thuộc loại nào hoặc lớn nhỏ bao nhiêu, bệnh nhân đều được khuyến cáo là nên tiêu thụ một lượng nước lớn mỗi ngày (1,5 tới 2 lít/ ngày) để có 2 lít nước tiểu, tránh hóa chất kết tinh đưa tới sạn.

Dinh dưỡng với bệnh sạn thận

1 - Sạn calcium oxalate

Trước đây người bệnh thường được khuyên bớt ăn thực phẩm chứa nhiều calcium để giảm nguy cơ

sạn thận. Nhưng thực ra, sự liên hệ không hoàn toàn như vậy. Cao calcium trong nước tiểu có thể do hoặc không do nhiều calcium trong máu.

Một vài bệnh như chứng tăng chức năng tuyến cận giáp (Hyperparathyroidism), rối loạn dư thừa sinh tố D, u bướu xương, bệnh sarcoidosis đều làm tăng calcium trong máu và đều là nguyên nhân đưa tới sạn trong thận. Chữa những bệnh này sẽ làm giảm calcium trong máu và nước tiểu.

Nhiều khi calcium trong nước tiểu cao là do sự hấp thụ từ thực phẩm trong một vài bệnh của ruột (Crohn' disease, suy tụy tạng) hoặc khi dùng quá nhiều sinh tố C (sinh tố này được biến hóa ra oxalate) hoặc do thận rỉ calcium ra ngoài.

Nếu là do hấp thụ từ ruột thì sự hạn chế thực phẩm có oxalate calcium giúp ích cho việc điều trị. Thực phẩm có nhiều oxalate là rau spinach, quả dâu, súp cù là, quả hạch (nuts), trà.

Nhiều chuyên gia khuyên cắt bớt sự tiêu thụ calcium. Nhưng xin cẩn thận lấy ý kiến của bác sĩ trước, vì hạn chế quá, cơ thể sẽ rút calcium ở xương và làm xương suy yếu, dễ gãy. Có ý kiến khác cho là sự giới hạn này có thể làm tăng nguy cơ bị sạn oxalate, vì calcium cao sẽ giúp gia tăng sự hấp thụ oxalate trong ruột và giảm sạn oxalate trong nước tiểu.

2 - Sạn uric acid

Uric acid là do sự chuyển hóa của chất purine trong chất đạm động vật và một số thực phẩm khác mà ra. Uric acid trong nước tiểu cũng lên cao ở người bị bệnh thống phong (gout), khi uống nhiều thuốc

Aspirin, Probenecid. Do đó, khi hạn chế thực phẩm có nhiều purine sẽ làm giảm nguy cơ sạn này rất nhiều.

Thực phẩm có nhiều purine là: gan, óc, tim, thận động vật; cá herring, sardine; bia, rượu vang; thịt, đậu, rau cauliflower, nấm, rau spinach, tôm cá.

3 - Sạn struvite

Gồm các hóa chất ammonium, magnesium và phosphate. Và thường thấy ở nữ giới. Bệnh thường do nhiễm vi khuẩn đường tiểu tiện với các loại Proteus hoặc Klebsiella, khiến chất urea phân hóa thành các tinh thể ammonium. Tinh thể tụ lại với nhau và đưa tới sạn thận.

Bệnh sạn này thường được chữa bằng thuốc kháng sinh để tiêu diệt nhiễm trùng hoặc bằng giải phẫu. Dinh dưỡng không có vai trò gì trong loại sạn này.

Trong tất cả các trường hợp sạn thận, số lượng nước tiêu thụ hàng ngày có một vai trò rất quan trọng.

Nước uống làm nước tiểu loãng và ngăn ngừa các tinh thể gây sạn kết tụ với nhau. Cho nên, mỗi ngày, người bị bệnh sạn thận cần uống ít nhất tám ly nước hoặc nhiều hơn.

Xin lưu ý là một số thực phẩm làm thay đổi mức độ kiềm hoặc acid của nước tiểu (chỉ số pH) và có ảnh hưởng tới sự kết tinh các hóa chất trong sạn thận.

Rau, trái cây (ngoại trừ trái prune, plumbs, cranberries), sữa, làm nước tiểu có độ kiềm.

Thực phẩm có nhiều chất đạm như thịt, cá, trứng, pho mát; trái plumb, prunes, cranberries, ngô bắp, đậu lentils làm nước tiểu có độ acid.

VIÊM ĐƯỜNG TIẾT NIỆU, VIÊM BÀNG QUANG CẤP

Thủ phạm gây ra bệnh này thường là vi khuẩn E.coli, một loại vi khuẩn có trong đại tràng và rất cần thiết trong việc giữ cho đường ruột khỏe mạnh, nhưng khi vi khuẩn này thâm nhập vào đường tiết niệu thì nó lại gây hại. Phụ nữ dễ bị viêm bàng quang gấp 25 lần nam giới, lý do là niệu đạo của phụ nữ (khoảng 4cm) ngắn hơn nhiều so với niệu đạo của nam giới (khoảng 20cm) nên vi khuẩn E.coli dễ thâm nhập hơn.

Nhiều phụ nữ sau khi quan hệ tình dục rơi vào tình trạng ngứa ngáy, đau rát vùng nhạy cảm, đau tức vùng bụng dưới. Đó là biểu hiện của viêm đường tiết niệu, mà phần lớn là viêm bàng quang cấp.

Triệu chứng của viêm bàng quang cấp rất dễ nhận biết: Người bệnh lúc nào cũng muốn tiểu tiện, đau tức vùng bụng dưới, bỏng rát khi tiểu tiện, nặng hơn thì tiểu tiện ra máu (giống như nước rửa thịt), có thể kèm theo sốt nhẹ.

Để tránh bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nên thực hiện các cách sau:

- Uống đủ nước là một phần của chế độ dinh dưỡng hợp lý, lại vừa giúp thải nhanh các chất độc ra khỏi cơ thể. Mỗi ngày chị em nên uống từ 1,5-2 lít nước và hạn chế tối đa các đồ uống có cồn và cafein.

- Đừng nhịn tiểu tiện, vì làm như vậy các vi khuẩn có hại sẽ có thời gian và cơ hội gây bệnh. Hãy tiểu tiện trước và sau khi sinh hoạt tình dục để loại bỏ nhanh các vi khuẩn gây bệnh. Trước khi sinh hoạt tình dục phải vệ sinh cơ thể sạch sẽ (rất nhiều phụ nữ, nhất là những người trẻ tuổi thường bị viêm bàng quang sau khi sinh hoạt tình dục là vì những lý do này).

- Không nên sinh hoạt tình dục khi đang bị viêm bàng quang, việc đó có thể làm bệnh nặng hơn và bạn có thể làm bệnh lây cho chồng.

- Chỉ dùng xà phòng, nước vệ sinh... để rửa bên ngoài bộ phận sinh dục, tuyệt đối không rửa bên trong, vì sẽ làm nguy cơ nhiễm bệnh cao hơn. Tốt nhất tắm rửa và vệ sinh vùng kín bằng vòi xịt hoặc vòi hoa sen. Sau khi tắm và bơi, phải lau khô vùng kín và mặc quần áo khô.

Thay băng vệ sinh thường xuyên khi đến kỳ kinh, vì băng vệ sinh là con đường cho vi khuẩn thâm nhập vào niệu đạo và bàng quang. Nên dùng quần lót bằng vải sợi bông, tránh sợi tổng hợp vì nó cản trở sự thông thoáng và thúc đẩy sự phát triển của vi khuẩn, nên dùng băng vệ sinh khô thoáng, thấm hút nhanh.

Đặc biệt các ông chồng phải thực hiện vệ sinh sạch sẽ trước khi sinh hoạt, vì tất cả những trục trặc kể trên cũng là do sự mất vệ sinh từ phía đối tác. Ở những phụ nữ dùng màng tránh thai, nhưng đặt không đúng cách cũng dễ bị viêm bàng quang, vì màng này sẽ ép lên niệu đạo. Nếu bạn thường xuyên bị bệnh này tấn công, hãy nói với bác sĩ để tìm một biện pháp tránh thai phù hợp.

Khi sinh hoạt vợ chồng, nhất định phải vệ sinh vùng kín trước và sau khi gặp nhau, sau đó phải lau khô bằng khăn vải bông. Sau khi sinh hoạt vợ chồng, tốt nhất nên đi tiểu để loại bỏ các vi khuẩn được đưa vào niệu đạo và bàng quang.

Với những bệnh nhân bị viêm bàng quang cấp, liệu pháp kháng sinh sẽ giúp ngăn chặn bệnh một cách có hiệu quả nhất. Thế nhưng, cũng chính loại thuốc này sẽ diệt cả vi khuẩn có lợi, từ đó làm đảo lộn sự cân bằng của các vi sinh vật trong cơ thể, tạo điều kiện cho sự nhiễm khuẩn âm đạo. Vì vậy, khi sử dụng thuốc kháng sinh để điều trị viêm bàng quang, phải tuyệt đối thực hiện đúng chỉ định của bác sĩ, không tự ý dùng thuốc hay ngừng thuốc đột ngột khi thấy bệnh thuyên giảm, vì làm như thế vi khuẩn sẽ nhờn thuốc và rất dễ bị viêm bàng quang mạn tính.

Bên cạnh việc dùng thuốc kháng sinh, thầy thuốc cũng sẽ cho bạn dùng một số thuốc bổ trợ khác. Hầu hết các thuốc này đều được điều chế từ dược thảo, có tác dụng diệt vi khuẩn hoặc tăng sức đề kháng cho cơ thể. Bệnh viêm đường tiết niệu cũng là bệnh dễ bị mắc lại, nên việc ăn uống để phòng bệnh rất quan trọng. Bạn nên uống nhiều nước để bàng quang được "rửa", tránh sự tăng sinh của mầm bệnh, mỗi ngày nên uống 1,5-2 lít nước. Thói quen ăn cam, chanh, bưởi thường xuyên cũng giúp bạn phòng viêm đường tiết niệu hữu hiệu.

NHỮNG DẤU HIỆU CHO THẤY CHỨC NĂNG THẬN SUY YẾU

Bệnh nhân bị bệnh thận cần biết rõ những dấu hiệu và triệu chứng cho thấy chức năng thận bị suy giảm, điều đó giúp bác sĩ đánh giá và đưa phác đồ điều trị chính xác hơn. Không có một mức độ chức năng thận, hay tỷ suất mức lọc máu cầu thận (GFR), mà tất cả các bệnh nhân suy thận dựa vào đó để chắc các triệu chứng sẽ giống nhau. Bệnh nhân bị các bệnh khác như thiếu máu, tiểu đường hay bệnh về tim, có thể xuất hiện các triệu chứng ở mức GFR cao hơn những bệnh nhân không bị các bệnh này.

Việc quyết định đã lọc máu hay chưa ở bệnh nhân suy thận thường dựa vào mức lọc máu cầu thận (GFR), vào các triệu chứng mà bệnh nhân thấy, và dựa vào các kết quả xét nghiệm khác như albumin. Ở Mỹ, sẽ lọc máu khi mức lọc máu cầu thận (GFR) là 15ml/min, tuy nhiên cũng chỉ là chỉ số trung bình nên rất nhiều bệnh nhân lọc máu khi GFR cao hơn 15ml/min, nghĩa là dù chưa đến mức lọc máu nhưng do họ có những triệu chứng khác đã đến mức phải lọc máu. Và cũng có những bệnh nhân GFR thấp ở mức 5-10ml/min nhưng gần như không có một triệu chứng gì, và cũng nhất thiết phải lọc máu nếu chỉ dựa vào mức GFR.

Những triệu chứng không rõ rệt

Phần lớn các triệu chứng suy thận là không rõ rệt, nghĩa là nó xuất hiện ở nhiều loại bệnh khác nhau, bao gồm cả ở thận. Ví dụ, triệu chứng phổ biến là mất cảm giác ngon miệng, choáng váng và nôn. Tuy nhiên, những triệu chứng này có thể xuất hiện khi bệnh nhân chỉ bị cúm, và dấu hiệu đấy không liên quan gì đến suy thận, hay khi bệnh nhân bị ngộ độc thức ăn, hoặc từ rất nhiều nguyên nhân đơn giản, phổ biến khác. Ăn không ngon miệng, kể cả trước khi choáng váng và nôn xuất hiện, cũng có thể là dấu hiệu điển hình dẫn đến ăn không đủ khẩu phần dinh dưỡng, thiếu protein và làm nhược cơ. Nghiên cứu y khoa cho thấy, bệnh nhân suy dinh dưỡng, thiếu protein trước khi lọc máu thường có các triệu chứng tồi tệ trong năm đầu lọc máu. Vì vậy, điều quan trọng bệnh nhân cần ăn đủ chất dinh dưỡng khi bị mất cảm giác ngon miệng.

Bạn sẽ có nguy cơ cao bị bệnh thận nếu bạn bị tiểu đường, cao huyết áp hoặc gia đình có tiền sử bị bệnh thận, hoặc bạn cao tuổi.

Các dấu hiệu về thể tạng

Nhóm triệu chứng phổ biến thứ hai được gọi là các dấu hiệu về thể tạng, mang tính chủ quan, không giới hạn nhất định đến một phần nào của cơ thể, hay một bộ phận nào. Những triệu chứng này bao gồm mệt mỏi (có thể là luôn mệt hoặc chỉ mệt khi hoạt động thể chất), khó tập trung, giảm trí nhớ và mất ngủ. Phần lớn những triệu chứng này là do thiếu máu, vì các chất độc tích tụ do chức năng thận suy giảm nên không loại bỏ được. Vì vậy, có thể

điều trị thiếu máu mà chưa cần phải lọc máu. Tất nhiên, những triệu chứng này cũng xuất hiện vì rất nhiều nguyên nhân khác không liên quan đến chức năng thận hay thiếu máu, vì vậy cần thăm khám cẩn thận và làm các xét nghiệm. Nếu thiếu máu đã được chữa trị mà các triệu chứng này vẫn còn, thì cần phải nghĩ đến phương pháp lọc máu.

Giữ nước

Triệu chứng thứ 3 là giữ nước trong cơ thể làm tăng huyết áp, phù và khó thở. Bệnh nhân bị thận, bệnh nhân mới chớm bị vẫn có khả năng tạo nước tiểu kể cả sau khi lọc máu. Chính vì họ thấy vẫn có lượng nước tiểu bình thường, nên rất ngạc nhiên khi thấy bác sĩ nói, thận của họ không hoạt động tốt, do bệnh nhân thường nghĩ lượng nước tiểu bị suy giảm. Tuy nhiên, sự mất cân bằng giữa lượng muối và nước uống, có thể làm nước tích tụ. Vì vậy, ở giai đoạn đầu, bệnh nhân luôn được yêu cầu ăn nhạt và dùng thuốc lợi tiểu. Nhưng liệu pháp này có thể không kéo dài được lâu và bệnh nhân phải lọc máu. Vì vậy, bệnh nhân suy thận, khi thấy những triệu chứng sưng ở mô (phù), khó thở, hoặc khó kiểm soát huyết áp cần phải nói với bác sĩ để điều chỉnh phác đồ điều trị cho phù hợp.

Có rất nhiều dấu hiệu và các triệu chứng xuất hiện ở bệnh nhân suy thận. Bao gồm, ngứa ngoài da, đó có thể là do mức photpho và canxi trong máu cao. Có thể giảm mức photpho trong máu bằng cách dùng thuốc phosphate binder và hạn chế dùng các thực phẩm có hàm lượng photpho cao.

Ở một số bệnh nhân, mặc dù đã điều chỉnh mức canxi và photpho trong máu nhưng triệu chứng ngứa vẫn còn, đây là do kích thích thần kinh trong da (bệnh về thần kinh), do sự tích tụ các độc tố bởi thận không có khả năng loại bỏ.

Trong trường hợp này, lọc máu là cách duy nhất để chữa trị.

Một bệnh về thần kinh khác có thể làm bệnh nhân thấy đau ở tay và chân, tuy nhiên triệu chứng này cũng không phải là triệu chứng rõ rệt chỉ có ở bệnh thận, bệnh nhân bị tiểu đường, nghiện rượu hay thiếu vi-ta-min cũng bị. Nếu bệnh nhân bị đau dây thần kinh do thận thì cần phải lọc máu.

Nhìn chung, các dấu hiệu và triệu chứng của suy thận không rõ rệt và đặc thù, không chỉ xảy ra ở bệnh nhân bị bệnh thận. Vì vậy, khi các triệu chứng xuất hiện, bệnh nhân cần đi khám và kiểm tra để xác định chính xác nguyên nhân. Trong rất nhiều trường hợp, các triệu chứng kể trên sẽ được chữa trị bằng cách dùng thuốc hoặc các biện pháp can thiệp khác mà không phải lọc máu. Quyết định lọc máu phải dựa vào cả kết quả xét nghiệm và các triệu chứng bệnh kèm theo. Khi bất kể có triệu chứng nào xuất hiện, bệnh nhân cần báo cho bác sĩ và thảo luận về cách chữa trị, mỗi bệnh nhân có một bệnh án khác nhau, cũng như có kết quả xét nghiệm và lối sống khác, vì vậy quyết định phương pháp chữa trị cuối cùng phải dựa vào tất cả các yếu tố liên quan thì mới đem lại hiệu quả cao nhất.

VIÊM CẦU THẬN TRONG BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Lupus ban đỏ hệ thống (LBĐHT) là một bệnh tự miễn ảnh hưởng đến nhiều hệ thống cơ quan trong đó tổn thương thận là một nguyên nhân quan trọng dẫn đến tử vong. Tổn thương thận có ý nghĩa đặc biệt trong tiên lượng bệnh LBĐHT. Bệnh có thể có những đợt kịch phát nặng xen kẽ những đợt lui bệnh dài hay ngắn. Trong những đợt kịch phát, biểu hiện thận có thể là một hội chứng cầu thận cấp, một hội chứng thận hư (HCTH) có hoặc không có kết hợp với suy thận.

Tổn thương thận trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống

LBĐHT là một bệnh tự miễn mà nguyên nhân còn chưa được hoàn toàn sáng tỏ. Nhiều yếu tố như gen, nội tiết, môi trường và miễn dịch góp phần vào việc khởi phát cũng như kéo dài bệnh. LBĐHT là một bệnh đa dạng về lâm sàng. Biểu hiện ở nhiều cơ quan trước hết là ngoài da, khớp, thận, huyết học, tim, não. Kịch phát nặng từng đợt, nặng nhất thường là các biểu hiện suy thận, hội chứng thận hư, tràn dịch màng ngoài tim, viêm cơ tim cấp, thiếu máu nặng, các triệu chứng cấp về não. Biểu hiện ở thận chủ yếu là tổn thương cầu thận nên được gọi là viêm cầu thận (VCT) lupus hay nói rộng hơn là bệnh cầu thận lupus.

Bệnh thận lupus là một yếu tố tiên lượng quan trọng hàng đầu đối với bệnh nhân LBDHT nhưng không phải lúc nào cũng đi đôi với bệnh cảnh lâm sàng, nên cần phải đối chiếu với sinh thiết thận và thăm dò chức năng thận. Biểu hiện lâm sàng thường có phù, tăng huyết áp. Có biểu hiện viêm không đặc hiệu như sốt kéo dài không rõ nguyên nhân nhiễm khuẩn, đặc biệt là lao. Tốc độ máu lắng tăng, gamma globulin máu tăng. Càng có nhiều biểu hiện rối loạn miễn dịch thì càng khẳng định bệnh. Có protein niệu dương tính. Tổn thương thận qua sinh thiết thận ở giai đoạn sớm của LBDHT gặp ở khoảng 60 - 70% bệnh nhân. Theo phân loại của Hội thận học quốc tế năm 2003 có 6 hình thái tổn thương cầu thận. Sinh thiết thận có giá trị trong chẩn đoán, tiên lượng và điều trị bệnh lupus.

Điều trị bệnh viêm cầu thận lupus

Tổn thương thận được coi là một trong những biểu hiện nặng nhất của LBDHT. Việc điều trị LBDHT và VCT lupus được đặt ra nhằm điều trị tấn công trong những đợt kịch phát, xen kẽ những đợt điều trị duy trì, điều trị những biểu hiện của tổn thương thận, đồng thời điều trị những biểu hiện ngoài thận.

Mục tiêu của điều trị là nhanh chóng phục hồi chức năng thận; tránh gây tổn thương thêm cho thận, không để tiến triển đến suy thận mạn tính. Đạt được 3 mục tiêu trên bằng các liệu pháp miễn dịch với ít độc tính nhất. Các thuốc chính điều trị bệnh LBDHT và VCT lupus chủ yếu vẫn là các thuốc ức chế miễn dịch: corticosteroid, cyclophosphamid,

azathioprin... Các thuốc này có những tác dụng phụ nhất định lên các cơ quan khác. Do vậy, cần kiểm tra công thức máu thường xuyên (1-2 tuần/lần) và điều chỉnh liều dựa vào số lượng bạch cầu, tiểu cầu, hematocrit cũng như kiểm tra nước tiểu, soi bàng quang để phát hiện những tổn thương ác tính.

Một số thuốc mới được đưa vào điều trị bệnh LBDHT và VCT lupus khi không đáp ứng với liệu pháp corticoid và các thuốc ức chế miễn dịch khác như cyclosporin A. Tuy nhiên, vì tác dụng độc trên thận nên cũng được dùng thận trọng ở bệnh nhân VCT lupus có suy thận.

Hiện nay, một số thuốc tác động trực tiếp lên các tế bào lympho B, T hay các tác nhân ức chế các cytokines đã được đưa vào sử dụng, tuy nhiên hiệu quả của các thuốc này còn đang được nghiên cứu và đánh giá.

Lọc huyết tương cũng là một biện pháp điều trị cho nhiều kết quả tốt. Thay 3-4 lít huyết tương của bệnh nhân mỗi tuần bằng huyết tương hay sản phẩm thay thế. Phương pháp này được chỉ định đặc biệt cho những bệnh nhân có bằng chứng tăng rõ rệt phức hợp miễn dịch lưu hành, những bệnh nhân VCT lupus tiến triển nặng, nếu liệu trình truyền liều cao phối hợp với liều uống duy trì bằng prednisolon và cyclophosphamid không kết quả, hoặc nếu phối hợp với những biểu hiện tâm thần kinh nặng. Một số kháng thể đơn dòng cũng được sử dụng điều trị trong những thể bệnh tăng sinh ngoại mạch hình liềm nặng tại cầu thận.

Những bệnh nhân đã có những dấu hiệu suy thận mạn tiến triển từ từ, có thể được điều trị bảo tồn với

liều thấp corticoid, chế độ ăn giảm đạm. Suy thận mạn giai đoạn cuối được lọc máu chu kỳ hoặc ghép thận. Bệnh LBĐHT tái phát trên thận ghép ít gặp.

Điều kiện kinh tế xã hội thấp kém, tăng huyết áp không được khống chế, chỉ số hoạt động và mạn tính cao ở thời điểm sinh thiết thận, không hoặc kém đáp ứng với điều trị ngay ở liệu pháp đầu tiên là các yếu tố cho biết tiên lượng kém.

Tóm lại: Tổn thương thận nổi bật của VCT lupus là một hội chứng cầu thận cấp, HCTH và suy thận. Biểu hiện tiên lượng nặng về lâm sàng khi nhập viện có tính kịch phát là suy thận nặng độ III, IV kèm theo tràn dịch màng ngoài tim, màng phổi và thiếu máu nặng. Cần phát hiện tổn thương thận sớm ở bệnh nhân lupus bằng kiểm tra thường xuyên protein niệu.

Sinh thiết thận sớm ở những bệnh nhân có protein niệu đáng kể nhằm mục đích: Phân loại tổn thương cầu thận, đánh giá các chỉ số hoạt động và mạn tính, cho giá trị tiên lượng bệnh. VCT lupus được điều trị tấn công trong những đợt kịch phát, xen kẽ những đợt duy trì, điều trị những biểu hiện của tổn thương thận, đồng thời điều trị những biểu hiện ngoài thận. Các thuốc ức chế miễn dịch dùng đơn độc hoặc phối hợp với các thuốc ức chế miễn dịch khác vẫn là sự lựa chọn hàng đầu trong điều trị các tổn thương thận do lupus. Lọc huyết tương phối hợp với các thuốc ức chế miễn dịch được áp dụng để điều trị những đợt kịch phát nặng của VCT lupus. Tiên lượng của VCT lupus phụ thuộc vào hình thái tổn thương cầu thận và phương pháp điều trị được lựa chọn.

BÍ TIỂU

Đường đi của nước tiểu được hình thành từ các cầu thận, chạy qua các tiểu quản để đổ vào đài thận rồi đến bồn thận. Từ bồn thận nước tiểu sẽ dẫn theo niệu quản và chảy vào bàng quang, để sau cùng là thoát ra ngoài qua niệu đạo. Với một đường đi dài và phức tạp như vậy thì cũng có lúc nước tiểu bị tắc nghẽn. Trong phần này chúng tôi muốn đề cập đến chứng tiểu khó do bất thường ở đường tiểu dưới (bàng quang và niệu đạo).

Vi sao có tình trạng bí tiểu?

Đi tiểu là một động tác theo ý muốn do sự kết hợp hài hòa giữa sự co bóp mạnh của bàng quang và sự giãn nở thật rộng của cổ bàng quang, đó là cơ vòng trong và cơ vòng ngoài (cơ vòng niệu đạo). Cơ vòng trong còn có tên là cơ vòng nhẵn, chịu sự chi phối của hệ thần kinh thực vật, còn cơ vòng ngoài chịu sự chi phối của não. Như vậy, muốn đi tiểu được phải có đủ các điều kiện: Bàng quang co bóp đủ mạnh, các cơ vòng giãn nở đủ rộng, niệu đạo thông thương, không bị vướng mắc. Thiếu một trong các yếu tố trên sẽ dẫn đến bí tiểu.

Khi nào bàng quang không co bóp đủ mạnh?

Bàng quang là một cơ rỗng, có 3 lớp, chịu sự chỉ huy của hệ thần kinh thực vật hay tự chủ, do vậy sự co bóp của bàng quang là hiện tượng phản xạ xảy

ra ngoài ý muốn. Khi bàng quang có đủ lượng nước tiểu từ 300-400ml là xuất hiện cung phản xạ muốn đi tiểu. Nhưng đi tiểu là một động tác theo ý muốn, nếu chưa muốn đi tiểu não sẽ ức chế không cho cung phản xạ hoạt động, tức sẽ cắt đứt ngay luồng thần kinh của cung phản xạ thực vật chi phối một tiểu đồng thời không cho cơ vòng vân mở rộng. Ngược lại nếu muốn đi tiểu, não sẽ thả lỏng cho cung phản xạ hoạt động và sai khiến cơ vòng vân mở rộng. Lúc đó, bàng quang sẽ co bóp và tổng nước tiểu thoát ra ngoài thành vòi với áp lực khoảng 700mm nước.

Bàng quang sẽ không co bóp đủ mạnh trong các trường hợp: Mất sự liên hệ với hệ thần kinh thực vật, đặc biệt là khi bị chấn thương cột sống; thành bàng quang bị chai xơ do viêm mạn tính, mô đàn hồi bị thay thế bằng mô sợi làm bàng quang co bóp yếu.

Khi nào các cơ vòng nhả không giãn nở gây bí tiểu?

Cơ vòng nhả tức cổ bàng quang không giãn nở khi: Mất liên lạc với hệ thần kinh thực vật, hay gặp trong các trường hợp chấn thương cột sống, cơ vòng bị xơ chai bẩm sinh hay do viêm mạn tính, cơ vòng bị biến dạng và chèn ép bởi u tiền liệt tuyến, bị bít kín do sỏi ở bàng quang. Bản chất của cơ vòng ngoài là luôn luôn co thắt lại. Lúc đi tiểu não sẽ ức chế sự co thắt này và làm giãn nở. Nếu vì lý do gì đó não không tác động được vào cơ vòng nữa sẽ gây bí tiểu như trong chấn thương cột sống.

Khi nào niệu đạo mất thông suốt gây bí tiểu?

Niệu đạo mất sự thông suốt khi bị chít hẹp do viêm làm xơ hóa, bị bít lại do sỏi, bị vỡ do chấn thương.

Các loại bí tiểu và biện pháp xử lí

Bí tiểu cấp tính là hiện tượng đột ngột bí tiểu, bệnh nhân cố rặn mới may ra có vài giọt nước tiểu thoát ra ngoài, trong khi đó thì bàng quang căng đầy, cảm giác rất tức bụng và đôi khi xuất hiện cơn co thắt. Nguyên nhân chủ yếu thường là do u lành tiền liệt tuyến gây chèn ép, sỏi mắc nghẽn tại cổ bàng quang hay niệu đạo, chấn thương vỡ, giập niệu đạo, chấn thương cột sống. Với tình trạng này bệnh nhân phải được thông tiểu ngay, đó là các biện pháp phẫu thuật lấy sỏi, giải quyết sự chèn ép đường tiểu, hoặc dùng các ống dẫn nước tiểu luồn vào niệu đạo tới bàng quang cho nước tiểu thoát ra ngoài.

Bí tiểu mạn tính là kết quả của tình trạng tiểu khó và tiểu không hết trải qua thời gian dài, nước tiểu tồn tại trong bàng quang ngày một tăng. Đến lúc nào đó bụng dưới hình thành khối cầu bàng quang lớn dần nhìn thấy được, to như quả bóng nhỏ. Bệnh nhân dần dần thích nghi với tình trạng bất thường này. Nhưng sự ứ đọng này vô cùng nguy hiểm với thận. Nếu tình trạng này kéo dài sẽ gây ra sự căng trương toàn bộ hệ tiết niệu, viêm nhiễm tiết niệu ngược dòng và suy thận. Lúc đó sẽ rất nguy hiểm đến tính mạng. Do vậy, biện pháp điều trị là thông đường tiểu qua da, giảm ngay sự căng trương, ứ đọng của nước tiểu trong bàng quang, sau đó loại bỏ nguyên nhân gây bí tiểu.

Các trường hợp bí tiểu có nguyên nhân tại chỗ hoặc ở sự chỉ huy thần kinh trung ương hoặc thần kinh thực vật. Các nguyên nhân tại chỗ như sỏi bàng quang, u tiền liệt tuyến đều phải giải quyết bằng

phẫu thuật hoặc nội soi. Các nguyên nhân khác có thể dùng thuốc hoặc can thiệp ngoại khoa. Tất cả các hiện tượng bí tiểu đều phải được nhanh chóng tìm ra nguyên nhân và có các biện pháp xử lí kịp thời, người bệnh (đặc biệt là nam giới lớn tuổi) cần phải đặc biệt chú ý đến điều này, nếu để lâu sẽ gây ra những biến chứng nguy hiểm.

TIỂU TIỆN KHÓ

Bệnh căn

Có nhiều nguyên nhân gây đái khó cấp tính. Mặc dù nhiễm khuẩn đường tiết niệu là nguyên nhân của đa số trường hợp đái khó, nhưng thầy thuốc vẫn phải tiếp cận triệu chứng phổ biến này theo cách cổ điển để chẩn đoán đúng và điều trị thích hợp.

Các nguyên nhân gây đái khó là gì?

Viêm âm đạo

Viêm âm đạo có thể do *Monilia*, *Gardnerella*, *Trichomonas*, hoặc những nguyên nhân không đặc hiệu khác. Trong chăm sóc sức khỏe ban đầu thì viêm âm đạo được kể là nguyên nhân của từ 10 đến 15% các trường hợp đái khó. Đây là nguyên nhân phổ biến nhất gây đái khó ở lứa tuổi vị thành niên.

Viêm niệu đạo

Viêm niệu đạo có thể do *Chlamydia*, *Neisseria gonorrhoeae* (lậu cầu), virut Herpét, *Trichomonas* hoặc nấm *Candida*. Các phụ nữ bị đái khó cấp tính

mà cấy nước tiểu âm tính thì 20% được ghi nhận là có viêm niệu đạo do Chlamydia.

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới (viêm bàng quang)

Escherichia coli là nguyên nhân phổ biến nhất (80 đến 90%) của nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới không biến chứng. Riêng ở phụ nữ trong tuổi hoạt động tình dục thì Staphylococcus saprophyticus là nguyên nhân gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới đứng hàng thứ hai. Các vi khuẩn Gram (-) khác gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới bao gồm Proteus mirabilis (đặc biệt hay kết hợp với sỏi niệu), Enterobacter spp, Klebsiella pneumoniae, và Pseudomonas aeruginosa.

Viêm thận-bể thận hạ lâm sàng

Viêm thận-bể thận hạ lâm sàng cũng do các vi khuẩn của nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới gây ra. Komaroff đã ghi nhận bệnh này là nguyên nhân của đái khó trong 30% bệnh nhân được khám ở khu vực chăm sóc sức khỏe ban đầu và của 80% bệnh nhân đến các phòng cấp cứu dành cho dân nghèo tính trong số bệnh nhân chỉ bị đái khó mà không có các triệu chứng viêm thận-bể thận cấp tính. Số liệu này được chứng minh bằng các nghiên cứu có sử dụng thông niệu quản, test bơm rửa bàng quang và xét nghiệm kháng thể bọc vi khuẩn. Thật ra, nhiễm khuẩn còn tác động đến cả mô thận và khó giải quyết hơn là nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới.

Viêm thận-bể thận hạ lâm sàng có thể âm ỉ trong thời gian dài và điều này giải thích tại sao một số nghiên cứu thấy tỷ lệ thất bại ở đợt điều trị đầu tiên lại cao từ 10 tới 15% và tái phát nhiều. Mười lăm

phần trăm các bệnh nhân này bị tái phát trong 1 đến 2 tuần lễ sau các chế độ điều trị chuẩn và 30 đến 70% tái phát sau liệu pháp đơn liều.

Vệ sinh vùng đáy chậu kém.

Các phản ứng dị ứng.

Các hóa chất và tác nhân kích thích:

- Xà phòng, nước tắm bọt
- Bọt tránh thai, thạch, bọt biển
- Mỡ bôi trơn âm đạo
- Gạc vệ sinh có chất khử mùi
- Chế phẩm vệ sinh cho nữ giới
- Chấn thương
- Lạm dụng tình dục
- Vật lạ
- Thiếu hụt estrogen sau mãn kinh.

Biện pháp chẩn đoán

Chúng ta đã biết có nhiều nguyên nhân gây đái khó cấp tính, vậy chúng ta có thể đề ra biện pháp để chẩn đoán thích hợp. Như thường lệ việc này bắt đầu bằng hỏi bệnh cẩn thận. Hỏi bệnh là có giá trị nhất để làm cho khám thực thể và xét nghiệm có hiệu quả và đỡ tốn phí. Bạn sẽ nhận ra rằng chúng tôi không coi viêm bàng quang là nguyên nhân của đái khó. Biện pháp chẩn đoán đái khó được đề ra như sau:

Bước 1. Xét tới viêm âm đạo

Điều quan trọng là phải hỏi xem bệnh nhân có dịch xuất tiết âm đạo, hoặc bị kích thích âm đạo và có đau khi giao hợp không, vì thường bệnh nhân không tự nói ra các triệu chứng này. Đái khó do viêm âm đạo thường được kể là “ở phía bên ngoài”

(đái khó bên ngoài), vì cảm thấy đau ở âm hộ bị viêm lúc bắt đầu hay lúc kết thúc đi tiểu tiện. Thường không có triệu chứng đái rắt và mót đái. Nếu hỏi bệnh làm ta nghĩ tới viêm âm đạo thì phải thăm khám âm đạo để quan sát tạng sinh dục và lấy mẫu dịch xuất tiết âm đạo để xét nghiệm.

Ngày càng có nhiều thầy thuốc cho rằng không cần thăm khám âm đạo vì bệnh nhân tự lấy được dịch xuất tiết bằng que bôi. Biện pháp này có thể tiết kiệm thời gian và chi phí, nhưng cần nghiên cứu thêm để so sánh chất lượng bệnh phẩm do bệnh nhân lấy với bệnh phẩm do thầy thuốc lấy. Những người khác lập luận rằng nếu thầy thuốc không quan sát thì có thể bỏ sót viêm cổ tử cung.

Bước 2. Xét tới viêm thận-bể thận hạ lâm sàng

Một khi đã phát hiện ra các triệu chứng âm đạo thì cần thu thập các triệu chứng tiết niệu chi tiết hơn nữa. Nếu không có các triệu chứng âm đạo thì cũng nghĩ tới nhiễm khuẩn đường tiết niệu và đái khó bây giờ là đái khó bên trong. Các triệu chứng như sốt, rét run, đau mạng sườn làm nghĩ tới viêm thận-bể thận cấp tính. Tuy nhiên, một số trường hợp nhiễm khuẩn ở nhu mô thận (đường tiết niệu trên) lại không thể hiện triệu chứng lâm sàng của viêm thận-bể thận cấp. Những trường hợp nhiễm khuẩn này được gọi là viêm thận-bể thận hạ lâm sàng và được điều trị khác với nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới.

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên có thể có bệnh sử như sau: Bệnh đường tiết niệu có sẵn, tiền sử tiểu đường, bệnh nhân suy giảm miễn dịch, tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu khi còn nhỏ tuổi,

nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát đã biết rõ, có triệu chứng xuất hiện 7 đến 10 ngày trước khi đi khám (cũng nghĩ tới chlamydia), có tiền sử viêm thận-bể thận cấp trong vòng 1 năm, hoặc tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới từ 3 lần trở lên trong một năm. Khám thực thể đối với viêm thận-bể thận hạ lâm sàng có thể không thấy gì đáng quan tâm. Không có cả nhạy cảm đau ở góc sườn-cột sống và cũng không đau ở mạng sườn.

Bước 3. Xét tới viêm niệu đạo do chlamydia hoặc lậu cầu

Các yếu tố bệnh sử gây nghi ngờ nhiễm Chlamydia bao gồm: Có bạn tình mới, bạn tình bị viêm niệu đạo mới mắc, các triệu chứng khởi phát tăng dần. Đái khó mà có dịch xuất tiết âm đạo trong (không đục) là dấu hiệu viêm cổ tử cung đi kèm. Ở một phụ nữ bị đái khó mà xét nghiệm nước tiểu có mủ nhưng không có vi khuẩn hoặc hồng cầu thì phải nghĩ nhiều tới nhiễm Chlamydia. Nếu bệnh nhân có tiền sử bị lậu hoặc có bạn tình đang có dịch xuất tiết thì phải dùng que bôi lấy bệnh phẩm ở niệu đạo, cổ tử cung, và vùng quanh hậu môn mà cấy trong môi trường Thayer-martin để chẩn đoán nhiễm lậu. Bệnh phẩm lấy từ trong và ngoài ống thông có thể giúp phân biệt viêm niệu đạo với nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới, vì nước tiểu lấy từ bàng quang không chứa bạch cầu trong viêm niệu đạo.

Bước 4. Xét tới nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới

Bệnh này thường được gọi là viêm bàng quang. Phần lớn phụ nữ khoẻ mạnh đang độ tuổi hoạt động tình dục mà bị đái khó cấp tính là do mắc loại bệnh

này. Đái khó thường là “ở phía bên trong” và đái khó suốt trong thời gian đi tiểu. Các nét khác của bệnh sử viêm bàng quang là: đái rắt (có thể tiểu tiện 15 phút một lần với lượng nước tiểu ít), mót đái, són đái, đái máu và đái ban đêm. Bệnh nhân có thể khó ở, sốt nhẹ, có cảm giác giống như bị cúm. Có thể bị đau lưng và khó chịu vùng trên mu, nhưng nếu có sốt cao, đau mạng sườn và thể trạng nhiễm độc thì đó là do viêm thận-bể thận cấp.

Khám thực thể bệnh nhân bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới sẽ thay bụng bình thường, không có nhạy cảm đau ở góc sườn-cột sống và thường chỉ có nhạy cảm đau nhẹ ở vùng trên mu. Nếu có triệu chứng viêm âm đạo thì hãy thăm khám âm đạo. Trong các trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới tái phát, thăm khám âm đạo có thể phát hiện sa bàng quang, sa niệu đạo, hoặc túi thừa niệu đạo.

Đánh giá xét nghiệm cận lâm sàng

Không phải bệnh nhân nào bị đái khó cũng cần phân tích và cấy nước tiểu. Dưới đây là hướng dẫn thực hiện các test. Nếu bệnh sử có nghi vấn viêm âm đạo thì phải làm tiêu bản ướt.

Nếu bệnh sử làm nghi tới nhiễm khuẩn đường tiết niệu thì phải xét nghiệm nước tiểu. Tốt nhất là lấy mẫu nước tiểu sạch giữa bãi. Cần đưa ra những chỉ dẫn cẩn thận rõ ràng để bệnh nhân lấy được nước tiểu sạch. Bệnh nhân phải banh rộng các môi âm hộ và rửa âm hộ bằng ba lần vải gạc nhúng nước xà phòng. Mỗi lần rửa chỉ đưa vải gạc một lần duy nhất từ phía trước ra phía sau. Miếng gạc thứ nhất lau một bên của lỗ đái, miếng thứ hai lau bên đối

diện và miếng thứ ba lau chính giữa lỗ đái. Sau đó dùng một miếng gạc khô lau một lần từ trước ra sau cho hết xà phòng và làm khô âm hộ. Trong khi banh rộng các môi, một ít nước tiểu được bài tiết ra chậu rửa. Sau đó lấy mẫu nước tiểu giữa bãi vào một bình đựng vô khuẩn.

Đầu tiên phải xét nghiệm mẫu nước tiểu dưới kính hiển vi để tìm các tế bào biểu mô âm đạo. Nếu thấy có tế bào thì tức là nước tiểu bị nhiễm bẩn từ âm đạo và như thế phải lấy một mẫu nước tiểu sạch khác hoặc thông bàng quang để lấy.

Dấu hiệu nhạy bén nhất của nhiễm khuẩn là mủ niệu (trong nước tiểu có hơn 5 bạch huyết cầu trên một vi trường phóng đại lớn). Có thể phát hiện mủ niệu bằng soi hiển vi hoặc bằng que nhúng (thử men esterase bạch cầu). Nghiệm pháp men esterase bạch cầu có độ đặc hiệu đạt từ 94 đến 98% (dương tính giả 2 đến 6%) và độ nhạy đạt từ 74 đến 96% (âm tính giả 4 đến 26%). Quan sát hiển vi nhạy bén hơn que nhúng đối với đái máu và khuẩn niệu và là cách duy nhất để phát hiện trụ niệu. Tuy là một dấu hiệu nhạy bén của nhiễm khuẩn, nhưng mủ niệu không cho biết vị trí nhiễm khuẩn và loại vi khuẩn gây nhiễm.

Cấy nước tiểu mà vi khuẩn mọc nhiều hơn 105 khuẩn lạc/1ml thì không còn là tiêu chuẩn tốt để xác định nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới. Dẫn chứng mới đây cho biết là 50% số phụ nữ bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới rõ ràng do vi khuẩn Coli, khi cấy nước tiểu vi khuẩn mọc từ 102 đến 104 khuẩn lạc/1ml. Để có kết quả tốt phải cấy nước tiểu sạch giữa bãi vào môi trường trong vòng 20 phút. Điều này tránh sự gia

tăng số lượng giả tạo các khuẩn lạc do vi khuẩn mọc quá mức gây ra. Nếu quá 20 phút mà chưa cấy được thì phải để bệnh phẩm vào trong tủ lạnh.

Các dẫn chứng hiện nay cho rằng không cần cấy nước tiểu trong phần lớn các trường hợp nhiễm khuẩn nhất thời đường tiết niệu dưới. Ở phụ nữ bị đái khó cấp tính thì tìm mủ niệu với chi phí ít cũng đủ để biết trước bệnh nhân nào dùng liệu pháp kháng sinh sẽ có lợi.

Cấy nước tiểu và kháng sinh đồ cần làm trong những trường hợp sau đây: Nhiễm khuẩn tái phát bởi cùng một loại vi khuẩn, có dấu hiệu nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên, nhiễm khuẩn đường tiết niệu trong thời kỳ đang nằm viện hoặc sau khi ra viện, nhiễm khuẩn do thông hoặc do đặt dụng cụ, có tiền sử sỏi niệu, có tiền sử tiểu đường hoặc biến chứng của bệnh khác và nhiễm khuẩn trong lúc có thai. Nếu nghi ngờ viêm niệu đạo hay viêm cổ tử cung là do lậu thì phải cấy dịch xuất tiết trong môi trường Thayer-martin. Nhuộm Gram tìm thấy song cầu khuẩn nội bào thì cũng không phải là dấu hiệu đáng tin cậy cho chẩn đoán nhiễm *N. gonorrhoeae*. Nếu hỏi bệnh làm nghi tới nhiễm *Chlamydia* và xét nghiệm nước tiểu chỉ thấy mủ niệu nhưng không có khuẩn niệu thì cứ điều trị chống *Chlamydia*. Có thể cấy nước tiểu để tìm *Chlamydia* nhưng rất đắt. Test tìm kháng thể kháng *Chlamydia* có thể làm được và rẻ hơn cấy.

Biện pháp chăm sóc

Nhiều điểm quan trọng cần phải nhấn mạnh. Hãy đảm bảo là hỏi bệnh nhân về cả các triệu chứng âm đạo cũng như triệu chứng tiết niệu, vì một số bệnh

nhân bị nhiễm khuẩn cả hai cơ quan. Nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn niệu và đã loại trừ được viêm thận-bể thận cấp tính thì hãy khẳng định liệu bệnh nhân có nguy cơ viêm thận-bể thận hạ lâm sàng không (xem các tiêu chuẩn trình bày trong phần bệnh căn ở trên). Nếu bệnh nhân có nguy cơ viêm thận-bể thận hạ lâm sàng thì cần xét nghiệm và cấy nước tiểu. Nếu tìm thấy mủ niệu và trụ niệu, hoặc cấy nước tiểu mà mọc nhiều hơn 105 khuẩn lạc/1ml thì phải điều trị bệnh nhân theo phác đồ chung trong 10 đến 14 ngày (phác đồ dùng trimethoprim-sulfamethoxazole: TMP-SMZ, uống viên phối hợp kép này hai lần mỗi ngày hoặc amoxicillin 500mg ba lần một ngày). Tiếp tục cấy nước tiểu 2 đến 4 ngày sau khi kết thúc điều trị nếu còn nghi ngờ viêm thận-bể thận hạ lâm sàng. Nếu lần cấy thứ hai này mà dương tính thì làm kháng sinh đồ và điều trị bằng kháng sinh thích hợp trong 4 đến 6 tuần. Nếu bệnh nhân không có nguy cơ viêm thận-bể thận hạ lâm sàng thì chỉ cần xét nghiệm nước tiểu. Nếu có mủ niệu mà không thấy khuẩn niệu thì điều trị chống nhiễm Chlamydia (tức là doxycycline 100mg hai lần một ngày hoặc tetracycline 500mg bốn lần một ngày trong 14 ngày). Nghi ngờ nhiễm lậu thì phải điều trị thích hợp và dựa vào kết quả cấy vi khuẩn.

Ở bệnh nhân có nguy cơ thấp thì mủ niệu và khuẩn niệu thường do viêm bàng quang (nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới). Chỉ cần cấy nước tiểu nếu bệnh nhân đã bị viêm bàng quang ba lần hoặc hơn trong một năm. Điều trị theo phác đồ chung dùng các kháng sinh thích hợp (như amoxicillin

500mg ba lần một ngày hoặc trimethoprim-sulfamethoxazole hai lần một ngày) trong 14 ngày.

Có nhiều thông tin về cách thay thế cho chế độ điều trị truyền thống 10 đến 14 ngày để chữa viêm bàng quang không biến chứng. Một số nhà lâm sàng vẫn cố vũ cho trị liệu đơn liều. Lợi ích của biện pháp này so với chế độ điều trị truyền thống 10-14 ngày là ở chỗ làm bệnh nhân tuân thủ hơn, giảm phí tổn, và có ít tác dụng phụ (bao gồm giảm đáng kể bệnh nấm âm đạo do điều trị sinh ra). Chế độ điều trị đơn liều hay được sử dụng nhất để điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới không biến chứng là ba viên phối hợp kép 160mg/800mg. Tỷ lệ khỏi đối với chế độ điều trị này đã được ghi nhận là 65%. Các thuốc khác như amoxicillin (3mg) hoặc sulfisoxazole (2mg) cũng đã được dùng đơn liều, nhưng nói chung là có vẻ kém hiệu quả hơn. Nhóm kháng sinh quinolon có thể đạt tỷ lệ khỏi 80% khi dùng trị liệu đơn liều (4).

Tuy nhiên, nhìn chung niềm lạc quan sớm về cách điều trị đơn liều đã bị thay thế bởi chứng cứ cho rằng chế độ điều trị 3 ngày có thể là cách lựa chọn tốt nhất cho phác đồ điều trị chung. Điểm các dữ liệu được công bố thì thấy rằng chế độ điều trị 3 ngày có hiệu quả hơn chế độ đơn liều đối với mọi thuốc kháng khuẩn đem thử nghiệm. Chế độ 3 ngày chữa khỏi hầu như tất cả những trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới đơn thuần. Với chế độ điều trị này thì các bệnh nhân không khỏi thường là bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên tiềm ẩn và do đó cần điều trị lâu hơn.

Nhóm kháng sinh quinolon mới có hiệu quả cao chống lại hầu hết các vi khuẩn gây viêm đường tiết

niệu. Sau một liều uống nồng độ các thuốc này tập trung trong nước tiểu cao, nhờ thế mà điều trị ngắn hạn (nghĩa là 3 ngày) nhiễm khuẩn đường tiết niệu rất có hiệu quả (4,5).

Tất cả bệnh nhân đều cần theo dõi cẩn thận. Nếu có triệu chứng tái phát hay không khỏi sau bất cứ chế độ điều trị nói trên nào thì đều phải cấy nước tiểu, và phải điều trị bệnh nhân trong 4 đến 6 tuần, vì có thể có nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên.

Hãy nhớ rằng viêm âm đạo do nấm *Candida monilia* là biến chứng hay gặp khi điều trị kháng sinh. Do đó các bệnh nhân có tiền sử nhiễm nấm khi dùng kháng sinh đều phải cho miconazole (Monistat) hoặc clotrimazole (Gine-lotrimin) đồng thời với kháng sinh hoặc cho khi thấy khởi phát ngứa âm đạo.

Các trường hợp đặc biệt

Có một số trường hợp đặc biệt cần bàn luận ngắn gọn:

Đái khó tái phát

Đa số trường hợp là tái nhiễm một vi khuẩn mới. Nếu tái phát bởi cùng một loại vi khuẩn trong vòng 14 ngày sau khi điều trị thì có nghĩa là nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên chưa được giải quyết. Sau khi giao hợp, nồng độ vi khuẩn trong bàng quang tăng lên tạm thời gấp 10 lần. Có người gợi ý là đi tiểu sớm sau khi giao hợp có thể làm giảm nồng độ vi khuẩn trong bàng quang xuống nhanh và do đó làm giảm khả năng nhiễm khuẩn. Một lời khuyên khác cho bệnh nhân đái khó tái phát là đi tiểu nhiều lần và uống nhiều nước.

Khuẩn niệu tiềm ẩn

Phụ nữ không có triệu chứng lâm sàng nhưng có mũ niệu và cấy nước tiểu mọc hơn 104 khuẩn lạc/1ml thì rất hay có bất thường ở đường tiết niệu như sẹo thận khi chụp bể thận bằng tiêm thuốc vào tĩnh mạch. Chưa có chứng cứ nào để nói rằng điều trị khuẩn niệu sẽ ngăn ngừa sẹo hóa tiếp tục. Khuẩn niệu tiềm ẩn làm tăng tỷ lệ tử vong ở người già, nhưng cũng lại không có chứng cứ để nói rằng điều trị khuẩn niệu sẽ làm thay đổi tỷ lệ tử vong đó. Nhóm bệnh nhân có khuẩn niệu tiềm ẩn rất cần phải điều trị là các phụ nữ có thai. Nếu không được điều trị thì khuẩn niệu lúc có thai sẽ dẫn tới viêm thận-bể thận cấp với tỷ lệ rất cao (tới 40%), mà viêm thận-bể thận lúc mang thai lại đưa tới sinh con thiếu cân, đẻ non, nhiễm khuẩn máu sơ sinh và tử vong.

Đái khó ở nam giới

Viêm niệu đạo là nguyên nhân hay gặp nhất gây nên đái khó ở nam giới. Các tác nhân thông thường nhất gây viêm niệu đạo nhiễm khuẩn ở nam giới là: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* và *Ureaplasma urealyticum*. *Chlamydia* là nguyên nhân của 50 đến 60% trường hợp viêm niệu đạo không do lậu và *Ureaplasma* là nguyên nhân của hầu hết các trường hợp còn lại. Trong bệnh lậu thường thấy đái khó nặng và dịch xuất tiết niệu đạo màu vàng. Còn viêm niệu đạo không do lậu thì dịch xuất tiết thường trong, màu trắng và đái khó nhẹ hơn.

Virút Herpest cũng có thể gây đái khó nặng, nhưng khi tổn thương Herpest ở dương vật xuất hiện thì chẩn đoán đã rõ ràng. Đái khó ở nam giới còn có

các nguyên nhân không nhiễm khuẩn như chấn thương tại chỗ, hóa chất và các chất kích thích (như xà-phòng, bột ngứa thai) và các phản ứng dị ứng.

Một nguyên nhân nữa của đái khó ở nam giới là viêm tuyến tiền liệt. Bệnh nhân viêm tuyến tiền liệt cũng có thể kêu là khó ở, mệt mỏi, đau bụng dưới, đau thắt lưng, hoặc cảm giác đè nén trực tràng. Tuyến tiền liệt có thể bị to ra, đau nhẹ, và mềm. Vì cách điều trị viêm tuyến tiền liệt và viêm niệu đạo khác nhau, nên xác định vị trí viêm là quan trọng.

Đối với nam giới, phương pháp xác định nguồn gốc tế bào viêm hoặc vi khuẩn là phương pháp ba cốc của Stamey (3). Lấy ba mẫu nước tiểu tách rời nhau để quan sát vi thể tìm mủ niệu và khuẩn niệu. Cốc đầu tiên 5 đến 10ml nước tiểu đặc trưng cho niệu đạo, cốc giữa bãi đặc trưng cho bàng quang và mẫu có xoa bóp mặt sau tuyến tiền liệt đặc trưng cho tuyến này.

Chế độ điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu đã nói ở phần trên đối với phụ nữ cũng áp dụng cho nam giới. Nếu dịch xuất tiết niệu đạo nhuộm Gram và cấy để tìm lậu cầu âm tính thì phải điều trị bệnh nhân chống chlamydia (doxycycline 100mg hai lần một ngày hoặc tetracycline 500mg bốn lần một ngày trong 14 ngày). Vì nhiễm khuẩn đường tiết niệu không biến chứng ở nam giới ít phổ biến hơn ở nữ giới nhiều, nên một số tác giả cho rằng nam giới bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu (trên và dưới) rõ rệt thì phải đánh giá như là biến chứng nội khoa (ví dụ của tiểu đường) hay là một bất thường về giải phẫu (ví dụ phát hiện nhờ chụp bể thận đường tĩnh mạch, hay soi bàng quang).

Bệnh nhân cao tuổi

Các bệnh nhân già bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu phải được đánh giá cẩn thận vì có nhiều biến đổi sinh lý xảy ra theo tuổi và có thể có các bệnh khác cùng xuất hiện. Hai hội chứng tiết niệu thường gặp gây nên nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở người già là tắc đường tiết niệu và sỏi đá. Hiệu quả điều trị trong những trường hợp này phụ thuộc vào việc giải quyết những bệnh tiềm ẩn, cộng thêm với trị liệu kháng khuẩn thích hợp.

THẬN - HUYẾT ÁP - TIM MỘT VÒNG XOÁY BỆNH LÝ

Bệnh thận dù tổn thương ban đầu ở nhu mô hay hệ thống mạch máu thận thì sớm muộn cũng dẫn đến tăng huyết áp. Mặt khác tăng huyết áp sẽ thúc đẩy mạnh quá trình xơ hóa cầu thận tiến dần đến suy thận giai đoạn cuối. Vì vậy có thể nói thận vừa là thủ phạm gây tăng huyết áp vừa là nạn nhân của tăng huyết áp.

Từ lâu y học đã cho rằng tăng huyết áp có thể gây tổn thương thận, dẫn đến một tình trạng mô bệnh học gọi là xơ hóa mạch máu thận theo trường phái Hamburger hay xơ hóa thận theo trường phái Anh - Mỹ. Tổn thương thận diễn biến từ từ, nếu không điều trị sẽ gây hậu quả suy thận mạn giai đoạn cuối.

Ngược lại, một số bệnh lý ở nhu mô thận, cầu thận, ống thận, kẽ thận, mạch máu thận do mắc phải hoặc di truyền có thể là nguồn gốc gây tăng huyết áp. Trong những trường hợp này gọi là tăng huyết áp triệu chứng.

Mối tương quan thuận - nghịch xấu này cần được nhận biết để xử lý, điều chỉnh nhằm bình thường hóa huyết áp. Ngày nay, y học đã biết rõ hơn cơ chế bệnh sinh thuận nghịch này và đã có các thuốc có nhiều hiệu quả trong chống tăng huyết áp, bảo vệ tim, bảo vệ thận với mục đích ít hoặc chậm dẫn đến suy thận giai đoạn cuối.

Theo ước tính, 3% dân số Mỹ có bệnh về thận bị creatinine huyết tăng thì trong đó 70% có tăng huyết áp nhưng chỉ 59% số này được điều trị và chỉ 34% đạt được huyết áp mục tiêu. 2 - 5% tổng số bệnh nhân tăng huyết áp do các bệnh thận mạn tính.

Ở Việt Nam, theo Khoa thận tiết niệu - Bệnh viện Bạch Mai (năm 2000): 72,9% bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa bị suy tĩnh mạch, 86,7% bệnh nhân lọc máu chu kỳ có tăng huyết áp. Hiện nay tại Bệnh viện Bạch Mai đang quá tải bệnh nhân bị suy thận mạn có tăng huyết áp và suy tim cần điều trị thay thế.

Tại sao các bệnh thận và suy thận có tăng huyết áp?

Để giải thích, y học nêu vai trò quan trọng của hệ thống rennin-angiotensin-aldosteron (RAAs).

Rennin là một enzym được sản xuất ở tổ chức cầu thận có tác dụng kích hoạt angiotensinogen thành angiotensin I. Ở đây nhờ enzym chuyển đổi có tác dụng chuyển angiotensin I thành angiotensin II, một chất gây co mạch rất mạnh làm tăng huyết áp.

Những bệnh thận nào có thể gây tăng huyết áp?

Khi có một người bị tăng huyết áp, thầy thuốc sẽ tìm các bệnh thận sau đây:

- Viêm cầu thận cấp với các triệu chứng phù, đái máu, protein niệu tăng trên 1g/l, tăng huyết áp.

- Viêm cầu thận mạn với các triệu chứng phù, da nhợt, protein niệu tăng trên 1g/l, hàng cầu niệu nhiều, ure huyết và creatinin huyết tăng, tăng huyết áp, siêu âm thấy thận nhỏ.

- Viêm cầu thận đái tháo đường với các triệu chứng glucose huyết lúc đói tăng trên 7,1mmol/l, nước tiểu có microalbumin, protein. Có thể kèm theo rối loạn mỡ máu.

- Viêm cầu thận lupus. Đây là một bệnh tự miễn, tiến triển từng đợt với sốt, đau khớp, ban đỏ má, tăng huyết áp.

- Sỏi đường tiết niệu: Sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi bàng quang với các triệu chứng như cơn đau quặn thận, đái máu, được phát hiện qua siêu âm, chụp X-quang.

- Ú nước thận với triệu chứng đái máu, hai thận to, được chẩn đoán nhờ siêu âm, X-quang.

- Đa nang thận với các triệu chứng đái máu, hai thận to, được chẩn đoán nhờ siêu âm.

- Suy thận giai đoạn cuối được điều trị thay thế bằng các biện pháp lọc máu chu kỳ hoặc lọc màng bụng ngoại trú liên tục hoặc ghép thận.

Điều trị tăng huyết áp trong bệnh thận và suy thận như thế nào?

Ngoài chế độ ăn uống giảm natri, hoạt động thể lực thích hợp thì việc chọn thuốc đơn trị liệu hoặc

đa trị liệu cần được cân nhắc cẩn thận. Đôi khi phải dùng 2 - 3 thứ thuốc mới đạt kết quả mong muốn.

Việc điều trị tăng huyết áp trong suy thận nên tuân thủ các nguyên tắc:

- Đạt huyết áp mục tiêu.
- Cần chọn thuốc hạ áp thích hợp với từng đối tượng. Nên chọn thuốc ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể AT1 hoặc chẹn canxi, thuốc có tác dụng bảo vệ thận, làm giảm protein niệu và diễn biến suy thận, đặc biệt ở bệnh nhân bị suy thận do đái tháo đường.
- Không nên dùng thuốc gây hạ huyết áp nhanh, đột ngột vì có thể gây suy thận cấp chức năng tạm thời hoặc làm nặng thêm suy thận mạn tính.
- Việc phối hợp thuốc phải lựa chọn liều và không ngừng thuốc hoặc giảm thuốc đột ngột.
- Chế độ ăn uống và lọc ngoài thận cần được tuân thủ chặt chẽ theo hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa để phòng ngừa các biến chứng: suy tim, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não.

Tăng huyết áp và suy thận, suy tim

Xơ hóa mạch máu thận là một trong những nguyên nhân thường gặp của bệnh thận mạn tính tiến triển. Những năm gần đây, y học nói nhiều đến mô đệm xơ hóa và angiotensin II đóng vai trò trung tâm trong bệnh thận. Khi kích hoạt hệ rennin-angiotensin-aldosteron sẽ gây nên tăng huyết áp hệ thống và tăng áp lực trong cầu thận làm ảnh hưởng huyết động tới nội mạc mạch máu và tiểu cầu thận. Vai trò của angiotensin II đa dạng và ảnh hưởng của cơ chế tác dụng ngược gây viêm và xơ hóa nhu mô

thận. Thụ thể AT1 đóng vai trò chính trong hầu hết các hoạt động sinh bệnh lý của angiotensin II.

Vì vậy cần đánh giá chức năng thận bằng đo mức lọc cầu thận, protein niệu định kỳ. Nếu tăng huyết áp do đái tháo đường cần kiểm tra microalbumin niệu. Đây là yếu tố nguy cơ tim mạch. Những bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối do tăng huyết áp thường dẫn đến phì đại thất trái và bị bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim. Việc theo dõi điện tâm đồ và siêu âm tim định kỳ là cần thiết.

Theo Hội lọc máu châu Âu, phì đại thất trái gặp ở 50% bệnh nhân bắt đầu lọc máu chu kỳ và 70% bệnh nhân trong quá trình lọc máu do rối loạn chức năng tâm trương, giãn thất trái, bệnh cơ tim giãn, cường cận giáp thứ phát, lưu lượng tăng quá mức của thông động - tĩnh mạch, xơ vữa động mạch vành, động mạch não và động mạch ngoại biên, thiếu máu.

Tóm lại, tác động thuận nghịch của bệnh thận - tăng huyết áp - suy tim là một bệnh lý phức tạp. Vấn đề theo dõi và chỉ định hợp lý các thuốc hạ huyết áp sẽ duy trì chức năng thận, suy thận. Nếu đã suy thận giai đoạn cuối, việc lọc máu đầy đủ và khống chế huyết áp ở mức mục tiêu sẽ bảo đảm chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Đó là nguyện vọng của người bệnh đồng thời là mục tiêu của thầy thuốc.

SỰ LIÊN QUAN GIỮA SỎI THẬN VÀ SUY THẬN

Sỏi thận hay bệnh sỏi niệu, sỏi bàng quang v.v, dù tên gọi thế nào thì cũng có một nghĩa chung là có sự hình thành chất khoáng cô đặc trong thận hay ở hệ tiết niệu. Phần lớn sỏi thận được hình thành do giảm lượng nước tiểu hay do tăng lượng khoáng chất tạo thành sỏi trong nước tiểu.

Sỏi tiết niệu có thể hình thành trong thận nơi tập hợp nước tiểu, được gọi là bể thận, bàng quang (là nơi giữ nước tiểu trước khi được đưa ra ngoài cơ thể) hay niệu đạo (ống dẫn nước tiểu từ bàng quang ra ngoài cơ thể). Sỏi thận có nhiều kích cỡ khác nhau, nó có thể từ cỡ nhỏ như những hạt cát và có sỏi lớn bằng quả bóng golf. Có những sỏi tự ra ngoài qua đường tiểu, nhưng cũng có sỏi thận gây đau đớn và không thể tự ra ngoài qua đường tiểu nếu không có sự can thiệp của thuốc men hay các phương pháp điều trị khác.

Sỏi thận là gì?

Phần lớn các trường hợp sỏi thận hình thành do lượng nước quá ít (từ việc mất nước do uống ít nước hoặc tập thể thao quá sức), sự thừa khoáng tinh thể trong nước tiểu, hoặc mức khoáng chất phân nhỏ hơn mức bình thường trong nước tiểu. Các khoáng chất như canxi, oxalate, uric axit, natri, cystine hay

phốtpho kết thành một khối rắn và đó chính là sỏi thận. Sỏi thận cũng có thể ra ngoài qua đường tiểu, nhưng cũng có thể ở trong thận, bàng quang hay niệu đạo.

Nói chung sỏi nhỏ có thể tự ra ngoài mà không ảnh hưởng gì, nhưng nếu sỏi lớn, có thể bị mắc lại trên đường ra và sẽ cần phải có sự trợ giúp của bác sĩ chuyên khoa để lấy sỏi ra ngoài.

Điều quan trọng là phải tìm ra nguyên nhân gây sỏi thận và loại sỏi thận, từ đó mới tìm được cách chữa trị tốt nhất và cách phòng tránh. Nếu một người đã từng bị sỏi thận, rất có khả năng sẽ bị hình thành sỏi tiếp. Sỏi tiết niệu có thể gây cản trở cho thận trong việc loại bỏ các chất độc hại. Một viên sỏi trong thận cũng có thể xù xì, lởm chởm hoặc có các cạnh sắc nhọn và có thể làm tổn thương tạo nên những vết sẹo trong thận, dẫn đến thận bị hỏng và đôi khi gây nên suy thận.

Những triệu chứng của sỏi thận

Bạn có thể không biết rằng mình bị sỏi thận cho đến khi nó gây đau đớn, là sỏi lớn và chặn đường tiểu hoặc đôi khi đi tiểu ra sỏi mới biết. Triệu chứng thông thường là cơn đau dữ dội, không đều bắt đầu từ vùng của thận, là sau lưng ở phía dưới hoặc phía dưới xương sườn. Cơn đau có khuynh hướng di chuyển cùng với sỏi. Nếu sỏi dừng không di chuyển thì cơn đau cũng hết. Ngoài ra còn có các triệu chứng sau:

- Nước tiểu có máu hoặc màu đục, có mùi
- Choáng váng hoặc nôn
- Sốt hoặc ớn lạnh

- Cảm giác bỏng rát, đau khi tiểu.

Nếu bạn có bất kể một triệu chứng nào kể trên, hãy đến gặp bác sĩ ngay. Chữa trị sỏi thận sớm có thể ngăn chặn được các biến chứng nguy hiểm như bệnh về thận, đặc biệt nghiêm trọng là có thể gây suy thận.

Các loại sỏi thận và cách hình thành sỏi

Có bốn loại sỏi thận chính: sỏi canxi, sỏi struvite, sỏi cystine và uric acid.

Sỏi canxi là loại sỏi phổ biến nhất. Khoảng 80-90% sỏi thận là canxi với một vài khoáng chất khác (thường là oxalate và phosphate). Lượng canxi dư thừa trong cơ thể không sử dụng hết được loại bỏ qua thận; lượng dư thừa này thường chảy vào nước tiểu. Nếu canxi không được đưa ra ngoài, hoặc đơn giản là quá nhiều để có thể hoà tan trong nước tiểu, nó sẽ rắn lại và kết hợp với các khoáng chất khác tạo thành sỏi. Sỏi canxi thường xuất hiện ở những người có lượng Vitamin D cao hoặc bị cường tuyến giáp (hạch tuyến giáp quá nhạy cảm). Những người bị suy thận thường có khả năng bị sỏi canxi.

Sỏi khuẩn là loại sỏi thường được hình thành sau khi bị viêm đường tiết niệu. Loại này khá phổ biến ở phụ nữ, do phụ nữ cũng dễ bị viêm đường tiết niệu hơn nam giới. Viêm đường tiết niệu mạn tính tạo ra enzyme làm tăng lượng amoniac trong nước tiểu. Lượng amoniac dư thừa này làm vi khuẩn có thể phát sinh nhanh hơn tạo điều kiện cho sỏi khuẩn hình thành. Sỏi khuẩn thường có nhiều cạnh nhọn, hoặc phân nhánh thành sừng và kích thước có thể phát triển lớn làm tổn thương đến thận.

Sỏi uric acid hình thành do quá nhiều uric acid trong nước tiểu. Khi lượng axit tăng cao, khoáng chất hình thành và kết hợp với canxi cộng oxalate tạo nên sỏi. Loại sỏi này thường có ở nam giới. Một chế độ ăn giàu chất đạm động vật có thể góp phần tăng cao lượng uric acid trong cơ thể. Những người bị bệnh gout có nguy cơ bị sỏi uric acid cao.

Sỏi cystine hiếm gặp hơn vì sỏi này thường bị do di truyền. Cystine là một loại amino acid. Một vài người bị bệnh xistine niệu làm cho thận không thể hút lại xistine vào trong máu. Xistine không được hoà tan tốt trong nước tiểu, vì vậy những dư thừa sẽ tạo thành khối rắn là sỏi cystine. Những người bị bệnh này thường được phát hiện ngay từ khi còn trẻ và sẽ được tiếp tục theo dõi chữa trị.

Điều trị sỏi thận

Để điều trị sỏi thận thì điều quan trọng là bác sĩ phải xác định bạn bị sỏi loại gì, từ đó mới có cách điều trị hiệu quả nhất. Sẽ lấy nước tiểu để xét nghiệm ra loại sỏi, do có nhiều loại sỏi thận nên cũng có nhiều cách điều trị hiệu quả với từng loại.

Có nhiều cách để loại trừ sỏi thận mà không phải phẫu thuật. Bạn có thể làm cho sỏi tự ra khi đi tiểu nếu uống nhiều nước (2-3 lít nước mỗi ngày, nếu bạn không bị bệnh gì cấm uống nhiều nước). Nếu sỏi quá lớn, có thể gây chảy máu hay làm tổn thương thận khi ra ngoài thì phải dùng cách khác.

Một số cách điều trị sỏi thận

Tán sỏi ngoài cơ thể. Năng lượng tạo nên từ sóng siêu âm sẽ được chiếu qua da vào viên sỏi và phá vỡ sỏi. Bệnh nhân sẽ nằm trên một đệm nước, bác

sĩ sẽ xác định vị trí viên sỏi qua chụp X-quang hoặc siêu âm. Sóng siêu âm cao hay thấp sẽ tán viên sỏi ra thành nhiều mảnh nhỏ vừa đủ để nó tự ra ngoài qua đường tiểu. Quá trình tán sỏi diễn ra trong khoảng một giờ. Tán sỏi ngoài cơ thể cũng có thể gây đau nên bác sĩ sẽ cho bạn dùng thuốc giảm đau hoặc gây tê. Sau khi trị liệu bạn có thể đi tiểu ra máu, có cảm giác hơi bỏng rát sau lưng và ở bụng hoặc đau khi viên sỏi đi ra ngoài.

Lấy sỏi thận qua da. Là phương pháp nội soi để lấy sỏi thận khi không tán sỏi được. Một ống soi thận sẽ được đặt vào trong thận, viên sỏi sẽ bị tán vỡ ra nhờ sóng siêu âm và sau đó được hút ra ngoài qua ống. Mặc dù cách lấy sỏi thận qua da không tạo ra vết mổ hở nhưng vẫn cần dùng thuốc gây tê và giảm đau, bệnh nhân vẫn phải nằm viện hai hoặc ba ngày. Lấy sỏi thận qua da được dùng khi viên sỏi quá lớn không thể dùng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể được hoặc khi đã tán sỏi ngoài mà không hiệu quả. Phương pháp này thường được dùng để điều trị những sỏi có nhiều cạnh nhọn, phân nhánh, sỏi khuẩn. Sau khi lấy sỏi qua da, bạn có thể cảm thấy đau ở đường rạch đặt ống soi và vùng thận. Sau khi hút hết sỏi, bác sĩ sẽ đặt ống thông dẫn nước tiểu ra ngoài, ống thông này sẽ được rút ra sau một vài ngày sau khi phẫu thuật.

Tán sỏi niệu quản qua nội soi là dùng một máy soi niệu quản qua bàng quang để lấy sỏi còn mắc trong niệu quản. Niệu quản là ống dẫn nước tiểu từ thận đến bàng quang. Máy soi niệu quản là máy dò có thể đi qua bàng quang lên niệu quản để xác định vị trí sỏi trong niệu quản, khi tìm được vị trí sẽ dùng

sóng siêu âm để tán vụn sỏi ra. Bệnh nhân cũng cần được gây mê khi làm tán sỏi niệu quản.

Hãy thay đổi cách sống để phòng ngừa sỏi thận

Vì hơn một nửa số người đã từng bị sỏi thận sẽ bị lại, nên cách tốt nhất là chữa trị và tìm cách phòng ngừa sỏi tái phát. Cách phòng ngừa tốt nhất là thay đổi cách sống, đặc biệt là khẩu phần ăn và thói quen tập thể dục. Những người đã từng bị sỏi thận nên uống khoảng 2 đến 3 lít nước mỗi ngày (nếu không bị bệnh gì cần phải hạn chế uống nước). Ngoài ra, nếu bạn đã bị sỏi canxi, bác sĩ có thể sẽ yêu cầu bạn giảm lượng thức ăn chứa nhiều oxalate, canxi như các loại quả hạnh nhân, sô-cô-la, chè, rau chân vịt, các loại quả mọng như dâu tây. Ăn kiêng với chế độ ăn ít chất đạm cũng làm giảm nguy cơ hình thành sỏi thận

Bên cạnh việc thay đổi chế độ ăn, bác sĩ cũng có thể cho bạn uống một số loại thuốc giúp kiểm soát lượng khoáng chất phát triển trong nước tiểu.

Một số người bị sỏi thận là do tuyến giáp nhay quá mức và tiết ra nhiều hóc-môn, cường tuyến giáp cũng làm lượng canxi được giải phóng từ xương ra nhiều, số canxi này sẽ tạo thành sỏi trong thận. Vì vậy để điều trị triệt để có thể phẫu thuật tuyến giáp và sỏi thận sẽ không bao giờ còn nữa.

Mối liên quan giữa sỏi thận và suy thận

Một số người bị sỏi thận có nguy cơ bị suy thận nếu sỏi thận không được chữa trị kịp thời. Sỏi thận ở quá lâu trong thận cũng có thể gây ảnh hưởng đến thận. Một số loại sỏi thận, có cạnh sắc nhọn có thể làm tổn thương đến các mạch máu nhỏ trong thận và

tạo ra sẹo. Vì vậy cần phải tìm đúng loại sỏi và đúng cách chữa trị sỏi thận triệt để nếu phát hiện ra sỏi.

Nếu bạn có sỏi thận, nghĩa là bạn có nguy cơ bị tổn thương thận, suy thận cao hơn những người khác, vì vậy hãy thực hiện cách phòng ngừa sỏi thận và nếu đã bị sỏi thì thảo luận với bác sĩ để tìm cách chữa trị và ngăn chặn sỏi xuất hiện trở lại.

UNG THƯ THẬN

Có một số loại ung thư có thể phát triển trong thận. Ung thư tế bào thận là loại ung thư thận phổ biến nhất ở người lớn. Ung thư tế bào chuyển tiếp (ung thư biểu mô) liên quan đến bể thận là loại ung thư thận ít gặp hơn. Nó tương tự như ung thư ở bàng quang và thường được điều trị giống ung thư bàng quang. U Wilms, loại ung thư thận phổ biến nhất ở trẻ em, khác với ung thư thận ở người lớn. Dịch vụ thông tin ung thư có thể cung cấp thông tin về ung thư tế bào chuyển tiếp và u Wilms.

Khi ung thư thận phát triển, nó có thể xâm lấn vào các cơ quan ở gần thận, như gan, đại tràng, hoặc tuyến tụy. Tế bào ung thư thận có thể tách khỏi khối u ban đầu và lan (di căn) tới các bộ phận khác của cơ thể. Khi ung thư thận lan, tế bào ung thư có thể xuất hiện trong các hạch bạch huyết. Vì vậy, các hạch ở gần thận có thể được nạo vét trong khi phẫu thuật. Nếu bác sĩ giải phẫu tìm thấy tế bào ung thư trong các hạch bạch huyết, có thể khi đó ung thư đã

lan tới các bộ phận khác trong cơ thể. Ung thư thận có thể lan và tạo ra các u mới, thường gặp nhất là ở xương và phổi. Khối u mới có cùng loại tế bào bất thường và có cùng tên với khối u ban đầu (khối u nguyên phát) ở thận.

Triệu chứng

Ở giai đoạn sớm, ung thư thận thường không gây ra dấu hiệu gì rõ ràng hoặc các triệu chứng khó chịu. Tuy nhiên, khi u thận phát triển thì triệu chứng có thể xuất hiện. Những triệu chứng này bao gồm:

Đái máu. Máu có thể xuất hiện trong nước tiểu hôm nay nhưng hôm sau lại không xuất hiện. Trong một số trường hợp, người bệnh có thể nhìn thấy máu, hoặc có thể phát hiện thấy đái máu qua xét nghiệm nước tiểu, một xét nghiệm cận lâm sàng được tiến hành trong thăm khám sức khoẻ định kỳ.

Khối u ở vùng thận

Các triệu chứng ít gặp hơn có thể bao gồm:

- Mệt mỏi
- Chán ăn
- Giảm cân
- Sốt tái đi tái lại
- Đau ở cạnh lưng không khỏi
- Cảm thấy mỗi mệt toàn thân.
- Huyết áp cao hoặc thiếu máu cũng có thể là dấu hiệu của ung thư thận; tuy nhiên, những triệu chứng này ít gặp hơn.

Những triệu chứng này có thể do ung thư hoặc các tình trạng bệnh lý khác ít nghiêm trọng hơn gây ra như nhiễm khuẩn hoặc nang. Chỉ có bác sĩ mới có thể

đưa ra chẩn đoán. Những người có các triệu chứng này có thể đến gặp bác sĩ gia đình hoặc bác sĩ chuyên khoa tiết niệu. Thông thường, ung thư giai đoạn sớm không gây đau; điều quan trọng là không nên chờ cho đến khi thấy đau mới đến khám bác sĩ.

Trong hầu hết các trường hợp, ung thư càng được phát hiện và điều trị sớm thì khả năng hồi phục hoàn toàn của bệnh nhân càng lớn.

Chẩn đoán

Để tìm nguyên nhân gây triệu chứng, bác sĩ cần khai thác tiền sử bệnh sử của bệnh nhân và tiến hành khám lâm sàng. Bên cạnh việc kiểm tra các dấu hiệu về sức khỏe chung, bác sĩ có thể cho xét nghiệm máu và nước tiểu. Bác sĩ có thể khám kỹ vùng bụng để tìm u cục hoặc các khối bất thường.

Bác sĩ thường chỉ định các thăm dò hình ảnh của thận và các cơ quan lân cận. Những bức tranh này thường có thể cho biết các thay đổi ở thận và mô xung quanh. Ví dụ, chụp hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch (IVP) là phim chụp X-quang thận, niệu quản và bàng quang sau khi tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch. Các hình ảnh chụp được có thể cho thấy những biến đổi về hình dạng của các cơ quan này và các hạch lân cận.

Chụp động mạch là một loạt phim X-quang chụp mạch máu. Thuốc cản quang được tiêm vào mạch máu lớn qua một catheter. Phim chụp cho thấy mạng lưới mạch máu nhỏ hơn ở bên trong và xung quanh thận.

Một số thăm dò hình ảnh khác bao gồm chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ và siêu âm có thể cho thấy sự khác biệt giữa các mô bệnh lý và các mô lành.

Nếu kết quả xét nghiệm nghi ngờ ung thư thận thì có thể tiến hành sinh thiết. Sinh thiết là cách duy nhất chắc chắn để chẩn đoán ung thư. Trong khi tiến hành sinh thiết để tìm ung thư thận, bác sĩ chọc một kim nhỏ vào trong khối u và hút ra một mẫu mô. Sau đó, bác sĩ giải phẫu bệnh quan sát mô dưới kính hiển vi để tìm tế bào ung thư.

Khi ung thư thận đã được chẩn đoán, bác sĩ cần biết giai đoạn, hoặc phạm vi của bệnh. Phân giai đoạn là một quá trình thăm dò chi tiết để phát hiện ung thư đã lan chưa, và nếu lan thì lan tới phần nào của cơ thể. Bác sĩ cần phải có thông tin này để lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân.

Để phân giai đoạn ung thư thận, bác sĩ có thể cho chụp bổ sung cộng hưởng từ và chụp X-quang các mô và mạch máu ở bên trong và xung quanh thận. Bác sĩ có thể tìm các hạch bị sưng to lên ở trong lồng ngực và ổ bụng qua chụp cắt lớp vi tính. Chụp X-quang lồng ngực thường có thể cho biết ung thư đã di căn vào phổi chưa. Xạ hình xương có thể phát hiện ra các dấu hiệu di căn của ung thư vào xương.

Những người có chỉ định sinh thiết có thể muốn hỏi các bác sĩ một số câu hỏi như:

- Thủ thuật kéo dài bao lâu? Tôi có bị gây mê không? Có đau không?

- Bao giờ tôi có thể biết kết quả?

- Nếu tôi bị ung thư thì ai sẽ nói cho tôi biết về việc điều trị? Khi nào?

Điều trị

Điều trị ung thư thận phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, tình trạng sức khoẻ chung và độ tuổi của bệnh

nhân. Bác sĩ sẽ lập kế hoạch điều trị phù hợp với từng bệnh nhân.

Bệnh nhân ung thư thận thường được điều trị bởi một đội ngũ các chuyên gia, trong đó có bác sĩ chuyên khoa tiết niệu, bác sĩ ung thư, bác sĩ tia xạ ung thư. Ung thư thận thường được điều trị bằng phẫu thuật, liệu pháp tia xạ, liệu pháp sinh học, hoá trị liệu, hay liệu pháp hormon. Đôi khi, người ta có thể sử dụng một phương pháp điều trị đặc biệt gọi là làm thuyên tắc động mạch. Bác sĩ có thể quyết định lựa chọn sử dụng một phương pháp điều trị hoặc phối hợp nhiều phương pháp.

Một số bệnh nhân tham gia vào thử nghiệm lâm sàng sử dụng các phương pháp điều trị mới. Các thử nghiệm này giúp cải thiện chất lượng và hiệu quả điều trị ung thư.

Lấy ý kiến thứ hai

Trước khi bắt đầu điều trị, bệnh nhân có thể muốn có ý kiến tham khảo của một bác sĩ giải phẫu bệnh hoặc một bác sĩ chuyên khoa thứ hai để xem lại kết quả chẩn đoán và phác đồ điều trị. Điều này không làm ảnh hưởng đến khả năng thành công của điều trị.

Chuẩn bị cho điều trị

Dưới đây là một số câu hỏi mà bệnh nhân có thể muốn hỏi bác sĩ trước khi bắt đầu điều trị:

- Tôi bị mắc loại ung thư gì?
- Bệnh của tôi đang ở giai đoạn nào?
- Tôi có các lựa chọn điều trị nào? Bác sĩ giới thiệu cho tôi phương pháp nào? Tại sao?

- Nguy cơ và tác dụng phụ của từng phương pháp điều trị là gì?

- Khả năng thành công của phương pháp điều trị này ra sao?

- Các phương pháp điều trị mới nào đang được nghiên cứu trong thử nghiệm lâm sàng? Liệu thử nghiệm lâm sàng có phù hợp với tôi không?

- Điều trị sẽ kéo dài bao lâu?

- Tôi có phải nằm viện không?

- Liệu điều trị có ảnh hưởng tới hoạt động thường ngày của tôi không? Nếu ảnh hưởng thì trong bao lâu?

- Chi phí cho điều trị là khoảng bao nhiêu?

Các phương pháp điều trị

Phẫu thuật là phương pháp điều trị ung thư thận phổ biến nhất. Phẫu thuật được thực hiện là cắt bỏ thận. Bác sĩ phẫu thuật thường cắt bỏ toàn bộ quả thận cùng với tuyến thượng thận và các mô quanh thận. Một số hạch bạch huyết trong vùng có thể được nạo vét. Đây là thủ thuật cắt thận triệt để. Trong một số trường hợp, bác sĩ phẫu thuật chỉ cắt bỏ thận (thủ thuật cắt thận đơn giản). Quả thận còn lại nói chung có thể đảm đương được công việc của cả hai thận. Một số trường hợp khác, bác sĩ phẫu thuật chỉ cắt bỏ một phần quả thận nơi có khối u, gọi là thủ thuật cắt thận bán phần.

Thuyên tắc động mạch đôi khi được thực hiện trước phẫu thuật để có thể tiến hành phẫu thuật dễ dàng hơn. Nó cũng thường được sử dụng để giảm đau hoặc chống chảy máu khi không thể cắt bỏ được khối u. Các miếng xốp nhỏ bằng gelatin đặc biệt

hoặc bằng chất liệu khác được tiêm vào cơ thể qua một ống thông để làm tắc các mạch máu chính ở thận. Thủ thuật này làm nhỏ khối u nhờ việc giảm tưới dòng máu mang oxy và các chất khác cần cho khối u phát triển.

Dưới đây là một số câu hỏi mà bệnh nhân có thể muốn hỏi trước khi phẫu thuật:

- Loại phẫu thuật nào sẽ được thực hiện?
- Có cần phải tiếp tục điều trị sau khi phẫu thuật không? Cách điều trị như thế nào?
- Tôi sẽ cảm thấy thế nào sau khi phẫu thuật?
- Nếu tôi bị đau, bác sĩ có thể giúp tôi như thế nào?
- Khi nào tôi có thể bắt đầu lại hoạt động thường ngày của tôi?

Liệu pháp tia xạ sử dụng các tia có năng lượng cao để tiêu diệt tế bào ung thư. Đôi khi, bác sĩ sử dụng liệu pháp này để giảm đau (điều trị triệu chứng) khi ung thư thận đã di căn vào xương.

Người ta điều trị ung thư thận bằng phương pháp chiếu xạ ngoài, với một vật liệu phóng xạ bên ngoài cơ thể và một máy chiếu xạ hướng các tia vào một vùng cụ thể. Bệnh nhân thường được điều trị ngoại trú ở bệnh viện hoặc phòng khám 5 ngày mỗi tuần trong vài tuần. Phác đồ điều trị này giúp bảo vệ các mô lành nhờ sự toả tổng liều phóng xạ ra ngoài. Bệnh nhân không cần nằm viện trong khi tiến hành xạ trị, và bệnh nhân không mang nguồn xạ trong và sau khi điều trị.

Dưới đây là một số câu hỏi mà bệnh nhân có thể muốn hỏi bác sĩ trước khi tiến hành xạ trị:

- Mục đích của phương pháp điều trị này là gì?

- Khi nào thì việc điều trị bắt đầu? Khi nào thì kết thúc?

- Tôi sẽ cảm thấy như thế nào trong thời gian điều trị? Có thể có những tác dụng phụ nào?

- Tôi có thể làm gì để chăm sóc bản thân trong khi điều trị bằng tia phóng xạ?

- Làm cách nào tôi biết được điều trị có hiệu quả hay không?

- Liệu tôi có thể tiếp tục hoạt động như bình thường trong thời gian điều trị tia phóng xạ hay không?

Phẫu thuật và thuyên tắc động mạch là các phương pháp điều trị tại chỗ. Chúng chỉ ảnh hưởng tới tế bào ung thư trong vùng điều trị. Liệu pháp sinh học, hoá trị liệu, và liệu pháp hormon, được giải thích sau đây, là các phương pháp điều trị toàn thân bởi vì chúng đi vào hệ thống mạch máu và tới các tế bào trong toàn bộ cơ thể.

Liệu pháp sinh học là một dạng điều trị sử dụng khả năng kháng ung thư tự nhiên của cơ thể (hệ thống miễn dịch). Interleukin-2 và interferon là hai loại thuốc sử dụng trong liệu pháp sinh học để điều trị ung thư thận giai đoạn muộn. Các thử nghiệm lâm sàng tiếp tục nghiên cứu các phương pháp tốt hơn để tiến hành liệu pháp sinh học đồng thời có thể giảm được tác dụng phụ. Nhiều bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp sinh học cần nằm viện trong thời gian điều trị để có thể theo dõi được các tác dụng phụ này.

Dưới đây là một số câu hỏi mà bệnh nhân có thể muốn hỏi bác sĩ trước khi bắt đầu tiến hành liệu pháp sinh học:

- Mục đích của phương pháp điều trị này là gì?
- Loại thuốc nào sẽ được sử dụng?
- Liệu điều trị có gây ra tác dụng phụ không? Nếu có thì phải làm gì?
- Liệu tôi có phải nằm viện để điều trị không?
- Khi nào tôi có thể bắt đầu lại hoạt động thường ngày của tôi?

Hoá trị liệu là phương pháp sử dụng thuốc để tiêu diệt tế bào ung thư. Mặc dù có hiệu quả trong điều trị nhiều loại ung thư khác nhưng hoá trị liệu lại tỏ ra hạn chế đối với ung thư thận. Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu vẫn tiếp tục tìm hiểu các loại thuốc và các phác đồ phối hợp thuốc mới có thể có hiệu quả hơn.

Liệu pháp hormon được sử dụng với một số lượng nhỏ bệnh nhân ung thư thận giai đoạn muộn. Một số trường hợp ung thư thận có thể điều trị bằng hormon để kiểm soát sự phát triển của tế bào ung thư. Thông thường hormon được sử dụng để điều trị triệu chứng.

Dưới đây là một số câu hỏi mà bệnh nhân có thể muốn hỏi bác sĩ trước khi tiến hành điều trị bằng hormon hay hoá chất:

- Mục đích của phương pháp điều trị này là gì?
- Tôi sẽ dùng loại thuốc nào?
- Liệu tôi có tác dụng phụ không? Tôi có thể làm gì để tránh?
- Tôi sẽ phải điều trị trong bao lâu?

Tác dụng phụ của điều trị

Phẫu thuật

Tác dụng phụ của việc điều trị ung thư thận bằng phẫu thuật phụ thuộc chủ yếu vào tỳ phẫu thuật, tình trạng sức khoẻ chung của bệnh nhân và các yếu tố khác. Cắt bỏ thận là một đại phẫu thuật, và sau khi phẫu thuật hầu hết bệnh nhân bị đau và khó chịu. Bệnh nhân thấy khó hít thở sâu do đau sau mổ; họ có thể phải tập các động tác thở và ho đặc biệt để giữ cho phổi sạch. Bệnh nhân cũng thường cảm thấy mệt mỏi hoặc yếu trong một thời gian sau mổ.

Bên cạnh đó, bệnh nhân có thể phải được nuôi dưỡng và truyền qua đường tĩnh mạch trong vài ngày trước và sau mổ. Khi một bên thận bị cắt bỏ, bên thận còn lại sẽ phải thực hiện công việc của cả hai thận. Y tá sẽ phải theo dõi sát lượng dịch được đưa vào cơ thể bệnh nhân và lượng nước tiểu được đào thải. Thời gian hồi phục sau phẫu thuật ở mỗi bệnh nhân là khác nhau.

Thuyên tắc động mạch

Thuyên tắc động mạch có thể gây đau, sốt, buồn nôn, hoặc nôn mửa. Thông thường bệnh nhân cần được truyền dịch qua tĩnh mạch khi cơ thể hồi phục sau thủ thuật này.

Liệu pháp chiếu xạ

Với liệu pháp chiếu xạ, tác dụng phụ phụ thuộc chủ yếu vào liều chiếu và bộ phận được điều trị. Bệnh nhân có thể rất mệt mỏi, đặc biệt là vào những tuần điều trị cuối. Nghỉ ngơi là rất quan trọng, nhưng bác sĩ thường khuyên bệnh nhân cố gắng vận động khi có thể.

Da ở vùng được chiếu xạ thường bị đỏ, khô, nhạy cảm đau và ngứa hoặc có thể bị đen hoặc như bị cháy nắng vĩnh viễn. Xạ trị thận và các cơ quan lân cận có thể gây buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy và tiểu buốt. Nó còn có thể gây giảm bạch cầu là loại tế bào giúp cơ thể chống lại nhiễm khuẩn.

Liệu pháp sinh học

Tác dụng phụ do liệu pháp sinh học gây ra thay đổi tùy theo từng tít điều trị. Những phương pháp điều trị này có thể gây các triệu chứng giống cảm cúm như rét run, sốt, đau cơ, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn mửa, và ỉa lỏng. Bệnh nhân thường cảm thấy rất mệt mỏi sau khi điều trị, và họ có thể dễ bị chảy máu và bầm tím. Một số bệnh nhân còn có thể phát ban ngoài da. Bên cạnh đó, phương pháp điều trị này có thể gây phù và làm ảnh hưởng tới chức năng bình thường của thận và gan. Những vấn đề này có thể trầm trọng, nhưng chúng sẽ mất đi khi ngừng điều trị.

Hoá trị liệu

Tác dụng phụ của hoá trị liệu phụ thuộc vào loại thuốc điều trị. Nói chung, thuốc chống ung thư tác động tới các tế bào phân chia nhanh, như tế bào máu, tế bào lót niêm mạc ống tiêu hoá, và tế bào ở nang tóc. Kết quả là, bệnh nhân có thể có các tác dụng phụ như giảm khả năng chống nhiễm khuẩn, chán ăn, buồn nôn, nôn mửa, hoặc đau miệng. Họ có thể có ít năng lượng hơn và bị rụng tóc.

Liệu pháp hormon

Tác dụng phụ của liệu pháp hormon thường nhẹ. Progesterone là loại hormon thường được sử dụng

nhất để điều trị ung thư thận. Các thuốc chứa progesterone có thể gây ra những thay đổi về cảm giác ngon miệng và trọng lượng. Chúng còn có thể gây phù hoặc giữ nước. Các tác dụng phụ này thường mất đi khi điều trị kết thúc.

Theo dõi

Việc theo dõi định kỳ của bác sĩ sau khi điều trị ung thư thận là rất quan trọng. Bác sĩ sẽ đề xuất một chương trình khám theo dõi phù hợp bao gồm khám lâm sàng, chụp X-quang lồng ngực, và các xét nghiệm cận lâm sàng. Đôi khi bác sĩ chỉ định làm xạ hình và các xét nghiệm khác. Bệnh nhân cần phải tiếp tục khám theo dõi và thông báo sớm tất cả các vấn đề bất thường ngay khi chúng xuất hiện.

Triển vọng trong tương lai

Triển vọng của bệnh nhân ung thư thận giai đoạn sớm là rất tốt. Ung thư thận thường được chữa khỏi nếu nó được phát hiện và chữa trị trước khi có di căn. Nhiều nhà nghiên cứu đang tìm các biện pháp tốt hơn để phát hiện ung thư thận giai đoạn sớm. Họ cũng đang tìm kiếm các biện pháp hiệu quả hơn để điều trị ung thư thận giai đoạn muộn.

Các nguyên nhân có thể gây bệnh và cách phòng chống

Hiện nay, các nhà khoa học chưa xác định được nguyên nhân chính xác gây ung thư thận. Các nhà nghiên cứu tìm hiểu các dạng ung thư trong cộng đồng để tìm những yếu tố thường gặp ở những người bị ung thư thận nhiều hơn so với những người không bị bệnh để qua đó tìm ra các yếu tố nguy cơ

gây bệnh. Điều quan trọng cần biết là hầu hết những người có các yếu tố nguy cơ này lại không bị ung thư, và những người bị ung thư có thể không có một yếu tố nào trong số các yếu tố này.

Giống như hầu hết các loại ung thư khác, các nghiên cứu cho thấy nguy cơ ung thư thận tăng lên theo độ tuổi. Bệnh thường xuất hiện nhất là trong độ tuổi 50-70. Nó xảy ra ở nam giới nhiều gấp đôi nữ giới. Các yếu tố nguy cơ khác của ung thư thận là:

- Sử dụng thuốc lá: Theo kết quả nghiên cứu, những người hút thuốc có nguy cơ phát triển ung thư thận cao gấp đôi những người không hút thuốc. Bên cạnh đó, thời gian sử dụng thuốc càng dài thì nguy cơ càng cao. Tuy nhiên, nguy cơ mắc ung thư thận giảm xuống khi bỏ hút thuốc.

- Béo phì: Béo phì có thể làm tăng nguy cơ phát triển ung thư thận. Trong một số nghiên cứu, béo phì đi kèm tăng nguy cơ ung thư ở phụ nữ. Một nghiên cứu khác đề xuất thừa cân cũng là một yếu tố nguy cơ cả ở nam giới. Nguyên nhân của mối liên quan này còn chưa được xác định rõ.

- Sự phơi nhiễm trong nghề nghiệp: Một số nghiên cứu đã kiểm tra các phơi nhiễm trong nghề nghiệp để xem chúng có làm tăng nguy cơ phát triển ung thư thận ở công nhân hay không. Ví dụ, các nghiên cứu chỉ ra công nhân lò than cốc trong nhà máy thép có tỉ lệ mắc ung thư thận cao hơn bình thường. Bên cạnh đó, có một số bằng chứng cho thấy amian ở nơi làm việc, một chất có liên quan tới ung thư phổi và ung thư trung mô (là lớp màng bao phủ các tạng bên trong của cơ thể), cũng làm tăng nguy cơ mắc một số loại ung thư thận.

- Tia xạ: Những phụ nữ đã được chiếu xạ để điều trị các rối loạn ở tử cung có thể có nguy cơ phát triển ung thư thận tăng nhẹ. Hơn nữa, những người đã phơi nhiễm với thorotrast (thorium dioxide), một chất phóng xạ được sử dụng vào những năm 20 cùng với việc chụp X-quang để chẩn đoán, có tỉ lệ mắc ung thư thận tăng lên. Tuy nhiên, chất này hiện không còn được sử dụng, và các nhà khoa học cho rằng chiếu xạ chỉ gây ra một phần trăm rất nhỏ trong tổng số các trường hợp ung thư thận.

- Phenacetin: Một số người đã bị ung thư thận sau một thời gian dài sử dụng loại thuốc này với liều cao.

- Lọc máu: Những bệnh nhân được lọc máu để điều trị suy thận mạn tính trong nhiều năm có nguy cơ phát triển nang thận và ung thư thận tăng. Cần tiếp tục nghiên cứu để tìm hiểu thêm về tác dụng lâu dài của việc lọc máu đối với các bệnh nhân bị suy thận.

- Bệnh Von Hippel-Lindau (VHL): Các nhà nghiên cứu đã phát hiện ra những người có căn bệnh di truyền này có nguy cơ phát triển ung thư biểu mô tế bào thận cũng như khối u ở các bộ phận khác cao hơn. Các nhà nghiên cứu đã phát tìm ra một loại gen gây bệnh VHL, và họ tin rằng việc phân lập được gen này có thể giúp cải thiện các phương pháp chẩn đoán, điều trị và thậm chí phòng ngừa một số loại ung thư thận.

Những người cho rằng họ có nguy cơ phát triển ung thư thận nên thảo luận với bác sĩ của họ. Bác sĩ có thể gợi ý các cách để làm giảm nguy cơ và giúp lập kế hoạch khám theo dõi phù hợp.

NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU TRẺ EM - NGUYÊN NHÂN VÀ CÁCH KHẮC PHỤC

Nhiễm khuẩn tiết niệu là một bệnh hay gặp ở trẻ em, nhất là trẻ gái nhưng lại hay bị bỏ sót vì các triệu chứng thường mơ hồ. Đây cũng là một trong những nguyên nhân quan trọng gây sốt kéo dài. Nếu không được điều trị kịp thời, bệnh sẽ gây những biến chứng nguy hiểm như nhiễm khuẩn huyết, suy thận, tăng huyết áp.

Nguyên nhân

Bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu hay gặp ở trẻ gái hơn trẻ trai vì đường tiểu ở trẻ gái ngắn, vi khuẩn từ ngoài dễ dàng xâm nhập đi ngược dòng theo niệu đạo lên bàng quang gây viêm bàng quang, rồi từ bàng quang theo niệu quản lên thận gây viêm đài bể thận.

Một nguyên nhân nữa khiến tỷ lệ trẻ gái bị nhiễm khuẩn tiết niệu nhiều hơn trẻ trai là do các bà mẹ làm vệ sinh cho con thường hay có thói quen lau chùi ngược từ hậu môn đi qua lỗ tiểu và lỗ âm hộ lên trên, tức là từ sau ra trước, chính động tác này đã vô tình đem vi khuẩn từ hậu môn đến lỗ tiểu, lỗ âm hộ gây viêm đường tiết niệu và viêm nhiễm vùng âm hộ. Do đó, đa số các trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu đều do các vi khuẩn có nhiều trong phân gây ra, thường là vi khuẩn E.coli.

Nhiễm khuẩn vùng âm hộ ở trẻ gái cũng dễ dẫn đến nhiễm khuẩn tiết niệu vì lỗ tiểu và lỗ âm hộ ở gần nhau, mà hai bệnh này hay đi cùng nhau và hay gặp ở các trẻ gái hay ngồi lê la dưới đất mà không mặc quần hoặc mặc quần vải quá mỏng.

Ở trẻ bị mắc giun, nhất là giun kim mà không được điều trị, chính giun kim là nguyên nhân mang vi khuẩn từ hậu môn ngược ra phía trước gây nhiễm khuẩn tiết niệu.

Một số trẻ có bất thường hệ tiết niệu như bị trào ngược bàng quang - niệu quản, có sỏi niệu hoặc trên những trẻ được làm thủ thuật niệu khoa như đặt ống sonde tiểu, soi bàng quang... cũng dễ bị nhiễm khuẩn tiết niệu.

Triệu chứng

Thường mơ hồ và thay đổi tùy theo lứa tuổi.

Trẻ nhỏ dưới 2 tuổi: Ta có thể gặp sốt nóng hoặc ngược lại là hạ thân nhiệt, hoặc sốt kéo dài không rõ nguyên nhân, trẻ bú kém, biếng ăn, nôn mửa hoặc tiêu chảy, cũng có thể chỉ đơn thuần là không tăng cân.

Trẻ lớn: Triệu chứng điển hình là đi đái rất, đái buốt, đái đục, đái dầm trong nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới hay còn gọi là viêm bàng quang. Nếu viêm bể thận thì trẻ sẽ bị sốt cao, đau hông, lưng, đau bụng, nếu viêm bể thận mạn thì thường không có triệu chứng, có thể bị tăng huyết áp khi có sẹo ở thận do các ổ áp-xe khi lành để lại di chứng. Chẩn đoán xác định bị nhiễm khuẩn tiết niệu khi xét nghiệm nuôi cấy có vi khuẩn gây bệnh trong nước tiểu, ngoài ra trong nước tiểu có thể có bạch cầu.

Phòng bệnh

Việc điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu khá dài ngày và đôi khi tốn kém, nên phòng bệnh là rất quan trọng. Với trẻ em không nên cho trẻ lê la dưới đất. Vệ sinh tốt vùng hậu môn, rửa sạch sau mỗi lần trẻ đại tiện, vệ sinh kỹ vùng âm hộ. Dù rửa hay lau đều phải tuân theo nguyên tắc luôn bắt đầu từ phía trước là nơi lỗ tiểu và âm hộ kéo ra sau tới lỗ hậu môn, tuyệt đối không được lau qua lau lại một chỗ mà chỉ đi theo một chiều từ trước ra sau cho đến khi sạch hẳn. Chúng ta cũng không nên mặc cho trẻ loại quần để trống phần đít cho trẻ dễ tiểu tiện hay không được cho trẻ cởi truồng. Vải quần trẻ mặc nên tránh loại nilông vì nóng và bí hơi, nên chọn thứ vải thấm hút tốt, thoáng mát và mềm mại như vải sợi cotton... Cần tẩy giun định kỳ cho trẻ. Bảo đảm cho trẻ uống đủ nước, trẻ đi tiểu nhiều sẽ tống ra ngoài những vi khuẩn đang ngược lên bàng quang theo thành niệu đạo. Không có nước tiểu cũ bị ứ đọng thường xuyên trong bàng quang sẽ không tạo điều kiện cho vi khuẩn có môi trường thuận lợi để sinh sôi nảy nở. Ngoài việc bảo đảm chế độ nuôi trẻ đầy đủ các chất dinh dưỡng ra, cần cho trẻ ăn nhiều hoa quả, cung cấp đủ vitamin C sẽ giúp cơ thể trẻ khỏe mạnh, tăng sức đề kháng, nước tiểu bị axit hóa làm vi khuẩn khó phát triển.

DỊ DẠNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU Ở TRẺ EM

Trong khi những dị tật bẩm sinh ở trẻ như không có hậu môn, u, bướu... rất dễ nhận biết qua quan sát bên ngoài thì dị dạng đường tiết niệu ít được nhìn thấy vì các triệu chứng "ẩn" bên trong cơ thể. Tuy nhiên, phần lớn trường hợp trẻ được phát hiện bệnh muộn và điều trị không đúng cách trước khi đến bệnh viện. Ngoài ra, không ít trường hợp bệnh chỉ được phát hiện tình cờ khi trẻ đi chữa một bệnh khác. Thật ra, những dấu hiệu của dị dạng đường tiết niệu ở trẻ nếu chú ý kỹ vẫn có thể nhận thấy như bụng lớn (đặc biệt là lớn lệch qua một bên), đau bụng, nôn ói, tiêu chảy, tiểu khó, nước tiểu đục (có hoặc không kèm sỏi), tiểu máu, chậm lớn...

Các loại dị dạng đường tiết niệu thường gặp

- Hẹp van niệu đạo sau: Dị tật này chỉ xuất hiện ở các bé trai. Biểu hiện ban đầu là tiểu yếu, không thành dòng, tiểu khó, tiểu rặn, nhiều lúc trẻ khóc do rặn gây đau. Nếu không được điều trị sớm, nước tiểu sẽ nhiễm trùng, có màu đục, mùi hôi.

- Thận ứ nước: Bệnh nhi có những cơn đau bụng không kèm rối loạn tiêu hóa (không nôn hay tiêu chảy), lặp đi lặp lại. Khi gặp triệu chứng này, nên sớm cho trẻ đi siêu âm bụng hoặc tổng phân tích nước tiểu để kiểm tra. Nếu không được điều trị sớm, trẻ dễ bị nhiễm trùng tiểu. Trong trường hợp này,

thận bị tàn phá nhanh chóng, trẻ có biến chứng nặng như: cao huyết áp, nhiễm trùng huyết, suy thận mạn.

Ở các nước tiên tiến, hơn 80% những dị dạng đường tiết niệu nói trên được phát hiện rất sớm qua siêu âm lúc người mẹ mang thai. Tại Việt Nam, việc phát hiện dị dạng tiết niệu trước sinh còn nhiều hạn chế nên đa số trẻ được phát hiện ở giai đoạn sau sinh.

Những dị dạng có biểu hiện thận ứ nước phát hiện qua siêu âm gồm: Thận ứ nước do hẹp khúc nối bể thận-niệu quản, thận và niệu quản đôi; dẫn niệu quản, trào ngược bàng quang niệu quản. Nếu bệnh được phát hiện sớm, phẫu thuật sẽ mang lại kết quả tốt.

Để phát hiện sớm chứng thận ứ nước, các bà mẹ nên siêu âm kiểm tra vào 3 tháng cuối của thai kỳ. Ngay sau khi sinh, nếu kết quả siêu âm cho thấy trẻ mắc bệnh này, cần đưa đến cơ sở chuyên khoa để được chẩn đoán xác định.

Đối với trẻ em dưới 1 tuổi, thận dễ bị tổn thương nhưng cũng phục hồi khá tốt khi điều trị kịp thời. Một số trường hợp thận ứ nước hoàn toàn không cần can thiệp và trẻ có thể phát triển bình thường khỏe mạnh đến tuổi trưởng thành. Bác sĩ chuyên khoa sẽ xác định được trường hợp nào cần phẫu thuật và trường hợp nào chỉ cần theo dõi.

NHỮNG BỆNH LÝ CÓ THỂ XẢY RA Ở THẬN VÀ ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

Cũng như tất cả các bộ phận khác trong cơ thể, thận và hệ niệu cũng có thể bị các rối loạn và bệnh lý. Ở trẻ con và tuổi thanh thiếu niên, các bệnh lý thường gặp ở hệ thống này bao gồm:

Các dị tật bẩm sinh: Sự phát triển bất thường của bào thai có thể gây ra các tình trạng dị tật cho thận và hệ niệu như bất thường về hình dạng và kích thước. Một dị tật bẩm sinh thường thấy là có hai niệu quản cho một thận. Tỷ lệ xuất hiện bất thường này vào khoảng 1/125, dị tật này là nguy cơ gây ra các bệnh lý nhiễm trùng đường tiểu về sau. Một dạng dị tật khác như thận hình lưng ngựa, xuất hiện khi hai thận không dính vào cuống thận để có vị trí thẳng đứng như bình thường, mà hai thận trở nên nằm ngang hơn trông giống như hình lưng ngựa. Tỷ lệ xuất hiện bệnh này vào khoảng 1/500, phát triển thành bệnh khi trẻ lớn lên.

Viêm cầu thận: Đây là một tình trạng nhiễm trùng ở các cầu thận, tiểu cầu thận. Bệnh thường xuất hiện sau những đợt viêm họng do Streptococcus, thường thấy ở trẻ con.

Cao huyết áp: Huyết áp cao là hậu quả của một bệnh lý tại thận. Bình thường, thận có chức năng điều hòa lượng muối và nước trong máu bằng cách sản xuất ra men renin kiểm soát hàm lượng các chất

này. Một khi có bệnh lý ở thận, men renin không đảm bảo được việc thải muối và nước trong máu làm cho thể tích máu trong lòng mạch tăng lên gây ra cao huyết áp.

Suy thận: Có hai dạng suy thận - cấp và mạn tính. Suy thận cấp là tình trạng suy giảm chức năng thận diễn ra nhanh chóng trong vài ngày. Suy thận mạn tính diễn ra lâu hơn. Cả hai tình trạng suy thận đều dẫn đến tình trạng ngộ độc cho cơ thể bởi các chất thải trong máu không được loại trừ ra ngoài.

Suy thận cấp thường do một tình trạng nhiễm khuẩn, chấn thương, sốc, suy tim, ngộ độc hoặc dùng thuốc quá liều. Việc điều trị bao gồm điều chỉnh lại các chức năng thận, chạy thận nhân tạo hoặc thậm chí phẫu thuật.

Suy thận mạn tính gây ra bởi các bệnh lý mạn tính như tình trạng cao huyết áp kéo dài, dị tật bẩm sinh ở thận và hệ niệu. Nếu các nguyên nhân được chẩn đoán và điều trị sớm có thể làm giảm tình trạng suy thận, tuy nhiên không hồi phục lại được chức năng thận đã bị suy yếu. Một số trường hợp cần phải thay thận.

Sỏi thận: Đây là tình trạng bệnh lý gây ra bởi quá trình ứ đọng chất calcium, muối và các khoáng chất khác hình thành nên cục rắn chắc, gọi là sỏi. Sỏi thận gây ra tình trạng tắc nghẽn dòng nước tiểu, hoặc tắc nghẽn dòng máu chảy qua thận. Sỏi thận gây ra các cơn đau quặn bụng. Sỏi có thể tự được thải ra ngoài hoặc cần phải được điều trị lấy sỏi ra.

Viêm thận: Là một tình trạng thận bị viêm nhiễm. Nguyên nhân có thể do nhiễm khuẩn hoặc tình trạng hệ miễn dịch của cơ thể tự tấn công thận, hoặc

tình trạng viêm thận tự phát (không rõ nguyên nhân). Viêm thận thường được phát hiện bởi tình trạng tiểu ra đạm.

Nhiễm trùng đường tiểu: Là một tình trạng viêm nhiễm xảy ra ở bất kỳ vị trí nào trên hệ niệu.

Nguyên nhân thường do vi khuẩn, thường thấy nhất là tình trạng vi khuẩn từ hậu môn (như E. Coli, tìm thấy trong phân) di ngược qua và xâm nhập vào niệu đạo gây ra nhiễm trùng. Nhiễm trùng tiểu, nếu không được điều trị có thể gây ra nhiễm trùng thận (gọi là nhiễm trùng tiểu cao). Hầu hết các nhiễm trùng tiểu thường thấy là nhiễm trùng tiểu thấp (như viêm bàng quang, viêm niệu đạo). Nhiễm trùng tiểu thường thấy ở trẻ gái hơn trẻ trai, lý do là cấu tạo hệ niệu của nữ có niệu đạo ngắn hơn và dễ nhiễm trùng hơn.

Tình trạng co thắt đường tiểu: Đây là tình trạng thường gây ra dội ngược nước tiểu từ bàng quang trở ngược lên niệu quản, hoặc thậm chí dội ngược lên đến thận. Tình trạng này xuất hiện khoảng 1% ở các trẻ và có dấu hiệu di truyền. Bệnh lý gây ra nhiều phiền toái cho hoạt động thường nhật của trẻ và là một trong những nguyên nhân chính gây ra nhiễm trùng tiểu.

SUY THẬN VÀ SUY TIM

Bệnh tim mạch là bệnh biến chứng phổ biến ở bệnh nhân suy thận, bất kể suy thận ở giai đoạn nào. Do những nguyên nhân cơ bản gây ra suy thận là huyết áp cao và tiểu đường làm bệnh nhân có nguy cơ bị bệnh tim mạch cao.

Bệnh tim mạch là gì?

Quả tim của người to khoảng bằng 1 nắm tay và nặng hơn 3 lạng. Tim bơm oxy và máu đến các bộ phận trong cơ thể qua các mạch máu, đưa đến cả não và các mô. Bệnh về tim mạch là một từ chung để miêu tả các bệnh ảnh hưởng đến tim và các mạch máu.

Bệnh về tim mạch có thể ảnh hưởng đến chức năng của tim và các mạch máu, gây ra các vấn đề nghiêm trọng về sức khoẻ. Gián đoạn hay không cung cấp đủ oxy đến các bộ phận trong cơ thể có thể làm các cơ quan nội tạng bị phá huỷ hoặc thậm chí gây ra chết người. Nếu bị bệnh tim mạch, tim và não có nguy cơ bị ảnh hưởng cao. Rất nhiều bệnh nhân suy thận bị các bệnh về tim mạch, bệnh tim là từ chung để miêu tả bệnh, nhưng có những bệnh cụ thể sau:

Bệnh động mạch vành: Bệnh này ảnh hưởng đến các mạch máu cung cấp máu cho cơ tim. Nếu động mạch bị nghẽn và dòng máu đưa vào tim bị hạn chế, có thể gây ra cơn đau tim đột quỵ, bệnh động mạch vành cũng có thể gây ra cơn đau ngực (chứng đau thắt ngực).

Đột quy: Đột quy khi một động mạch, cơ quan mang máu và oxy đến một phần nào đấy của tim bị chặn lại. Không có oxy, phần cơ này của tim không hoạt động và sẽ có cảm giác đau ở ngực.

Suy tim: Tim khoẻ mạnh sẽ bơm máu đến khắp cơ thể. Một quả tim yếu sẽ không đủ khả năng làm việc bơm máu này một cách hiệu quả. Khi tim không bơm đủ máu, sẽ bị suy tim.

Ngoài ra, bệnh nhân suy thận cũng có thể bị các bệnh về tim mạch như sau:

Xơ vữa động mạch: Khi các mạch máu bị tắc bởi sự tích tụ cholesterol, chất béo và canxi (còn được biết đến như là những mảng bám), đây chính là điều kiện dẫn đến bệnh xơ vữa động mạch. Những mảng bám tạo thành trên thành của mạch máu, mạch máu trở nên kém mềm dẻo, và sự lưu thông trong mạch máu cũng kém hơn, làm dòng máu khó chảy qua. Đột quy hay cơn đau tim có thể xuất hiện nếu sự tích tụ mảng bám trở nên dày và mạch máu bị tắc nghẽn nên dòng máu không thể chảy qua được.

Huyết áp cao: Huyết áp cao xuất hiện khi máu được đẩy đi trong mạch máu với áp suất cao. Khi huyết áp lên cao, thành mạch trở nên yếu và có thể gây ra các biến chứng như đột quy hay cơn đau tim.

Suy thận và nguy cơ bệnh liên quan đến tim mạch

Những biến chứng từ suy thận, cũng như các bệnh dẫn đến suy thận có thể làm bạn ở nguy cơ cao mắc các bệnh về tim mạch. Một số biến chứng do suy thận kể sau đây cũng có thể dẫn đến bệnh tim mạch:

Thiếu máu: Thiếu máu là khi cơ thể không có đủ hồng cầu. Thận sản xuất ra một loại hóc-môn là

erythropoietin, hóc-môn này làm cho tuỷ sản sinh ra hồng cầu. Nhưng khi thận bị phá huỷ, mức erythropoietin cũng bị giảm và cơ thể không có đủ hồng cầu. Rất nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, thiếu máu có liên quan đến các bệnh về tim mạch. Hồng cầu gồm một protein gọi là huyết cầu tố, giúp vận chuyển oxy đi khắp cơ thể. Ít hồng cầu sẽ làm giảm lượng oxy cung cấp đến các cơ quan nội tạng và các mô. Nếu cơ thể không có đủ oxy, tim cũng không đủ oxy, khi không đủ oxy cho các cơ tim hoạt động, rất dễ bị lên cơn đau tim. Thiếu máu cũng làm tim phải bơm nhiều hơn để có thể đủ lượng oxy cung cấp cho cơ thể, vì tim phải làm việc nặng hơn, các cơ tim cũng bị ảnh hưởng. Điều này có thể dẫn đến bệnh phì đại tâm thất trái hoặc suy tim thất trái.

Cao huyết áp: Thận tạo ra Renin, là một enzyme giúp kiểm soát huyết áp. Khi huyết áp thấp, thận khoẻ mạnh sẽ giải phóng Renin để kích thích những hóc-môn khác và làm tăng huyết áp lên. Khi thận bị suy yếu, sẽ giải phóng quá nhiều Renin, và làm huyết áp tăng cao. Huyết áp cao sẽ tăng nguy cơ bị bệnh tim, lên cơn đau tim và dần dần có thể làm suy tim.

Mức homocysteine quá cao: Homocysteine là một Amino Acid thường thấy trong máu. Thận khoẻ mạnh điều hoà lượng Homocysteine và loại bỏ những chất thừa. Nhưng khi bị suy thận, thận không còn khả năng loại bỏ homocysteine dư thừa. Mức Homocysteine quá cao thường liên quan đến việc tạo thành những mảng bám ở thành mạch, dẫn đến những bệnh về tim mạch như xơ vữa động mạch. Ngoài ra, nó cũng làm tăng nguy cơ bị nghẽn mạch máu dẫn đến đột quỵ.

Mức canxi và photpho: Nhiều nghiên cứu khác nhau đã chỉ ra rằng mức canxi và photpho ở bệnh nhân suy thận, đặc biệt ở bệnh nhân phải lọc máu có liên quan đến bệnh tim mạch. Thận khoẻ mạnh giữ cho mức canxi và photpho cân bằng nhưng khi thận suy thì không còn khả năng làm việc đó nữa. Khi có quá nhiều photpho và canxi trong máu, nguy cơ bệnh tim mạch cũng tăng cao.

Tiểu đường và huyết áp cao là hai nguyên nhân đầu tiên dẫn đến suy thận, và chúng cũng là nguyên nhân gây ảnh hưởng đến bệnh tim mạch cao nhất.

VIÊM BÀNG QUANG KÊ

Viêm bàng quang kê là một bệnh ở bàng quang (bàng quang là nơi dự trữ nước tiểu trước khi chúng được đưa ra ngoài cơ thể), nguyên nhân chưa biết chính xác, thường bệnh là do viêm nhiễm.

Triệu chứng chủ yếu là: Đau ở vùng chậu hông, đi tiểu nhiều (có khi lên đến 60 lần/ngày), và khi muốn đi tiểu cần phải đi ngay lập tức.

Có thể cảm thấy đau ở vùng bụng dưới, niệu đạo (ống dẫn nước tiểu từ bàng quang ra ngoài) hoặc đau ở âm hộ (đối với nữ). Phụ nữ bị viêm bàng quang có thể thấy rất đau đớn khi giao hợp. Triệu chứng có thể khác biệt đối với từng người, có thể chỉ thấy cần đi tiểu ngay lập tức, nhưng cũng có khi thấy đau đớn và tiểu buốt. Thậm chí làm cho bệnh nhân không thể làm việc, giao hợp hay những hoạt

động bình thường cũng trở nên khó khăn và không thể thực hiện được. Triệu chứng của viêm bàng quang có thể giữ nguyên hoặc ngày càng trở nên tồi tệ, nhưng cũng có bệnh nhân cũng tự thuyên giảm.

Nguyên nhân gây viêm bàng quang

Nguyên nhân chính xác vẫn còn chưa biết rõ, nhưng có thể là do:

- Dị ứng
- Các bệnh về mạch máu
- Bệnh tự miễn dịch
- Dị tật ở thành mạch bàng quang
- Xuất hiện những bất thường trong nước tiểu
- Một loại nhiễm khuẩn bất thường.

Ai có khả năng bị viêm bàng quang?

Phụ nữ thường bị viêm bàng quang, nhưng đôi khi bệnh cũng xuất hiện ở trẻ em và nam giới.

Cách phát hiện bệnh?

Bác sĩ sẽ phải loại trừ những bệnh khác cũng có triệu chứng tương tự, đôi khi triệu chứng có thể là do:

- Viêm đường tiết niệu (UTI)
 - Ung thư bàng quang
 - Do chữa trị bằng chiếu tia ở vùng chậu
 - Có vấn đề về thần kinh
 - Những bệnh bị ảnh hưởng toàn thân như tiểu đường.
 - Những loại thuốc làm ảnh hưởng đến bàng quang.
- Để chẩn đoán, bác sĩ thường khám tổng quát, bao gồm cả khám vùng chậu và xét nghiệm nước tiểu.

Nước tiểu thường bình thường, không có dấu hiệu của nhiễm khuẩn. Để chẩn đoán chắc chắn bị viêm bàng quang kẽ, cần làm soi bàng quang. Bệnh nhân sẽ được gây tê, bàng quang được bơm đầy, bác sĩ sẽ dùng một thiết bị soi bàng quang chuyên dụng để xem xét bên trong bàng quang. Bác sĩ cũng có thể làm sinh thiết bàng quang để kết luận rõ hơn.

Viêm bàng quang kẽ được chữa trị thế nào?

Những thuốc uống:

Elmiron (pertosan polysulfate sodium): Thuốc này đã được FDA kiểm duyệt. Đây là thuốc duy nhất được phép dùng để chữa viêm bàng quang kẽ.

Thuốc chống trầm cảm: Thuốc chống trầm cảm ba vòng, như Elavil (amitriptyline) được dùng để giảm đau, trong trường hợp này thuốc dùng để giúp giảm đau chứ không phải chữa trầm cảm.

Một số loại thuốc uống khác: Thuốc chống viêm sưng, kháng histamin, thuốc giãn cơ v.v.

Thuốc đặt bàng quang:

Cách chữa trị này cần làm căng bàng quang bằng cách bơm đầy nước và cần gây tê như khi làm thủ thuật soi bàng quang. Một số loại thuốc có thể dùng:

DMSO (dimethyl sulfoxide): Thuốc này được dùng như loại thuốc chống viêm sưng có tác dụng giảm đau. DMSO có thể là hỗn hợp của steroids, heparin, sodium bicarbonate, anesthetics.

BCG (Bacille Calmette-Guerin): Đây là thuốc chữa trị thử nghiệm, chưa được FDA thông qua.

Cystistat (hyaluronic acid): Thuốc này cũng chưa được FDA thông qua, chỉ là cách chữa thử nghiệm.

Ăn kiêng:

Hạn chế một số loại thực phẩm như nhiều axit, gia vị. Thuốc lá, cà-phê, trà, rượu cũng có thể làm bệnh nặng hơn.

Phẫu thuật:

Một số ít bệnh nhân nặng, khi chữa trị bằng cách thông thường không mang lại kết quả có thể phải phẫu thuật. Nếu bệnh nhân bị viêm bàng quang kẽ do những vết loét bên thành bàng quang có thể chữa trị bằng laser.

HUYẾT ÁP CAO VÀ BỆNH THẬN Ở TRẺ EM

Huyết áp cao là hiện tượng phổ biến ở trẻ bị bệnh thận, do tuổi còn nhỏ, nên khi bị bệnh thận và huyết áp tăng cao, bé thường có nguy cơ mắc bệnh tim và thận càng xấu đi. Vì vậy, khi trẻ bị bệnh thận, cần kiểm tra huyết áp thường xuyên, chẩn đoán sớm và điều trị huyết áp cao sẽ giảm nguy cơ bị các biến chứng khác. Bài viết này, sẽ giúp cho cha mẹ biết cách nhận biết các dấu hiệu và cách chữa trị huyết áp cao cho con mình.

Bệnh thận mạn là gì?

Bệnh thận mạn là khi thận bị tổn thương bởi các bệnh lý, vì vậy chức năng thận giảm đi và khả năng thực hiện các chức năng kể dưới đây cũng kém đi:

- Loại bỏ chất độc hại và nước dư thừa khỏi cơ thể

- Tạo ra các hóc-môn để:

+ Kiểm soát huyết áp

+ Ngăn ngừa thiếu máu (thiếu lượng hồng cầu)

+ Giúp xương chắc khỏe

- Tạo hóc-môn giúp trẻ tăng trưởng và phát triển bình thường

- Giữ mức cân bằng các chất hoá học quan trọng trong máu như natri, kali, photpho và canxi.

Khi thận không làm việc tốt, các chất thải sẽ tăng cao trong máu, gây nên các triệu chứng giữ nước (phù) ở chân, tay, chóng mặt hoa mắt, nôn, mệt mỏi và mất cảm giác ngon miệng. Biến chứng có thể làm huyết áp tăng cao, thiếu máu, xương yếu đi, suy dinh dưỡng, thần kinh bị phá huỷ. Bệnh thận cũng làm tăng nguy cơ bị các bệnh về tim mạch. Đôi khi, các triệu chứng này phát triển rất âm thầm và gây suy thận, vì vậy phát hiện bệnh sớm và chữa trị kịp thời có thể tránh các biến chứng nguy hiểm và giữ chức năng thận được tốt hơn.

Những nguyên nhân gây bệnh thận ở trẻ?

Những nguyên nhân chính gây bệnh thận ở trẻ thường là:

- Bất thường ở đường niệu, làm nghẽn dòng chảy nước tiểu.

- Các bệnh di truyền như thận đa u nang, như là những túi nước hình thành trong thận.

- Những bệnh phá huỷ các bộ lọc của thận (tiểu cầu), ở các khúc nối, bệnh xơ cứng tiểu cầu thận.

- Hội chứng tan huyết urê huyết, là bệnh ảnh hưởng cả máu và các mạch máu. Bệnh thận xuất hiện do các mạch máu trong thận bị phá huỷ; bệnh

này cũng có thể làm ảnh hưởng đến các bộ phận khác như tim và não.

Những nguyên nhân làm huyết áp tăng cao ở trẻ

- Béo phì
- Gia đình có tiền sử bị huyết áp cao
- Bị bệnh thận
- Nếu huyết áp của trẻ tăng cao cần kiểm tra, xét nghiệm chức năng thận, vì thường nó là nguyên nhân gây huyết áp cao ở trẻ.

Vi sao huyết áp cao và bệnh thận lại liên quan đến nhau?

Huyết áp cao là nguyên nhân đầu tiên gây suy thận, tuy nhiên, huyết áp cao cũng là biến chứng do bệnh thận. Do thận của bé bị tổn thương, nên không còn hoạt động hiệu quả để điều hoà huyết áp ở mức bình thường, vì vậy huyết áp của trẻ sẽ tăng cao và làm bệnh thận càng tệ hơn. Vì vậy, cần kiểm tra huyết áp của trẻ một cách thường xuyên.

Thế nào là huyết áp cao ở trẻ?

Bình thường huyết áp của trẻ sẽ thấp hơn ở người lớn. Huyết áp sẽ tăng cùng với tuổi tác và kích cỡ cơ thể. Huyết áp của con bạn sẽ phụ thuộc vào tuổi của cháu, giới tính và cân nặng. Bác sĩ sẽ so sánh huyết áp của bé với bảng huyết áp chuẩn ở trẻ để đánh giá. Chẩn đoán huyết áp cao cần dựa vào ít nhất 2 lần đo huyết áp khác nhau, bạn cần hỏi bác sĩ để biết chính xác với độ tuổi, giới tính, cân nặng của con như vậy thì huyết áp bao nhiêu là bình thường.

Mục tiêu chữa trị huyết áp cao ở trẻ

- Hạ mức huyết áp

- Ngăn chặn bệnh thận xấu đi
- Phòng ngừa các bệnh về tim mạch
- Huyết áp của trẻ cần phải đạt mức bình thường dành cho trẻ ở lứa tuổi, cân nặng như vậy, hoặc thấp hơn 130/80.

Cách chữa trị huyết áp cao nào dành cho trẻ?

Con bạn có thể phải thay đổi cách sống, kết hợp dùng thuốc, bác sĩ chuyên khoa thận cũng cần hợp tác trong việc đưa ra phác đồ điều trị huyết áp cao.

Thay đổi lối sống ở trẻ bao gồm những gì?

Nếu bé quá nặng cân, béo phì thì cần giảm cân. Béo phì làm trẻ có nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch, và làm huyết áp càng tăng cao hơn.

Ăn nhạt, không dùng các loại Snack (bim bim) mặn. (Tuy nhiên, cũng cần kiểm tra lại với bác sĩ để chắc chắn con bạn không bị loại bệnh thận liên quan đến việc làm cơ thể bị mất muối).

Tránh các yếu tố làm tăng huyết áp như khói thuốc, cà-phê, các loại thuốc khác có tác dụng phụ làm tăng huyết áp.

Tập thể dục thường xuyên, hỏi bác sĩ để biết bài tập nào phù hợp với con bạn.

Các loại thuốc dùng

Để quyết định cho trẻ dùng thuốc hạ huyết áp loại nào, bác sĩ thường cân nhắc dựa vào các yếu tố sau:

- Trẻ bị bệnh thận loại nào
- Tuổi của trẻ và cân nặng
- Trẻ đã biết uống thuốc viên hay chưa.

Có rất nhiều loại thuốc hạ huyết áp mà trẻ có thể dùng được, nhưng cần có ý kiến của bác sĩ về liều lượng do còn phải phụ thuộc vào cân nặng, tuổi của trẻ.

Trẻ cần phải làm thêm các loại xét nghiệm nào?

Để kiểm tra kỹ chức năng của thận, bác sĩ có thể yêu cầu con bạn làm các xét nghiệm sau:

Mức lọc máu cầu thận - GFR cho biết chức năng thận của con bạn còn bao nhiêu. GFR có thể tính được khi có kết quả xét nghiệm Creatinine.

Mức protein trong nước tiểu. Lượng protein cao trong nước tiểu nghĩa là thận của con bạn có thể đang xấu đi, nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao. Điều trị cao huyết áp có thể giảm mức protein trong nước tiểu.

Cha mẹ có thể làm gì thêm để giúp con?

Nếu con bị béo phì, cần giúp con giảm cân. Hỏi bác sĩ để biết chính xác lượng Calo con cần mỗi ngày và hạn chế con dùng đúng lượng Calo đó.

Hỏi bác sĩ chế độ tập luyện phù hợp với con và giúp con tập luyện.

Nếu bác sĩ cho con dùng thuốc hạ huyết áp, nhắc nhở và kiểm tra để chắc chắn con uống thuốc đúng liều. Nếu có bất kỳ tác dụng phụ nào, cần báo ngay cho bác sĩ biết.

Những điều cần ghi nhớ

Cao huyết áp là bệnh phổ biến ở trẻ bị bệnh thận. Cao huyết áp làm thận có nguy cơ bị xấu đi và dễ bị các bệnh về tim mạch.

Nếu trẻ bị bệnh thận, cần đo huyết áp cho trẻ thường xuyên.

Cần chú ý dụng cụ đo huyết áp cho trẻ (vòng quấn) phải vừa với vòng tay của trẻ.

Bình thường huyết áp của trẻ thấp hơn huyết áp của người lớn. Xác định huyết áp của trẻ có cao hay không còn phải phụ thuộc vào giới tính, tuổi tác và cân nặng của trẻ.

Cần hỏi ý kiến bác sĩ chuyên khoa thận về việc chữa trị huyết áp cho trẻ.

Chữa huyết áp cao có thể bao gồm cả dùng thuốc và thay đổi lối sống, như theo một thực đơn ăn kiêng lành mạnh, giảm cân nếu bị béo phì, và tập thể dục đều đặn. Có thể cần ăn nhạt, giảm lượng muối dùng hàng ngày. Liệu dùng của thuốc hạ huyết áp cũng phải phụ thuộc vào tuổi tác và cân nặng của trẻ.

BỆNH LÝ THẬN TRÀO NGƯỢC

Định nghĩa

Bệnh lý thận trào ngược là một bệnh mà thận bị hư hại bởi dòng chảy ngược của nước tiểu vào trong thận.

Nguyên nhân, tỉ lệ mắc, và các yếu tố có tính nguy cơ.

Nước tiểu chảy từ thận, thông qua hai ống niệu quản và chảy vào trong bàng quang. Mỗi ống niệu quản có một van một chiều qua đó nước tiểu đi vào bàng quang, van này ngăn chặn nước tiểu chảy ngược lại trong niệu quản.

Bệnh lí thận chảy ngược xảy ra khi các van này bị hỏng, khiến cho nước tiểu chảy ngược lại thận. Nếu như bàng quang bị viêm nhiễm hay nước tiểu có chứa vi khuẩn, thận phải đối mặt với khả năng nhiễm trùng.

Bởi vì áp lực trong bàng quang thường cao hơn trong thận, nên sự trào ngược của nước tiểu khiến thận đối mặt với áp suất cao bất bình thường. Qua thời gian, áp suất được gia tăng này sẽ làm hư hại thận và gây ra sẹo thận.

Hiện tượng trào ngược của nước tiểu xảy ra ở những người có hai ống niệu quản ngắn. Các niệu quản đi vào bàng quang thông qua các đường ống trong thành bàng quang, và áp lực trong bàng quang thông thường sẽ giữ cho những đường ống này được đóng chặt. Nếu như những đường ống này ngắn hay không có (do bẩm sinh).

Tỷ lệ bình thường của đoạn niệu quản trong thành bàng quang so với đường kính của lỗ niệu quản là 2,5:1, áp suất trong bàng quang có thể khiến nước tiểu chảy ngược lên hai niệu quản.

Trào ngược có thể có liên quan với những bệnh khác bao gồm:

- Nhiễm trùng bàng quang (viêm bàng quang)
- Sỏi bàng quang
- Tắc đầu ra của bàng quang
- Rối loạn bàng quang
- Niệu quản dị dạng.

Ở một số trường hợp, trào ngược không có triệu chứng gì. Bệnh thường được phát hiện khi một đứa trẻ được kiểm tra các nhiễm trùng tái phát ở bàng

quang hay được kiểm tra do nghi ngờ là nhiễm trùng bàng quang. Nếu như trào ngược được phát hiện ở đứa trẻ đó, thì các anh hay chị em ruột của đứa trẻ đó cũng được kiểm tra, bởi vì trào ngược có thể xuất hiện trong cùng một gia đình.

Mức độ của trào ngược được phân loại thành 5 độ, giúp cho việc xác định xem bệnh sẽ được điều trị như thế nào. Trào ngược giản đơn hay trào ngược không biến chứng rơi vào độ I hay II.

Bệnh lí thận trào ngược cũng có thể xảy ra do sự phù lên tạm thời xuất hiện sau khi cấy lại các niệu quản trong lúc cấy ghép thận hay do chấn thương đối với niệu quản.

Khoảng 4 trong số 1000 người không có triệu chứng gì mắc bệnh lí thận trào ngược, trong khi có tới 50% trẻ mẫu giáo và trẻ em mắc nhiễm trùng đường niệu mắc bệnh lí thận trào ngược. Bệnh lí thận trào ngược có thể dẫn tới suy thận mạn và bệnh thận giai đoạn cuối.

Có thể bệnh lí không có triệu chứng gì nếu chỉ một thận bị ảnh hưởng hay các triệu chứng có thể là các triệu chứng của nhiễm trùng đường niệu, của hội chứng thận hư, hay suy thận mạn

Các yếu tố có tính nguy cơ bao gồm tiền sử trào ngược của cá nhân hay gia đình, các bệnh lí bẩm sinh của đường niệu, và các nhiễm trùng đường niệu tái phát.

Các triệu chứng

- Nhiễm trùng đường niệu tái phát ở nữ giới
- Nhiễm trùng đường niệu giản đơn ở nam giới
- Đau sườn, đau lưng, hay cơn đau bất bình thường

- Tần suất đi tiểu tăng
- Có nhu cầu đi tiểu về đêm
- Nóng hay buốt khi đi tiểu
- Cảm giác không đi tiểu hết ở bàng quang
- Máu trong nước tiểu
- Nước tiểu có bọt hay màu tối.

Các triệu chứng khác có thể liên quan đến bệnh bao gồm:

- Đái dầm
- Nôn và buồn nôn
- Các dị dạng ở móng tay
- Sốt
- Các cơn ớn lạnh.

Chú ý: Rối loạn có thể không gây ra triệu chứng gì.

Các dấu hiệu và các xét nghiệm

- Huyết áp có thể tăng lên, và có thể có các dấu hiệu và các triệu chứng của suy thận mạn.

Các xét nghiệm khác đối với bệnh bao gồm:

- Siêu âm thận
- Xét nghiệm Bun huyết thanh
- Xét nghiệm sự thanh thải creatinine
- Xét nghiệm nước tiểu 24 giờ cho thấy mức protein niệu tăng lên
 - Nuôi cấy nước tiểu cho thấy có nhiễm trùng
 - Chụp xạ hình có thể cho thấy có hồi lưu ngược bàng quang niệu quản hay thận ứ nước
 - Scan bụng hay siêu âm thận hay bụng có thể cho thấy thận bị ứ nước, trào ngược, thận nhỏ, hay seot thận
 - Chụp (là một kĩ thuật chụp khi bệnh nhân được bơm đầy thuốc cản quang vào bàng quang, và chụp

khi bệnh nhân đang đi tiểu) sẽ chẩn đoán rõ ràng trào ngược hồi lưu bàng quang.

Điều trị

- Trào ngược đơn giản, không biến chứng dưới độ III (trào ngược nguyên phát) có thể được điều trị như sau:

- Theo dõi cẩn thận
- Nuôi cấy nước tiểu lặp lại
- Dùng kháng sinh để ngăn chặn nhiễm trùng
- Siêu âm thận thường xuyên để theo dõi sự phát triển của bệnh.

Trào ngược nặng hơn có thể đòi hỏi phải phẫu thuật để:

- Cấy lại niệu quản
- Sửa chữa phục hồi.

Tiên lượng

Kết quả sẽ là khác nhau. Phần lớn các trường hợp mắc hội chứng trào ngược tự khỏi. Tuy nhiên, sự hư hại đối với thận có thể là vĩnh viễn. Nếu chỉ một bên thận bị ảnh hưởng, thận khác có thể tiếp tục hoạt động để thực hiện đầy đủ chức năng của hai thận.

Hội chứng trào ngược có thể gây ra khoảng 20% các ca suy thận ở trẻ em và người trưởng thành còn trẻ.

Các biến chứng

- Hư hại lâu dài đối với một hay cả hai quả thận
- Suy thận mạn nếu như cả hai thận bị ảnh hưởng (có thể tiến triển tới bệnh thận giai đoạn cuối)
- Nhiễm trùng đường niệu tái phát hay mạn
- Hội chứng thận hư

- Cao huyết áp
- Viêm bể thận
- Sẹo thận
- Trào ngược tái phát dai dẳng
- Tắc niệu quản sau phẫu thuật
- Gọi tới chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn
- Hãy gọi cho chuyên gia y tế nếu các triệu chứng cho thấy hội chứng trào ngược có thể xuất hiện
- Hãy gọi cho chuyên gia y tế nếu lượng nước tiểu sụt giảm hay các triệu chứng mới phát triển.

Ngăn chặn

Phẫu thuật cấy lại các niệu quản vào trong bàng quang có thể được thực hiện để ngăn chặn hội chứng trào ngược. Điều này sẽ làm giảm bớt tần suất xuất và làm thuyên giảm nguy cơ do các nhiễm trùng đường niệu.

Điều trị nhanh chóng các nguyên nhân gây ra trào ngược có thể ngăn chặn hội chứng trào ngược phát triển.

Những loại bệnh nhiễm trùng nào mà bệnh nhân lọc máu có thể mắc phải?

Vì nhiều lý do, bệnh nhân lọc máu có nguy cơ cao mắc các bệnh nhiễm trùng. Bệnh nhân bị suy thận mạn, thường có những bất thường ở hệ thống miễn dịch, vì vậy làm suy yếu khả năng chống lại các nhiễm khuẩn. Mặc dù, kết quả xét nghiệm số lượng bạch cầu có thể bình thường, nhưng ở bệnh nhân lọc máu, các bạch cầu này thường không hoạt động được đầy đủ như chức năng của nó (tuyến phòng ngự cơ bản chống lại các nhiễm khuẩn).

Có 2 loại bạch cầu chính: bạch cầu trung tính và bạch huyết bào (tế bào limphô). Bạch cầu trung tính liên quan cơ bản đến việc chống lại các vi khuẩn gây viêm nhiễm, những vi khuẩn vẫn có thể sống sót lâu dài ở bệnh nhân lọc máu, đủ thời gian để làm bệnh nhân bị nhiễm khuẩn, mà ở những người khoẻ mạnh bình thường thì không như vậy. Vì khả năng của bạch cầu trung tính là ăn hết những vi khuẩn, nhưng chức năng này trở nên yếu đi ở những bệnh nhân suy thận.

Nhiễm trùng bởi vi khuẩn Staphylococcus (tụ cầu khuẩn) là nhiễm trùng phổ biến. Staphylococcus thường trú ngụ ở da, suy giảm sức đề kháng ở bệnh nhân suy thận, và vi khuẩn này thường lan toả khắp người. Một khi vi khuẩn này xâm nhập vào dòng máu, nó sẽ phát tán đến xương, khớp, tim, là nguyên nhân suy vi ở những mô này.

Bạch huyết bào (tế bào limphô) liên quan đến việc bảo vệ cơ thể khỏi các nhiễm khuẩn do vi-rút và nấm. Ở bệnh nhân suy thận, hoạt động của bạch huyết bào để bảo vệ cơ thể khỏi những nhiễm khuẩn bị suy giảm, và làm tăng tỷ lệ mắc trùng do virus và nấm ở bệnh nhân. Các nhiễm trùng do vi-rút bao gồm cả những bệnh đơn giản như cúm, nhưng cũng là nguyên nhân của các bệnh nguy hiểm như zona hay viêm gan. Không phải bệnh nhân lọc máu dễ bị mắc các bệnh đó, mà khi những bệnh đó xuất hiện thì thường bị nặng hơn.

Vì vậy, đối với bệnh nhân lọc máu, để giảm tính nghiêm trọng của bệnh nhiễm trùng do virus như cúm hay viêm gan B, bệnh nhân cần tiêm vắc-xin phòng bệnh. Bệnh nhiễm khuẩn do nấm thường xuất

hiện ở bệnh nhân lọc máu hơn là ở những người khác. Vì vậy, khi mới xuất hiện bệnh, cần chữa trị ngay để ngăn chặn bệnh phát triển nặng hơn.

Loại bệnh nhiễm trùng do nấm phổ biến nhất là nấm âm đạo ở bệnh nhân nữ, nấm chân (nấm kẽ chân, ở các nếp gấp), bệnh nấm móng. Mặc dù các bệnh này thường chữa trị dễ dàng với kháng sinh. Tuy nhiên, nó sẽ trở nên nguy hiểm nếu để lây lan sang ống Catheter. Nấm móng là bệnh khó có thể diệt tận gốc nhất, thường phải mất vài tháng để trị liệu với thuốc diệt nấm.

Bệnh nhân suy thận có nguy cơ bị nhiễm trùng đường niệu cao vì rất nhiều lý do. Trước tiên, là do suy thận, nước tiểu ít đi, vì vậy số lượng nước tiểu chảy qua đường niệu cũng thấp, làm cho đường niệu không được sạch sẽ do dòng chảy rất chậm và ít, dẫn đến các mầm bệnh gây nhiễm khuẩn được giữ lại bên trong. Nhiễm trùng đường niệu chủ yếu do vi khuẩn.

Bệnh nhân suy thận cũng có thể có những dị thường ở đường niệu và càng làm cho họ có nguy cơ bị nhiễm trùng đường niệu cao. Những dị thường này là do u nang trong thận có thể bị nhiễm trùng, làm cản trở đường niệu, làm suy giảm hệ thống dẫn lưu và làm ứ đọng nước tiểu, nước tiểu từ bàng quang có thể chảy ngược vào thận và càng làm nguy cơ viêm bàng quang lan rộng sang đường niệu trên. Đây là nơi nguy hiểm vì có khả năng lan vào đường máu.

Bệnh nhân lọc máu cũng có thể bị nhiễm trùng ở cầu tay, hay là nhiễm trùng ở ống dẫn mềm Catheter và Graft. Vì tất cả những loại này đều làm bằng nhựa,

nên nó không giống như các mô bình thường ở người, vì vậy bạch cầu khó có thể chống lại các nhiễm khuẩn thâm nhập qua các ống này và phát triển thành nhiễm trùng. Nếu bị nhiễm trùng, thường bệnh nhân lọc máu phải bỏ Catheter hay AV graft.

Nếu chỉ bị nhiễm trùng nhẹ do Catheter và Graft, bệnh nhân có thể dùng kháng sinh trong một vài tuần. Nhưng nếu vẫn sốt, số lượng bạch cầu tăng, hoặc các triệu chứng choáng váng, nôn, mệt mỏi và đau tiếp diễn nghĩa là kháng sinh trị liệu không hiệu quả, lúc đó cần bỏ Catheter hay AV Graft. Nếu nhiễm trùng lan sang máu, và đi đến các phần khác của cơ thể, có thể dẫn đến nhiễm trùng xương, van tim, khớp .v.v

Catheter rất hay gây nhiễm trùng, vì vậy bệnh nhân lọc máu nên làm phẫu thuật cầu tay.

Lây nhiễm khuẩn từ máy lọc hoặc quá trình trị liệu cũng có thể xảy ra. Mặc dù dung dịch lọc đã được kiểm soát, bộ lọc và các thiết bị liên quan đã được khử trùng. Tuy nhiên, khả năng nhiễm trùng vẫn có thể xảy ra ở quá trình lắp/tháo khi bắt đầu và kết thúc quá trình lọc máu. Vì vậy, bệnh nhân cần cẩn trọng và theo đúng kỹ thuật khử trùng khi lọc máu.

Một số thuốc bệnh nhân suy thận dùng cũng có thể làm hệ thống miễn dịch bị suy giảm. Bệnh nhân suy thận bị Lupus hay viêm mạch có thể phải dùng các thuốc ức chế miễn dịch (bao gồm cả Corticosteroid) cũng làm cho khả năng nhiễm trùng tăng lên. Vì vậy, phần lớn các thuốc ức chế miễn dịch bệnh nhân ghép thận dùng đều làm cho bạch huyết bào yếu đi và bệnh nhất dễ bị vi-rút và nấm tấn công.

Bệnh nhân tiểu đường, thường hệ thống miễn dịch suy giảm cũng như các bệnh về tim mạch tăng cao, làm nguy cơ nhiễm trùng càng cao (đặc biệt là nhiễm nấm và những viêm nhiễm do những vi khuẩn "ky khí" dẫn đến hoại thư). Bệnh nhân tiểu đường cần chăm sóc chân kỹ càng hơn, để nếu phát hiện nhiễm khuẩn thì cần chữa trị kịp thời.

Cách tốt nhất để chống lại nhiễm khuẩn là tìm hiểu và biết rõ bệnh: Hiểu rõ nguy cơ và nhận biết sớm các dấu hiệu của bệnh để chữa trị kịp thời. Rất nhiều bệnh nhân lọc máu không thấy sốt khi họ bị nhiễm trùng, vì vậy bệnh nhân cần chú ý đến các triệu chứng khác không phổ biến như mệt mỏi hơn, chán ăn, choáng váng, buồn nôn hay mệt mỏi về tinh thần. Và bệnh nhân lọc máu không nên dùng Catheters lâu dài vì nó là nguyên nhân gây ra các nhiễm trùng nghiêm trọng.

NGUYÊN NHÂN BỆNH NHÂN SUY THẬN KHI LỌC MÁU THẤY CHOÁNG VÁNG VÀ BUỒN NÔN

Có rất nhiều lý do làm bệnh nhân thấy buồn nôn hoặc mệt mỏi sau khi lọc máu. Những cảm giác như vậy đôi khi làm bệnh nhân thấy không muốn có lần lọc máu tiếp theo, nhưng nếu bỏ một lần lọc máu thì sẽ có nhiều nguy hiểm hơn nữa. Bệnh nhân sẽ cảm thấy khá hơn sau một vài giờ và chắc chắn những

cảm giác đó sẽ mất đi vào ngày hôm sau, nếu không hết thì cần xem xét đến các lý do khác.

Nếu bạn bị như vậy, cần cho bác sĩ, y tá biết, họ sẽ làm một số thay đổi để cải thiện tình hình. Tuy nhiên, bạn nên biết nguyên nhân vì sao bị như vậy, dưới đây là một số nguyên nhân:

- Hạ huyết áp hay huyết áp thấp
- Phản ứng dị ứng
- Nhiễm khuẩn
- Mất thăng bằng lọc máu
- Thiếu máu nghiêm trọng
- Trị liệu lọc máu Acetate
- Nguyên nhân khác.

Hạ huyết áp hay huyết áp thấp

Hạ huyết áp hay huyết áp thấp là nguyên nhân phổ biến nhất. Trong quá trình lọc máu, lượng nước tích tụ trong cơ thể sẽ được loại bỏ, số lượng nước này đã được tích tụ dần dần trong suốt thời gian kể từ sau lần lọc máu trước. Khối lượng nước được loại bỏ càng nhiều thì bệnh nhân càng cảm thấy mệt mỏi, yếu ớt sau khi lọc máu. Với những máy lọc đời cũ, thì khó có thể lọc được đúng lượng nước yêu cầu. Tuy nhiên, những máy lọc đời mới có hệ thống kiểm soát điện tử, giúp bệnh nhân có thể đặt chính xác lượng nước được loại bỏ trong mỗi giờ và sẽ giảm bớt biến chứng cho bệnh nhân.

Uống quá nhiều nước giữa các kỳ lọc máu

Một nguyên nhân gây hạ huyết áp, chuột rút, nôn hoặc mệt mỏi là do đã uống quá nhiều nước giữa các kỳ lọc máu. Phần lớn số cân tăng lên giữa các

kỳ là do lượng nước tích tụ, có thể đó là nước do uống hay trong thức ăn vì phần lớn các loại thực phẩm đều chứa nước. Tuy nhiên, lượng nước là điều bệnh nhân có thể kiểm soát được, vì vậy hãy để ý hạn chế lượng nước uống.

Phản ứng dị ứng

Một số bệnh nhân bị phản ứng dị ứng với máy lọc và cũng có thể gây nên tụt huyết áp, buồn nôn và yếu mệt. Có một vài người còn bị dị ứng mạnh hơn những triệu chứng vừa kể trên. Tuy nhiên, những phản ứng nhẹ lại khó nhận biết và chỉ làm bệnh nhân thấy óm mặt. Trong trường hợp này, có thể thay đổi bộ lọc khác và bệnh nhân sẽ thấy khoẻ hơn.

Nhiễm trùng

Nhiễm trùng cũng có thể làm tụt huyết áp, buồn nôn và cảm giác yếu mệt. Thường xảy ra khi có một nhiễm trùng mới xuất hiện trong quá trình lọc máu, hoặc có một nhiễm trùng mạn tính sẵn có làm ảnh hưởng đến kỳ lọc máu. Một nhiễm trùng cấp tính xuất hiện trong lúc lọc máu dễ nhận biết hơn vì bệnh nhân thường sốt, và thấy cực kỳ mệt mỏi ngay cả khi chưa lọc máu xong. Nhiễm trùng mạn tính làm bệnh nhân luôn mệt nên có thể làm tụt huyết áp và càng mệt mỏi hơn sau khi lọc máu. Sốt có thể hạ hoặc thậm chí không xảy ra trong khi lọc máu.

“Mất thăng bằng” lọc máu

Đây là từ dùng để chỉ những vấn đề xảy ra khi quá nhiều chất độc hại tích tụ, như là urê và creatinine, được loại bỏ khỏi cơ thể quá nhanh. Nói cách khác, là những vấn đề xảy ra trong quá trình lọc máu khi máy

lọc phải làm chức năng của thận trong vòng 4 giờ, trong khi đấy thận thật sự thường làm trong 2 ngày. Thông thường, việc loại bỏ những chất độc hại tích tụ giữa các kỳ lọc máu bệnh nhân chịu đựng được. Tuy nhiên, nếu số lượng chất độc hại tích tụ quá nhiều trong vòng 4 hay 5 ngày hoặc thậm chí lâu hơn, giờ được loại bỏ trong vòng 4 giờ thì có thể làm bệnh nhân quá mệt, gây choáng váng, buồn nôn, đau đầu và thậm chí bị co giật (động kinh). Thường xảy ra khi bệnh nhân bị lỡ một hay nhiều kỳ lọc máu. Với những bệnh nhân bị lỡ kỳ lọc máu, đặc biệt nhiều hơn 1 kỳ, phương pháp trị liệu có thể cần phải thay đổi, có thể chia thành nhiều lần lọc máu ngắn hơn, 2 đến 3 giờ một ngày trong vòng 3 ngày để bệnh nhân dần quen. Tuy nhiên, việc này cũng không thường xảy ra với bệnh nhân lọc máu định kỳ thường xuyên.

Thiếu máu nghiêm trọng

Thiếu máu nghiêm trọng cũng làm tụt huyết áp và yếu ớt. Nếu bệnh nhân thường xuyên thấy quá yếu ớt sau mỗi kỳ lọc máu thì cần xem xét đến vấn đề thiếu máu hay là bị một nhiễm trùng nào đó.

Trị liệu lọc máu bằng dung dịch lọc Acetate

Nhiều năm trước, phần lớn các trung tâm lọc máu dùng dung dịch lọc Acetate. Hiện nay đã được thay bằng dung dịch lọc Bicarbonate. Dung dịch lọc Acetate thường làm bệnh nhân thấy đau đầu, mệt mỏi và tụt huyết áp; nhưng với dung dịch lọc Bicarbonate bệnh nhân sẽ thấy khỏe hơn.

Các nguyên nhân khác

Như bất kể vấn đề gì trong cuộc sống, luôn có những lý do khác để giải thích vì sao lại xảy ra vấn

đề như vậy. Có những lý do đến nay vẫn chưa biết. Nhưng điều quan trọng là bệnh nhân cần báo cho bác sĩ biết các vấn đề gặp phải để họ có thể kiểm tra và xác định nguyên nhân; có sự hợp tác giữa bệnh nhân và bác sĩ, chắc chắn vấn đề sẽ được giải quyết triệt để hơn.

SUY THẬN

Suy thận là khi thận không có đủ khả năng loại bỏ các chất độc hại trong máu và cân bằng lượng nước cũng như các khoáng chất trong cơ thể.

Một số nguyên nhân chính gây suy thận

Tiểu đường

Tiểu đường có thể phá huỷ thận, gọi là bệnh thận do tiểu đường.

Tiểu đường nghĩa là cơ thể không xử lý được lượng đường một cách thích hợp. Lượng đường tích tụ trong cơ thể có thể phá huỷ các mạch máu, bao gồm cả các mạch máu ở thận. Mức đường trong máu cao làm lượng máu chảy qua thận nhiều hơn, làm các mạch máu vốn đã mảnh phải tăng thêm mức hoạt động, và huyết áp tăng cao.

Thận bị phá huỷ sẽ không có khả năng loại bỏ chất độc hại và nước dư thừa, những chất độc hại này vẫn được giữ trong máu, sự tích tụ cứ tiếp tục làm quá trình phá huỷ mạnh thêm, và dần dần thận sẽ bị hỏng hoàn toàn. Vì suy thận ở bệnh nhân tiểu

đường xuất hiện dần dần, bệnh nhân có thể không nhận thấy các triệu chứng và chỉ đến khi thận bắt đầu suy mới nhận ra.

Huyết áp cao

Huyết áp cao cũng có thể phá huỷ thận; tuy nhiên có một điều rất thú vị là thận cũng làm huyết áp tăng cao.

Nếu huyết áp tăng cao sẽ phá huỷ các mạch máu ở trong thận, và thận không thể loại bỏ các chất độc hại và nước dư thừa nữa. Và lượng nước dư thừa lại làm cho huyết áp có thể tăng cao hơn nữa. Nếu thận sản xuất ra quá nhiều enzyme, renin, huyết áp sẽ tiếp tục tăng cao. Dần dần, huyết áp cao sẽ làm cho các mạch máu trong thận trở nên nhỏ hơn và yếu đi, làm cho lượng máu cung cấp đến thận giảm và chức năng thận cũng giảm theo. Và cuối cùng dẫn đến suy thận.

Các bệnh cầu thận

Thận bao gồm hàng nghìn những đường niệu mạch máu nhỏ. Mỗi một cái như vậy được gọi là một tiểu cầu mạch. Mỗi tiểu cầu này lại nối với một ống gọi là tiểu quản, và mỗi một tiểu cầu nối với tiểu quản sẽ là một ống sinh niệu. Trong mỗi một quả thận có khoảng 1000 ống sinh niệu như vậy. Tiểu cầu thận làm nhiệm vụ lọc máu, sau đó các chất độc hại và nước dư thừa sẽ đi qua tiểu quản và thành nước tiểu.

Khi một người bị bệnh về tiểu cầu thận, nghĩa là những tiểu cầu của bệnh nhân không còn hoạt động tốt nữa. Các chất thải độc hại sẽ tích tụ làm cơ thể

bị ứ nước; hậu quả là mắt, chân, tay của bệnh nhân sẽ bị sưng phồng.

Bệnh tiểu cầu thận, là nguyên nhân thứ ba gây ra suy thận, cùng một hình thái, nhưng chúng được chia ra thành 2 loại chính:

Viêm thận tiểu cầu xảy ra khi các tiểu cầu bị viêm (sưng phình).

Xơ cứng tiểu cầu thận: Là khi các tiểu cầu trở nên cứng hoặc thành sẹo.

Bệnh cầu thận do rất nhiều nguyên nhân, đôi khi có thể do bị các bệnh khác như tiểu đường, lupus hay HIV. Các độc dược hoặc một số bệnh nhiễm trùng cũng có thể là nguyên nhân gây bệnh cầu thận; nhưng đôi khi cũng không xác định được chính xác nguyên nhân.

Bệnh thận đa u nang

Thận đa u nang là một rối loạn bẩm sinh, mặc dù khi trưởng thành mới phát hiện ra bệnh. U nang chứa đầy nước bên trong sẽ phát triển ở thận. U nang chèn vào các mô ở thận và làm cho thận không hoạt động được. Thường cũng phải bị u nang rất nhiều năm sau đó mới thành suy thận.

Những nguyên nhân khác làm suy thận

Những dị tật bẩm sinh cũng có thể ảnh hưởng đến chức năng thận. Một trong những dị tật đó là bị hẹp ống niệu quản, nó sẽ cản trở dòng chảy của nước tiểu làm nước tiểu chảy ngược lại thận; gây nên viêm nhiễm và có thể làm tổn thương đến thận.

Các bệnh tự miễn dịch bao gồm lupus và những ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch của cơ thể có thể phá hủy các bộ phận bao gồm cả thận. Một vài bệnh

khác như sỏi thận, u bướu, phì đại tuyến tiền liệt cũng có thể làm cản trở dòng chảy của nước tiểu, gây nên nhiễm trùng ở thận. Nhiễm trùng đường niệu nhiều lần cũng có thể làm thận bị tổn thương.

Tóm lại, bất kể nguyên nhân gây suy thận là gì thì suy thận cũng không thể chữa khỏi. Tuy nhiên lọc máu sẽ là cách để kéo dài tuổi thọ. Lọc máu kèm theo dùng thuốc và ăn kiêng sẽ là cách làm thay thế cho chức năng thận đã bị hỏng. Cấy ghép thận cũng là một cách khác để bệnh nhân suy thận lựa chọn. Các nhà nghiên cứu hi vọng rằng, một ngày nào đó, các nguyên nhân gây suy thận sẽ được ngăn chặn.

SUY THẬN VÀ CÁC BỆNH VỀ XƯƠNG

Bệnh về xương là một bệnh rất phổ biến đối với bệnh nhân bị suy thận. Xương của bệnh nhân suy thận có xu hướng trở nên mảnh và yếu, vì vậy nó dễ gãy hoặc bị tổn thương. Xương bị như vậy là do bị mất canxi.

Nguyên nhân

Suy thận ảnh hưởng đến xương do những lý do sau: Sự thay đổi cân bằng một khoáng chất trong cơ thể bạn là canxi và photpho, dẫn đến thiếu hụt canxi trong xương.

Bốn tuyến nhỏ (các tuyến cận giáp), là tuyến giúp điều hoà canxi trong cơ thể, hoạt động quá mức.

Không đủ vitamin D.

Bác sĩ sẽ khám và làm một số xét nghiệm máu, ở một số trường hợp, cần làm thêm sinh thiết xương. Những xét nghiệm này sẽ giúp cho bác sĩ quyết định được chính xác loại bệnh về xương mà bạn mắc phải và đưa ra phác đồ điều trị tương ứng.

Mỗi yếu tố kể trên ảnh hưởng đến xương ở một cách khác nhau:

Phốtpho có hầu hết trong các loại thực phẩm và bất kể những gì cơ thể bạn không cần dùng, nó sẽ được thận lọc và thải ra ngoài. Khi thận của bạn không còn làm việc như bình thường, lượng phốtpho có thể tăng lên trong máu. Quá nhiều phốtpho trong máu có thể làm cho thiếu hụt canxi ở xương, và dần dần sẽ làm xương yếu đi.

Ăn các thực phẩm chứa hàm lượng phốtpho thấp có thể ngăn chặn lượng phốtpho quá nhiều trong máu. Bạn cũng có thể phải dùng thêm thuốc để thẩm thấu hết những chất phốtpho có trong thực phẩm mà bạn dùng.

Vì phốtpho giữ lại trong cơ thể bạn do thận không lọc được, lượng canxi trong máu sẽ giảm đi. Nó làm cho 4 tuyến nhỏ ở cổ của bạn (tuyến cận giáp) trở nên hoạt động quá mức; và canxi trong xương sẽ bị mất dần đi, làm cho xương trở nên mềm yếu. Vấn đề này có thể được giải quyết bằng một số thay đổi trong điều trị lọc máu, bằng cách dùng thực đơn ăn kiêng ít phốtpho và dùng thêm một số thuốc như canxi và vitamin D. Đôi khi cũng phải làm phẫu thuật để loại bỏ bớt một vài tuyến cận giáp đó.

Vitamin D là một vitamin quan trọng ảnh hưởng đến độ cân bằng canxi trong cơ thể bạn. Bình

thường, vitamin có trong thực phẩm bạn dùng, từ các thuốc vitamin và khoáng chất bổ sung, hoặc bạn có thể phơi nắng; và nó sẽ được thận biến đổi thành dạng cơ thể bạn có thể dùng. Nếu chức năng thận của bạn bị hỏng, nó không thể làm chức năng biến đổi này được nữa. Tuy nhiên, bạn vẫn có thể dùng một loại thuốc bổ sung vitamin nhưng phải dùng theo đơn và dưới sự giám sát của bác sĩ.

Nhìn chung, bệnh nhân suy thận không nên dùng thuốc bổ sung vitamin D có thể mua tự mua ngoài quầy. Bạn cần phải hỏi ý kiến bác sĩ.

THIẾU MÁU Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN

Bệnh nhân suy thận có nguy cơ bị thiếu máu rất cao. Bài viết này sẽ giúp bạn hiểu thiếu máu nghĩa là gì, vì sao đây lại là một vấn đề quan trọng và cần chữa trị như thế nào để có hiệu quả nhất.

Bệnh thiếu máu nghĩa là gì?

Máu bao gồm hồng cầu và bạch cầu. Bạch cầu giúp bảo vệ cơ thể chống bị nhiễm khuẩn, hồng cầu mang oxy từ phổi đến các tế bào của cơ thể. Protein trong hồng cầu tích hợp oxy và giải phóng chúng vào các tế bào của cơ thể, được gọi là hemoglobin - huyết cầu tố. Thiếu máu nghĩa là giảm lượng hồng cầu xuống dưới mức bình thường, dẫn đến việc giảm hemoglobin cung cấp oxy đến các tế bào. Số lượng hồng cầu có trong máu đếm được nhờ xét

nhệm gọi là hematocrit - tỷ lệ thể tích huyết cầu, cho biết số lượng % hồng cầu có trong máu.

Mức độ thiếu máu do bạn bị suy thận, cũng có thể bị ảnh hưởng bởi yếu tố khác, như dinh dưỡng (nếu bạn dùng đủ vitamin và khoáng chất cần thiết cho việc sản sinh hồng cầu), mất máu (do bị ra máu nhiều trong kỳ kinh nguyệt, do phẫu thuật hay các lý do khác, hoặc các bệnh khác cũng làm bạn bị thiếu máu (như lupus, HIV, các bệnh viêm nhiễm mạn tính khác).

Làm sao để biết mình bị thiếu máu?

Vì bệnh thiếu máu phát triển từ từ theo bệnh suy thận của bạn, triệu chứng thiếu máu có thể không nhận thấy rõ rệt như ở những bệnh nhân bị suy giảm đột ngột tỷ lệ thể tích huyết cầu hay huyết cầu tố.

Do cơ thể tự thích nghi dần với những thay đổi do thiếu máu mang lại với việc giải phóng oxy của hemoglobin cũng như những thay đổi trong hệ thống tuần hoàn.

Do việc cung cấp oxy đến các tế bào giảm vì mức hemoglobin thấp, tim phải làm việc nhiều hơn để bơm máu đến các bộ phận được nhanh hơn thì mới cung cấp được đủ oxy. Mặc dù việc tăng lượng máu bơm từ tim có thể làm chậm nhận biết những triệu chứng ban đầu của thiếu máu, cơ vành tim sẽ mỏng đi để đáp ứng được mức gắng sức này, dẫn đến bệnh phì đại tâm thất trái (LVH). Những nghiên cứu đã chỉ ra rằng, có một mối tương quan rất lớn giữa bệnh phì đại tâm thất trái ở bệnh nhân suy thận và tỷ lệ bệnh nhân nằm viện cũng như tử vong. 80% bệnh nhân suy thận bị bệnh phì đại tâm thất trái vào

thời điểm họ bắt đầu phải chạy thận nhân tạo. Những nguy cơ chính của phì đại tâm thất trái là bệnh thiếu máu và huyết áp cao. Vì vậy, bệnh nhân suy thận cần tìm cách chữa trị hiệu quả bệnh thiếu máu và huyết áp cao để giảm thiểu nguy cơ bị phì đại tâm thất trái.

Triệu chứng thiếu máu mà bạn nhận biết được phụ thuộc vào bạn bị thiếu máu ở mức nào và bạn suy thận ở giai đoạn nào. Triệu chứng rõ rệt nhất của thiếu máu là bạn thấy mệt mỏi, khả năng tham gia các hoạt động giảm. Thường bắt đầu bằng việc khó thực hiện được các hoạt động thể lực đòi hỏi gắng sức. Bạn cũng có thể nhận thấy bạn khó thở hoặc hụt hơi khi phải hoạt động mạnh, và sau này ngay cả khi hoạt động thể lực nhẹ. Bạn thấy khó tập trung, không thể hoàn thành các công việc đòi hỏi phải suy nghĩ tập trung như trước đây bạn đã làm được, hoặc bạn có vấn đề về trí nhớ. Bạn có thể không thấy ham muốn tình dục hoặc khó có thể làm tình. Nếu bạn đã bị bệnh tim, thiếu máu sẽ làm cho bệnh tim càng tệ hơn.

Nếu một trong số các triệu chứng xuất hiện, bạn cần nói với bác sĩ và yêu cầu được làm xét nghiệm máu đếm số lượng hồng cầu nếu trước đây bạn chưa làm xét nghiệm này. Vì những biến chứng của bệnh tim do thiếu máu có thể phát triển trước khi bạn biết là bạn bị thiếu máu, bạn cần xét nghiệm máu định kỳ để bệnh thiếu máu được chữa trị trước khi phì đại tâm thất trái và các triệu chứng khác xuất hiện.

VIÊM CẦU THẬN MÀNG TĂNG SINH TYPE II

Định nghĩa

Viêm màng cầu thận type II là một rối loạn về thận khiến chức năng thận suy giảm gây ra bởi sự viêm nhiễm và thay đổi trong các mô cấu trúc bên trong của thận.

Nguyên nhân, tỉ lệ mắc và các yếu tố có tính nguy cơ.

Cầu thận là các cấu trúc bên trong của thận. Chúng bao gồm các mao mạch được bao quanh bởi các màng mà nhờ đó máu được lọc để tạo ra nước tiểu.

Viêm cầu thận có liên quan đến sự viêm nhiễm của các cầu thận. Viêm cầu thận màng tăng sinh (MPGN) là một dạng của viêm cầu thận gây ra bởi một phản ứng miễn dịch bất bình thường, có các chất lắng đọng của các kháng thể trong hai thận.

Các tế bào nào đó trong thành mao mao (các tế bào mesangial) tăng lên về số lượng và các bộ phận của màng cầu thận thay đổi trong cấu trúc. Type của viêm màng cầu thận tăng sinh liên quan đến các chất lắng đọng bên trong màng nền cầu thận (lớp "đáy" của màng).

Viêm màng cầu thận tăng sinh ít phổ biến hơn nhiều so với viêm màng cầu thận tăng sinh type I và xảy ra ở cả nam và nữ, thường là dưới 30 tuổi.

Ảnh hưởng của rối loạn này rất tương tự nhau ở cả hai loại viêm cầu thận màng tăng sinh. Màng cầu

thận thay đổi khiến cho các cầu thận có thể trở nên thấm qua được đối với protein và các tế bào máu. Các đặc điểm hiển vi của viêm màng cầu thận tăng sinh type II có phần nào đó hay thay đổi hơn và liên quan nhiều hơn đến tế bào khi so sánh với viêm cầu thận màng tăng sinh type I (MPGN I). MPGN II cũng có xu hướng xấu đi nhanh hơn, dẫn tới bệnh thận giai đoạn cuối nhanh hơn so với MPGN I.

Viêm màng cầu thận tăng sinh có thể xuất hiện dưới dạng hội chứng viêm thận cấp, hội chứng thận hư, hay có xét nghiệm nước tiểu có kết quả không bình thường nhưng bệnh nhân không có triệu chứng nào. Viêm cầu thận màng tăng sinh type II chiếm khoảng 5% tất cả các ca viêm cầu thận tự phát (không giải thích được). Các tế bào máu có thể được bài tiết vào trong nước tiểu, khiến nước tiểu vẩn đục. Lượng nước tiểu giảm vì mức thanh lọc cầu thận (tốc độ lọc máu) giảm.

Phù ở cơ thể có thể xảy ra khi muối và nước được giữ lại trong cơ thể. Protein trong dòng máu thông thường giữ cho chất lỏng ở bên trong các mạch máu. Khi protein bị mất, chất lỏng thoát ra khỏi các mạch máu vào trong các mô, gây ra hiện tượng phù.

Cao huyết áp xảy ra do các tác dụng tích lũy của sự ứ lại muối và nước, và sản xuất renin (một hormone điều chỉnh huyết áp) sụt giảm do thận bị hư hại.

Các sản phẩm phế thải có chứa nitơ như urea và creatine có thể tích tụ trong máu khi chức năng thận kém đi. Các sản phẩm này độc đối với các mô của cơ thể. Rối loạn thường tiến triển và có thể dẫn đến suy thận mạn.

Các triệu chứng

- Có máu trong nước tiểu.
- Nước tiểu vẫn đục (màu khói thuốc, màu cola, hay màu trà).
- Nước tiểu có màu sẫm.
- Thể tích nước tiểu sụt giảm.
- Phù bất cứ bộ phận nào của cơ thể.
- Các thay đổi trong trạng thái tinh thần.
- Sự tỉnh táo giảm sút.
- Mất tập trung.
- Chú ý: Các triệu chứng hay thay đổi.

Các dấu hiệu và các xét nghiệm

Các kết quả của thăm khám thực tế là khác nhau tùy thuộc vào các triệu chứng của rối loạn. Phù là phổ biến, cùng với các dấu hiệu dư thừa chất lỏng như các âm thanh bất bình thường trong khi nghe bệnh ở tim và phổi. Huyết áp thường tăng lên.

Các xét nghiệm sau giúp xác nhận chẩn đoán:

- Xét nghiệm nước tiểu cho kết quả bất bình thường:
 - + Có các tế bào bạch cầu trong nước tiểu
 - + Có các tế bào hồng cầu trong nước tiểu
 - + Có protein trong nước tiểu.
- Các hiện tượng bất bình thường khác:
 - + Sự tăng lên (có thể) của mức BUN và creatinne.

Chỉ ra chức năng thận đã bị mất.

+ Sự giảm sút (có thể) trong các mức chất bổ thể của huyết thanh, chỉ ra sự liên quan của hệ miễn dịch

+ Sự xuất hiện (có thể xảy ra) của bổ thể huyết thanh thể tự kháng C3 nephritic factor (C3NeF).

+ Sinh thiết thận sẽ xác nhận chẩn đoán viêm cầu thận màng tăng sinh type II.

Điều trị

Việc điều trị sẽ khác nhau tùy thuộc vào các triệu chứng. Các mục tiêu của điều trị là làm giảm các triệu chứng, ngăn chặn các biến chứng, và làm chậm lại sự xấu đi của rối loạn.

Các thay đổi trong chế độ ăn kiêng có thể bao gồm giới hạn muối, chất lỏng, protein, hay các giới hạn đối với các chất khác để kiểm soát huyết áp cao, phù, và kiểm soát sự tích tụ của các chất thải trong dòng máu.

Các thuốc hạ huyết áp có thể là cần thiết để giúp kiểm soát huyết áp. Các thuốc lợi niệu hay các thuốc khác có thể cần đến để kiểm soát phù hay các triệu chứng khác.

Lọc máu hay ghép thận có thể được yêu cầu để xử lý đối với suy thận.

Tiên lượng

Rối loạn tiến triển từ từ tới suy thận mạn. 50% các bệnh sẽ phát triển đến suy thận mạn trong vòng 10 năm.

Các biến chứng

- Suy thận cấp
- Hội chứng viêm thận cấp
- Hội chứng thận hư
- Suy thận mạn.

Gọi tới chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn

Hãy gọi điện để sắp xếp một cuộc gặp với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn nếu các triệu chứng chỉ ra rằng có thể có viêm cầu thận màng tăng sinh type II (MPGN II).

Hãy gọi điện thoại để sắp xếp một cuộc gặp với chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn nếu các triệu chứng xấu đi hay các triệu chứng mới phát triển, đặc biệt là khi lượng nước tiểu giảm.

Ngăn chặn

Ngăn chặn thường là không thể.

HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH THẬN

Định nghĩa

Huyết khối tĩnh mạch thận là một cục máu đông phát triển trong tĩnh mạch dẫn máu từ thận đi.

Nguyên nhân, tỉ lệ mắc, và các yếu tố rủi ro

Huyết khối tĩnh mạch thận là một tình huống khá ít phổ biến có thể xảy ra sau chấn thương đối với bụng hay lưng, hay nó có thể xảy ra do khối u, do nghẽn (sự hình thành sẹo), hay sự chặn lại khác ở tĩnh mạch. Nó có thể có liên quan với hội chứng thận hư.

Ở một số trẻ em, nó xảy ra sau khi mất nước trầm trọng, và là một bệnh nghiêm trọng hơn ở người trưởng thành. Mất nước là nguyên nhân phổ biến nhất của huyết khối tĩnh mạch thận ở trẻ nhỏ.

Các triệu chứng

- Đau cạnh sườn, đau phần thấp của lưng, có thể đau nặng.
- Nước tiểu, có máu.
- Lượng nước tiểu giảm.

Các dấu hiệu và các xét nghiệm

- Một xét nghiệm có thể không cho biết vấn đề gì đặc biệt, nhưng có thể xác định được hội chứng thận hư hay các nguyên nhân khác của huyết khối tĩnh mạch thận.

Xét nghiệm nước tiểu có thể cho thấy lượng lớn protein trong nước tiểu, hay các tế bào hồng cầu trong nước tiểu.

CT scan bụng, MRI vùng bụng, hay siêu âm bụng có thể cho thấy tình trạng bị bịt kín của tĩnh mạch thận.

Chụp X-quang mạch máu tĩnh mạch chủ hay tĩnh mạch thận có thể xác định được huyết khối tĩnh mạch thận.

Điều trị

Điều trị tập trung vào việc ngăn chặn sự hình thành huyết khối và giảm nguy cơ cục máu đông di chuyển tới các khu vực khác trong cơ thể. Các chất chống đông có thể được kê để ngăn chặn sự hình thành các cục máu đông. Nghỉ ngơi tại giường hay giới hạn các hoạt động có thể được yêu cầu trong một thời gian ngắn.

Tiên lượng

Huyết khối tĩnh mạch thận thường được giải quyết qua thời gian mà không gây ra tổn thương lâu dài nào đối với thận.

Các biến chứng

Suy thận cấp (nếu huyết khối xảy ra ở một đứa trẻ đã bị mất nước).

Sự dịch chuyển của huyết khối tới phổi (tắc mạch phổi).

Hình thành các huyết khối mới.

Gọi tới chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn

Hãy gọi điện tới chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn nếu các triệu chứng chỉ ra rằng huyết khối tĩnh mạch thận xuất hiện.

Nếu bạn đã bị chứng huyết khối tĩnh mạch thận, hãy gọi cho chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn nếu như lượng nước tiểu sụt giảm, khó thở, hay các triệu chứng khác tiến triển.

Ngăn chặn

Không có cách ngăn chặn riêng biệt nào dành cho chứng huyết khối tĩnh mạch thận. Duy trì đủ chất lỏng trong cơ thể để tránh mất nước có thể giảm nguy cơ của chứng bệnh này.

HỘI CHỨNG VIÊM THẬN CẤP

Định nghĩa

Hội chứng viêm thận cấp là một nhóm các rối loạn gây ra sự viêm nhiễm của các cấu trúc bên trong của thận (đặc biệt là tiểu cầu).

Nguyên nhân, tỉ lệ mắc, và các yếu tố nguy cơ.

Hội chứng viêm thận cấp thường gây ra bởi phản ứng của hệ miễn dịch được khởi đầu từ một nhiễm trùng hay bệnh khác.

Nguyên nhân của bệnh thường thấy hơn ở trẻ em và ở tuổi vị thành niên bao gồm các nguyên nhân sau:

- Bệnh lí thận do kháng nguyên IgA
- Hội chứng ure huyết
- Giai đoạn sau của viêm cầu thận Jo liên cầu khuẩn
- Ban xuất huyết
- Các bệnh có liên quan đến hội chứng viêm thận cấp thường thấy ở người lớn bao gồm:
 - Viêm thận lupus SLE
 - Viêm cầu thận màng tăng sinh GN I
 - Viêm cầu thận màng tăng sinh GN II
 - Viêm màng trong tim do nhiễm trùng
 - Viêm mạch
 - Viêm cầu thận tiến triển nhanh
 - Hội chứng Goodpasture
 - Viêm phổi do vi khuẩn Gram âm
 - Áp xe bụng
 - Các bệnh do virus như tăng bạch cầu đơn nhân, bệnh sởi, quai bị
 - Sốt thương hàn
 - Viêm gan.

Viêm nhiễm sẽ phá vỡ hoạt động chức năng của cầu thận, là bộ phận của thận kiểm soát việc lọc và bài tiết. Cầu thận hoạt động kém sẽ dẫn tới máu và protein xuất hiện trong nước tiểu, và dẫn tới sự tích tụ của các chất lỏng quá mức trong cơ thể. Phù xuất hiện khi protein bị mất (protein giữ cho chất lỏng ở bên trong các mạch máu, và khi protein bị mất chất lỏng được tập hợp trong các mô của cơ thể).

Có sự thay đổi màu nước tiểu do có máu trong nước tiểu. Điều này sẽ xảy ra do sự mất máu bên trong các cầu thận bị hư hỏng.

Hội chứng viêm thận cấp có thể có liên quan đến sự phát triển của cao huyết áp, viêm nhiễm kẽ thận (viêm nhiễm các vùng trống giữa các tế bào của mô thận) và suy thận cấp.

Các triệu chứng

Mặc dù có nhiều bệnh gây ra viêm thận cấp, nhưng chúng có nhiều triệu chứng chung phổ biến như sau:

- Có máu trong nước tiểu (nước tiểu có màu tối, màu nước trà, hay vẩn đục)
 - Thể tích nước tiểu giảm (nước tiểu ít hay vô niệu)
 - Phù
 - Phù ở mặt
 - Phù quanh khoeo mắt
 - Cánh tay, bàn tay, chân, ống chân
 - Phù ở bụng
 - Phù diện rộng
 - Các cơn đau và nhức thông thường (đau khớp, nhức cơ)
 - Cảm giác ồm thông thường (khó chịu)
 - Đau đầu
 - Tầm nhìn mờ đi
 - Cử động chậm chạp lờ phờ.
- Các triệu chứng về sau bao gồm:
- Động kinh
 - Suy giảm tỉnh táo, lơ mơ, lẫn lộn
 - Nôn và buồn nôn
 - Dễ bầm tím hay chảy máu

- Ho có chứa nước nhầy hay, khạc ra chất hồng, có bọt
- Khó thở, đặc biệt vào ban đêm, trong khi đang nằm, hay khi tập thể dục
- Đau sườn
- Cao huyết áp.

Các dấu hiệu và các xét nghiệm

Huyết áp của bạn có thể tăng lên. Có thể có các dấu hiệu của dư thừa chất lỏng (nhiều chất lỏng trong vòng tuần hoàn hơn mức tim có thể bơm máu hiệu quả) bao gồm cả các âm thanh bất bình thường ở tim và phổi. Các tĩnh mạch ở cổ có thể sưng do huyết áp tăng.

Phù diện rộng thường xuất hiện. Khi kiểm tra vùng bụng, chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn có thể tìm thấy các dấu hiệu của hiện tượng thừa chất lỏng và thấy gan lớn lên. Có thể có các dấu hiệu của suy thận cấp thêm vào các triệu chứng bên trên.

Xét nghiệm nước tiểu có thể cho thấy có các protein, các tế bào ống thận, các tế bào bạch cầu, và các cặn lắng của protein.

Xét nghiệm protein nước tiểu có thể cho kết quả dương tính.

Màu nước tiểu bất bình thường.

Xuất hiện chứng nito huyết (nito-chứa trong các sản phẩm cặn bã ở trong máu) có thể được chứng minh bằng:

Mức Bun (nito ure huyết) cao

Creatinine cao

Độ thanh thải creatinine có giảm

Xét nghiệm kali có thể là cao.

Sinh thiết thận cho thấy có bệnh lí viêm cầu thận (viêm ở các cầu thận), và từ đó cho biết nguyên nhân gây ra bệnh.

Các xét nghiệm tìm nguyên nhân của hội chứng viêm thận cấp có thể bao gồm:

- Nuôi cấy họng hay da
- Nuôi cấy máu
- Xác định hàm lượng ANA
- Đánh giá bổ thể huyết thanh (C3 và C4)
- Xét nghiệm ANCA xác định viêm mạch (xét nghiệm kháng thể bào tương kháng neutrophil)
- Xét nghiệm kháng thể màng nền kháng cầu thận.

Điều trị

Mục tiêu của điều trị là giảm viêm nhiễm tiểu cầu. Nằm viện được yêu cầu để chẩn đoán và điều trị nhiều dạng hội chứng viêm thận cấp. Nguyên nhân phải được xác định và điều trị. Việc điều trị có thể bao gồm các thuốc kháng sinh và các thuốc hay các cách điều trị khác.

Chế độ ăn có thể bao gồm sự giới hạn đối với muối, chất lỏng, và kali. Các thuốc điều trị có thể bao gồm các thuốc hạ huyết áp để kiểm soát huyết áp. Các thuốc corticosteroid hay các thuốc kháng viêm khác có thể được sử dụng để làm giảm viêm nhiễm.

Cách điều trị suy thận mạn có thể thích hợp để điều trị trong một số trường hợp.

Các nhóm hỗ trợ

Các nhóm hỗ trợ hiện nay ở Việt Nam chưa có, nhưng bạn có thể để lại thông tin về bạn (thông tin

chỉ được sử dụng bởi chúng tôi và tuân theo các quy định về sử dụng thông tin cá nhân và bảo vệ đời tư). Chúng tôi sẽ cố gắng tìm cách hỗ trợ bạn trong khả năng của chúng tôi.

Tiên lượng

Kết quả việc điều trị là rất khác nhau tùy thuộc vào đáp ứng của bệnh đối với viêm thận. Khi có sự cải thiện, các triệu chứng liên quan tới sự ứ đọng chất lỏng (như phù và ho) và cao huyết áp có thể được giải quyết trong một hay hai tuần, trong khi các xét nghiệm nước tiểu mất nhiều tháng để trở lại bình thường.

Trẻ em có xu hướng đáp ứng với bệnh tốt hơn ở người lớn và thường hồi phục hoàn toàn. Chỉ một số hiếm các trường hợp phát triển các biến chứng hay tiến trình của bệnh tới viêm cầu thận mạn.

Người trưởng thành không phục hồi tốt hay nhanh như ở trẻ em. Mặc dù sự tái phát là hiếm khi xảy ra, nhưng ít nhất một phần ba số người trưởng thành mắc hội chứng viêm thận cấp tái phát sẽ tiến triển đến bệnh thận giai đoạn cuối.

Các biến chứng

- Suy thận cấp
- Suy thận mạn
- Bệnh thận giai đoạn cuối
- Cao huyết áp
- Suy tim sung huyết
- Phù phổi
- Viêm cầu thận mạn
- Hội chứng thận hư

Hãy gọi tới chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn

Hãy gọi tới chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn nếu các triệu chứng chỉ ra có hội chứng viêm thận cấp phát triển.

Ngăn chặn

Trong rất nhiều trường hợp, rối loạn này là không thể ngăn chặn, mặc dù việc điều trị của bệnh và nhiễm trùng có thể giảm nguy cơ mắc bệnh.

VIÊM THẬN KỀ

Viêm thận kề liên quan đến sự viêm nhiễm của các khoảng trống giữa các ống thận và có thể bao gồm cả viêm nhiễm các ống thận. Viêm nhiễm có thể là tạm thời, thông thường nhất có liên quan đến các tác dụng của các thuốc khác nhau lên thận, hay có thể là mạn tính và liên tục xấu đi.

Định nghĩa

Viêm thận kề là một rối loạn về thận gây ra do sự viêm nhiễm của các ống thận và các khoảng trống giữa các ống thận và tiểu cầu.

Nguyên nhân, tỉ lệ mắc, và các yếu tố có tính nguy cơ

Viêm thận kề liên quan đến sự viêm nhiễm của các khoảng trống giữa các ống thận và có thể bao gồm cả viêm nhiễm các ống thận. Viêm nhiễm có thể là tạm thời, thông thường nhất có liên quan đến

các tác dụng của các thuốc khác nhau lên thận, hay có thể là mạn tính và liên tục xấu đi.

Viêm thận kẽ có quan hệ với bệnh lí thận do thuốc giảm đau, và cũng có thể xảy ra do sự phản ứng dị ứng đối với một thuốc (viêm thận kẽ cấp tính) hay là một tác dụng phụ của các thuốc như kháng sinh (penicillin, ampicillin, methicillin, các thuốc sulfonamide và các thuốc khác). Các thuốc khác đó bao gồm các thuốc kháng viêm không steroid, furosemide, and các thuốc lợi tiểu thiazide. Rối loạn có thể xảy ra hơn 2 tuần sau khi tiếp xúc với các thuốc đó.

Viêm thận kẽ gây mất chức năng thận từ nhẹ cho tới nặng, bao gồm cả suy thận cấp. Trong khoảng một nửa các trường hợp mắc, bệnh nhân sẽ có lượng nước tiểu sụt giảm và các dấu hiệu của suy thận cấp. Thận cũng có thể mất khả năng cô đặc nước tiểu cả khi lượng nước uống vào giảm đi

Thận có thể mất khả năng điều chỉnh mức axit/bazơ của cơ thể, do mất khả năng bài tiết axit trong vào trong nước tiểu. Nhiễm axit chuyển hóa có thể xảy ra do sự mất chức năng bài tiết axit. Rối loạn này có thể tiến triển tới suy thận mạn hay bệnh thận giai đoạn cuối.

Dạng cấp của viêm thận kẽ là phổ biến và chiếm xấp xỉ 15% của các ca suy thận cấp. Các nguy cơ bao gồm các thuốc độc đối với thận. Các rối loạn có thể nặng hơn và nhiều khả năng hơn dẫn tới mạn tính hay suy thận lâu dài ở người già.

Các triệu chứng

- Lượng nước tiểu tăng hay giảm
- Sốt

- Các thay đổi về trạng thái tinh thần, biến đổi từ ngủ lơ mơ cho tới lẫn lộn và hôn mê

- Buồn nôn và nôn
- Phát ban (đôi khi)
- Phù ở trên cơ thể, bất cứ khu vực nào
- Tăng cân (do giữ nước)
- Máu có trong nước tiểu.

Các dấu hiệu và các xét nghiệm

Thăm khám có thể cho thấy phù, hay các dấu hiệu của mất dịch, có các âm thanh bất bình thường nghe được khi lắng nghe bằng tai nghe đối với tim hay phổi. Huyết áp máu thường.

Xét nghiệm nước tiểu cho thấy có số lượng nhỏ của protein và đôi khi các tế bào hồng cầu, các tế bào ống thận, và các bất bình thường khác. Protein thải ra trong nước tiểu không nặng như ở hội chứng thận hư.

Các cặn lắng hồng cầu và bạch cầu trong nước tiểu (đặc biệt bạch cầu ưa eosi) thường được nhìn thấy.

Đếm bạch cầu có thể cho thấy bạch cầu ưa eosi cao hơn bình thường.

Tỉ trọng nước tiểu và nồng độ osmol cho thấy có một sự mất khả năng cô đặc nước tiểu thậm chí khi lượng nước uống vào bị giới hạn.

PH nước tiểu có thể cho thấy sự mất chức năng điều chỉnh axit hóa nước tiểu phù hợp.

Các khí máu động mạch và thành phần hóa học của máu có thể cho thấy có sự nhiễm axit chuyển hóa.

Mức Bun (nito ure máu) và creatine được sử dụng để đánh giá mức độ suy thận.

Nước tiểu cho thấy các tế bào hồng cầu trong đó tăng lên chỉ ra có bệnh thận.

Sinh thiết thận sẽ xác nhận chẩn đoán viêm thận kẽ và được sử dụng để đánh giá mức độ hư hại đối với thận.

Điều trị

Điều trị tập trung vào các nguyên nhân và các triệu chứng. Tránh sử dụng các thuốc có nghi ngờ là có thể gây ra các triệu chứng.

Giới hạn muối và chất lỏng trong chế độ ăn có thể kiểm soát phù và cao huyết áp. Giới hạn protein trong chế độ ăn có thể cần thiết để kiểm soát chứng nito huyết (sự tích tụ của các sản phẩm cặn bã từ nito trong máu) có liên quan tới suy thận cấp.

Nếu lọc máu ngoài thận là cần thiết, thường chỉ yêu cầu trong thời gian ngắn.

Các thuốc Corticosteroid và các thuốc kháng viêm có thể mang lại lợi ích ở một số trường hợp.

Tiên lượng

Thông thường nhất, viêm thận kẽ là một rối loạn cấp nhưng ngắn hạn. Trong một số ít các trường hợp nó có thể gây ra suy thận lâu dài bao gồm cả suy thận mạn.

Các biến chứng

- Suy thận cấp
- Suy thận mạn.

Gọi tới chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn

Hãy gọi tới chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn nếu các triệu chứng chỉ ra viêm thận kẽ xuất hiện.

Nếu bạn mắc viêm thận kẽ, hãy gọi tới bác sĩ nếu các triệu chứng xấu đi, đặc biệt khi sự tỉnh táo giảm sút hay khi lượng nước tiểu giảm.

Ngăn chặn

Trong rất nhiều trường hợp, rối loạn là không thể chữa trị. Tránh hay giảm thiểu sử dụng các thuốc có liên quan gây ra bệnh có thể giảm nguy cơ mắc bệnh.

VIÊM CẦU THẬN MẠN

Sự hư hại đối với các cầu thận nghĩa là thận không lọc máu một cách chính xác. Điều này dẫn đến máu và protein có trong nước tiểu. Bởi vì các triệu chứng tiến triển một cách từ từ, nên rối loạn có thể được phát hiện khi có một xét nghiệm nước tiểu bình thường khi kiểm tra sức khỏe định kì hay kiểm tra rối loạn không liên quan đến bệnh. Bệnh có thể được phát hiện là nguyên nhân của huyết áp cao khó kiểm soát.

Định nghĩa

Viêm cầu thận mạn là giai đoạn cấp cao của nhóm các rối loạn về thận, dẫn đến sự viêm nhiễm và phá hủy dần dần liên tục các tiểu cầu thận (là các cấu trúc bên trong của thận).

Nguyên nhân, tỉ lệ mắc, và các yếu tố có tính nguy cơ

Viêm cầu thận mạn xảy ra khi có một sự phá hủy chậm, liên tục các tiểu cầu của thận, cùng với mất

chức năng thận liên tục. Ở một số trường hợp, nguyên nhân được tìm thấy là do sự tấn công đặc biệt tới hệ miễn dịch của cơ thể. Nhưng trong phần lớn các trường hợp, nguyên nhân không được biết tới (thông thường người ta cho rằng bệnh lí chưa nhận biết được của hệ miễn dịch là nguyên nhân). Bệnh này gây nên chứng cao huyết áp, và suy thận mạn.

Sự hư hại đối với các cầu thận nghĩa là thận không lọc máu một cách chính xác. Điều này dẫn đến máu và protein có trong nước tiểu. Bởi vì các triệu chứng tiến triển một cách từ từ, nên rối loạn có thể được phát hiện khi có một xét nghiệm nước tiểu bình thường khi kiểm tra sức khỏe định kì hay kiểm tra rối loạn không liên quan đến bệnh. Bệnh có thể được phát hiện là nguyên nhân của huyết áp cao khó kiểm soát.

Viêm cầu thận nằm trong số các nguyên nhân hàng đầu của suy thận mạn và bệnh thận giai đoạn cuối. Nếu sinh thiết thận được thực hiện sớm, có thể có được chẩn đoán chính xác về nguyên nhân, như viêm cầu thận màng, bệnh lí thận do kháng thể IgA (bệnh Bergers), xơ cứng cầu thận phân đoạn tập trung, hay viêm thận có liên quan với các rối loạn khác như thoái hóa dạng tinh bột, đau tủy, hay các rối loạn miễn dịch trong đó có AIDS.

Bệnh này có thể phát triển sau khi qua khỏi pha cấp của viêm cầu thận tiến triển nhanh. Trong khoảng một phần tư những người mắc viêm cầu thận mạn không có tiền sử của bệnh thận, và rối loạn xuất hiện lần đầu tiên dưới dạng suy thận mạn.

Các triệu chứng

- Máu trong nước tiểu (màu sẫm, màu vàng sắt, hay nước tiểu màu nâu)

- Nước tiểu có bọt.

Các triệu chứng của suy thận mạn mà tiến triển từ từ có thể bao gồm như sau:

- Sút cân không chủ định

- Nôn và buồn nôn

- Cảm giác ớn lạnh thông thường (khó chịu)

- Mệt mỏi

- Đau đầu

- Ngứa diện rộng

- Cần phải đi tiểu vào ban đêm

- Dễ thâm tím hay dễ chảy máu

- Sự tỉnh táo suy giảm

- Ngủ gật, ngủ mơ màng, ngủ lịm

- Lẫn lộn, mê sảng

- Hôn mê

- Co giật cơ

- Chuột rút

- Co giật

- Nhiễm sắc tố ở da tăng lên-da có thể vàng hay nâu

- Cảm giác suy giảm ở hai tay, bàn chân hay các khu vực khác.

Các triệu chứng khác có thể có liên quan đến bệnh:

- Tiểu quá mức

- Chảy máu cam

- Huyết áp cao

- Có máu trong chất nôn hay phân

Các dấu hiệu và các xét nghiệm

Có thể có huyết áp cao và xét nghiệm nước tiểu cho thấy không bình thường. Các xét nghiệm có thể phát hiện thiếu máu hay hoạt động của thận bị suy giảm, bao gồm cả chứng nito huyết (sự tích tụ của các sản phẩm phế thải từ nito như creatinine và urea). Sau đó, các dấu hiệu của suy thận mạn có thể xuất hiện bao gồm cả phù, bệnh lí đa thần kinh, và các dấu hiệu của thừa nước bao gồm các âm thanh ở phổi và tim không bình thường.

Xét nghiệm nước tiểu có thể cho thấy máu, các cặn lắng của protein, protein, và những điều bất bình thường khác.

Siêu âm thận hay siêu âm bụng, CT scan bụng, hay chụp mạch có thể cho thấy hai thận nhỏ.

X-quang vùng ngực có thể cho thấy sự dư thừa chất lỏng.

Sinh thiết thận có thể cho thấy một trong các dạng của viêm cầu thận mạn hay sẹo của cầu thận.

Bệnh này cũng có thể làm thay đổi các kết quả của các xét nghiệm sau:

- Tỷ trọng nước tiểu
- Xét nghiệm cô đặc nước tiểu
- Acid Uric nước tiểu
- Scan thận
- Hồng cầu nước tiểu
- Protein niệu
- Creatinine thanh thải
- Xét nghiệm thành phần thể bù 3
- Xét nghiệm thể bù
- Xét nghiệm BUN (nito ure máu)

- Albumin
- MRI vùng bụng.

Điều trị

Điều trị sẽ khác nhau tùy thuộc vào nguyên nhân của rối loạn, kiểu và mức độ nặng của các triệu chứng. Mục đích của điều trị cơ bản là kiểm soát các triệu chứng. Huyết áp cao có thể khó điều trị, và thông thường là khía cạnh quan trọng nhất của điều trị. Liệu pháp hiện nay bao gồm cả việc điều trị huyết áp cao liên tục bằng ACEI hay ARB để giảm tiến trình tới suy thận.

Nhiều thuốc khác nhau có thể được sử dụng để kiểm soát cao huyết áp. Các thuốc Corticosteroid, các thuốc ức chế miễn dịch hay các thuốc khác có thể được sử dụng để điều trị một số các nguyên nhân của viêm cầu thận mạn.

Kiểm soát muối, chất lỏng, protein, và các chất khác trong chế độ ăn có thể được yêu cầu để kiểm soát huyết áp hay suy thận.

Lọc máu ngoài thận hay cấy ghép thận có thể là cần thiết để kiểm soát suy thận và duy trì cuộc sống.

Tiên lượng

Kết quả sẽ là khác nhau tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Một số loại viêm cầu thận có thể tự tiến triển (theo hướng tốt hơn).

Nếu như hội chứng thận hư xuất hiện và có thể được kiểm soát, thì các triệu chứng khác có thể được kiểm soát. Nếu hội chứng thận hư xuất hiện và không thể kiểm soát, bệnh thận giai đoạn cuối là có thể xảy ra. Rối loạn xấu đi với tỉ xuất thay đổi rất rộng.

Các biến chứng

- Hội chứng thận hư
- Hội chứng thận hư cấp
- Suy thận mạn
- Bệnh thận giai đoạn cuối
- Cao huyết áp ác tính
- Thừa chất lỏng, suy tim sung huyết, phù phổi
- Nhạy cảm với các nhiễm trùng khác.

Gọi tới chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn

Hãy gọi tới chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn nếu các rối loạn liên quan đến nguy cơ viêm cầu thận mạn tăng lên xuất hiện, hay nếu các triệu chứng chỉ ra viêm cầu thận tiến triển xấu đi.

Ngăn chặn

Không có cách ngăn chặn đặc biệt nào dành cho phần lớn các ca viêm cầu thận mạn. Một số trường hợp có thể được ngăn chặn bằng cách tránh hay hạn chế tiếp xúc với các dung môi hữu cơ, thủy ngân, hay các thuốc giảm đau kháng viêm không steroid.

BỆNH HOẠI TỬ MAO MẠCH THẬN HÌNH CHẤM

Không có cách điều trị đặc biệt nào dành riêng cho hoại tử mao mạch thận hình chấm. Nếu như bệnh lí về thận do thuốc giảm đau bị nghi ngờ là nguyên nhân gây ra bệnh, ngừng sử dụng các thuốc có nghi ngờ. Điều này sẽ cho phép chữa lành bệnh qua thời gian.

Định nghĩa

Hoại tử mao mạch thận hình chấm là một rối loạn của thận liên quan tới sự chết của một số hay toàn bộ mao mạch hình chấm ở thận.

Nguyên nhân, tỉ lệ mắc, và các yếu tố có tính nguy cơ (mắc bệnh)

Mao mạch thận hình chấm là các khu vực của thận, nơi có các chỗ mở từ các ống thu nhận nước tiểu đi vào chậu thận. Sự hoại tử (chết) ở khu vực này có thể khiến thận không thể cô đặc được nước tiểu. Điều này gây ra chứng đa niệu (thể tích nước tiểu tăng lên, thường quá 3 lít trong một ngày) và chứng tiểu đêm (đi tiểu thường xuyên vào ban đêm).

Mô bị hoại tử có thể bị bong ra, và có thể được nhìn thấy trong nước tiểu, hay mô có thể làm nghẽn chậu thận hay niệu quản. Sự có mặt của mô hoại tử trong nước tiểu gia tăng nguy cơ nhiễm trùng đường niệu. Sự hoại tử của nhiều mô hình chấm ở thận có thể dẫn tới suy thận có mô bị hoại tử.

Hoại tử mao mạch thận hình chấm phổ biến nhất có liên quan với bệnh lí thận do các thuốc giảm đau, bệnh lí thận do tiểu đường, thải ghép thận, nghẽn đường niệu, nhiễm trùng thận và bệnh hồng cầu liềm. Bệnh hồng cầu liềm là nguyên nhân phổ biến của hoại tử mao mạch thận hình chấm ở trẻ em.

Các triệu chứng

- Có mô ở trong nước tiểu
- Nước tiểu có màu xám
- Nước tiểu có màu tối, màu vàng sắt, hay màu nâu
- Nước tiểu có máu

- Đau ở lưng hay sườn
- Có thể là chỉ một bên sườn
- Có thể là đau cấp
- Có thể là đau bụng hay đau giống như co thắt vậy.

Các triệu chứng khác mà có thể có liên quan tới bệnh này bao gồm:

- Đi tiểu đau
- Đái dắt
- Tần số hay cơn buồn đi tiểu tăng lên
- Đa niệu
- Tiểu đêm
- Không nín tiểu được
- Các cơn ớn lạnh

Các dấu hiệu và các xét nghiệm

Thăm khám có thể phát hiện sự mềm mại khi chạm vào phần thân thể ở chỗ thận bị nhiễm bệnh. Có thể có tiền sử nhiễm trùng đường niệu tái phát hay mạn. Có thể có các dấu hiệu của bệnh lí về tắc đường niệu hay suy thận.

Phân tích nước tiểu có xuất hiện cặn, các cast, mô, hay máu trong nước tiểu. Xét nghiệm mô trong nước tiểu có thể cho thấy mô thận hình chấm bị hoại tử.

Chụp thận cản quang có thể cho thấy sự tắc nghẽn hay mô ở trong chậu thận hay niệu quản.

Điều trị

Không có cách điều trị đặc biệt nào dành riêng cho hoại tử mao mạch thận hình chấm. Nếu như bệnh lí về thận do thuốc giảm đau bị nghi ngờ là nguyên nhân gây ra bệnh, ngừng sử dụng các thuốc

có nghi ngờ. Điều này sẽ cho phép chữa lành bệnh qua thời gian.

Nếu như bệnh lí thận là kết quả của bệnh tiểu đường hay bệnh hồng cầu liềm, thì kiểm soát các rối loạn này là quan trọng để giảm hoại tử mao mạch thận hình chấm. Suy thận phải được điều trị thích hợp. Điều trị đối với nhiễm trùng tắc đường niệu mạn hay tái phát có thể bao gồm cả các thuốc kháng sinh.

Tiên lượng

Kết quả điều trị là không giống nhau. Nếu như rối loạn ngấm có thể được kiểm soát, bệnh có thể tự mất đi. Tiến trình dẫn đến suy thận là cũng có khả năng xảy ra.

Các biến chứng

- Nhiễm trùng đường niệu mạn hay tái phát
- Suy thận cấp
- Suy thận mạn
- Bệnh lí nghẽn một niệu quản cấp
- Bệnh lí nghẽn một niệu quản mạn
- Bệnh lí tắc cả hai niệu quản cấp
- Bệnh lí tắc cả hai niệu quản mạn
- Nhiễm axit trong trao đổi chất
- Bệnh lí có mức kali quá cao
- Shock do mất máu hoặc thiếu máu.

Gọi tới chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn

Hãy gọi điện thoại để sắp xếp một cuộc gặp với chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn ngay khi có máu trong nước tiểu. Đồng thời gọi điện thoại để sắp xếp một cuộc gặp nếu như hoại tử mao mạch

thận hình chấm phát triển, đặc biệt sau khi sử dụng các thuốc giảm đau không kê đơn.

Ngăn chặn

Kiểm soát tiểu đường hay bệnh hồng cầu liềm có thể giảm nguy cơ mắc bệnh. Phòng ngừa hoại tử mao mạch thận hình chấm do bệnh lí thận do thuốc giảm đau gây ra bao gồm sử dụng điều độ cẩn thận các thuốc, kể cả các thuốc giảm đau không kê đơn.

NHIỄM TRÙNG THẬN (VIÊM BỂ THẬN)

Viêm bể thận thường xảy ra nhiều nhất do nhiễm trùng đường niệu, đặc biệt khi xuất hiện dòng chảy ngược của nước tiểu (thỉnh thoảng hay dai dẳng) từ bàng quang vào trong niệu quản hay chậu thận.

Định nghĩa

Viêm bể thận là một nhiễm trùng ở thận và các ống dẫn nước tiểu ra khỏi thận (các niệu quản).

Nguyên nhân, tỉ lệ mắc, và các yếu tố có tính nguy cơ (mắc bệnh)

Viêm bể thận thường xảy ra nhiều nhất do nhiễm trùng đường niệu, đặc biệt khi xuất hiện dòng chảy ngược của nước tiểu (thỉnh thoảng hay dai dẳng) từ bàng quang vào trong niệu quản hay chậu thận.

Viêm bể thận có thể được phân loại sâu hơn nữa như sau:

Viêm bể thận gián đơn cấp (sự phát triển đột ngột của viêm nhiễm ở thận)

Viêm bể thận mạn (một nhiễm trùng tồn tại trong thời gian dài không hết)

Bệnh lí thận trào ngược (một nhiễm trùng xảy ra khi xuất hiện tắc nghẽn).

Mặc dù viêm bàng quang (nhiễm trùng ở bàng quang) là phổ biến, nhưng viêm bể thận xảy ra ít thường xuyên hơn nhiều. Nguy cơ sẽ tăng lên nếu như đã từng bị viêm bàng quang, hoại tử mao mạch thận, sỏi thận, hồi lưu bàng quang niệu quản, hay bệnh lí đường tiết niệu bị nghẽn.

Các nguy cơ mắc bệnh cũng tăng lên khi có tiền sử của nhiễm trùng đường tiết niệu định kì hay mạn tính.

Viêm bể thận cấp có thể nặng hơn ở những người già và ở những người bị ức chế miễn dịch (ví dụ như những người bị ung hay AIDS).

Các triệu chứng

- Đau lưng hay đau ở hông
- Cơn đau nặng bất bình thường (diễn ra thường xuyên)
- Sốt
- Kéo dài hơn 2 ngày
- Ớn lạnh và rùng mình
- Da ấm nóng hay đỏ bừng
- Da có mủ
- Buồn nôn và nôn
- Mệt mỏi
- Cảm giác ốm yếu thông thường
- Tần suất hay đòi hỏi đi tiểu tăng lên

- Đi tiểu đau
- Cần đi tiểu đêm
- Màu nước tiểu xám hay không bình thường
- Có máu trong nước tiểu
- Mùi nước tiểu hôi hay đặc.

Các thay đổi về tinh thần hoặc lú lẫn: Tỉnh thoảng ở những người già, những biến đổi về tinh thần hoặc lú lẫn là những dấu hiệu duy nhất của nhiễm trùng đường tiết niệu.

Các dấu hiệu và các xét nghiệm

- Phân tích nước tiểu thông thường sẽ cho thấy có các tế bào bạch cầu (hay các tế bào hồng cầu)

- Nuôi cấy nước tiểu (lấy mẫu sạch) hay nuôi cấy nước tiểu bằng (lấy mẫu qua ống catheter) có thể cho thấy có vi khuẩn trong nước tiểu.

- Siêu âm thận
- Scan thận
- Sinh thiết thận.

Điều trị

Các mục tiêu của điều trị là kiểm soát nhiễm trùng và làm giảm các triệu chứng. Các triệu chứng cấp thường được giải quyết trong vòng từ 48 đến 72 giờ sau khi được điều trị thích hợp.

Do tỉ lệ tử vong cao ở nhóm những người già và nguy cơ suy thận lâu dài, nên điều trị nhanh chóng cần phải được yêu cầu.

Sau khi có kết quả nuôi cấy nước tiểu để nhận dạng vi khuẩn, các thuốc kháng sinh sẽ được lựa chọn để điều trị nhiễm trùng.

Các thuốc điều trị

Các thuốc kháng sinh truyền tĩnh mạch được sử dụng vào lúc ban đầu để kiểm soát sự nhiễm trùng do vi khuẩn nếu như nhiễm trùng là nặng hay bạn không thể uống kháng sinh qua đường miệng. Trong bệnh lí viêm bể thận cấp, bạn có thể được điều trị bằng kháng sinh trong thời gian 10-14 ngày.

Bệnh lí viêm bể thận mạn có thể đòi hỏi điều trị bằng kháng sinh lâu dài. Điều bắt buộc chính là bạn phải dùng hết toàn bộ loạt kháng sinh được kê đơn cho bạn. Thông thường thì các thuốc kháng sinh được sử dụng bao gồm các thuốc sau:

- Các thuốc Sulfa như sulfisoxazole/trimethoprim
- Amoxicillin
- Cephalosporins
- Levofloxacin and ciprofloxacin.

Suy thận có thể là kết quả từ những nhiễm trùng này. Với người già, trẻ em, và những người có hệ miễn dịch bị ức chế sẽ tăng nguy cơ tiến triển tới nhiễm khuẩn máu (một nhiễm trùng máu nặng) tăng lên. Thông thường, những người này sẽ được nhập viện để kiểm tra thường xuyên các vấn đề có tiềm năng xảy ra và để được điều trị bằng kháng sinh, các chất lỏng qua đường tĩnh mạch, và các thuốc khác khi cần thiết.

Theo dõi

Ở những bệnh nhân tiểu đường và phụ nữ mang thai, cũng như những người bị liệt tủy sống, theo dõi phải có cả nuôi cấy nước tiểu trong bộ liệu pháp bằng kháng sinh để đảm bảo rằng vi khuẩn không còn hiện diện trong nước tiểu.

Tiên lượng

Phần lớn các trường hợp viêm nhiễm bể thận có thể giải quyết mà không có các biến chứng sau điều trị. Tuy nhiên, việc điều trị có thể cần thiết phải thực hiện liên tục hay kéo dài. Nếu nhiễm trùng máu xảy ra, điều này có thể là không tránh khỏi.

Các biến chứng

- Sự tái xảy ra của viêm nhiễm bể thận
- Áp xe bao thận (nhiễm trùng quanh thận)
- Nhiễm trùng máu
- Suy thận cấp.

Gọi tới chuyên gia chăm sóc y tế của bạn

Gọi tới chuyên gia chăm sóc y tế của bạn nếu các dấu hiệu gợi ý rằng viêm bể thận xuất hiện.

Nếu bạn mắc bệnh lí viêm bể thận, hãy gọi tới chuyên gia chăm sóc y tế của bạn khi bất kì triệu chứng mới nào phát triển, đặc biệt là khi lượng nước tiểu sụt giảm, sốt cao dai dẳng, hay đau ở hông hay lưng.

Ngăn chặn

Điều trị nhanh chóng và triệt để viêm bàng quang có thể ngăn chặn sự phát triển của nhiều trường hợp mắc viêm bể thận. Sự tái phát về lâu dài của nhiễm trùng đường tiểu phải được điều trị cẩn thận bởi vì chúng có xác suất dẫn đến nhiễm trùng thận.

Các thay đổi trong lối sống

Các phương pháp có tính phòng ngừa có thể làm giảm các triệu chứng và ngăn chặn sự tái diễn của nhiễm trùng. Giữ cho khu vực âm đạo được sạch sẽ và nhớ làm vệ sinh từ trước ra sau có thể giảm xác

suất xâm nhập của vi khuẩn từ vùng hậu môn tới niệu đạo.

Đi tiểu ngay lập tức sau khi giao hợp có thể giúp loại trừ bất kì loại vi khuẩn nào mà có thể đã được đưa vào trong khi giao hợp. Nhịn đi tiểu trong thời gian dài có thể cho phép vi khuẩn có thời gian sinh sôi, do vậy đi tiểu thường xuyên có thể giảm nguy cơ viêm bàng quang ở những người dễ bị nhiễm trùng đường tiết niệu.

Chế độ ăn

Tăng lượng nước uống vào (1,9 lít cho đến 3,8 lít trên ngày) khiến việc đi tiểu thường xuyên đẩy vi khuẩn ra khỏi bàng quang. Uống nước ép của cây nam việt quất (cây cranberry) sẽ ngăn chặn một số loại vi khuẩn nào đó khỏi bám vào thành bàng quang và có thể làm giảm xác suất nhiễm trùng.

BỆNH LÝ THẬN MÀNG

Định nghĩa

Bệnh lí thận màng là một rối loạn về thận dẫn đến sự suy sụp chức năng thận do sự viêm nhiễm của các cuộn tiểu cầu thận và các thay đổi trong lớp màng bao quanh cầu thận.

Nguyên nhân, tỉ lệ mắc, và các yếu tố có tính nguy cơ

Cầu thận là các kết cấu bên trong của thận, bao gồm các ống mao dẫn nhỏ được bao quanh bởi các

màng mà thông qua đó máu được lọc để tạo thành nước tiểu. Bệnh lí thận màng gây nên bởi sự dày lên của thành ống mao dẫn của lớp màng lọc cầu thận. Nguyên nhân tại vì sao vẫn chưa được biết rõ.

Bệnh lí thận màng là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của hội chứng thận hư-là một biểu hiện phổ biến nhất của bệnh. Bệnh cũng có thể xuất hiện ở dạng thải ra protein trong nước tiểu nhưng không có dấu hiệu gì. Tỷ xuất thanh lọc cầu thận (là "tốc độ" làm sạch máu) thường gần như bình thường, và kiểm tra cặn lắng trong nước tiểu có thể không có gì nổi bật hay có thể cho thấy các chất phân hủy của chất béo.

Bệnh lí thận màng có thể là một bệnh thận nguyên phát nguồn gốc không rõ ràng, hay có thể có liên quan với các bệnh khác. Các nguy cơ mắc bệnh bao gồm các rối loạn về hệ thống như viêm gan B, sốt rét, các khối u ác tính, giang mai, lupus hệ thống, và các rối loạn khác. Các nguy cơ mắc bệnh cũng bao gồm sự tiếp xúc với các chất hay các thuốc, bao gồm vàng, thủy ngân, penicillamine, trimethadione, skin-lightening creams, and others.

Rối loạn xảy ra ở xấp xỉ 2 trong số 10.000 người. Nó có thể xảy ra ở bất kì lứa tuổi nào nhưng phổ biến hơn là sau tuổi 40.

Các triệu chứng

- Phù (sưng) ở bất cứ khu vực nào trên cơ thể, có thể là ở diện rộng
- Sự xuất hiện của bọt trong nước tiểu
- Tăng cân (do sự giữ nước)
- Giảm thèm ăn

- Đi tiểu, quá mức vào ban đêm
- Huyết áp cao.

Chú ý: Các triệu chứng là khác nhau và ở nhiều trường hợp không có triệu chứng nào hết.

Các dấu hiệu và các xét nghiệm

Thăm khám có thể không có gì đặc biệt ngoài dấu hiệu phù. Phân tích nước tiểu có thể phát hiện protein trong nước tiểu hay máu trong nước tiểu. Albumin huyết thanh có thể ở mức thấp. Mức lipid máu có thể tăng lên. Sinh thiết thận sẽ xác nhận được chẩn đoán.

Điều trị

Mục đích của điều trị là tối thiểu hóa các triệu chứng và làm chậm lại tiến trình của bệnh. Các triệu chứng phải được điều trị thích đáng. Các thuốc sử dụng là khác nhau. Thường thì các thuốc corticosteroid hay các thuốc ức chế miễn dịch có thể được sử dụng, với các kết quả khác nhau. Các thuốc để điều trị các triệu chứng có thể bao gồm cả các thuốc lợi niệu và thuốc hạ huyết áp. Các thuốc kháng sinh có thể cần thiết để kiểm soát các nhiễm trùng.

Điều trị mức cholesterol và triglyceride trong máu ở mức cao được yêu cầu để giảm sự tiến triển của chứng xơ vữa động mạch sau hội chứng thận hư. Giới hạn cholesterol trong chế độ ăn và các chất béo no có thể chỉ có lợi ích giới hạn bởi vì mức cholesterol và triglyceride cao dường như gây ra do sự sản xuất quá mức ở gan hơn là do lượng chất béo ăn vào quá nhiều. Các thuốc để giảm cholesterol và triglyceride có thể được yêu cầu để điều trị hiện tượng này.

Những người bị mắc bệnh sẽ tăng nguy cơ tắc nghẽn động mạch ở phổi (tắc mạch phổi) và ở chân (tắc mạch ở sâu-DVTS). Những người mắc bệnh này do đó thường được kê thuốc warfarin hay các thuốc làm mỏng mạch máu khác để ngăn chặn các biến chứng đó.

Chế độ ăn nhiều protein đang được tranh luận đúng sai. Ở nhiều bệnh nhân, giảm lượng protein trong chế độ ăn làm giảm protein trong nước tiểu. Trong phần lớn các trường hợp, một chế độ ăn có protein ở mức vừa phải (1gram protein trên kg thể trọng trên ngày) thường được yêu cầu cho bệnh nhân. Muối trong chế độ ăn có thể bị giới hạn để giúp kiểm soát phù nề. Vitamin D có thể cần để được thay thế nếu như hội chứng thận hư là mạn tính và không đáp ứng với liệu pháp điều trị.

Tiên lượng

Bệnh có thể mất đi, hay trở nên xấu đi, bằng điều trị hay không cần điều trị. Các thời kì của rối loạn là rất khác nhau. Sự thuyên giảm bệnh một cách tự nhiên (khi bệnh biến mất) là có thể xảy ra, vì bệnh có các thời kì thuyên giảm khác nhau (các giai đoạn không triệu chứng) và các thời kì có triệu chứng cấp. Khoảng 70-90% bệnh nhân có một số mức độ của suy thận không thể thay đổi trong vòng từ 2 cho đến 20 năm, và khoảng 20% sẽ tiến triển đến bệnh thận giai đoạn cuối.

Các biến chứng

- Hội chứng thận hư
- Suy thận mạn
- Bệnh thận giai đoạn cuối

- Nghẽn tĩnh mạch thận
- Tắc mạch phổi.

Gọi tới chuyên gia chăm sóc y tế

Gọi điện thoại để sắp xếp một cuộc gặp với chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn nếu các triệu chứng chỉ ra sự có mặt của bệnh lí thận màng. Gọi điện để sắp xếp một cuộc gặp với chuyên gia chăm sóc sức khỏe của bạn nếu các triệu chứng xấu đi hay kéo dài, hay nếu như bạn có lượng nước tiểu sụt giảm hay các triệu chứng mới phát triển.

Ngăn chặn

Điều trị nhanh chóng các rối loạn có liên quan và tránh các chất có thể gây ra bệnh.

PHẦN II

CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN

ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN

Sỏi thận là tình trạng bệnh lý đã được đề cập đến từ rất lâu và là một bệnh thường gặp, hay hình thành những cơn đau quặn thận, dễ gây biến chứng như nhiễm khuẩn, suy thận cấp hoặc mạn tính. Tùy theo kích thước, vị trí và biến chứng của sỏi gây ra mà có các chỉ định can thiệp lấy sỏi khác nhau.

Tác động của sỏi thận đối với cơ thể

Sỏi thận là một dạng của sỏi niệu. Sỏi niệu thường xuất hiện ở nơi có dòng nước tiểu yếu hoặc đường tiểu quá nhỏ, uốn khúc, bị hẹp hay tắc nghẽn, do đó những vị trí có sỏi thường là thận, niệu quản chậu hoặc sát bàng quang, cổ bàng quang, niệu đạo, lỗ sáo. Sự di chuyển của sỏi, nhất là những sỏi có gai nhọn sẽ cọ xát vào đường niệu gây ra những cơn đau lưng, đái ra máu nếu sỏi ở thận, niệu quản. Còn sỏi tại bàng quang, niệu đạo sẽ gây đái buốt, đái rắt, đái khó. Nếu bị kẹt trong cổống đài thận, sỏi sẽ chèn ép làm bé tắc cổống đài thận nên đài thận giãn nở, lâu dần thận sẽ giãn mỏng như một túi nước. Khi các đài thận bị căng trương nước tiểu, sẽ tạo ra áp

lực cao tác động vào thần kinh thận và vỏ thận gây ra cơn đau quặn thận.

Khi sỏi cọ xát vào đường niệu thì nguy cơ niêm mạc bị phù nề, viêm, là điều kiện tốt cho vi khuẩn xâm nhập gây viêm nhiễm đường tiểu. Người bệnh sẽ thấy đau lưng, đái buốt, đái rắt, đái đục. Nếu nhiễm khuẩn nặng sẽ dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng như suy thận. Nếu thận mủ toàn diện có thể phải cắt bỏ thận. Bế tắc đường tiểu làm tổn động nước tiểu gây viêm nhiễm lâu ngày sẽ dẫn đến xơ hóa thành đường tiểu kể cả đài thận. Hậu quả của xơ hóa sẽ dẫn đến giảm chức năng co bóp đường tiểu, chít hẹp làm bế tắc đường tiểu, tổn động nước tiểu. Viêm nhiễm nặng ở đường tiểu còn làm hoại tử đường tiểu, xuất hiện các lỗ rò ở bàng quang, niệu quản. Đã có những trường hợp vỡ thận và vỡ bàng quang do sỏi. Sự hiện diện lâu ngày của sỏi hai bên niệu quản hay sỏi thận một bên, còn bên kia sỏi niệu còn dẫn đến hiện tượng vô niệu (không có nước tiểu). Chức năng thận sẽ bị giảm nếu có sỏi ở hai bên thận, nhất là khi có sự kết hợp của viêm nhiễm gây ra suy thận.

Xử lí sỏi thận như thế nào?

Chính vì những biến chứng nguy hiểm mà sỏi thận gây ra nên có những trường hợp cần can thiệp cấp cứu để lấy sỏi ngay, có trường hợp có thể trì hoãn lấy sỏi, nghĩa là can thiệp lấy sỏi chủ động theo lịch như mổ lấy sỏi hoặc tán sỏi. Có trường hợp không cần can thiệp gì đối với sỏi nhỏ không gây các biến chứng đau nhiều, đái ra máu hoặc gây biến chứng viêm nhiễm ở thận.

Về điều trị sỏi thận, với bất kỳ loại sỏi nào cũng cần:

- Uống nhiều nước, đảm bảo lượng nước tiểu khoảng trên 2,5 lít/ngày.
- Điều trị các đợt nhiễm khuẩn, viêm nhiễm ở thận.
- Điều trị các biến chứng hay các yếu tố thuận lợi dễ hình thành sỏi.

Khi biết được nguyên nhân hay thành phần của sỏi thì phải điều trị theo nguyên nhân.

Ngày nay có nhiều phương pháp can thiệp lấy sỏi: Mổ lấy sỏi, tán sỏi ngoài cơ thể và nội soi lấy sỏi. Chọn cách thức điều trị cũng như tiên lượng của sỏi thận phụ thuộc vào 2 yếu tố chính: Kích thước và vị trí của sỏi.

Về kích thước của sỏi

Là đường kính lớn nhất đo được của sỏi, khi sỏi nhỏ hơn 5mm và sỏi nằm ở đài bể thận thì cố gắng tác động để sỏi có thể rơi xuống bàng quang một cách tự nhiên và sỏi có thể được đái ra ngoài.

Vị trí của sỏi

Sỏi thận với kích thước nhỏ hơn 2cm thường được điều trị bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể, tuy nhiên nếu sỏi nằm ở phía đài dưới của thận thì cho kết quả kém hơn. Trong trường hợp sỏi nằm ở vị trí này thì giới hạn chỉ định tán sỏi khi nhỏ hơn 1cm. Phương pháp mổ lấy sỏi qua da vẫn là một cách điều trị tương đối an toàn và hiệu quả nên được chỉ định cho các trường hợp sỏi thận có kích thước lớn, không có khả năng tán hoặc lấy sỏi qua nội soi.

Ngày nay, với sự phát triển của nội soi niệu quản thì ngoài phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể cũng có thể lấy sỏi qua nội soi. Chỉ định lấy sỏi qua nội soi phải dựa vào từng trường hợp cụ thể, thể trạng bệnh nhân, chức năng thận khi phát hiện sỏi cũng như kinh nghiệm của thầy thuốc và phương tiện của cơ sở điều trị. Khoảng 50% bệnh nhân mang sỏi nhỏ không có triệu chứng sẽ trở nên có triệu chứng trong vòng 5 năm. Sỏi san hô ở thận thường liên quan đến nhiễm khuẩn. Do vậy những trường hợp sỏi to thì nên điều trị ngay khi phát hiện ra sỏi.

Nhiều người bệnh sỏi thận đã đau nhiều nhưng vì họ có mắc đồng thời các bệnh tim mạch nên rất e dè khi quyết định nội soi, tán sỏi ngoài cơ thể hay phẫu thuật. Đối với các trường hợp bị sỏi thận có bệnh tim mạch đi kèm như hở, hẹp van 2 lá, 3 lá, suy tim... nếu ở mức độ nhẹ thì vẫn có thể tiến hành tán sỏi ngoài cơ thể được, ngay cả khi phải phẫu thuật lấy sỏi. Tuy nhiên các trường hợp này cần có sự phối hợp giữa bác sĩ tim mạch, tiết niệu và ngoại khoa để có được cách đánh giá và biện pháp điều trị tốt nhất.

Dùng thuốc điều trị sỏi tiết niệu

Sỏi tiết niệu là nhóm bệnh thường gặp trong chuyên khoa thận tiết niệu. Sỏi tiết niệu là nguyên nhân thứ ba sau bệnh nhiễm cầu thận nguyên phát và viêm cầu thận thứ phát gây suy thận mạn tính.

Theo vị trí, sỏi tiết niệu bao gồm: Sỏi đài thận, sỏi bể thận, sỏi san hô, sỏi niệu quản đoạn trên, sỏi niệu quản đoạn giữa, sỏi niệu quản đoạn dưới, sỏi bàng quang và sỏi tuyến tiền liệt.

Theo cấu tạo, sỏi tiết niệu gồm có: Sỏi phosphat và oxalat canxi, sỏi struvit, sỏi urat và sỏi cystin.

Ở thể điển hình, sỏi tiết niệu có các triệu chứng: Đau thắt lưng - có khi đau nhiều kiểu cơn quặn thận và đái máu liên quan với vận động. Nhưng có một số trường hợp không có biểu hiện lâm sàng, sỏi tiết niệu được phát hiện tình cờ qua kiểm tra sức khỏe định kỳ, qua điều tra bệnh tật trong cộng đồng.

Để chẩn đoán sỏi tiết niệu, chuyên môn dựa vào siêu âm hệ tiết niệu; chụp X-quang hệ tiết niệu không thuốc hoặc có thuốc cản quang; thử nước tiểu tìm hồng cầu, bạch cầu, trụ hình.

Để chẩn đoán giai đoạn bệnh, người bệnh cần được xét nghiệm máu để biết số lượng hồng cầu, bạch cầu và nồng độ urê, creatinin, acid uric.

Điều trị sỏi tiết niệu là một nghệ thuật. Chuyên môn sẽ dựa vào: vị trí sỏi, kích thước sỏi, thành phần cấu tạo sỏi, thận đã ứ nước hay chưa, có suy thận hay không để chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp: nội khoa (hóa chất hoặc thảo mộc) hoặc tán sỏi (ngoài cơ thể, nội soi, qua da) hoặc phẫu thuật (nội soi hoặc theo cổ điển).

Sự phối hợp và thống nhất phác đồ điều trị sỏi tiết niệu giữa các thầy thuốc nội khoa và ngoại khoa rất cần thiết. Trong bài viết này chỉ xin đề cập tới phương pháp điều trị nội khoa bệnh sỏi tiết niệu, lý giải việc lựa chọn các thuốc ở các khâu.

Thuốc giảm đau, an thần có tác dụng trên thần kinh trung ương: Các thuốc này được áp dụng khi bệnh nhân có triệu chứng cơn đau quặn thận.

Tùy theo cường độ đau để chọn thuốc uống, thuốc tiêm trong các loại sau đây:

- Paracetamol: Efferalgan, alaxan
- Diclofenac: Voltaren
- Ibuprofen: Mofen
- Ketoprofen: Profenid
- Piroxicam: Felden
- Sulpiride: Dogmatil
- Diazepam: Valium, veduxen.

Thuốc chống co thắt, gây giãn cơ trơn, giãn niệu quản: Chọn một trong các thứ thuốc sau theo dạng viên hoặc ống:

- Papaverin
- Alverine citrat (spasmaverin, meteospasmyl)
- No-spa
- Spasfon.

Trong trường hợp đau nhiều có thể dùng phối hợp thuốc giảm đau và thuốc chống co thắt.

Thuốc kháng sinh: Khi sỏi tiết niệu bị bội nhiễm hoặc viêm thận-bể thận cấp với các biểu hiện: Sốt, đái đục, đái rắt, đái buốt cần chọn một trong các loại kháng sinh có tác dụng trên đường tiết niệu sau đây:

- Nhóm penicilline
- Nhóm cephalosporin thế hệ 2, thế hệ 3, thế hệ 4 với các dược chất: cefuroxim, ceftriaxon, cefixim, cefepim
- Nhóm quinolon với các dược chất: ciprofloxacin, levofloxacin, norfloxacin, ofloxacin.

Nếu có kháng sinh đồ để lựa chọn thuốc nhạy cảm là tốt nhất. Tuy nhiên cần phải cân nhắc khi chỉ định các thuốc kháng sinh độc thận đặc biệt ở người cao tuổi, phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

Thuốc lợi tiểu và truyền dịch

Việc gây đái nhiều cưỡng bức để có tác dụng tống sỏi đã được ứng dụng từ lâu. Dung dịch được dùng để truyền là glucose 5% và muối NaCl 9%. Kết hợp thuốc lợi tiểu nhóm thiazid hoặc furosemid.

Thay đổi nếp sống

Chế độ ăn uống cũng góp phần phòng ngừa và hạn chế tạo thành sỏi tiết niệu.

Ví dụ:

- Chế độ ăn ít canxi, không uống sữa giàu canxi trong sỏi phosphat và oxalat.
- Uống dung dịch kiềm Na bicarbonat trong sỏi urat và bệnh gút.

Vận động thể lực, chạy, nhảy dây cũng góp phần tống sỏi từ niệu quản xuống bàng quang và từ bàng quang ra ngoài.

Thuốc bào mòn và làm tan sỏi

Trên thực tế ít có thuốc có khả năng trên. Các thuốc trong loại này sẽ làm giảm kết dính các tinh thể và có tác dụng ở những trường hợp sỏi nhỏ, bề mặt nhẵn, ở vị trí thấp và thành phần cấu tạo sỏi thích hợp, ví dụ:

- Succinimide pharbiol trong sỏi oxalat
- Ammonium chlorid trong sỏi phosphat
- Allopurinol trong sỏi urat
- Penicillamin B trong sỏi cystin
- Rowatinex có các thành phần: pinene, camphene, cineol, fenchone, borneol, anethol, olive oil
- Viên sỏi thận domesco, có các thành phần: cao hạt chuối hột, cao rau om, cao râu mèo, cao hạt lười ươi

- Kim tiền thảo, rẽ cỏ tranh, bông mã đề, râu ngô là một bài thuốc y học cổ truyền chữa sỏi tiết niệu rất thông dụng

- Các công ty dược của Việt Nam và Trung Quốc đã phát huy và cải tiến bài thuốc này để bào chế thành các biệt dược: kim tiền thảo bài thạch, thạch lâm thông...

Việc điều trị sỏi tiết niệu cần được theo dõi để đánh giá diễn biến của bệnh. Nếu bệnh thuyên giảm ít, có khuynh hướng nặng lên cần thay đổi phương pháp điều trị, kể cả điều trị bằng phẫu thuật để phòng tránh suy thận mạn tính giai đoạn cuối.

Sỏi niệu và những biến chứng nguy hiểm

Trong các bệnh lý của đường tiết niệu thì sỏi niệu là một trong những căn bệnh nguy hiểm, các biến chứng của bệnh có thể dẫn đến suy thận, viêm thận, gây rối loạn hệ tiết niệu và thậm chí dẫn đến tử vong. Các cơn đau do sỏi niệu gây ra còn làm giảm năng suất lao động và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Hiện nay đã có nhiều biện pháp khác nhau điều trị căn bệnh khó chịu này.

Sỏi niệu được hình thành như thế nào?

Sự hình thành các dạng sỏi trong đường tiểu (niệu) có nhiều nguyên nhân gây ra, cho đến nay người ta xác định được 2 yếu tố chính hình thành sỏi niệu là yếu tố nội tại và qua ăn uống.

Tình trạng tăng bất thường nồng độ canxi trong máu là một nguyên nhân quan trọng dẫn đến hình thành sỏi niệu. Tăng canxi máu có thể do xuất hiện u bướu tại tuyến giáp làm rối loạn chuyển hóa canxi.

Cũng có thể do xương đào thải quá nhiều canxi vào máu do gãy phức tạp, do viêm mạn tính, canxi huyết tăng cao kéo theo canxi niệu gia tăng, do vậy trở thành tác nhân thúc đẩy quá trình hình thành sỏi. Giống như muối hòa tan trong nước tiểu, bình thường những thành phần của sỏi bị hòa tan trong nước tiểu, nhưng nếu có những yếu tố sau đây thì các thành phần của sỏi không bị hòa tan và dần kết thành sỏi, đó là: Chúng bị siêu bão hòa trong nước tiểu vì nồng độ của chúng quá cao, xuất hiện các yếu tố kết tinh, các tinh thể có cơ hội ngưng kết, tụ thành một khối.

Bình thường, để ngăn chặn sự hình thành sự kết tinh của sỏi, ngoài sức mạnh của dòng nước tiểu, trong nước tiểu còn có chất keo bám vào tinh thể, chống lại sự tụ tập của chúng nhưng khi chất keo này giảm, thường do viêm nhiễm thì khả năng liên kết của các tinh thể tăng lên. Các yếu tố nội tại khác làm gia tăng hình thành sỏi còn do bế tắc đường tiểu lâu ngày, dung lượng nước tiểu giảm, môi trường nước tiểu thuận lợi cho sự xuất hiện tinh thể.

Các loại sỏi niệu thường gặp là sỏi vô cơ như canxi, phosphat, oxalat, sỏi hữu cơ là dạng sỏi urat, xanthin, hiếm gặp dạng ceptin.

Những biến chứng của sỏi niệu

Sỏi niệu thường xuất hiện ở nơi có dòng nước tiểu yếu hoặc đường tiểu quá nhỏ, uốn khúc, bị hẹp hay tắc nghẽn, do đó những vị trí có sỏi thường là thận, niệu quản dưới hoặc sát bàng quang, cổ bàng quang, niệu đạo, lỗ sáo.

Sự di chuyển của sỏi, nhất là những sỏi có gai nhọn sẽ cọ xát, va chạm vào đường niệu gây ra những cơn đau lưng, đái ra máu nếu sỏi ở thận, niệu quản. Còn sỏi tại bàng quang, niệu đạo sẽ gây đái buốt, đái rắt, đái khó. Nếu bị kẹt trong cuống đài thận, sỏi sẽ chèn ép làm bế tắc cuống đài thận nên đài thận giãn nở, lâu dần thận sẽ giãn mỏng như một túi nước. Khi các đài thận bị căng trương nước tiểu, sẽ tạo ra áp lực cao tác động vào thần kinh thận và vỏ thận gây ra cơn đau quặn thận. Khi sỏi kẹt trong niệu đạo hoặc ở bàng quang sẽ gây bí đái cấp tính hay mạn tính.

Khi sỏi cọ xát vào đường niệu thì niêm mạc dễ bị phù nề, viêm, là điều kiện tốt cho vi khuẩn xâm nhập, gây viêm nhiễm đường tiểu. Người bệnh sẽ thấy đau lưng, đái buốt, đái rắt, đái đục. Nếu nhiễm khuẩn nặng sẽ dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng như suy thận. Nếu thận mủ toàn diện có thể phải cắt bỏ thận. Bế tắc đường tiểu làm tổn động nước tiểu gây viêm nhiễm lâu ngày sẽ dẫn đến xơ hóa thành đường tiểu kể cả đài thận. Hậu quả của xơ hóa sẽ dẫn đến giảm chức năng co bóp đường tiểu, chít hẹp làm bế tắc đường tiểu, tổn động nước tiểu. Đây là một vòng luẩn quẩn nguy hiểm mà sỏi niệu gây ra.

Ngoài ra, viêm nhiễm nặng ở đường tiểu còn gây hoại tử đường tiểu, xuất hiện các lỗ rò ở bàng quang, niệu quản. Đã có những trường hợp vỡ thận và vỡ bàng quang do sỏi. Sự hiện diện lâu ngày của sỏi dẫn đến hiện tượng vô niệu (không có nước tiểu) hoặc suy giảm chức năng thận, nhất là khi có sự kết hợp của viêm nhiễm gây ra suy thận.

Phòng ngừa và xử lý sỏi niệu thể nào?

Trước hết cần phải giảm những nguy cơ hình thành sỏi niệu, đó là phải uống đủ nước (từ 1,5 - 2 lít nước/ngày). Những người phải dùng thuốc đường uống càng cần phải uống đủ nước. Phát hiện và điều trị sớm các nguyên nhân khác (ngoài sỏi) gây viêm nhiễm đường tiểu và ứ đọng nước tiểu. Khi thấy có các biểu hiện đái buốt, đái rắt cần phải đi khám để phát hiện bệnh kịp thời.

Hiện nay, với kỹ thuật điều trị hiện đại, bệnh sỏi niệu đã có nhiều biện pháp phù hợp để chữa trị. Tùy theo dạng sỏi khác nhau mà tiến hành xử lý sỏi bằng dùng thuốc làm tan sỏi hay mổ nội soi, tán sỏi ngoài cơ thể. Chỉ những trường hợp sỏi quá to mới phải mổ mở, tuy nhiên quá trình thực hiện đều khá an toàn. Ngoài các bệnh viện tuyến trung ương có các biện pháp điều trị tốt thì nhiều bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố cũng có thể xử lý tốt căn bệnh này.

Điều trị sỏi nhỏ đường tiết niệu

Để hạn chế hình thành sỏi trong cơ thể, phải uống 1,5-2 lít nước mỗi ngày, tùy theo cơ địa béo, gầy, thời tiết, tình trạng lao động cơ bắp... Nên chọn nước uống sạch như nước dừa xiêm, trà loãng, actiso, trà khổ qua... Những người đã phát hiện có sỏi thận-niệu cần hạn chế sử dụng nước khoáng thiên nhiên vì nó chứa các muối có nồng độ cao, nhất là canxi, cacbonat...

Phải chọn các thức ăn giàu vitamin A như: cà rốt, khoai tây, bí đỏ, trái mơ, gan bò. Vitamin A có tác dụng bảo vệ niêm mạc niệu đạo và ngăn cản việc tạo các sỏi. Với người có sỏi canxi phải tránh ăn

pho-mat, tôm, cua, nghêu, sò, ốc, hến, hạn chế ăn mặn, cá muối, thịt muối và dưa muối, trứng các loại... Ngoài ra, cần thận trọng khi sử dụng vitamin D, vì trong bệnh lý sỏi thận-tiết niệu có chống chỉ định sử dụng vitamin D.

Với người có sỏi oxalat, phải hạn chế ăn các loại đậu, bí đao, cần tây, nho, mận, rau rền, mùi tây, rau muống, sôcôla, nước trà, rau sống. Không uống, ngâm hoặc tiêm vitamin C. Với người có sỏi axit uric, phải kiêng khem các thức ăn giàu chất purin như: giò, chả, nem, ruốc nạc, chocolate, rượu; nên có chế độ ăn giàu chất kiềm như uống nhiều sữa ít đường (không uống loại sữa chống loãng xương), ăn nhiều trái cây, rau xanh, sạch.

Phải giảm ăn thịt các loại, nên ăn nhiều cá, chỉ giữ mức 170 g/ngày. Nên bổ sung các vitamin E, B1, magiê B6... Mỗi ngày chỉ cần 10mg B6 không chỉ giúp cơ thể giảm hình thành tái phát các loại sỏi (trên 80%) mà còn tốt cho tế bào não.

Nếu sỏi có kích thước lớn trên 5-6mm, phải nghiên cứu can thiệp ngoại khoa. Còn sỏi có kích thước nhỏ dưới 3-4mm, thông thường có thể điều trị bằng Đông y. Với bệnh lý sỏi thận-niệu, nếu huyết áp tăng cao cả hai số tâm thu và tâm trương, phải đến bệnh viện gần nhất để có phương pháp điều trị sớm. Nên lưu ý rằng thận là một tổ chức sàng lọc cặn bã, độc tố... của cơ thể nên chức năng sinh lý của thận có tầm quan trọng đặc biệt. Do đó, không nên tự động sử dụng những thuốc còn rất lạ đối với mình, sẽ rất nguy hiểm. Khi có dị ứng thuốc nào đó, hãy cảnh giác ngay đến thận-tiết niệu, bằng mọi cách phải bổ sung nhiều nước ngay.

Các vị thuốc chữa sỏi thận-niệu gồm kim tiền thảo, phục linh, xa tiền tử, trạch tả, chỉ xác, ô dược, hương phụ, quả đười ươi, rau ngổ (ngò om), hạt và trái chuối chát, chuối rừng, thơm (dứa). Có thể gạn nước chiết lọc từ cây chuối chát, uống thường xuyên râu ngô (bắp), mã đề, rau má, cật dứa gai... Theo kinh nghiệm điều trị, bệnh nhân thường được xét nghiệm nước tiểu để tìm chất cặn, lắng hoặc xét nghiệm sỏi để có phác đồ điều trị thích hợp.

Với bệnh lý thận-niệu, không nên chủ quan khi thấy có "trục trục" khó chịu, khác thường ở đường tiết niệu. Khi bắt đầu xuất hiện tiểu khó, tiểu buốt, tiểu gắt, nước tiểu biến đổi màu sắc đục trắng, đỏ, lượng ít, nhiều, đau nhức 2 vùng trên thắt lưng, có sốt hoặc không sốt... thì phải đến ngay bệnh viện chuyên khoa để sớm phát hiện, điều trị tích cực. Điều này giúp tránh các tiên lượng xấu như: Bệnh lý cầu thận, thận mủ, thận nhiễm mỡ, viêm bể thận, thận ứ nước (thận đa nang), huyết áp cao kịch phát do thận, nhất là tuyến thượng thận, viêm nhiễm.

Phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể

Trong vài chục năm gần đây, cùng với sự tiến bộ trong các lĩnh vực chẩn đoán bằng X-quang, siêu âm và nội soi thì phương pháp điều trị sỏi đường tiết niệu trên thế giới cũng như Việt Nam cũng có những thay đổi đáng kể. Các phương pháp phẫu thuật kinh điển dần được thay bằng các phương pháp điều trị hiện đại, ít sang chấn, mang lại hiệu quả cao và rút ngắn ngày phải nằm viện cho người bệnh.

Những phương pháp điều trị hiện đại đã được áp dụng hiệu quả có thể kể như tán sỏi ngoài cơ thể,

lấy sỏi thận qua da, lấy sỏi qua ống soi niệu quản... Sự phát triển của các phương pháp này thực sự là một cuộc cách mạng trong ngành tiết niệu nói chung cũng như điều trị sỏi tiết niệu nói riêng.

Tán sỏi ngoài cơ thể là một phương pháp ít gây sang chấn được áp dụng khá rộng rãi trong những năm gần đây nhằm làm tan sỏi từ xa mà không phải can thiệp phẫu thuật. Dựa trên nguyên lý sóng xung động tập trung vào một tiêu điểm (viên sỏi) với một áp lực cao làm vỡ hoặc làm vụn sỏi thành bụi nhỏ sau đó bài tiết ra ngoài theo đường tự nhiên. Hiện nay đã có 3 thế hệ với rất nhiều loại máy tán sỏi ngoài cơ thể ra đời của nhiều nước khác nhau trên thế giới như Mỹ, Pháp, Đức, Trung Quốc,...

Phương pháp này được áp dụng với các loại sỏi như sỏi đài bể thận hoặc niệu quản trên với đường kính của viên sỏi nhỏ hơn 2cm. Tuy nhiên, một số tác giả cũng áp dụng cho một số viên sỏi có kích thước lớn hơn, nhưng thường với sỏi có kích thước lớn hơn 3cm thì ít kết quả và thường phải tán nhiều lần.

Điều kiện để tiến hành tán sỏi bằng phương pháp này là sỏi chưa gây biến chứng nhiễm khuẩn niệu, đường tiểu dưới phải thông không bị hẹp hay dị dạng, người bệnh không mắc các bệnh về đông máu hay bệnh lý tim mạch kèm theo.

Ưu điểm của phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể là không cần phải gây mê, chỉ cần tiền mê nhẹ hoặc giảm đau thông thường. Người bệnh có thể ngoại trú hoặc nằm viện theo dõi 1-2 ngày. Nếu sỏi chưa vỡ hết có thể tán lại 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 2-3 tuần.

Sau khi tán sỏi xong, bệnh nhân cần uống nhiều nước trong vài ngày để những mảnh sỏi nhỏ có thể bài tiết theo đường tiểu ra ngoài.

Các trường hợp sau đây không áp dụng phương pháp này:

- Sỏi có đường kính quá lớn, sỏi cystin, sỏi uric quá rắn hoặc sỏi bùn.

- Sỏi gây biến chứng nhiễm khuẩn đường tiểu hoặc ở những bệnh nhân có đường tiểu dị dạng hay hẹp.

- Sỏi ở những bệnh lý thận có sẵn như u thận, lao thận, xơ cứng cổ bàng quang...

- Bệnh nhân có rối loạn về tim mạch, nhất là bị loạn nhịp tim, bệnh rối loạn đông máu thì không nên áp dụng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể.

Ngoài những ưu điểm trên, phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể cũng có thể gây một số biến chứng như: nhiễm khuẩn, tắc nghẽn sỏi trên đường tiểu, tụ máu thận hay chảy máu nhẹ.

Triệu chứng thường gặp

Biểu hiện thường gặp ở người bệnh là bị đau mới lưng có kèm theo đi tiểu ra máu. Tuy nhiên, cũng không ít trường hợp bệnh nhân không hề có biểu hiện bất thường gì mà chỉ nhờ vào một lần khám sức khỏe có siêu âm hoặc chụp X-quang bụng lại phát hiện ra đang có sỏi thận rất lớn. Ngoài ra, bệnh cũng có thể được phát hiện trong tình trạng tương đối cấp tính, điển hình với "cơn đau quặn thận". Nặng nề hơn khi thận đã bị viêm nhiều với biểu hiện sốt cao, rét run, đau vùng thận, đi tiểu đục và có cảm giác đau buốt...

Phương pháp điều trị

Trước đây, phương pháp điều trị chủ yếu ở Việt Nam là mổ mở để lấy sỏi ra. Phương pháp này có ưu điểm là quan sát trực tiếp tổn thương ở thận, nhưng bệnh nhân đau nhiều và gây bất tiện cho người bệnh trong thời gian hậu phẫu. Phương pháp phẫu thuật nội soi tán sỏi qua da đã và đang được đánh giá rất cao trong phẫu thuật tiết niệu, được nhiều bệnh nhân lựa chọn. Qua một vết chích khoảng 1cm ở vùng lưng, các bác sĩ dùng một dụng cụ đặc biệt để tạo một đường hầm vào đến thận nơi có sỏi, đặt máy soi thận có kích thước như một chiếc đũa qua đường hầm vào thận để tán vỡ sỏi và hút sỏi ra.

Phương pháp này tỏ ra có ưu điểm nổi trội bởi gây mê đơn giản, không đòi hỏi kỹ thuật hay trang bị đặc biệt; hạn chế tối thiểu mức sang chấn với thận, có thể thực hiện ngay cả trên bệnh nhân đã từng mổ thận cùng bên; không để lại vết mổ lớn (thường chỉ là vết chích nhỏ 1cm), làm bệnh nhân bớt đau, tránh những phiền phức của vết mổ rộng như nhiễm trùng hay sa thành bụng; tỷ lệ biến chứng thấp...

Bên cạnh đó, phương pháp này còn đem lại những kết quả khả quan đối với dạng sỏi đơn giản, tỷ lệ hết sỏi sau mổ có thể đạt tới 100%. Trong các trường hợp phức tạp (sỏi san hô), thì tỷ lệ hết sỏi có thể đạt khoảng 80-85%. Người ta có thể kết hợp giữa nội soi tán sỏi với tán sỏi ngoài cơ thể nhằm nâng tỷ lệ hết sỏi sau mổ lên tới 98%. Mặt khác, kể cả trong trường hợp điều trị không hiệu quả, bệnh

nhân vẫn có thể chuyển sang dùng phương pháp khác như tán sỏi ngoài cơ thể hay mổ mở mà không bị ảnh hưởng gì. Điều quan trọng là phẫu thuật nhẹ nhàng, ít đau, bệnh nhân chóng bình phục, ngày nằm viện ngắn nên chi phí giảm...

Yếu tố giúp bác sĩ quyết định nội soi thận qua da là dựa vào chẩn đoán hình ảnh. Phim chụp thận UIV là lựa chọn đầu tiên, hình ảnh trên phim sẽ cho phép bác sĩ nhận biết được chính xác về kích thước, hình dáng, vị trí sỏi và đặc biệt là hình thể giải phẫu của đài bể thận và nhu mô thận. Trong những trường hợp cần thiết, bác sĩ có thể yêu cầu bệnh nhân chụp cắt lớp hoặc siêu âm trong khi mổ.

Tuy rằng, có nhiều ưu điểm nhưng phương pháp này vẫn có chống chỉ định, đó là phẫu thuật nội soi tán sỏi qua da không áp dụng được với các trường hợp bệnh nhân có rối loạn đông máu hoặc có những bất thường về mạch máu trong thận, có nguy cơ chảy máu nặng. Với các trường hợp bệnh nhân cao huyết áp cũng không phẫu thuật khi chưa đưa huyết áp về chỉ số an toàn. Hiện nay, phẫu thuật nội soi thận qua da không chỉ đơn thuần sử dụng cho bệnh nhân sỏi tiết niệu mà còn được mở rộng để điều trị ngoại khoa nhiều bệnh lý khác như: nang thận, hẹp niệu quản, khối u biểu mô đường tiết niệu...

ĐIỀU TRỊ SỎI BÀNG QUANG

Sỏi bàng quang là một bệnh lý của sỏi đường tiết niệu, ngoài những đặc điểm chung của sỏi ở hệ tiết niệu còn có những đặc điểm riêng. Bệnh thường gặp ở nam giới và liên quan đến sự ứ đọng nước tiểu do có chướng ngại ở cổ bàng quang hay niệu đạo.

Những biểu hiện của sỏi bàng quang

Khi có sỏi trong bàng quang, người bệnh xuất hiện tình trạng đi tiểu ngắt quãng. Đó là người bệnh đang đi tiểu đột nhiên tia tiểu tắc lại và đau dữ dội vùng hạ vị, dương vật, thay đổi tư thế mới có thể đái được.

Đái rất tăng số lần về ban ngày do bệnh nhân đi lại vận động, sỏi lăn trong bàng quang gây kích thích đi đái, khi nghỉ ngơi số lần đi tiểu giảm. Bệnh nhân mót đái thường xuyên, đái rất nhiều lần, mỗi lần chỉ được một ít, thỉnh thoảng lại tắc đái, càng đái rất lại càng buốt nhiều, càng buốt bao nhiêu lại càng đái rất bấy nhiêu, đôi khi có đái máu cuối bãi.

Thăm khám lâm sàng có thể phát hiện sỏi bàng quang khi dùng ống thông sát có tiếng chạm sỏi. Hoặc thăm trực tràng có thể sờ thấy sỏi to khi bàng quang hết nước tiểu.

Soi bàng quang sẽ giúp cho thầy thuốc biết được chính xác số lượng, hình dáng, kích thước, màu sắc sỏi, qua đó còn có thể phát hiện được các nguyên

nhân của sỏi bàng quang như hẹp niệu đạo, u tiền liệt tuyến hay túi thừa bàng quang.

Chụp X-quang vùng chậu hông thấy có hình sỏi bàng quang. Các xét nghiệm nước tiểu cũng cho chúng ta biết thêm được những thông tin cần thiết như có hồng cầu, bạch cầu trong nước tiểu.

Vì sao lại hình thành sỏi trong bàng quang?

Bàng quang nằm ở vùng hạ vị là một túi cơ hình bầu dục lúc căng đầy gồm có vùng đỉnh và vùng đáy. Chức năng của bàng quang bao gồm chứa đựng nước tiểu, kìm được nước tiểu và cho thoát nước tiểu theo ý muốn hoàn toàn và thoải mái. Giọt nước tiểu được bài xuất từ thận qua đường dẫn niệu quản xuống, lưu giữ ở bàng quang trước khi được bài xuất ra ngoài qua niệu đạo.

Sự hình thành sỏi chủ yếu là do hiện tượng ứ đọng nước tiểu trong bàng quang. Có thể chia làm 2 loại:

- + Sỏi từ hệ tiết niệu trên (thận, niệu quản) rơi xuống.
- + Sỏi sinh ra tại bàng quang: Do dị vật như chỉ khâu, mảnh đạn, đầu sonde, do quá trình ứ đọng nước tiểu ở bệnh nhân hẹp niệu đạo, u tiền liệt tuyến, chít hẹp cổ bàng quang, túi thừa bàng quang, túi thừa niệu đạo. Thành phần hóa học của sỏi là canci và amoni magie photphat hoặc photphat canci nếu sỏi bị giữ lại ở bàng quang lâu.

Sỏi bàng quang thường tròn, ít khi xù xì góc cạnh, có loại bé như hạt ngô, cũng có loại như quả trứng gà hay nắm tay, thường là một viên đôi khi có nhiều hơn. Sỏi thường nằm ở đáy bàng quang di chuyển theo tư thế bệnh nhân. Sỏi nằm lại trong bàng quang làm niêm mạc bàng quang bị tổn thương viêm đỏ và

sung nề, lâu dần gây viêm loét niêm mạc bàng quang dẫn đến viêm hở ở lớp cơ và lớp mỡ quanh bàng quang. Hậu quả là dung tích bàng quang bị thu nhỏ, sức chữa giảm làm giảm khả năng bài tiết của toàn bộ hệ tiết niệu.

Các biện pháp xử lý

Sỏi bàng quang nhỏ từ đường tiết niệu trên rơi xuống có thể điều trị kháng sinh chống viêm, giảm đau, giãn cơ trơn để bệnh nhân đái ra sỏi. Việc điều trị sỏi bàng quang bằng nội soi đã giúp ích rất nhiều cho việc điều trị những viên sỏi bàng quang không đái ra được hay sỏi kích thước nhỏ hơn 3cm. Có thể sử dụng máy tán sỏi cơ học, máy tán sỏi sử dụng sóng xung thủy điện lực (Urat 1) hay máy tán sỏi bằng sóng siêu âm, laser. Mục đích điều trị của máy tán sỏi là tán sỏi thành mảnh nhỏ để bài xuất ra ngoài. Cũng có thể dùng dụng cụ cơ học để bóp nát sỏi dưới sự giám sát của camera đặt ở đầu ống soi.

Việc điều trị phẫu thuật được chỉ định cho những trường hợp sỏi to - sỏi không thể tán được hay sỏi bàng quang có kèm theo hẹp niệu đạo, xơ cứng cổ bàng quang, u xơ tiền liệt tuyến, túi thừa bàng quang. Mỗi bàng quang lấy sỏi là phẫu thuật đơn giản, ít tốn thời gian nhưng thời gian hậu phẫu thường kéo dài hơn nhiều so với phương pháp tán sỏi nội soi.

Phòng bệnh sỏi bàng quang là việc làm vô cùng cần thiết, vì nguyên nhân gây bệnh thường là do ứ đọng nước tiểu lâu ngày. Do vậy hằng ngày cần uống đủ nước (1,5 lít/ngày) và tránh thói quen nhịn tiểu. Ngoài ra khi có biểu hiện của rối loạn tiểu tiện

(đái rắt, đái buốt hay đái ra máu cuối bãi) nên đến khám tại cơ sở y tế chuyên khoa tiết niệu để phát hiện bệnh sớm và điều trị sớm sẽ mang lại kết quả rất tốt, bệnh nhân sẽ tránh được những biến chứng không đáng có do bệnh sỏi bàng quang gây ra.

ĐIỀU TRỊ TIỂU TIỆN KHÔNG KIỂM SOÁT ĐƯỢC

Chứng tiểu tiện không kiểm soát có thể gặp ở mọi lứa tuổi kể cả trẻ em, nhưng thường gặp nhất ở người cao tuổi. Theo thống kê ở Mỹ có khoảng 15 - 30% người cao tuổi bị rối loạn này ở các mức độ khác nhau. Trong số những người bị mắc có khoảng 25% bị nặng. Phụ nữ thường mắc nhiều hơn nam giới, vào khoảng gấp đôi. Ở các nước tiên tiến, chứng này có thể điều trị tốt nhưng đa số người mắc thường giữ kín và chịu đựng.

Biểu hiện của bệnh

Ta cần biết, tiểu tiện bình thường cần phải có bàng quang và niệu đạo bình thường, có hệ thần kinh trung ương hoạt động bình thường. Nếu các cơ quan đó có sự rối loạn hoặc do có tác động bên ngoài ảnh hưởng sẽ đưa đến tiểu tiện không tự chủ được. Người ta chia chứng tiểu tiện không kiểm soát (TTKKS) ra 2 loại:

TTKKS thoáng qua hay cấp tính (transient or acute). Người bị chứng này thường do dùng thuốc

hay bị một bệnh cấp tính nào đó trong khi hệ tiết niệu bị suy yếu. Có khoảng 30% người cao tuổi dễ bị TTKKS thoáng qua do viêm âm đạo (atrophic vaginitis) ở phụ nữ, nhiễm khuẩn đường tiết niệu rối loạn nội tiết, rối loạn tâm lý, do thuốc... Chứng này có thể tự khỏi khi các nguyên nhân được loại trừ.

TTKKS mạn tính (chronic) được chia ra như sau:

TTKKS do ứ: Chứng này do người mắc khó tiểu tiện, nước tiểu bị ứ được giữ lại ở bàng quang, tạo áp lực không lớn lắm nhưng do co thắt ở niệu đạo có lúc lại không được tốt, làm nước tiểu thoát ra không theo sự kiểm soát, số lượng nước tiểu được bài tiết như thế không nhiều, có khi chỉ là nhỏ vài giọt. Một số bệnh có thể gây ra chứng này như: bệnh phì đại tuyến tiền liệt, thoát vị bàng quang, hẹp niệu đạo, bệnh lý thần kinh do tiểu đường (diabetic neuropathy). Hoặc có thể do thuốc như: thuốc chống co thắt loại chống tiết cholin, thuốc lợi tiểu, thuốc ức chế kiềm calci...

TTKKS do stress hay do gắng sức có thể gặp ở người phụ nữ mà cơ ở vùng khung chậu bị giãn và yếu hoặc ở người bị béo phì, nam giới lớn tuổi sau khi mổ tuyến tiền liệt. Chứng này xảy ra khi người mắc bất ngờ bị tăng áp lực xoang bụng như ho, cười, chảy nước mũi, tập thể dục, thậm chí leo lên cầu thang sẽ bị tiểu són và thường lượng nước tiểu ra ít.

TTKKS cấp bách, đây là chứng thường hay gặp, chiếm 65% các trường hợp TTKKS nói chung. Sự co thắt bàng quang ở người bình thường có thể bị ức chế nếu người đó không muốn tiểu tiện, nhưng ở người bị chứng này thì không ức chế được, gây sự cấp bách muốn tiểu và tiểu ngay ra với lượng nước

tiểu khá nhiều. Có nhiều bệnh như: Viêm âm đạo teo, nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới, phì đại tuyến tiền liệt, có thể gây co thắt bàng quang đưa đến TTKKS cấp bách.

Điều trị bệnh

Về điều trị, tùy từng nguyên nhân để dùng thuốc. Khi sử dụng thuốc phải có chỉ định của thầy thuốc. Một số thuốc hay được dùng trong điều trị bệnh TTKKS như ephedrin, dùng các dẫn chất estrogen đối với phụ nữ mãn kinh, thuốc chống tiết Cholin, thuốc chống co thắt cơ trơn, thuốc ức chế calci...

Trong điều trị TTKKS do stress, ngoài việc dùng thuốc, người mắc có thể sử dụng phương pháp không dùng thuốc gọi là "tập luyện các cơ vòng tầng sinh môn" (Pelvic floor exerciser) do Kegl đề xuất vào năm 1948. Đây là phương pháp thường được áp dụng cho phụ nữ bị chứng TTKKS do stress và có thể cải thiện với tỷ lệ từ 60-90% nếu áp dụng đúng cách. Do không có tài liệu đề cập đến kỹ thuật của phương pháp do chính Kegl mô tả chi tiết nên chỉ nói những nét chung. Theo phương pháp này người bệnh sẽ tập làm co thắt và thư giãn các cơ quanh âm đạo, quanh niệu đạo, quanh hậu môn (người bệnh tập trung tư tưởng gây co thắt như tập nín tiểu tiện, đại tiện), mỗi lần ráng giữ sự co thắt trong 10 giây, sau đó thư giãn và làm như thế khoảng 100 lần trong ngày. Áp dụng phương pháp này phải kiên trì, phải tập thường xuyên như thế trong vài tháng mới mong cải thiện.

Gần đây, ở Mỹ người ta có sản xuất các quả cân hình nón để đặt âm đạo (Weighted Vaginal cones)

giúp người phụ nữ tập thất và tăng cường trương lực các cơ quan vùng sinh dục. Đó là bộ gồm 9 quả cân hình nón có kích cỡ to dần nặng từ 20 - 100gam, người bệnh sẽ đặt lần lượt các quả cân với kích cỡ và trọng lượng theo sự hướng dẫn vào âm đạo và tập trung co thắt để giữ quả cân ấy nằm yên tại vị trí trong thời gian 15 phút, làm như thế 2 lần trong ngày. Quả cân sẽ được lấy ra bằng sợi dây ny-lông được dính theo quả cân. Người bệnh sẽ tập trước với bộ 9 quả cân hình nón cùng có trọng lượng nhỏ nhất là 20g và sẽ thử với quả có kích cỡ lớn nhất sau đó thử quả cân có kích cỡ nhỏ hơn (sự co thắt âm đạo phải nhiều hơn để giữ quả cân có kích cỡ nhỏ hơn). Sau khi tập bộ quả cân 20g tốt rồi người bệnh sẽ tập bộ quả cân nặng hơn.

Ngoài phương pháp "Tập luyện các cơ vòng tầng sinh môn" còn có một số phương pháp khác như: "Tái huấn luyện bàng quang"; "Sinh phản hồi", ở các phương pháp sau, người bệnh cần được sự hướng dẫn của nhân viên y tế thông thạo phương pháp hoặc phải trang bị một số dụng cụ chuyên dùng, cách tập luyện tương đối phức tạp.

VIÊM THẬN, BỂ THẬN CẤP TÍNH - NHẬN BIẾT VÀ XỬ LÝ

Viêm thận, bể thận cấp tính là tình trạng viêm nhiễm cấp do vi khuẩn. Bệnh hay gặp ở tuổi trưởng thành, nếu không được điều trị sớm và đúng dễ dẫn

đến những biến chứng nguy hiểm như hoại tử nhu mô thận, ứ mủ thận, nhiễm khuẩn huyết, suy thận...

Những biểu hiện thường gặp

Triệu chứng viêm thận, bể thận cấp rất đa dạng, dấu hiệu đầu tiên là các phản ứng của cơ thể trước tình trạng nhiễm khuẩn. Bệnh nhân đột ngột sốt cao, rét run, thể trạng suy sụp, môi khô nứt nẻ, lưỡi bẩn. Nếu sử dụng thuốc hạ sốt thì chỉ giảm trong một khoảng thời gian ngắn (một vài giờ) sau đó cơn sốt tái phát.

Kèm theo sốt, bệnh nhân cảm thấy đau ở vùng sườn lưng, có thể đau một bên hoặc cả hai bên, thường là đau âm ỉ nhưng cũng có khi có những cơn đau dữ dội như có dao đâm, cơn đau lan xuống vùng bẹn quang, thậm chí lan ra cả bộ phận sinh dục ngoài.

Cùng với tình trạng sốt cao, đau, nước tiểu của người bệnh thường đỏ, đục, có cảm giác nóng rát khi đi tiểu. Ngoài ra một số bệnh nhân còn có biểu hiện chán ăn, ăn không ngon, buồn nôn, nôn, bụng trướng, cơ thể mệt mỏi rã rời. Bệnh thường tiến triển tốt và hồi phục hoàn toàn nếu được điều trị sớm, đúng thuốc, sau vài ngày sẽ cắt được cơn sốt, nước tiểu trong trở lại sau 1-2 tuần. Nhưng nếu điều trị muộn hoặc không đúng thì bệnh dễ tái phát, chuyển thành mạn tính, suy thận, hoại tử nhu mô thận, ứ mủ thận, nhiễm khuẩn huyết, tăng huyết áp... Những biến chứng này có thể làm bệnh nhân tử vong.

Những nguyên nhân dẫn đến tình trạng này

Vi khuẩn gây viêm thận, bể thận cấp thường là vi khuẩn gram (-). Các vi khuẩn này thường xâm nhập

vào đài bể thận theo đường tiết niệu, sinh dục, bắt đầu từ bộ phận sinh dục ngoài, niệu đạo, bàng quang, niệu quản rồi đến đài bể thận. Đây là hiện tượng nhiễm khuẩn ngược dòng. Tình trạng viêm nhiễm cấp tính này cũng có thể do vi khuẩn theo đường máu, bạch huyết xâm nhập vào thận.

Những yếu tố như sỏi thận, sỏi tiết niệu, viêm hoặc u tuyến tiền liệt, giao hợp không bảo đảm vệ sinh, phụ nữ có thai, đặt sonde bàng quang... là những điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn xâm nhập gây ra tình trạng viêm nhiễm cấp tính.

Xử lí bệnh thế nào?

Chính vì các biểu hiện của viêm thận, bể thận cấp rất đa dạng nên dễ gây nhầm lẫn với những triệu chứng viêm nhiễm khác. Do đó muốn chẩn đoán chính xác phải tiến hành các xét nghiệm về công thức máu, hóa sinh máu, nước tiểu, siêu âm bụng, chụp X-quang, hoặc chụp cắt lớp bụng. Đây là bệnh do vi khuẩn gây ra nên kháng sinh là biện pháp quan trọng được sử dụng điều trị, đặc biệt là các kháng sinh có tác dụng tốt đối với vi khuẩn gram (-) như augmentin, sentram. Nếu bệnh nhân có dấu hiệu suy thận không nên dùng các thuốc như gentamycin, tetracyclin. Phụ nữ có thai bị bệnh này càng thận trọng vì nhiều loại thuốc kháng sinh không có lợi cho thai nhi. Điều trị triệu chứng theo từng trường hợp, nếu sốt cao, đau phải dùng thuốc hạ sốt, thuốc giảm đau, đặc biệt phải tìm ra nguyên nhân gây bệnh để điều trị triệt để như sỏi thận, sỏi tiết niệu, các bệnh viêm nhiễm ở bàng quang, tiền liệt tuyến, âm đạo...

Phòng bệnh

Đây là bệnh do nhiễm khuẩn do đó vệ sinh thân thể, nhất là vệ sinh bộ phận sinh dục là rất quan trọng. Thói quen tắm ao hồ, sông suối của nhiều người ở các vùng nông thôn rất dễ gây nhiễm khuẩn ở đường sinh dục, khi đó vi khuẩn sẽ ngược dòng tiến sâu vào bàng quang, tiết niệu, thận. Do vậy không nên tắm, dầm mình ở những nơi có nguồn nước không vệ sinh. Trong điều kiện bất đắc dĩ như phải dầm mình vì bão lụt sau đó cần tắm rửa sạch sẽ bằng nước sạch, rửa bộ phận sinh dục bằng nước muối pha loãng. Cần có thói quen vệ sinh trước và sau khi quan hệ tình dục, phụ nữ có thai càng đặc biệt chú ý vệ sinh cơ thể vì khi có mang môi trường âm đạo thay đổi rất dễ bị nhiễm khuẩn, nhiễm nấm. Đối với các bệnh ở đường tiết niệu bị viêm nhiễm cần được điều trị triệt để. Khi đã mắc bệnh và trong quá trình điều trị người bệnh cần được chăm sóc tốt về mặt dinh dưỡng nhằm tăng sức đề kháng cho cơ thể.

Tóm lại, viêm thận, bể thận cấp tính là bệnh nguy hiểm nhưng có thể phòng ngừa và điều trị khỏi nếu được phát hiện và xử lý kịp thời. Người bệnh khi có những triệu chứng trên cần đến khám và điều trị ở các chuyên khoa tiết niệu và nghiêm chỉnh thực hiện các chỉ định của thầy thuốc.

CÁC BỆNH NHÂN LỘC MÁU CẦN LÀM GÌ ĐỂ GIỮ CHO TIM KHỎE

Bệnh về tim mạch là bạn có vấn đề về tim và các mạch máu trong toàn bộ cơ thể, bao gồm cả não, phổi và chân. Bệnh về tim mạch rất phổ biến với bệnh nhân suy thận mạn. Cùng với thời gian, các mạch máu đưa máu từ tim và não sẽ bị cản trở bởi chất béo, cholesterol; nó làm giảm dòng máu chảy về tim và não làm cho bạn bị nhồi máu cơ tim hay đột quy.

Có những loại bệnh khác biệt nào khi nói về bệnh tim mạch?

Có một số loại phổ biến như sau:

Bệnh về động mạch vành: Đây là bệnh phổ biến nhất trong số các bệnh về tim mạch. Nó ảnh hưởng đến các mạch máu của tim gây ra đau thắt ngực và làm bạn nhồi máu cơ tim.

Phì đại tâm thất trái: Cơ tim bên trái trở nên mỏng và không còn làm việc tốt nữa.

Suy tim: Tim không đủ sức để bơm máu đi khắp cơ thể cũng như là nuôi chính nó. Suy tim phát triển dần dần theo thời gian. Nó có thể ảnh hưởng lớn đến khả năng hoạt động hàng ngày của bạn.

Đột quy: Thiếu máu chảy lên não. Một cơn đột quy có thể do một cục máu đông hay chảy máu não từ một mạch máu bị vỡ.

Có phải bệnh nhân suy thận lọc máu thì có nguy cơ mắc bệnh tim mạch nhiều hơn?

Rất tiếc đúng là như vậy. Bệnh nhân suy thận phải lọc máu có nguy cơ bị các bệnh về tim mạch hơn đại đa số dân chúng. Nguy cơ mắc bệnh tim mạch có thể do suy thận hoặc do các bệnh liên quan khác như tiểu đường hay huyết áp cao. Vì vậy, bệnh nhân lọc máu cần phải theo các bước được hướng dẫn ở đây để phòng tránh các bệnh về tim mạch. Nếu đã bị bệnh về tim mạch, bệnh nhân cần thực hiện theo phương pháp điều trị cẩn thận để tránh bị nhồi máu cơ tim hay đột quỵ.

Bệnh nhân lọc máu có thể làm gì đó để tránh bệnh tim mạch không?

Có. Hãy thực hiện theo các bước hướng dẫn, đặc biệt bệnh nhân bị tiểu đường và huyết áp cao. Hãy sống một lối sống lành mạnh, ăn kiêng theo thực đơn định sẵn, tập thể dục đều đặn và không hút thuốc lá.

Dưới đây, là một số điều bạn nên thực hiện theo, tuy nhiên bạn hãy nói chuyện với bác sĩ để có những lời khuyên về sức khỏe cụ thể hơn.

Hãy kiểm soát lượng đường máu nếu bạn bị tiểu đường.

Hãy luôn làm xét nghiệm lượng đường huyết theo lịch bác sĩ đã cho, thực hiện đúng phác đồ điều trị để tránh các biến chứng, ăn kiêng và chăm tập thể dục.

Kiểm soát huyết áp

Bạn cần nghiêm túc thực hiện theo phương pháp trị liệu để kiểm soát huyết áp cao. Thuốc kiểm soát

huyết áp bệnh nhân suy thận thường dùng là Angiotensin - protein trong máu, enzyme này làm tăng sản sinh andosterone từ vỏ thượng thận, chuyển hoá các chất ức chế enzyme (ACE), hoặc ARBs. Nó giúp bảo vệ quả tim bạn. Hãy kiểm soát lượng nước uống và muối ăn để bạn không bị ứ thừa nước quá nhiều, nó cũng làm bạn tăng huyết áp.

Mục tiêu huyết áp cho bệnh nhân suy thận trước khi lọc máu là thấp hơn 140/90, và sau khi lọc máu là thấp hơn 130/80. Bạn nên hỏi bác sĩ hay y tá về chỉ số huyết áp của bạn đã đạt đến mục tiêu hay chưa, hãy làm một bản ghi lại số đo huyết áp. Nếu huyết áp của bạn chưa đạt được như vậy, hãy hỏi ý kiến bác sĩ.

Giảm mức cholesterol

Lượng mỡ trong máu cao như cholesterol nó làm nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao. Bạn cần phải làm xét nghiệm để xem lượng mỡ trong máu và cholesterol; nếu kết quả cao, bạn cần phải ăn kiêng và tập thể dục nhiều hơn, một số bệnh nhân phải dùng thuốc (như thuốc Statin) để giảm lượng cholesterol.

Bạn cần theo một thực đơn ăn kiêng để tim khoẻ hơn

Giảm lượng thực phẩm có chứa chất béo bão hoà và cholesterol cao như trứng, sữa nguyên kem, pho-mát và các đồ sấy khô.

Hãy ăn nhiều thức ăn giàu omega-3; những loại thực phẩm đó là cá hồi, cá ngừ đại dương, cá mòi và các thực phẩm khác như hạt lanh, hạt óc chó.

Nếu bạn đang ăn kiêng theo một chế độ ăn giàu protein và giảm lượng kali, hãy hỏi bác sĩ trước khi bạn thay đổi thực đơn.

Hãy hoạt động thể chất nhiều hơn.

Hãy hỏi ý kiến bác sĩ trước, tuy nhiên các bài tập thể dục đều đặn sẽ giúp bạn khoẻ hơn:

- Giảm lượng cholesterol
- Kiểm soát lượng đường huyết
- Giảm huyết áp
- Giảm cân
- Làm cho tim và phổi khoẻ hơn
- Tăng sức khoẻ và tinh thần
- Chữa trị thiếu máu.

Bệnh nhân suy thận thường bị thiếu máu, giảm lượng hồng cầu. Nó làm bạn thấy mệt mỏi và cũng làm tăng bệnh tim mạch - bệnh phì đại tâm thất trái. Thiếu máu có thể được khắc phục bằng cách dùng hormone gọi là erythropoietin (EPO) và dùng thêm viên sắt. Chữa bệnh thiếu máu cũng làm tim bạn khoẻ hơn.

Hãy giữ cân bằng lượng khoáng chất, canxi và photpho. Những khoáng chất này sẽ khó giữ mức cân bằng trong cơ thể bạn nếu bạn bị suy thận mạn, kết quả của sự thiếu hụt này là xương bạn sẽ bị thiếu canxi và trở nên yếu đi. Một số canxi sẽ bị giữ lại ở những nơi mà không cần đến canxi như tim và mạch máu; nó làm mạch máu của bạn xơ cứng và nhỏ hơn, khi đó bạn có thể bị đột quy hay những cơn đau tim. Bạn cần làm:

Bạn cần ăn những thức ăn chứa hàm lượng photpho thấp.

Bạn dùng thuốc thẩm chất photpho, nó sẽ giúp lượng photpho trong máu của bạn ở mức thấp.

Hãy dùng thêm vitamin D (nếu bác sĩ yêu cầu).

Giảm lượng homocysteine.

Homocysteine là một axit amin trong cơ thể bạn. Mức homocysteine cao thường làm tăng nguy cơ bị các bệnh về tim mạch. Hãy giữ đủ mức acid folic, vitamin B6 và vitamin B12 để giữ mức homocysteine bình thường. Hãy hỏi ý kiến bác sĩ để biết loại vitamin có hàm lượng acid folic, vitamin B6, B12 đủ cho bệnh nhân suy thận.

Nếu bạn đang hút thuốc hãy bỏ ngay. Hút thuốc sẽ càng làm tăng nguy cơ bị các bệnh về tim mạch.

Hãy luôn giữ tinh thần vui vẻ

Thỉnh thoảng, bệnh nhân suy thận phải lọc máu cảm thấy buồn nản, cáu giận hay thất vọng. Những cảm giác bi quan này sẽ làm bạn thấy khó khăn khi theo sát phác đồ điều trị. Nó sẽ càng làm nguy cơ mắc bệnh tim mạch tăng lên hoặc nó làm bệnh nặng thêm nếu bạn đã bị. Bạn cần phải loại bỏ trạng thái bi quan.

BỆNH NHÂN LỌC MÁU CẦN PHẢI KIỂM TRA CÁC BỆNH VỀ TIM MẠCH

Để chắc chắn tim bạn khoẻ mạnh, bạn cần làm những test sau:

Bạn cần làm điện tâm đồ (ECG) khi bạn bắt đầu lọc máu và sau đó mỗi năm làm một lần.

Hãy làm siêu âm tim khi bạn bắt đầu lọc máu.

Nếu kết quả của những test trên thấy có vấn đề, bạn cần phải làm thêm những kiểm tra sau:

Siêu âm tim gắng sức (một loại siêu âm kèm theo bài tập thể dục, thường trên máy chạy). Kiểm tra này giúp xác định có bị nghẽn mạch hay không.

Chụp X-quang tim và các mạch máu để xác định rõ vùng bị nghẽn giúp việc điều trị hiệu quả hơn.

DÙNG THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẬN HƯ

Hội chứng thận hư là một hội chứng sinh hóa và lâm sàng đặc trưng bởi sự mất nhiều protein qua nước tiểu, gây giảm albumin huyết tương, biểu hiện bằng phù và nhiều rối loạn khác như rối loạn lipid máu, rối loạn đông máu... Hội chứng thận hư là hội chứng nặng nhất của bệnh thận.

Biểu hiện của hội chứng thận hư và các xét nghiệm cần thiết

Biểu hiện lâm sàng của hội chứng thận hư bao gồm: Phù, đái ít, nước tiểu giảm dưới 500ml/24 giờ, tăng huyết áp, đái máu, thiếu máu nhẹ. Trong đó phù là triệu chứng chính, hay gặp phù toàn thân với nhiều mức độ từ kín đáo tới rất nặng nề, có thể tràn dịch các màng như cổ trướng, tràn dịch màng phổi, màng tim, màng tinh hoàn, phù nề bộ phận sinh dục. Đặc điểm phù trong hội chứng thận hư là phù trắng, mềm, không đau.

Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm để chẩn đoán bao gồm: Xét nghiệm nước tiểu, tốt nhất là định lượng protein niệu 24 giờ, tìm tế bào niệu, trụ niệu, thể mỡ lưỡng chiết, trụ mỡ, trụ hạt, hồng cầu niệu, bạch cầu niệu. Xét nghiệm máu gồm định lượng protid toàn phần trong huyết tương, định lượng albumin huyết thanh, điện di protein huyết tương thấy alpha 2 globulin tăng. Ngoài ra cần làm thêm máu lắng, hồng cầu, hemoglobin. Xét nghiệm đánh giá chức năng thận: urê, creatinin huyết tương, axit uric...

Các nguyên nhân gây ra hội chứng thận hư được chia làm hai nhóm: Hội chứng thận hư nguyên phát bao gồm: bệnh cầu thận thay đổi tối thiểu, xơ cầu thận ổ - cục bộ, bệnh cầu thận màng..., hội chứng thận hư thứ phát sau các bệnh: đái tháo đường, lupus ban đỏ hệ thống, thận thoái hóa bột, hội chứng ban dạng thấp Schonlein - Henoch, viêm mạch hoại tử, nhiễm khuẩn cấp tính, nặng, kéo dài, nhiễm khuẩn huyết, ký sinh trùng (sốt rét P. Malariae, Schistosomiasis, Filariosis), virut (viêm gan B, C; HIV), ung thư phổi, đại tràng, dạ dày, thực quản, ung thư hắc tố, các u lympho tăng sinh ác tính, bệnh đa u tủy xương, thuốc chứa thủy ngân, kháng sinh, D-penicillamin, thuốc chống viêm không steroid. Các nguyên nhân khác cũng có thể gây hội chứng thận hư như: Mang thai, bệnh hồng cầu hình liềm, sử dụng heroin, sarcoidosis, hội chứng Guillain - Barré, sau cắt thận, bẩm sinh...

Thuốc điều trị

Việc điều trị hội chứng thận hư thường phức tạp và kéo dài. Trong thực tế có nhiều người sau khi uống

thuốc thấy hết phù, nghĩ rằng bệnh đã khỏi nhưng thực ra dấu hiệu giảm phù không có nghĩa là bệnh đã suy giảm mà phải căn cứ vào xét nghiệm máu và nước tiểu mới có thể kết luận tiến triển của bệnh.

Điều trị hội chứng thận hư cần tuân thủ những nguyên tắc sau: Điều trị nguyên nhân gây bệnh, điều trị nhằm làm giảm protein niệu, điều trị bảo tồn chức năng thận, điều trị giảm triệu chứng, phối hợp chế độ dinh dưỡng điều trị.

Điều trị triệu chứng bao gồm: Giảm phù thông qua chế độ ăn giảm muối, nước. Sử dụng các thuốc lợi tiểu: Hay dùng là furosemid, có thể phối hợp nhóm lợi tiểu tiết kiệm kali như spironolacton. Nâng áp lực keo huyết tương bằng truyền albumin phối hợp chế độ ăn giàu protein. Điều trị tăng huyết áp bằng chế độ ăn giảm muối. Các nhóm thuốc hạ áp hay được dùng là thuốc ức chế men chuyển angiotensin, thuốc chẹn kênh canxi. Bổ sung canxi, vitamin D, sắt và các yếu tố vi lượng khác. Điều trị rối loạn mỡ máu. Điều trị dự phòng biến chứng nhiễm khuẩn, tắc mạch, các biến chứng do thuốc.

Trong thực tế các thầy thuốc hay dùng nhất trong điều trị hội chứng thận hư là nhóm thuốc corticoid. Chúng ta biết rằng vỏ thượng thận tiết ra 3 loại hormon đó là: androgen, corticoid tham gia chuyển hóa muối nước và glucocorticoid có tác dụng chống viêm và tham gia chuyển hóa trong cơ thể. Các thuốc chúng ta dùng hiện nay là nhóm thứ ba nhằm mục đích chống viêm. Corticoid có tác dụng chống viêm nhờ đoạn gốc gắn với nhân chính là cortison. Các corticoid được phân loại phụ thuộc vào thời gian tác dụng. Loại tức thời gồm cortisol,

hydrocortison, prednisolon. Tác dụng trung bình gồm prednisolon, methylprednisolon, triamcinolon. Tác dụng kéo dài gồm dexamethazon, betamethazon.

Các thuốc có tác dụng kéo dài thì mạnh nhất nhưng cũng làm ức chế trục dưới đồi thượng thận rõ nhất. Trong thực tế khi dùng corticoid buổi sáng là tốt nhất vì cộng được cả hai loại nội sinh và ngoại sinh. Hơn nữa khi thời gian bán hủy của thuốc ngắn, nồng độ giảm xuống vẫn kích thích tuyến thượng thận sản xuất tiếp tục. Các chế phẩm ít gây ức chế thượng thận là prednison, prednisolon, methylprednisolon. Hiện nay prednison được sử dụng nhiều vì tác dụng ngắn, mạnh và rẻ. Một số chú ý khi dùng nhóm thuốc này: chỉ dùng liều đủ, liều tối thiểu có tác dụng, có thể chỉ là 1mg. Thay đổi liều theo tình trạng bệnh. Khi cần chọn lựa đường dùng tiêm hay uống phải theo chỉ định chuyên khoa, trong trường hợp thông thường thì nên dùng các sản phẩm chung nhất, thông dụng. Nên dùng thuốc vào buổi sáng vì lý do sinh lý, giảm tối đa nguy cơ ức chế ngược trục tuyến yên - dưới đồi - thượng thận. Sử dụng cách ngày cũng có thể hạn chế nguy cơ này. Khi giảm liều phải từ từ để tránh các biến chứng.

Ngoài nhóm thuốc corticoid có thể dùng các thuốc ức chế miễn dịch khác như chlorambucil, cyclosporin A...

Ngoài việc dùng thuốc, chế độ ăn điều trị hội chứng thận hư đóng vai trò rất quan trọng. Cần tuân thủ nguyên tắc: hạn chế muối, nước khi có phù, tăng huyết áp, chế độ ăn hạn chế muối còn có thể làm giảm protein niệu. Cung cấp đủ lượng protein cần

thiết cho cơ thể và bù lại lượng protein mất đi qua nước tiểu. Hạn chế protein khi có suy thận tạm thời.

Tóm lại, khi bị hội chứng thận hư phải có chế độ theo dõi sát sao hằng tháng tại các cơ sở chuyên khoa, tránh sử dụng thuốc không đúng dẫn đến suy thận.

CÂY LÁ CHỮA SỎI TIẾT NIỆU

Sỏi đường tiết niệu là bệnh thường gặp, theo Đông y căn bệnh này được gọi là thạch lâm, sa lâm. Có nhiều cây lá chữa được căn bệnh này như kim tiền thảo, lá giang, ô rô nước, dứa dại, thạch vĩ... Sau đây xin giới thiệu để bạn đọc tham khảo và ứng dụng.

Lá giang: Có tên khoa học là *Ecdysanthera rosea*, thuộc họ trúc đào. Cây lá giang thường hay mọc hoang ở vùng đồi núi, bìa rừng. Nhân dân thường dùng để nấu canh chua và làm thuốc giải nhiệt. Cây lá giang có vị chua, tính mát. Có tác dụng thanh nhiệt, tiêu viêm, lợi tiểu, chỉ thống (giảm đau), bài thạch (chữa sỏi tiết niệu)...

Cách dùng: Lá giang tươi (có thể dùng cả dây) 200g. Sắc uống ngày một thang, chia nhiều lần uống trong ngày. Uống liên tục trong nhiều ngày. Kết quả nghiên cứu cho thấy dùng nước sắc lá giang cho bệnh nhân sỏi thận uống trong 1 tháng liên tục thì 67% số bệnh nhân đã tiểu ra sỏi.

Ô rô nước: Có tên khoa học *Acanthus ilicifolius* Linn. Thường mọc hoang ở vùng nước lợ. Cây có tác

dùng chữa các bệnh như viêm đường tiết niệu, sỏi tiết niệu, khó tiêu, rắn cắn, thấp khớp, hen, đau dây thần kinh.

Cách dùng: Rễ cây ô rô nước 12-20g, cam thảo dây (hoặc cam thảo Bắc) 10g. Sắc uống ngày một thang, chia 2-3 lần uống trong ngày. Đợt điều trị 10-15 ngày, có thể dùng dài ngày nếu sỏi to.

Kim tiền thảo: Có tên khoa học *Desmodium styracifolium* (Osborne) Merr, thuộc họ cánh bướm Fabaceae. Còn có tên gọi vẩy rồng, mắt rồng, mắt trâu, đồng tiền lông. Kim tiền thảo có vị ngọt nhạt, tính mát, thanh nhiệt, lợi thủy, thông đường niệu..., thường dùng chữa viêm thận phù thũng, viêm gan vàng da, sỏi bàng quang, sỏi túi mật, sỏi tiết niệu. Liều dùng 80g sắc uống, hoặc phối hợp với các vị khác.

Bài 1: Kim tiền thảo 20-30g, cam thảo dây (hoặc cam thảo Bắc) 6g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2-3 lần. Uống lâu dài có thể làm tan sỏi.

Bài 2: Kim tiền thảo 30g, thạch cao 40g, đậu ván trắng 30g, cam thảo dây 6g. Sắc uống ngày 1 thang.

Dứa dại: Có tên khoa học là *Pandanus tectorius* Sol. Thuộc họ dứa dại Pandanaceae. Còn gọi với tên là dứa gai, dứa thân gỗ.

Bài 1: Rễ dứa dại 30g, sắc uống ngày 1 thang.

Bài 2: Quả dứa dại 50g, kim tiền thảo 20g, mã đề 20g, cam thảo dây 6g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2-3 lần uống trong ngày. Uống liên tục hàng tháng.

Bài 3: Quả dứa dại 50g, quả chuối hột 30g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2-3 lần uống trong ngày.

Thạch vĩ: Có tên khoa học *Pyrrosia lingua* (Thunb) Faraell. Thuộc họ ráng *Polypodiaceae*. Còn gọi là cây lưỡi mèo. Thường mọc bám trên đá hoặc thân cây. Toàn cây hay thân rễ được thu hái dùng làm thuốc. Thạch vĩ có vị đắng, hơi cay, tính hàn, vào hai kinh phế và bàng quang. Có tác dụng thanh nhiệt chỉ huyết, tiêu sưng, tán kết, lợi tiểu... Thường dùng chữa các bệnh viêm đường tiết niệu, sỏi tiết niệu.

Bài 1: Thạch vĩ 12g, cam thảo dây 6g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2-3 lần uống trong ngày.

Bài 2: Thạch vĩ 12g, bông bong 30g, kim tiền thảo 20g. Sắc uống ngày 1 thang, chia 2-3 lần uống trong ngày.

HOA QUỲNH CHỮA SỎI THẬN

Ngoài việc chữa trị hiệu quả chứng sỏi ở đường tiết niệu, loài hoa đẹp này còn giúp điều trị ho, viêm họng, vết bầm tím...

Cách chữa sỏi thận, niệu quản, bàng quang theo kinh nghiệm dân gian: Hoa quỳnh thu hái lúc mới nở, để tươi hoặc phơi, thái nhỏ, tẩm mật, sao vàng. Hãm với nước sôi như pha trà hoặc sắc với 200ml nước còn 50ml, uống 1 lần trong ngày. Liều dùng hàng ngày: 20-30 g, dùng liền trong vài tuần.

Có thể phối hợp với các vị thuốc khác theo công thức sau: Hoa quỳnh 30g, kim tiền thảo 20g, diếp cá 20g, rễ cỏ tranh 10g, thái nhỏ, sắc lấy nước đặc chia 3 lần uống trong ngày.

Từ năm 1966 đến 1974, dược sĩ Phan Đức Bình đã nghiên cứu và khẳng định, dịch nhầy chiết từ hoa quỳnh tươi không những làm tan sỏi mà còn trị được chứng đái tháo đường. Cách dùng và liều lượng như trên.

Các công dụng khác

Thuốc bổ mát, chữa ho có đờm, ho do lao và hen: Hoa quỳnh mới nở để tươi, thái nhỏ, hấp với mật ong hoặc nấu với trứng gà ăn nóng trong ngày. Người lớn 2 - 3 hoa, trẻ em 1- 2 hoa.

Chữa ho, viêm họng: Hoa quỳnh 30g, lá xương sông 10g rửa sạch, thái nhỏ, cho vào bát sạch cùng với mật ong 10ml, đun cách thủy trong 15-30 phút. Để nguội, trộn đều, uống làm 2 lần trong ngày.

Chữa đau bụng, vết bầm tím sưng đau: Hoa quỳnh mới nở, cắt ngâm ngay vào rượu cho ngập trong 10-15 ngày, càng lâu càng tốt. Ngày uống 2 lần, mỗi lần 1-2ml.

Theo tài liệu nước ngoài, có thể lấy hoa quỳnh 15-30g thái nhỏ, nấu với thịt lợn nạc làm món ăn - vị thuốc chữa viêm phế quản, lao hạch, lao phổi.

PHẦN III

CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG VÀ DINH DƯỠNG CHO BỆNH THẬN

ĂN UỐNG KHOA HỌC ĐỂ GIÁM SÁT THẬN

Chế độ ăn uống không hợp lý và khoa học khiến cơ thể rất dễ mắc bệnh sỏi thận. Những bí quyết ăn uống đơn giản sau sẽ giúp giảm đáng kể nguy cơ mắc bệnh.

1. Uống nhiều nước

Uống nhiều các loại nước như: Nước ép từ trái cây và rau, nước ép cà rốt, táo, nước cam có chứa lượng muối acid citric cao. Muối acid citric có tác dụng giảm việc hình thành acid uric và hạn chế tạo ra muối canxi gây nên sỏi thận.

2. Canxi

Mặc dù hầu hết sỏi thận đều hình thành từ canxi, tuy nhiên lượng canxi thấp cũng không tốt cho cơ thể vì thế cần đảm bảo cung cấp đủ lượng canxi qua chế độ ăn hàng ngày.

3. Đường

Bạn có biết rằng cơ thể thừa đường có thể gây ra bệnh sỏi thận? Vậy nên, cẩn thận với những thực phẩm nhiều đường để giảm nguy cơ hình thành sỏi thận.

4. Chất xơ

Nên cung cấp khoảng 30g chất xơ cho cơ thể mỗi ngày, các loại chất xơ có thể hoà tan trong nước như chất xơ trong trái cây và rau xanh rất có lợi cho sức khoẻ và những người bị sỏi thận.

5. Vitamin

Các loại đa vitamin chất lượng cao và vitamin B giúp giữ lượng canxi trong cơ thể ở mức độ thấp, cơ thể thiếu vitamin B làm tăng nguy cơ bị sỏi thận.

6. Magiê

Nên cung cấp cho cơ thể 300mg viên nang magiê mỗi ngày, chất khoáng này rất hiệu quả trong việc ngăn ngừa sỏi thận.

CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG CỦA NGƯỜI MẮC BỆNH THẬN

- Bệnh nhân mắc bệnh có liên quan đến thận nói chung, cần đặc biệt quan tâm tới chế độ ăn uống bởi nếu ăn uống nhiều muối và protein sẽ khiến cho tình trạng bệnh trở nên trầm trọng hơn.

Khống chế

Muốn khống chế các bệnh liên quan tới thận, bạn nên thực hiện theo những tiêu chí sau đây:

- Giảm cân nếu bạn thuộc tuýp người dư thừa cân nặng hay béo phì.
- Hạn chế các thực phẩm giàu protein.

- Nên lựa chọn những loại thực phẩm ít béo, bổ sung thêm rau xanh và trái cây để làm tăng hàm lượng kali trong cơ thể.

- Hạn chế ăn muối cũng như nêm muối vào trong quá trình chế biến món ăn. Theo các chuyên gia, người mắc bệnh thận không nên thu nạp quá 2,4g muối mỗi ngày tương đương với 1 thìa muối.

Nên tuân thủ

- Ăn từ 4 đến 5 phần trái cây tươi mỗi ngày.
- Ăn nhiều rau xanh.

Không nên

- Hạn chế các loại thực phẩm như: Thịt lợn, thịt bò, thịt cừu, nội tạng, thịt gà, thịt gia cầm.

- Tất cả các loại cá và các hải sản khác.

- Tất cả các loại pho mát.

- Sữa và các sản phẩm từ sữa.

Hạn chế các thực phẩm chứa muối như:

- Thịt lợn muối, thịt hun khói, xúc xích.

- Cá muối, cá nướng, cá đóng hộp.

- Đối với các loại thực phẩm đông lạnh, bạn nên kiểm tra thông tin về hàm lượng muối có trong sản phẩm.

Ngoài ra, nếu có bất cứ thắc mắc nào về chế độ ăn uống bạn nên tham khảo ý kiến của bác sĩ chuyên khoa. Bởi chế độ ăn uống đôi khi còn phụ thuộc vào những nhân tố khác như loại rắc rối nào bạn đang gặp với thận, độ tuổi của bạn, giới tính, mức độ hoạt động, loại thuốc bạn đang sử dụng để điều trị bệnh, kết quả xét nghiệm máu, số lần đi tiểu mỗi ngày.

CHẾ ĐỘ ĂN CHO BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ

Hội chứng thận hư (HCTH) là hội chứng lâm sàng và sinh hóa xuất hiện ở nhiều bệnh do tổn thương ở cầu thận, đặc trưng bằng những dấu hiệu sau: Phù, protein niệu cao, protein máu giảm, lipid máu tăng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

1. Phù: Phù mắt, chi dưới; có thể phù toàn thân kèm theo cổ chướng và tràn dịch màng phổi.
2. Protein niệu cao $> 3,5\text{g}/24$ giờ.
3. Protein máu giảm $< 60\text{g}/\text{lít}$, Albumin máu $< 30\text{g}/\text{lít}$.
4. Rối loạn lipid máu: lipid máu tăng $> 9\text{g}/\text{lít}$, cholesterol tăng $> 6,5\text{mmol}/\text{lít}$, triglycerid $> 2,3\text{mmol}/\text{lít}$.
5. Có hạt mỡ lưỡng chất, trụ mỡ trong nước tiểu. Trong đó các tiêu chuẩn 2 và 3 bắt buộc phải có.

Nguyên nhân dẫn tới HCTH

Có 2 nguyên nhân:

- Nguyên nhân nguyên phát ở cầu thận.
- Nguyên nhân thứ phát do các bệnh toàn thể hoặc những trường hợp bệnh lý khác dẫn đến.
 - Ở người lớn, khoảng 80% viêm cầu thận không biết rõ nguyên nhân, còn lại là kết hợp với bệnh hệ thống hay bệnh lupus ban đỏ, tiểu đường và thận dạng bột.

Bệnh sinh của HCTH chưa được hiểu biết đầy đủ. Về giải phẫu bệnh học thì tổn thương ở màng đáy cầu thận là chủ yếu. Bình thường màng đáy không cho các phần tử lớn như protein đi qua. Khi có một nguyên nhân nào đó làm màng đáy bị tổn thương, diện thể của màng đáy bị thay đổi thì protein lọt qua được. Protein niệu càng nhiều thì protein máu càng giảm. Albumin ra nhiều nhất (80%) làm giảm áp lực keo của huyết tương, nước thoát ra ngoài lòng mạch. Hậu quả là gây phù và giảm thể tích tuần hoàn hiện dụng. Từ đó một mặt trực tiếp gây tái hấp thu nước và natri ở ống lượn gần, mặt khác gián tiếp qua hệ thống điều hòa nội tiết làm tăng ADH và Aldosteron. ADH tăng sẽ tái hấp thu nước ở ống góp, Aldosteron tăng sẽ tái hấp thu Na^+ và nước ở ống lượn xa và ống góp. Kết quả của quá trình trên là cơ thể giữ natri và giữ nước, do đó sẽ tiểu ít và dẫn tới phù toàn thân, kéo theo các rối loạn nước và điện giải. Về thành phần lipid máu tăng thì chưa có giải thích đầy đủ. Có giả thuyết cho rằng lipid, cholesterol máu trong HCTH là một yếu tố gây xơ hóa cầu thận và dẫn đến suy thận.

Khi mắc HCTH, bệnh nhân thường bị suy dinh dưỡng do thiếu protein - năng lượng do mất nhiều protein qua đường nước tiểu kèm theo chán ăn do giảm dịch ruột, phù gan và nội tạng. Ngoài ra ăn kém do cảm thấy căng trướng do bị cổ chướng. HCTH kéo dài sẽ dẫn đến tiêu cơ bắp, rụng tóc. Tình trạng thiếu dinh dưỡng còn góp phần làm tăng tình trạng mắc các bệnh nhiễm khuẩn trong HCTH như: Viêm phúc mạc tiên phát, viêm phổi, viêm cơ, lao phổi... Cho nên ngoài việc điều trị bằng thuốc,

chế độ ăn trong HCTH cũng đóng vai trò hết sức quan trọng giúp cơ thể tăng sức đề kháng và chống lại các rối loạn về thành phần sinh hóa trong máu.

Các nguyên tắc trong xây dựng chế độ ăn cho bệnh nhân bị HCTH

1. Giàu chất đạm (protein): Do mất nhiều protein qua nước tiểu, làm giảm protein máu, giảm áp lực keo gây phù, teo cơ, suy dinh dưỡng, do đó chế độ ăn phải bù đủ lượng đạm cho chuyển hóa của cơ thể và số lượng đạm mất qua nước tiểu, nhưng cũng không nên ăn quá nhiều đạm vì có thể sẽ làm xơ hóa cầu thận dẫn đến suy thận.

Lượng đạm trung bình 1 ngày = 1g/kg/ngày + lượng protein mất qua nước tiểu trong 24 giờ. Trong đó 2/3 là đạm động vật có giá trị sinh học cao từ thịt, cá, tôm, cua, trứng, sữa. 1/3 là đạm thực vật từ gạo, mì, đậu đỗ...

2. Năng lượng: Đảm bảo đủ năng lượng từ 35-40kcalo/kg/ngày.

3. Chất béo: Nên ăn giảm chất béo (20-25g/ngày). Do rối loạn chuyển hóa lipid máu, tăng cholesterol, vì vậy không nên ăn các loại thực phẩm chứa nhiều cholesterol như óc, lòng, các loại phủ tạng động vật, bơ, mỡ, trứng. Đặc biệt nên tránh quan niệm "ăn thận bổ thận", vì trong thận (bầu dục) có chứa nhiều cholesterol.

Khi chế biến thức ăn nên hấp, luộc; Hạn chế xào, rán, quay. Nên dùng các loại dầu thực vật như: Dầu đậu tương, dầu hạt cải, dầu lạc, dầu vừng để thay thế mỡ.

4. Các vitamin, muối khoáng và nước:

- Lượng nước trong chế độ ăn và uống hàng ngày bằng lượng nước tiểu + 500ml.

- Ăn nhạt, bớt muối, mì chính: 1-2g muối/ngày.

- Ăn nhiều các loại thực phẩm có chứa nhiều vitamin C, beta caroten, vitamin A, selenium (như các loại rau xanh, quả chín có màu đỏ và vàng: đu đủ, cà rốt, xoài, giá đỗ, cam...) vì các loại vi chất dinh dưỡng nêu trên có tác dụng chống oxy hóa, chống tăng các gốc tự do - là những chất gây xơ hóa cầu thận, chóng dẫn đến suy thận. Trong những trường hợp tiểu ít và có kali máu tăng thì phải hạn chế rau quả.

Những thực phẩm nào nên dùng cho bệnh nhân HCTH?

1. Chất đường bột: Các loại gạo, mì, khoai sắn đều dùng được.

2. Chất béo: Các loại dầu thực vật (dầu đậu tương, dầu mè, lạc vừng...).

3. Chất đạm:

- Ăn thịt nạc, cá nạc, trứng sữa, đậu đỗ...

- Nên sử dụng sữa bột tách bơ (sữa gầy) để tăng cường lượng đạm và calci.

4. Các loại rau quả:

Ăn được tất cả các loại rau quả như người bình thường, trừ trường hợp tiểu ít thì phải hạn chế rau quả.

Những thực phẩm không nên dùng hoặc hạn chế dùng cho bệnh nhân bị HCTH

1. Chất bột đường: Không cần kiêng một loại nào.

2. Chất béo:

- Giảm số lượng, hạn chế ăn mỡ động vật.

- Nên chế biến bằng cách hấp, luộc; Hạn chế xào, rán.

3. Chất đạm:

- Không sử dụng các phủ tạng động vật như tim, gan, thận, óc, dạ dày...

- Hạn chế trứng: 1-2 quả/tuần.

4. Các loại rau quả:

- Nếu bệnh nhân không tiểu được thì không nên ăn các loại quả có hàm lượng kali cao như cam, chanh, chuối, dứa, mận...

Số lượng thực phẩm nên dùng trong một ngày:

1. Gạo tẻ: 250-300g.

2. Thịt nạc hoặc cá nạc: 200g, hoặc thay thế bằng 300g đậu phụ.

3. Dầu ăn: 10-15g.

4. Rau: 300-400g.

5. Quả: 200-300g.

6. Muối ăn: 2-4g.

7. Sữa bột tách bơ: 25-50g.

8. Đường: 10g.

Lưu ý: Ăn nhạt hoàn toàn trong giai đoạn phù; Khi hết phù có thể ăn hai thìa cà phê nước mắm một ngày.

Giá trị dinh dưỡng của khẩu phần ăn:

Năng lượng: 1.700-1.800 kcal/ngày.

Đạm: 77-80g.

Chất béo: 19-20g.

Chất bột đường: 288-300g.

Tỷ lệ các chất sinh nhiệt: P: L: G = 18: 12 : 70.

THỰC PHẨM CÓ LỢI CHO NGƯỜI BỊ BỆNH THẬN

Chuyển hóa đạm trong cơ thể sẽ tạo ra nhiều chất độc hại, các chất này được lọc qua thận gây quá tải và tổn thương thận. Vì vậy, khẩu phần ăn hạn chế chất đạm sẽ làm cho bệnh nhân cảm thấy dễ chịu, cải thiện tình trạng bệnh tật. Mức độ hạn chế đạm phụ thuộc vào giai đoạn của bệnh và phương pháp điều trị. Trong chế độ ăn của bệnh nhân thận, khuyến cáo ăn các thức ăn chứa đạm như trứng gia cầm, thịt nạc, cá, thịt gia cầm bỏ da. Các thức ăn này nên được chế biến bằng phương pháp luộc, sau đó nướng hoặc rán qua. Tuy nhiên số lượng phải theo đúng chỉ dẫn của bác sĩ điều trị, khuyến cáo ăn không quá 0,6 - 0,8g đạm/kg cân nặng/ngày. Ví dụ, bệnh nhân cân nặng 50kg có thể ăn $0,6 \times 50 = 30\text{g}$ đạm/ ngày, tương đương lượng đạm chứa trong 150 gam thịt lợn nạc hoặc thịt bò thăn hoặc 200g cá, vì cứ 100g thịt lợn nạc có chứa khoảng 20g đạm, 100g đạm thịt cá có chứa 15g đạm.

Bệnh nhân bị suy thận phải ăn chế độ ăn giàu calo, tăng khoảng 30% so với bình thường (khoảng 3.000 Kcal), ăn chia nhỏ 4-6 bữa/ ngày, hạn chế đạm ở mức 0,3 - 0,4g/kg cân nặng/ngày. Nếu ăn không đủ calo thì sẽ làm thay đổi sự trao đổi chất trong cơ thể. Cơ thể sẽ đốt cháy chính mỡ và đạm của các tổ

chức mô. Vì vậy cơ thể gầy yếu, tăng hàm lượng các chất độc, và lúc này chế độ ăn hạn chế đạm sẽ mất ý nghĩa.

Người bị bệnh thận cần ăn thức ăn được chế biến nhạt. Ăn nhiều muối sẽ dẫn đến giữ nước trong cơ thể, tăng áp suất trong các mạch máu thận làm tăng gánh nặng cho thận. Khuyến cáo không ăn quá 2- 4g muối ăn/ngày. Những người kết hợp bị tăng huyết áp thì nên hoàn toàn không dùng muối.

Bệnh nhân thận không nên ăn các đồ kích thích như ớt cay, hạt tiêu, hành, tỏi, đồ dầm giấm, đồ muối chua, không ăn các loại nấm. Không nên ăn các thức ăn chế biến sẵn như thịt cá đóng hộp, thịt cá xông khói, giò chả... Vì trong khi chế biến nhà sản xuất thường cho nhiều muối. Chú ý, trong 2 - 3 lát bánh mì đã chứa không dưới 2g muối. Không nên uống rượu bia, các loại nước khoáng, đặc biệt là nước khoáng có nhiều natri. Có thể uống các loại nước quả tươi, nước chè và cà phê không đặc.

Cần phải hạn chế ăn các thức ăn có chứa nhiều photpho như phomat, gan, lạc, đậu đỗ; và các thức ăn có chứa nhiều kali như chuối, các loại quả khô, mứt hoa quả, không nên ăn sôcôla.

Các đồ ăn tốt cho bệnh nhân thận như gạo, bánh mì không có muối, mì ống, khoai tây và các loại rau khác, mứt hoa quả, có thể uống sữa, không hạn chế các thức ăn chay không mặn. Nên ăn các loại trái cây tốt cho thận như táo, dưa hấu, lê, đào.

Tập luyện thế nào cho phù hợp?

Ngoài việc thực hiện chế độ ăn như đã nêu trên, người bị bệnh thận tránh tập luyện và lao động căng

thẳng, đặc biệt trong điều kiện khí hậu nóng bức làm cơ thể mất nước theo đường mồ hôi. Vì khi thực hiện gánh nặng thể lực bất kỳ (lao động, tập luyện), trong cơ thể diễn ra sự phân bố lại dòng máu: Tăng cường dòng máu đến hệ thống cơ bắp và các cơ quan như não, tim, phổi; giảm tối đa lượng máu về thận và các cơ quan tiêu hóa. Ví dụ, trong hoạt động cơ căng thẳng, đặc biệt là thực hiện ở tư thế đứng, tuần hoàn thận giảm đáng kể, có thể giảm đến 50 - 70% so với yên tĩnh, gây thiếu máu trầm trọng nhu mô thận trên cơ sở suy giảm chức năng thận ở người bệnh. Điều này dẫn đến tổn thương và tăng tính thấm của màng tiểu cầu thận đối với huyết tương, máu và hồng cầu, thậm chí trụ niệu, làm bệnh tình ngày càng trầm trọng. Khuyến cáo bệnh nhân thận phải lao động nhẹ nhàng, tập luyện các bài tập có cường độ vận động thấp như đi bộ, đạp xe nhẹ nhàng, riêng bệnh nhân suy thận chỉ nên đi dạo.

NHỮNG NGƯỜI BỊ BỆNH THẬN KHÔNG NÊN DÙNG C SỬ

Những người suy thận, cao huyết áp không nên dùng viên sỏi UPSA C; còn những người bị sỏi thận không nên dùng viên sỏi UPSA C calcium hay viên calcium sadoz forte.

Không có ai cảm thấy thoải mái, thích thú khi phải dùng thuốc, nhất là với dạng thuốc tiêm. Đối

với trẻ em lại vô cùng khó khăn khi phải thuyết phục chúng uống thuốc: Phải nghiền viên thuốc, rồi trộn thêm đường và nước. Nhưng chúng vẫn không chịu uống, hoặc chỉ hấp thu được một phần nhỏ, dẫn đến không đủ liều, ảnh hưởng đến tác dụng và kết quả điều trị.

Vì những lẽ đó, thuốc sỏi đã ra đời. Trong viên thuốc này, ngoài thành phần chính là dược chất còn có nhiều chất khác không có tác dụng điều trị mà giới chuyên môn gọi là tá dược. Vì vậy thuốc bao giờ cũng có kích cỡ lớn.

Trong các tá dược có chất tạo sỏi natri bicacbonat có tính kiềm. Khi gặp chất có tính axit như vitamin C (axit ascorbic) hòa trong nước, nó sẽ tạo phản ứng hóa học, trở thành muối ăn và các bọt khí CO_2 .

Trong viên thuốc sỏi còn có các chất tạo màu và tạo hương như hương chanh, hương cam, với mục đích tạo thành một thứ đồ uống giải khát thông thường, có đường để tạo vị ngọt. Tác dụng này đã gây một hiệu ứng tâm lý khá tốt, nhất là đối với trẻ em.

Nhưng đã là thuốc thì không sao tránh khỏi các tác dụng không mong muốn, vì vậy khi dùng thuốc sỏi, bạn cần lưu ý:

- Cần phải dùng cả viên thuốc và hòa tan hoàn toàn trong một cốc nước đun sôi để nguội. Có thể cho thêm vài viên đá để tạo cảm giác mát lạnh. Đợi cho viên thuốc tan hết mới dùng.

- Sau khi lấy một viên thuốc ra khỏi bao gói, số còn lại phải được bảo quản kín, tránh ẩm để khỏi mất tác dụng.

- Cần để thuốc chỗ cao, xa tầm tay của trẻ, để tránh việc chúng tự ý dùng khi bố mẹ đi vắng.

- Viên sỏi UPSA C ngoài 11.000mg vitamin C còn có 283mg muối ăn, được hình thành sau phản ứng sỏi bọt, nên không dùng cho người suy thận, những người kiêng ăn muối (tăng huyết áp).

- Viên UPSA C calcium hay calcium sadoz forte do có 500mg muối khoáng cacli nên không được dùng cho người bị canxi cao trong máu, nước tiểu có nhiều sạn sỏi, hay bị bệnh sỏi thận.

- Không dùng viên thuốc sỏi sau khi đã uống các loại nước giải khát có gas.

ĂN UỐNG CHO MỘT SỐ LOẠI BỆNH VỀ THẬN

Chế độ ăn uống đóng vai trò rất quan trọng đối với người bị bệnh thận. Họ cần hiểu biết và thực hiện đúng chế độ ăn phù hợp với từng loại bệnh thận thì vấn đề điều trị thuốc mới đạt hiệu quả tốt nhất. Trong bài viết dưới đây, chúng tôi xin giới thiệu một số chế độ ăn uống thường áp dụng trong chuyên khoa thận.

1. Trong bệnh viêm cầu thận cấp

Những thực phẩm nên dùng:

- Chất bột đường: Có nguồn gốc từ các loại đường, mật ong, khoai sọ, khoai lang, miến dong, bột sắn dây.

- Chất béo: Nên sử dụng 30-35g/ngày.
- Chất đạm: Giảm đạm, số lượng tùy thuộc vào cân nặng. Nên sử dụng đạm có nguồn gốc từ động vật như thịt nạc, cá, sữa, trứng.
- Các loại rau quả: Trong giai đoạn vô niệu thì không được ăn rau quả. Nếu tiểu được nhiều thì ăn rau quả như bình thường.

Những thực phẩm không nên dùng hoặc hạn chế:

- Chất bột đường: Không nên sử dụng loại ngũ cốc nhiều đạm như gạo, mì. Chỉ nên ăn dưới 150g/ngày.
- Chất béo: Không nên sử dụng các loại có nguồn gốc động vật.
- Chất đạm: Không nên sử dụng nhiều các chất đạm có nguồn gốc thực vật.
- Các loại rau quả: Theo dõi lượng nước tiểu để sử dụng số lượng rau quả hợp lý. Nếu vô niệu hoặc thiếu niệu thì không ăn rau quả.

Số lượng thực phẩm nên dùng trong một ngày:

- Gạo tẻ: 100-150g.
- Khoai sọ, khoai lang: 200-300g.
- Thịt nạc hoặc cá: 50-100g.
- Trứng vịt, gà: 1 quả, tuần ăn 2-3 lần.
- Dầu ăn: 20-30g.
- Rau: 200-300g.
- Quả: 200-300.
- Nước: bằng số lượng nước tiểu hàng ngày cộng thêm 300-500ml.

Nếu ăn số lượng như trên thì giá trị dinh dưỡng của khẩu phần ăn sẽ là:

- Năng lượng: 1.600-1.700kcal.

- Đạm có nguồn gốc động vật: 20-25g.
- Đạm có nguồn gốc thực vật: 10-15g.
- Tổng số đạm: 30-40g.
- Chất béo động vật: 7-10g.
- Chất béo thực vật: 20-30g.
- Tổng số chất béo: 30-40g.

Chú ý trong giai đoạn phù phải ăn nhạt hoàn toàn, hết phù có thể ăn hai thìa cà phê nước mắm mỗi ngày.

2. Trong bệnh viêm cầu thận có hội chứng thận hư, chưa suy thận

Những thực phẩm nên dùng:

- Chất bột đường: Các loại gạo, mì, khoai sắn đều được.
- Chất béo: Chỉ nên sử dụng 20-25g/ngày, 2/3 là dầu thực vật.
- Chất đạm: Ăn thịt nạc, cá, sữa, trứng, đậu đỗ; Lượng đạm 1,5-2g/kg/ngày. Nên sử dụng sữa bột tách bơ để tăng cường đạm và calci.
- Các loại rau quả: Ăn rau quả như bình thường. Nếu tiểu ít thì cần hạn chế.

Những thực phẩm không nên dùng hoặc hạn chế:

- Chất bột đường: Không phải kiêng.
- Chất béo: Không nên sử dụng các loại có nguồn gốc động vật. Giảm số lượng.
- Chất đạm: Không nên sử dụng các phủ tạng động vật như tim, óc, thận. Hạn chế trứng, chỉ ăn 1-2 quả/tuần.
- Các loại rau quả: Nếu vô niệu hoặc thiếu niệu thì không ăn rau quả.

Số lượng thực phẩm nên dùng trong một ngày:

- Gạo tẻ: 300-350g.
- Thịt nạc hoặc cá: 200g hoặc 300g đậu phụ.
- Dầu ăn: 10-15g.
- Rau: 300-400g.
- Quả: 200-300g.
- Muối: 2g.

Nếu ăn số lượng như trên thì giá trị dinh dưỡng của khẩu phần sẽ là:

- Năng lượng: 1.800-2.000kcal.
- Đạm có nguồn gốc động vật: 20-25g.
- Đạm có nguồn gốc thực vật: 30-35g.
- Tổng số đạm: 50-60g.
- Chất béo động vật: 7-10g.
- Chất béo thực vật: 15-20g.
- Tổng số chất béo: 20-25g.

Chú ý trong giai đoạn phù phải ăn nhạt hoàn toàn, hết phù có thể ăn hai thìa cà phê nước mắm mỗi ngày.

3. Trong suy thận

Những thực phẩm nên dùng:

- Chất bột đường: Các loại đường, mật ong, khoai sọ, khoai lang, miến dong, bột sắn dây.
- Chất béo: Dầu, mỡ, bơ. Nên sử dụng 35-40g/ngày, 2/3 là thực vật.
- Chất đạm: Giảm đạm; Thịt nạc, cá 50g/ngày; Sữa 100-200ml/ngày; Trứng gà, vịt: 2-3 quả/tuần.
- Các loại rau quả: Ăn loại ít đạm, nên dùng loại ngọt, hàm lượng kali thấp.

Những thực phẩm không nên dùng hoặc hạn chế:

- Chất bột đường: Hạn chế gạo, mì. Chỉ nên ăn dưới 150g/ngày.

- Chất béo: Ăn ít mỡ, tránh các loại phủ tạng động vật.

- Chất đạm: Không nên ăn đậu, đỗ, lạc, vừng.

- Các loại rau quả: Tránh các loại có vị chua: Rau ngót, mồng tơi, dáy.

Số lượng thực phẩm nên dùng trong một ngày:

- Gạo tẻ: 50-100g.

- Khoai sọ, khoai lang: 200-300g.

- Miến dong: 100-120g.

- Bột sắn, bột đao: 20g.

- Đường kính: 30-50g.

- Sữa tươi: 100-200ml.

- Thịt nạc hoặc cá: 50g.

- Trứng vịt, gà 1 quả, tuần ăn: 2-3 lần.

- Dầu ăn: 20-30g.

- Rau: 200-300g.

- Quả chín: 200-300g.

Nếu ăn số lượng như trên thì giá trị dinh dưỡng của khẩu phần ăn sẽ là:

- Năng lượng: 1.600-1.700kcal.

- Đạm có nguồn gốc động vật: 16-18g.

- Đạm có nguồn gốc thực vật: 11-13g.

- Tổng số đạm: 27-29g.

- Chất béo động vật: 10-12g.

- Chất béo thực vật: 30-32g.

- Tổng số chất béo: 40-45g. Chú ý ăn nhạt hoàn toàn, hết phù có thể ăn 2 thìa cà phê nước mắm mỗi ngày.

BỆNH THẬN KHÔNG CẦN PHẢI KIÊNG MUỐI HOÀN TOÀN

Phù có khá nhiều nguyên nhân, mỗi nguyên nhân có cách điều trị khác nhau và kết quả lâu dài cũng rất khác nhau. Một số nguyên nhân gây phù hay gặp là:

- Phù do suy tim.
- Phù do bệnh lý gan: Xơ gan, K gan.
- Phù do bệnh lý thận: Viêm cầu thận cấp, mạn; suy thận.
- Phù do nội tiết (phù niêm).
- Phù do thiếu sinh tố B1.
- Phù do suy kiệt, thiếu dưỡng...

Do vậy, để xác định nguyên nhân phù, cần phải làm các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận, điện tim, siêu âm...

Nếu bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm cầu thận, bị phù đã hơn một năm thì có thể là viêm cầu thận mạn rồi. Chế độ ăn với bệnh nhân thận là ăn nhạt, giảm muối, nhưng không nhất thiết phải kiêng muối hoàn toàn. Yêu cầu về chế độ ăn cho bệnh nhân thận khá nhiều, có thể tham khảo và tư vấn bởi chính bác sĩ đang điều trị và theo dõi, như vậy cụ thể hơn và sát với tình trạng bệnh hơn.

DINH DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN THẬN

Nếu 1/5 dân số ở châu Âu, trong số đó 2/3 là nam giới, đang có viên sỏi trong bể thận, trong ống dẫn tiểu hay trong bàng quang, thì số bệnh nhân ở nước mình cũng khó thấp hơn dù chưa có con số thống kê chính thức.

Thế nhưng số người hiểu rõ về sỏi thận lại không bao nhiêu. Mặc dầu sỏi thận không còn là vấn đề nan giải nhờ phương tiện chẩn đoán và kỹ thuật điều trị hiện rất tinh vi nhưng cách tốt nhất vẫn là làm sao phòng ngừa sỏi thận. Sẽ không là quá khó nếu bạn lưu ý một số điểm trong chế độ dinh dưỡng, càng sớm càng tốt, càng nghiêm túc càng hay.

1. Uống tối thiểu 2 lít nước trong giờ làm việc và dừng nín tiểu, nhất là nếu làm việc trong tư thế ngồi nhiều hay đứng yên một chỗ. Nhờ uống đủ nước nên nước tiểu không đậm đặc, các khoáng chất trong nước tiểu khó có cơ hội kết tủa. Người có cơ tạng dễ bị sỏi thận, nghĩa là đối tượng có thân nhân trực hệ đã bị sỏi thận, nên uống ly nước nhỏ trước khi đi ngủ. Tuy có thể phải một lần tiểu đêm, nhưng tránh được tình trạng cô đặc của nước tiểu trong đêm.

2. Bớt uống cà phê vì lượng caffeine trong máu quá cao sẽ kéo theo chất vôi trong đường tiểu. Càng nhiều chất vôi trong đường tiết niệu thì nguy cơ sinh sỏi thận càng cao.

3. Uống bia có thể ngừa sỏi thận. Đúng, nhờ men bia có tác dụng ngăn chặn tình trạng tích tụ chất vôi trong đường tiết niệu. Theo các nhà nghiên cứu ở Helsinki, Phần Lan, uống nửa lít bia mỗi ngày có thể giảm đến 40% xác suất bị sỏi thận. Ở Ba Lan và Tiệp Khắc thầy thuốc vẫn còn thói quen ghi bia trên toa thuốc của người bị sỏi thận. Nhưng phải đúng một ly bia 250ml cho mỗi bữa ăn, và mỗi ngày chỉ hai bữa!

4. Đừng lạm dụng món ăn có nhiều sinh tố C, lượng sinh tố quá cao là yếu tố thuận lợi cho phản ứng kết tủa chất vôi trong đường tiết niệu.

5. Tránh thức ăn có nhiều chất vôi, như phô mai. Đúng, nhưng đừng cường điệu. Tránh không đồng nghĩa với kiêng cử tuyệt đối. Tránh sỏi thận mà bị loãng xương thì cũng không ích gì.

6. Giảm tối đa các món ăn có nhiều oxalat như rau dền, cà chua, bạc hà... vì nguy cơ sinh sỏi thận với cấu trúc oxalat vôi. Thói quen "canh chua bạc hà" là một trong các lý do tại sao số người bị sỏi thận ở nước ta lại cao đến thế!

7. Uống sữa dễ bị sỏi thận? Chỉ đúng nếu không biết cách giữ quân bình trong chế độ dinh dưỡng khiến chất vôi chiếm ưu thế. Cứ yên tâm uống sữa nếu đừng quên các dạng thực phẩm chứa nhiều magnesium, khoáng chất có tác dụng tương tranh đối kháng với vôi, như gạo lứt, chuối, đậu xanh, khoai lang...

8. Tăng số món ăn từ đậu nành vì nhiều công trình nghiên cứu cho thấy lecithin trong đậu nành có khả năng làm tan sỏi trong đường tiết niệu sau khi người bệnh áp dụng hình thức ăn chay, dù chỉ một buổi mỗi ngày, nhưng trong nhiều tuần liên tục.

Hiểu rõ về cơ chế sinh sỏi thận là điều cần thiết để bảo vệ sức khoẻ. Nhưng biết rồi mà chưa chịu bắt tay tìm cách phòng ngừa thì vẫn là chưa hiểu gì hết.

DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỊ SỎI THẬN

Sỏi thận là một bệnh khá phổ biến, ở tuổi trưởng thành, có 10% nam giới và 3% nữ giới mắc phải bệnh sỏi thận.

Biểu hiện thường gặp của sỏi thận là tiểu ra máu, dễ bị nhiễm trùng đường tiểu, và đau mạn sườn (khi hòn sỏi di chuyển). Sỏi thận cũng có thể được phát hiện bất ngờ qua chụp X-quang kiểm tra.

Sỏi thận được tạo ra khi nồng độ của một trong những chất hòa tan trong nước tiểu cao hơn bình thường và đạt đến mức mà chất này có thể kết tinh lại được.

Có nhiều loại sỏi thận và cách tiết chế trong dinh dưỡng cho từng loại sỏi cũng khác nhau:

1. Sỏi canxi

Chiếm 80% trong tất cả các loại sỏi thận, bao gồm sỏi oxalat canxi và phophat canxi. Thường ở những bệnh nhân này có tình trạng tăng hàm lượng canxi trong nước tiểu (trên 4mg/kg/cân nặng/ngày); tăng oxalat trong nước tiểu (trên 0,7mg/kg/ngày) và nồng độ Citrat trong nước tiểu giảm thấp. Vì vậy tiết chế dinh dưỡng được khuyến cáo như sau: Khi hàm lượng canxi tăng trong nước tiểu thì nên tính toán

lượng canxi đưa vào cơ thể ở mức 500mg/ngày và đậm ở mức 1g/kg/ngày, uống nhiều nước, tránh ăn quá nhiều muối (không ăn quá 10g muối mỗi ngày). Giảm các thực phẩm làm tăng oxalate trong nước tiểu như: Đậu tây, chocolate, trà, rau dền, cám của lúa mì, củ cải đường, và hạt dẻ. Nếu có tình trạng citrate niệu thấp, người bệnh sẽ được bác sĩ cho uống thêm citrat kali mỗi ngày. Ngoài ra vitamin C không nên dùng với liều trên 1000mg/ngày.

2. Sỏi Acid Uric

Sỏi này thường gặp ở những người ít uống nước, hoặc dùng thuốc Aspirin, prebenecid kéo dài, hoặc ăn nhiều những thực phẩm có tính acid làm cho nước tiểu tăng tính acid là điều kiện thuận lợi để tạo sỏi. Trong tiết chế dinh dưỡng người bệnh cần uống nhiều nước để duy trì lượng nước tiểu hàng ngày trên 2 lít và ăn các thực phẩm có tính kiềm như:

- Sữa và các chế phẩm từ sữa
- Dừa, hạt dẻ, quả hạnh nhân
- Tất cả các loại rau trừ bắp, đậu lăng
- Tất cả các loại trái cây, trừ quả việt quất, quả mận khô, nho khô
- Mật và nước ri đường.

3. Sỏi Cystin

Sỏi này được hình thành do sự sai lệch bẩm sinh về chuyển vận acid amin dẫn đến hậu quả tiểu ra cystin. Tiết chế dinh dưỡng bao gồm uống trên 4 lít nước/ngày và ăn các thực phẩm có tính kiềm như đã kể trên.

4. Sỏi Struvit (sỏi san hô)

Thường tạo ra khi có nhiễm trùng tiểu do Proteus, Klebsiella. Vì vậy chỉ cần điều trị nhiễm trùng, không cần tiết chế dinh dưỡng. Đối với người bình thường để phòng ngừa bệnh sỏi thận chúng ta cần chú ý một số điểm sau:

- Mỗi ngày nên uống từ 1,5 đến 2 lít nước.
- Ăn nhiều rau, trái cây.
- Không dùng kéo dài những loại thuốc có khả năng làm nước tiểu tăng tính acid như: Asoirin, prebenacid. Nếu bác sĩ chỉ định sử dụng những loại thuốc trên thì cần chú ý lựa chọn những thực phẩm giàu tính kiềm trong khẩu phần ăn hàng ngày.

MÓN ĂN DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH THẬN TIẾT NIỆU

Cá chép đen

Một con làm sạch, dùng đất sét dẻo bọc kín cá, đặt vào lò nướng (nung) đến khi có khói trắng thì lấy ra. Đợi cho nguội, phá bỏ đất sét, lấy cá ra tán thành bột. Ngày dùng 3 lần, mỗi lần 2 thìa canh, chiêu bằng nước ấm, không ăn muối, để tiêu phù. Dùng cho: Viêm thận cấp do phong hàn (gió lạnh) ảnh hưởng đến phế gây phù. Viêm thận mạn có phù nặng do tỳ thận dương hư.

Cá chép nấu với đậu đỏ

Đuôi cá chép to một chiếc, đậu đỏ 60g, nấu canh, không cho muối, để tiêu phù. Uống dần trong ngày, dùng cho viêm thận cấp, viêm thận mạn có phù nặng và nước tiểu hồng.

Cá chép nấu với bí đao

Cá chép 500g, bí đao 200g, nấu canh suông, trước khi ăn cho hành tăm 10g và một chút muối. Ăn cá, uống canh trong ngày, dùng cho người viêm thận mạn có phù rõ.

Cá trê nấu với bí đao

Cá trê 1 con, bí đao 500g. Làm sạch cá, nấu canh suông với bí đao cắt miếng, ăn hàng ngày. Dùng cho người viêm thận mạn có phù rõ.

Hồ tiêu trứng gà

Lấy một quả trứng gà tươi, đục 1 lỗ nhỏ ở 1 đầu trứng rồi cho 7 hạt hồ tiêu sọ vào trứng. Lấy bột gạo bịt lỗ ở vỏ trứng, rồi bọc trứng bằng giấy ướt, sau đó hấp cách thủy. Khi trứng chín, bóc vỏ, ăn cả trứng và hồ tiêu. Người lớn ngày ăn 2 quả, trẻ em ngày ăn một quả. Ăn 10 ngày nghỉ 3 ngày, ăn tiếp đợt thứ hai.

Dùng cho người viêm thận mạn có tinh huyết hư suy do tỳ thận đều hư. (Có các triệu chứng nước tiểu có albumin, người mệt mỏi uể oải, lưng mỏi gối yếu, mạch đập yếu).

Thịt lợn nạc nấu với nghệ bà

Thịt lợn nạc 120g, nghệ bà 30g. Nấu chín, ăn thịt lợn, uống nước (chia làm 2 lần trong ngày). Dùng

cho viêm thận mạn phù nhiều và protein niệu cao, viêm thận mạn có tinh huyết hư suy.

Gà con nấu với hoàng kỳ

Gà con làm sạch hầm với 120g hoàng kỳ. Khi đã chín nhừ, ăn gà, uống nước hầm. Dùng cho người viêm thận mạn suy kiệt, sức chống đỡ giảm sút nhiều.

Bầu dục lợn xào với đậu đũa

Bầu dục một đôi (bầu dục bóc hết màng, rửa sạch thái lát, đậu đũa sạch thái lát. Xào bầu dục với đậu đũa để ăn. Dùng cho người viêm thận mạn có cơ thể suy yếu.

Rễ cỏ tranh

Nếu là khô lấy 30g, nếu là tươi lấy 60g cho vào túi vải, cho vào ấm sắc uống. Dùng cho người viêm thận cấp do phong nhiệt tác động vào phế (có sốt đau đầu, viêm đau họng, tiểu đỏ, phù mắt), cho người viêm thận mạn có phù nặng.

Rễ cỏ tranh nấu với đậu đỏ

Rễ cỏ tranh 250g cho vào túi vải, đậu đỏ 120g, cho nước vừa đủ, nấu đến khi cạn nước, ăn đậu đỏ. Dùng cho cả người có viêm thận cấp và người có viêm thận mạn.

Bí đao

500g, bỏ vỏ, bỏ ruột, cắt miếng, luộc kỹ lấy 3 bát nước canh, chia uống làm 3 lần trong ngày. Dùng cho người viêm thận cấp do phong nhiệt tác động vào phế gây nên.

Ô mai

Đốt thành than, tán thành bột, mỗi ngày dùng 2 lần, mỗi lần 1,5g, uống liền trong 7-8 tuần. Dùng cho

người viêm thận mạn có nhiều protein niệu (có tác dụng hạ protein niệu khá tốt).

Vùng đen

Sao tán nhỏ, thêm đường để uống. Cũng có thể dùng chè vùng đen (chế mà phù). Dùng cho người viêm thận mạn lâu năm, thể hư hàn.

Nước ép cần tây

Cần tây 500g ép lấy nước cốt. Mỗi ngày uống một thìa canh hòa với nước sôi để ấm. Dùng cho người viêm thận mạn có tăng huyết áp.

DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI THẬN TIẾT NIỆU

Đứng về mặt chăm sóc dinh dưỡng, có thể tạm phân chia các bệnh lý đường tiết niệu ra làm hai nhóm chính: Nhóm bệnh lý đường tiết niệu không có hay chưa có suy thận và nhóm đã có suy thận.

Đối với bệnh đường tiết niệu không có suy thận, chế độ dinh dưỡng là chế độ dinh dưỡng bình thường kết hợp với việc điều trị tích cực bệnh căn (như điều trị nhiễm trùng, giải phóng sự tắc nghẽn, phục hồi lưu lượng máu đến thận...) để tránh tiến triển đến suy thận.

Đối với những bệnh đường tiết niệu đã có suy thận, dinh dưỡng là một trong những vấn đề quan trọng nhất của điều trị nhằm giảm thiểu các rối loạn do suy thận gây ra cho cơ thể, đồng thời làm chậm

quá trình tiến triển của suy thận, trong khi vẫn phải đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng cần thiết để duy trì tình trạng dinh dưỡng bình thường và tránh thoái biến đạm nội sinh.

Tùy vào mức độ suy thận, bệnh nhân được chỉ định các chế độ ăn khác nhau, tuy nhiên nguyên tắc chung trong các chế độ ăn áp dụng cho bệnh nhân có suy thận là giảm đạm, hạn chế một số khoáng chất như natri, kali, phosphat, magiê..., bổ sung đủ canci, có thể kèm theo hạn chế nước trong một số trường hợp cần thiết.

Chế độ ăn giảm chất đạm có tác dụng làm giảm urê máu, giảm tốc độ suy thận, giảm tình trạng loạn dưỡng xương, giảm các triệu chứng rối loạn tiêu hóa, viêm thần kinh ngoại vi, ngứa, sẩn da... trong hội chứng tăng urê máu mạn tính. Tuy nhiên không phải trường hợp nào cũng cần giảm đạm trong chế độ ăn mà chỉ cần giảm đạm trong trường hợp có tình trạng suy thận mất bù. Các trường hợp suy thận còn bù bệnh nhân có thể ăn chế độ ăn đạm bình thường tức 1g đạm/kg thể trọng/ngày. Lượng đạm này được cung cấp 50% từ các thực phẩm ngũ cốc như: gạo, bún, mì... (1 chén cơm thường cung cấp khoảng 4,6-5g đạm), 50% còn lại cung cấp qua các thực phẩm giàu đạm như thịt, cá, trứng, sữa...

Một điều quan trọng cần chú ý là trong khi giảm đạm, năng lượng cung cấp vẫn phải đảm bảo đủ theo nhu cầu để tránh tình trạng thoái biến đạm nội sinh.

Khi có hiện tượng suy thận mất bù nhẹ (độ thanh lọc cầu thận 10-40ml/phút) lượng đạm trong khẩu phần giảm xuống còn 0,6g/kg/ngày. Nếu suy thận

mất bù trung bình (độ thanh lọc cầu thận giảm xuống 0,3g/kg/ngày. Khi thận suy hoàn toàn, bệnh nhân có chỉ định chạy thận nhân tạo, lượng đạm khẩu phần trở về bình thường.

Năng lượng được cung cấp từ chất béo chiếm khoảng 30-35% năng lượng khẩu phần, trong đó lưu ý hạn chế các thực phẩm chứa chất béo no và nhiều cholesterol như da, phủ tạng động vật, dầu dừa... Phần năng lượng còn lại được cung cấp từ chất bột đường (khoảng 60-65%).

Với hầu hết các bệnh nhân bệnh lý đường niệu có suy thận, chế độ ăn cần hạn chế muối. Lượng muối trung bình trong khẩu phần vào khoảng 2-3g/ngày. Nhìn chung, có 3 mức độ giảm lượng Na trong khẩu phần ăn tùy vào mức độ suy thận:

Không chấm thêm nước chấm, nước sốt, muối tiêu, muối ớt... trên bàn ăn, không ăn các thức ăn muối mặn như: cà muối, mắm...

Không nên thêm muối trong thức ăn, tránh các loại thức ăn chế biến nhiều muối như: bơ mặn, bánh mì, khoai tây chiên, đồ hộp, trái cây khô...

Tránh những loại thực phẩm có hàm lượng Na cao như: tôm, cua, sò, trứng...

Bột ngọt (mì chính) thực chất cũng là muối sodium, vì vậy không nên thêm bột ngọt trong thức ăn của bệnh nhân.

Chế độ ăn nhiều kali (K) trên bệnh nhân đã có suy giảm chức năng thận thường thúc đẩy sự tiến triển của các biến chứng có liên quan đến tim mạch, vì vậy nên hạn chế các loại thực phẩm giàu K như: trái cây khô, chuối, thơm, nước khoáng...

Một vấn đề dinh dưỡng thường gặp ở bệnh nhân suy thận là sự mất cân bằng tỷ lệ canxi - photpho, đưa đến tình trạng loãng xương. Chế độ ăn cần hạn chế tối đa các thực phẩm giàu photpho như các loại đậu hạt, pho-mát, chocolate, nấm, phủ tạng động vật. Lượng canxi trong khẩu phần nên duy trì trung bình 1000mg/ngày.

Trong suy thận, tình trạng thiếu máu rất thường gặp, tuy nhiên nguyên nhân là do giảm kích tố tạo hồng cầu Erythropoietine chứ không có tình trạng giảm các nguyên liệu tạo hồng cầu, vì vậy không cần tập trung vào việc tăng sắt hay acide Folic trong khẩu phần.

Hạn chế nước trong khẩu phần thường chỉ được áp dụng trong trường hợp bệnh nhân phù nặng, có tình trạng hạ Na/máu do pha loãng, bệnh nhân có suy tim hoặc tăng huyết áp.

NƯỚC CAM GIÚP NGĂN NGỪA SỎI THẬN

Một ly nước cam mỗi ngày có thể giúp ngăn ngừa sỏi thận tốt hơn là những thứ nước khác thuộc loại cam quýt, như nước chanh chẳng hạn, theo một nghiên cứu của Mỹ.

Tất cả các loại nước cam quýt có chứa citrat, một dạng có điện tích âm của acid citric là thứ tạo vị chua cho trái cây loại này và là một thứ trung hòa acid quan trọng và ức chế việc hình thành sỏi thận.

Tuy nhiên, nghiên cứu mới nói rõ hơn về nước cam và nước chanh, những loại nước có mức citrat có thể so sánh được. Các nhà nghiên cứu nhận thấy các thành phần đi kèm citrat có thể làm thay đổi hiệu quả nói trên.

Mười ba người tình nguyện (9 người khỏe mạnh và 4 người hình thành sỏi thận) được ngẫu nhiên cho dùng một lít nước lọc, nước cam hoặc nước chanh mỗi ngày với chế độ ăn uống không đổi trong vòng 3 tuần.

Nguy cơ hình thành sỏi thận được đánh giá bằng cách đo mức canxi, oxalat và acid uric trong nước tiểu. Clarita Odvina, người chủ trì nghiên cứu, nói rằng trong khi mức canxi nước tiểu không khác biệt giữa các nhóm thì mức oxalat lại cao hơn trong giai đoạn uống nước cam, và axit uric thấp hơn trong giai đoạn uống nước cam so với cả hai giai đoạn đối chứng và uống nước chanh. Tinh thể acid uric và oxalat canxi là những thành phần thường được tìm thấy nhất trong sỏi thận.

Odvina nói: "Nước cam có thể nắm một vai trò quan trọng trong việc kiểm soát chứng sỏi thận và có thể được xem là một chọn lựa đối với các bệnh nhân không hợp citrat kali".

ĂN UỐNG NHƯ THẾ NÀO KHI BỊ SUY THẬN, GHÉP THẬN

Suy thận thường là hậu quả của nhiều bệnh lý, thường gặp nhất là bệnh tiểu đường, cao huyết áp, bệnh cầu thận... Vì vậy, chế độ dinh dưỡng cho người suy thận cần chú ý đến bệnh căn gây ra suy thận để đưa ra một chế độ ăn phù hợp cho mỗi bệnh nhân, mỗi trường hợp bệnh lý khác nhau.

Những điều lưu ý đối với người bệnh suy thận

Đa số người bệnh suy thận đều biết họ cần phải ăn nhạt hơn, nhưng ít khi biết được các chất dinh dưỡng mà mình ăn hằng ngày có ảnh hưởng đến quả thận như thế nào.

Chất đạm là một trong ba chất dinh dưỡng chính (chất đạm, chất béo, chất bột đường) đóng vai trò quan trọng đối với bệnh nhân suy thận. Lượng chất đạm trong khẩu phần ăn hằng ngày nên giảm hay tăng so với mức bình thường là phụ thuộc vào từng giai đoạn suy thận, có được lọc thận (lọc máu, lọc màng bụng) hay ghép thận?

Vì thế, trước hết, chúng ta cần biết nhu cầu chất đạm lúc bình thường là bao nhiêu? Trung bình mỗi ngày cần 1g chất đạm cho mỗi kg cân nặng. Ví dụ: một người có cân nặng chuẩn (cân nặng phù hợp với chiều cao) là 60kg thì cần 60g đạm cho một ngày. Trong đó chất đạm động vật (thịt, cá, trứng, sữa...)

chiếm khoảng 50-60%, còn lại là đạm thực vật (gạo, mì, đậu hạt, rau củ...)

Trong 100g thịt, cá có: 15g-20g đạm; 1 ly sữa 250ml chứa 5-10g đạm tùy theo loại; 1 chén cơm có 4g đạm.

Do vậy, nhu cầu một ngày cần 60g đạm không có nghĩa là bạn cần tới 300g-400g thịt, cá mà chỉ cần khoảng 150-200g và phần đạm còn lại được cung cấp thêm từ sữa, cơm, miến, khoai củ, rau quả...

Khi suy thận, lượng đạm tiêu thụ phải được giảm xuống nhằm mục đích làm chậm tiến trình suy thận. Mức độ giảm đạm phụ thuộc mức độ suy thận. Khi suy thận nặng, lượng đạm cần giảm xuống đến hơn phân nửa mức bình thường.

Nhưng khi suy thận nặng, đã được điều trị thay thế thận (chạy thận nhân tạo) thì nhu cầu về chất đạm lại cần phải tăng lên đến 1,2g đạm cho mỗi kg cân nặng (đối với lọc máu) và 1,4g cho mỗi kg cân nặng (trong trường hợp thẩm phân phúc mạc). Điều quan trọng đối với bệnh nhân chạy thận là phải tính toán lượng nước trong khẩu phần ăn (bao gồm: nước canh, sữa, nước lọc...) sao cho vừa đủ và cân đối với lượng dịch lấy ra để tránh quá tải (phù nhiều, khó thở, suy tim...) giữa hai kỳ lọc thận.

Chế độ dinh dưỡng sau khi ghép thận

Một quả thận mới có chức năng tốt được thay thế cho quả thận bị suy để đảm nhiệm chức năng lọc nước tiểu, loại các chất độc ra khỏi cơ thể, giúp bạn có thể sinh hoạt và làm việc bình thường mà không phải lệ thuộc vào máy lọc. Tuy nhiên, vấn đề còn lại là bạn phải sử dụng thuốc chống thải ghép trong

thời gian dài và chi phí cho việc điều trị này là rất cao. Ngoài ra, thuốc còn gây một số tác dụng phụ không mong muốn như: teo cơ, tăng đường máu, tăng mỡ máu, béo phì... Vì vậy, bên cạnh việc dùng thuốc phù hợp, cần có một chế độ dinh dưỡng tốt để giảm bớt những ảnh hưởng không tốt do thuốc gây ra.

Nhu cầu dinh dưỡng đề nghị:

Tháng đầu tiên sau khi ghép thận:

- Chất đạm (protein): Cần đảm bảo ở mức 1,3-1,5g cho mỗi kg cân nặng mỗi ngày.

- Năng lượng (calori): Cần cung cấp đủ ở mức 30-35kcal cho mỗi kg cân nặng mỗi ngày.

Sau tháng đầu tiên:

- Nhu cầu chất đạm giảm xuống còn 1g cho mỗi kg cân nặng mỗi ngày.

- Năng lượng tiêu thụ vừa đủ để duy trì cân nặng chuẩn.

Trong suốt thời gian sau ghép thận:

- Chất bột đường (carbohydrates): Chiếm 50% tổng năng lượng cần thiết.

- Chất béo (fats): Không vượt quá 30% tổng năng lượng.

- Cholesterol: Không quá 300mg trong ngày.

- Tăng sử dụng chất béo tốt trong dầu thực vật và mỡ cá.

- Đảm bảo đủ canxi và photpho ở mức 1.200mg mỗi ngày.

- Hạn chế sodium ở mức 2 - 4g mỗi ngày, tương đương khoảng 5-10g muối ăn (bao gồm cả muối

dùng để chế biến thức ăn và muối sẵn có trong thực phẩm).

Đa số khẩu phần ăn của người Việt Nam chúng ta chứa nhiều bột đường, lượng đạm thấp, ít canxi, quá nhiều muối. Vì vậy, để có một sức khỏe tốt, nhất là sau khi ghép thận, cần điều chỉnh thói quen ăn uống cho hợp lý:

Chú ý tăng cường ăn cá thay cho thịt ít nhất 3 lần trong tuần, đặc biệt là các loại cá béo.

Ăn nhạt hơn và hạn chế các thực phẩm chế biến sẵn thường có nhiều muối.

Hạn chế các món ăn, thức uống quá ngọt, nhất là thảng đầu tiên sau khi ghép thận vì thường xảy ra tăng đường máu do thuốc.

Uống thêm sữa để bổ sung canxi và chất đạm. Khi bạn có dư cân hoặc béo phì nên chọn loại sữa nhạt không béo.

Điều cần thiết cuối cùng là phải kiểm tra sức khỏe định kỳ theo hướng dẫn của bác sĩ để điều chỉnh thuốc và chế độ ăn phù hợp.

MỤC LỤC

PHẦN I

MỘT SỐ LOẠI BỆNH THẬN THƯỜNG GẶP

• BỆNH SỎI THẬN	5
• SẠN TRONG THẬN	8
• VIÊM ĐƯỜNG TIẾT NIỆU, VIÊM BÀNG QUANG CẤP	12
• NHỮNG DẤU HIỆU CHO THẤY CHỨC NĂNG THẬN SUY YẾU	15
• VIÊM CẦU THẬN TRONG BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG	19
• BÍ TIỂU	23
• TIỂU TIỆN KHÓ	26
• THẬN - HUYẾT ÁP - TIM - MỘT VÒNG XOÁY BỆNH LÝ	39
• SỰ LIÊN QUAN GIỮA SỎI THẬN VÀ SUY THẬN	44
• UNG THƯ THẬN	50
• NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU TRẺ EM - NGUYÊN NHÂN VÀ CÁCH KHẮC PHỤC	64
• DỊ DẠNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU Ở TRẺ EM	67
• NHỮNG BỆNH LÝ CÓ THỂ XẢY RA Ở THẬN VÀ ĐƯỜNG TIẾT NIỆU ...	69
• SUY THẬN VÀ SUY TIM	72
• VIÊM BÀNG QUANG KỀ	75
• HUYẾT ÁP CAO VÀ BỆNH THẬN Ở TRẺ EM	78
• BỆNH LÝ THẬN TRÀO NGƯỢC	83

• NGUYÊN NHÂN BỆNH NHÂN SUY THẬN KHI LỌC MÁU	
THẤY CHOÁNG VẮNG VÀ BUỒN NÔN	92
• SUY THẬN	96
• SUY THẬN VÀ CÁC BỆNH VỀ XƯƠNG	99
• THIẾU MÁU Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN	101
• VIÊM CẦU THẬN MÀNG TĂNG SINH TYPE II	104
• HUYẾT KHỐI TÍNH MẠCH THẬN	108
• HỘI CHỨNG VIÊM THẬN CẤP	110
• VIÊM THẬN KỀ	116
• VIÊM CẦU THẬN MÃN	120
• BỆNH HOẠI TỬ MAO MẠCH THẬN HÌNH CHẤM	125
• NHIỄM TRÙNG THẬN (VIÊM BỂ THẬN)	129
• BỆNH LÍ THẬN MÀNG	134

PHẦN II

CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN

• ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN	139
• ĐIỀU TRỊ SỎI BĂNG QUANG	156
• ĐIỀU TRỊ TIỂU TIỆN KHÔNG KIỂM SOÁT ĐƯỢC	159
• VIÊM THẬN, BỂ THẬN CẤP TÍNH - NHẬN BIẾT VÀ XỬ LÝ	162
• CÁC BỆNH NHÂN LỌC MÁU CẦN LÀM GÌ ĐỂ GIỮ CHO TIM KHOẺ ...	166
• BỆNH NHÂN LỌC MÁU CẦN PHẢI KIỂM TRA CÁC BỆNH VỀ TIM MẠCH	170
• DÙNG THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI TRỨNG THẬN HƯ	171
• CÂY LÁ CHỮA SỎI TIẾT NIỆU	175
• HOA QUỲNH CHỮA SỎI THẬN	177

PHẦN III

CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG VÀ DINH DƯỠNG CHO BỆNH THẬN

- ĂN UỐNG KHOA HỌC ĐỂ GIÁM SÁT THẬN 179
- CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG CỦA NGƯỜI MẮC BỆNH THẬN 180
- CHẾ ĐỘ ĂN CHO BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ 182
- THỰC PHẨM CÓ LỢI CHO NGƯỜI BỊ BỆNH THẬN 187
- NHỮNG NGƯỜI BỊ BỆNH THẬN KHÔNG NÊN DÙNG C SỦI 189
- ĂN UỐNG CHO MỘT SỐ LOẠI BỆNH VỀ THẬN 191
- BỆNH THẬN KHÔNG CẦN PHẢI KIÈNG MUỐI HOÀN TOÀN 200
- DINH DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN THẬN 201
- DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỊ SỎI THẬN 203
- MÓN ĂN DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH THẬN TIẾT NIỆU 205
- DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI THẬN TIẾT NIỆU 208
- NƯỚC CAM GIÚP NGĂN NGỪA SỎI THẬN 211
- ĂN UỐNG NHƯ THẾ NÀO KHI BỊ SUY THẬN, GHÉP THẬN. 213

NHÀ XUẤT BẢN THANH NIÊN
Số 62 Bà Triệu - Hà Nội
ĐT: 04 9439364 - 04 9434044
Fax: 04 9436024



CÔNG TY THƯƠNG MẠI & DỊCH VỤ VĂN HÓA ĐÌNH TỊ
ĐC: Số 9 - A6 - KĐT Đám Trầu - Hai Bà Trưng - Hà Nội
ĐT: 04 22192869 - 04 39334889 Fax: 04 39334943
Website: www.dinhthibooks.com.vn Email: dinhthi@fpt.vn
Chi nhánh: 107 Đào Duy Anh - P9 - Q. Phú Nhuận - TPHCM
ĐT: 08 38446287 Fax: 08 38447135 Email: cndinhthi@hcm.fpt.vn

BỆNH THẬN VÀ THỰC ĐƠN PHÒNG CHỮA TRỊ

Nguyễn Văn Ba *biên soạn*

Chịu trách nhiệm xuất bản
MAI THỜI CHÍNH
Chịu trách nhiệm bản thảo
THIẾU HOA

Biên tập : NGUYỄN TIỀN THĂNG
Bìa : VƯƠNG SƠN
Kỹ thuật vi tính : ĐÌNH TỊ

In 1000 bản - Khổ 13 cm x 20,5 cm - Tại Xí nghiệp Bản đồ 1, BQP
Giấy chấp nhận ĐKKHXB số: 390-2009/CXB/850-18/TN ngày 29-6-2009
In xong và nộp lưu chiểu năm 2010.

MỜI CÁC BẠN TÌM ĐỌC

