

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SỎI THẬN

1. Dịch tễ học sỏi niệu:

Ở Mỹ, hằng năm có hơn 400 000 bệnh nhân nhập viện vì sỏi niệu. Đa số bệnh nhân có tuổi từ 30 – 50. Nam có tỉ lệ mắc bệnh gấp 3 lần nữ. Người da trắng nhiều hơn gấp 4-5 lần so với người da đen. Một người có tiền căn tiểu ra sỏi, 15% có khả năng tiểu ra sỏi sau 3 năm, còn sau 15 năm thì tỉ lệ này là 30%. Bệnh sỏi niệu là bệnh có thể xảy ra trong suốt đời người bệnh, thời gian cách khoảng giữa 2 lần mắc bệnh là 2 năm.

2. Sỏi thận:

a) Biểu hiện lâm sàng

Sỏi thận thường không gây ra triệu chứng gì cho đến khi sỏi kẹt ở niệu quản, lúc đó sẽ gây ra tiểu máu hoặc các triệu chứng của bế tắc như đau, nhiễm trùng, buồn nôn, ói mửa. Con đau có thể lan xuống bẹn, bìu hoặc dương vật tùy theo mức độ bế tắc. Khoảng 25% bệnh nhân có tiền sử gia đình có người bị sỏi niệu. Lúc đau thường kèm theo tiểu máu đại thể hay vi thể. Nếu quan sát kỹ cặn lắng trong nước tiểu có thể cho ta đoán được bản chất sỏi là loại nào.

b) Chẩn đoán lâm sàng

Trước tiên phải làm tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu và chụp phim KUB. Khoảng 2/3 trường hợp là sỏi cản quang có thể thấy trên KUB. Sau đó là làm siêu âm thận. Siêu âm giúp phát hiện sỏi thận và đánh giá mức độ ứ nước.

Chụp MSCT scan có thể xác định sỏi và mức độ ứ nước.

Trong phim UIV, đôi khi cần chụp các phim muộn (sau 24 giờ), nhất là trường hợp sỏi không cản quang như sỏi acid uric, hoặc khi sỏi nằm chồng lên các xương cột sống. Chụp phim nghiêng giúp ta phân biệt sỏi niệu với các vôi hóa tĩnh mạch. Chụp phim tư thế nằm sấp giúp phát hiện các trường hợp có bế tắc nhiều. Mặc dù vẫn còn hữu dụng trong một vài trường hợp nhưng dần dần phim UIV được thay thế bằng phim MSCT scan. Chụp MSCT scan thì nhanh, không cần rửa ruột và không dùng thuốc cản quang. Nó giúp xác định chính xác sỏi bể thận và niệu quản.

c) Điều trị:

Việc điều trị cơn đau quận thận cấp phụ thuộc vào kích thước sỏi, vị trí, mức độ bế tắc và tổng trạng bệnh nhân.

❖ Chỉ định các phương pháp điều trị.

Nếu bệnh nhân có nhiễm trùng hoặc bế tắc nhiều cần phải can thiệp ngay. Hoặc bằng cách đặt thông niệu quản lưu, hoặc mở thận ra da bằng cách chọc dò qua da.

Nếu có sỏi nhỏ có thể điều trị bằng cách cho uống nước nhiều và dùng thuốc giảm đau. Sỏi niệu quản có kích thước nhỏ hơn 4mm thì 90% sẽ tự tiểu ra, nếu sỏi lớn hơn 6mm thì khả năng tiểu ra sỏi chỉ khoảng 20%.

Sỏi niệu quản thường hay kẹt tại 3 chỗ: (1) khúc nối bên thận niệu quản, (2) niệu quản bắt chéo động mạch chậu, (3) và chỗ hẹp nhất là khúc nối niệu quản bàng quang. Sỏi nằm ở đoạn trên ít có khả năng được tiểu ra hơn sỏi với sỏi niệu quản nằm ở đoạn thấp.

❖ Điều trị nội khoa.

Thường được áp dụng đối với sỏi không gây bế tắc, không gây triệu chứng, không có nhiễm trùng, kích thước sỏi nhỏ hơn 4mm và nằm ở đoạn thấp của niệu quản.

Bệnh nhân được khuyên uống nhiều nước và rặn mạnh khi đi tiểu, và phải hứng lấy sỏi để phân tích nếu tiểu ra sỏi. Cần chụp phim KUB mỗi tuần để biết độ di chuyển của sỏi. Thường sẽ tiểu ra sỏi sau 4-6 tuần.

❖ Gấp sỏi qua nội soi.

Thường dùng đối với sỏi nằm thấp mà điều trị nội thất bại (5). Ngày nay người ta thường dùng máy soi niệu quản cứng hoặc mềm để thay thế cho gấp sỏi mù hoặc gấp dưới hướng dẫn của X quang. Ít khi phải nong rộng niệu quản khi ta dùng máy soi có đường kính 7F. Khi đã soi thấy sỏi ta có thể lôi bằng gấp 3 chấu hoặc dùng rọ để gấp sỏi ra. Nếu sỏi lớn ta cần tán sỏi bằng siêu âm, bằng thủy điện lực, bằng khí hoặc bằng Lazer trước khi gấp sỏi ra. Tỷ lệ thành công 95%.

❖ Tán sỏi ngoài cơ thể.

Trước kia người ta dùng tán sỏi ngoài cơ thể cho các trường hợp sỏi thận (1), ngày nay phương pháp này cũng có thể áp dụng với sỏi niệu quản, nhất là khi sỏi nhỏ hơn 8mm. Trước khi tán sỏi ngoài cơ thể ta có thể đặt hoặc không đặt thông niệu quản lưu. Đối với sỏi nằm ở đoạn thấp của niệu quản, ta đặt bệnh nhân nằm sấp, để dễ xác định sỏi và tránh sự che lấp sỏi bởi xương chậu.

❖ Phẫu thuật nội soi lấy sỏi

Ứng dụng trong các trường hợp sỏi niệu quản trên, sỏi bồn thận đơn giản (2).

❖ Lấy sỏi thận qua da

Phương pháp này sử dụng cho những trường hợp sỏi trong thận, sỏi nằm bồn thận (4).

❖ Mở hở lấy sỏi niệu quản.

Vì các phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể, gấp sỏi qua nội soi niệu quản đạt kết quả cao, nên ngày nay người ta ít khi mở mở lấy sỏi niệu quản.

3.Theo dõi sau điều trị.

- Nên **uống nhiều nước**, ít nhất là 2 lít mỗi ngày.
- **Ăn nhạt, ít muối.** Ăn ít thịt động vật, nên dùng cá thay thịt.
- Nên ăn nhiều rau tươi.
- Nên uống nhiều nước chanh, cam tươi, bưởi tươi.

– **Hạn chế thức ăn để tạo sỏi:**

1. Bệnh nhân sỏi thận dạng PHOSPHAT cần hạn chế dùng:
 - a. Ca cao, bơ.
 - b. Gan, đầu nành.
 - c. Cá sardine.
 - d. Cá mỗi hộp.
2. Bệnh nhân sỏi thận dạng URATE cần hạn chế dùng:
 - a. Cật heo, óc.
 - b. Cá chày.
 - c. Cá đối.
 - d. Thịt bê, gan.
3. Bệnh nhân sỏi thận dạng OXALATE cần hạn chế dùng:
 - a. Củ cải đỏ.
 - b. Dưa chuột.
 - c. Hành tây, dâu tây.
 - d. Trà, hạt tiêu.
4. Bệnh nhân sỏi thận dạng CALCIUM cần hạn chế dùng:
 - a. Đậu nành, ca cao, sữa, trứng, hạt dẻ.
 - b. Tôm hùm, sò hến, cua, chocola, quả vải.
 - c. Rau diếp, phomat, đậu hòa lan, hạnh nhân.
 - d. Đậu haricot, quả olive.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Andreassen et al., 1997. Andreassen KH, Dahl C, Andersen JT, et al: Extracorporeal shock wave lithotripsy as first line monotherapy of solitary calyceal calculi. Scand J Urol Nephrol 1997; 31:245-248.*
2. *Deger et al., 2004. Deger S, Tuellmann M, Schoenberger B, et al: Laparoscopic anatrophic nephrolithotomy. Scand J Urol Nephrol 2004; 38:263-265.*
3. *Gaur et al., 2002. Gaur DD, Trivedi S, Prabhudesai MR, et al: Laparoscopic ureterolithotomy: Technical considerations and long-term follow-up. BJU Int 2002; 89:339-343.*
4. *Kavoussi et al., 1992. Kavoussi LR, Albala DM, Basler JW, et al: Percutaneous management of urolithiasis during pregnancy. J Urol 1992; 148(pt 2):1069-1071.*
5. *Harmon et al., 1997. Harmon WJ, Sershon PD, Blute ML, et al: Ureteroscopy: Current practice and long-term complications. J Urol 1997; 157:28-32.*