

HỘI CHỨNG THẬN HƯ

1. ĐỊNH NGHĨA:

- Hội chứng thận hư (HCTH) là biểu hiện lâm sàng của bệnh cầu thận, do nhiều nguyên nhân, làm thay đổi tính thấm của màng đáy cầu thận đối với protein, biểu hiện bằng tiểu protein > 3.5g/24giờ, giảm albumin máu < 30g/l kèm theo phù, tăng lipid máu.

- Cận lâm sàng giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị:

Công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, đạm niệu /24giờ, ure, creatinin, đường huyết, cholesterol, triglyceric, ion đồ, AST, ALT, protein, albumin, globulin, ECG, quang tim phổi, siêu âm bụng tổng quát.

2. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1- Phù trắng

2- Protein niệu > 3,5g/24 giờ

3- Protein máu < 60g/l, albumin máu < 30g/l

4- Lipid máu > 900mg%, cholesterol > 250mg% (> 6,5 mmol/dl)

5- Có hạt mỡ lưỡng chiết, trụ mỡ trong nước tiểu

Trong đó tiêu chuẩn 2,3 là tiêu chuẩn bắt buộc, ba tiêu chuẩn khác không đầy đủ cũng được coi là hội chứng thận hư.

Chẩn đoán (+) dựa vào sinh thiết thận

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU:

- Prednisolon

+ Liều tấn công: 1-2mg/kg/ngày uống một lần duy nhất vào buổi sáng sau ăn no, không quá 80mg/ngày. Thường dùng liều 1mg/ngày.

+ Liều củng cố 1mg/kg/ngày cách nhật.

Tấn công 4-8 hay 12 tuần sau đó đánh giá lại kết quả điều trị

- Nếu bệnh nhân thuộc loại: 0, I, II ta phải ngưng corticoid hay kết hợp với thuốc ức chế miễn dịch.

- Nếu bệnh nhân thuộc loại III ta tiếp tục dùng prednisolon liều cao cho đến khi nào đạt được kết quả mong muốn thì giảm liều thuốc chuyển sang uống cách nhật.

- Nếu bệnh nhân thuộc loại IV điều trị hết thời gian tấn công thì chuyển sang liều duy trì (liều thấp nhất mà bệnh nhân không tái phát và kéo dài cho hết thời gian điều trị) Thông thường ta giảm 2 viên/tuần.

BẢNG ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ:

Loại IV: Bệnh nhân lui bệnh hoàn toàn, hết đạm niệu, hết triệu chứng lâm sàng.

Loại III: Lâm sàng có giảm nhưng không hết hẳn, đạm niệu < 2g/24 giờ.

Loại II: Lâm sàng giảm ít, protein niệu trong giới hạn H/C thận hư

Loại I: Chỉ hết phù.

Loại 0: Điều trị không hiệu quả.

Tái phát:

Tái phát không thường xuyên < 2 lần/6 tháng. Điều trị như lần đầu. Tái phát thường xuyên > 2 lần/ 6 tháng, chia 2 trường hợp:

+ Còn đáp ứng với corticoid:

Cách I: Tấn công và củng cố như trên (08 tuần) rồi giảm từ từ 10mg/tuần đến liều thấp nhất có hiệu quả.

Cách II: Sau giai đoạn tấn công chuyển sang củng cố bằng ức chế miễn dịch, sau đó giảm liều từ từ rồi ngưng hẳn.

+ Không đáp ứng với corticoid:

Phối hợp Prednisolon 30-40mg/ngày với thuốc ức chế miễn dịch

- Ức chế miễn dịch: Khi không đáp ứng với Prednisolon

Cyclophosphamide (Endoxan 50 mg) Liều tấn công 2-3mg/kg/ngày

Liều duy trì 1-2mg/kg/ngày x 12 tuần

Ngưng dùng thuốc khi Tiểu cầu < 100.000/mm³; Bạch cầu < 3.000/mm³

Cyclosporine 3 – 5 mg/kg/ngày/12 tháng.

3.2. ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG:

3.2.1. Điều trị phù:

+ Tăng albumin máu bệnh nhân

+ Hạn chế muối nước: NaCl 2-5g/ngày.

+ Lợi tiểu: Hypothiazide, Aldacton, Furosemide

3.2.2. Điều trị cao huyết áp: Alpha methyldopa (Aldomet 0,25g/viên) 4-6 viên/ngày.

3.2.3. Điều trị nhiễm trùng:

Không dùng kháng sinh để phòng ngừa chỉ dùng kháng sinh thích hợp với ổ nhiễm trùng. Kháng sinh mạnh đánh nhanh cắt nhanh vì nhiễm trùng sẽ làm cho bệnh lý càng nặng hơn và rất dễ lờn thuốc.

4. Điều trị tăng lipide máu: Artoz 10mg, 1 viên uống vào lúc tối

5./ Điều trị biến chứng tắc mạch: Hội Chẩn với Ngoại khoa

D./ THEO DÕI VÀ TIỀN LƯƠNG:

1. Theo dõi biến chứng của bệnh

- Nhiễm trùng:
- Huyết khối tĩnh mạch, động mạch, thuyên tắc phổi
- Suy dinh dưỡng và thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ do mất transferrin, giảm

Calci do máu thiếu vitamin D.

2. Biến chứng của điều trị

- Do dùng corticoid lâu dài.
- Tác dụng phụ của cyclophosphamid

NHIỄM TRÙNG TIỂU

I./ Định nghĩa:

Nhiễm trùng tiểu là bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn gắn vào bề mặt niêm mạc đường tiết niệu và gây tổn thương.

Nguyên nhân thuận lợi: Do gây tắc trên đường bài xuất nước tiểu như sỏi tiết niệu, u xơ tiền liệt tuyến, u niệu quản, u bàng quang, dị dạng thận niệu quản ...

II/ Lâm sàng:

Hội chứng nhiễm trùng: Sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi đỏ

Sốt nhẹ hoặc không sốt (đối với nhiễm trùng tiểu dưới).

Hội chứng bàng quang: tiểu khó, gắt buốt, tiểu lắt nhắt, tiểu máu, tiểu mù.

Đau vùng hông lưng, góc sườn cột sống.. thường gặp trong nhiễm trùng tiểu trên.

III/ Cận lâm sàng:

+ Tổng phân tích nước tiểu: có nhiều hồng cầu, bạch cầu, phản ứng nitrite (+).

+ Vi khuẩn niệu > 100.000 VK/ml nước tiểu.

+ CTM: Bạch cầu tăng, Neutro tăng.

+ Siêu âm bụng, KUB có thể thấy sỏi đường niệu...

IV./ Phân loại: Gồm 2 loại

A./ NHIỄM TRÙNG TIỂU DƯỚI: Viêm niệu đạo, viêm bàng quang

I./ Chẩn đoán:

1-Lâm sàng:

Đau vùng hạ vị

Rối loạn đi tiểu: tiểu khó, tiểu gắt buốt, tiểu lắt nhắt nhiều lần, có thể bí tiểu

Nước tiểu đục, hôi, có thể có máu.

Ít khi bệnh nhân có triệu chứng nhiễm trùng toàn thân.

2-Cận lâm sàng:

Cấy nước tiểu định lượng: > 100000 khuẩn VK/ml nước tiểu chắc chắn nhiễm trùng tiểu.

Tổng phân tích nước tiểu: > 10 BC/mm³ nước tiểu không pha loãng.

3- Điều trị:

Nguyên tắc: Nên cấy VK làm kháng sinh đồ và điều trị theo kháng sinh đồ

Phác đồ điều trị có thể ngắn ngày hoặc dài ngày tùy trường hợp

3-1./ Phác đồ 3 ngày: áp dụng cho đa số trường hợp
Ciprofloxacin : 250-500mg uống 2 lần/ ngày
Ofloxacin : 200-400mg uống 2 lần/ ngày
Levofloxacin : 250-500mg uống 1 lần/ ngày

3-2./ Phác đồ điều trị 7 ngày: áp dụng cho bệnh nhân có yếu tố nguy cơ sau: triệu chứng kéo dài trên 7 ngày, nhiễm trùng tiểu tái phát, bệnh nhân già, ở bệnh nhân đái tháo đường:

Cefixim 200mg uống 2 lần / ngày hoặc 400mg uống 1 lần / ngày.

3-4./ Điều trị dự phòng: Uống nhiều nước

3-5./ Điều trị nguyên nhân: Loại bỏ các nguyên nhân

B./ NHIỄM TRÙNG TIỂU TRÊN: Viêm đài bể thận cấp.

Bệnh sinh: Do nhiễm trùng từ đường niệu, do tăng áp lực ở bể thận dẫn đến vi khuẩn đến gây viêm ở tổ chức kẽ thận

I./ Chẩn đoán (+) dựa vào

1 Lâm sàng

Hội chứng nhiễm trùng: Sốt cao, rét run, vẻ mặt nhiễm trùng

Đau vùng hông lưng: Có khi đau dữ dội, có khi đau âm ỉ, vỗ hông lưng (+) rất có giá trị chẩn đoán

Hội chứng bàng quang: Đái buốt, đái dắt, đái máu, đái mủ cuối bãi. Thường không đặc hiệu khi đã xuất hiện triệu chứng của viêm thận bể thận cấp

2 Cận lâm sàng

Công thức máu: Bạch cầu tăng cao, bạch cầu đa nhân chiếm ưu thế.

Tổng phân tích nước tiểu: có nhiều hồng cầu, bạch cầu, đôi khi có trụ BC
Cấy nước tiểu: Vi khuẩn niệu > 100000 VK/ml nước tiểu

Protein niệu (+), thường < 1g/24h

Máu: Bạch cầu tăng cao, đa nhân trung tính tăng

Khi có suy thận cấp thì uré và creatinin tăng

Siêu âm bụng: Có thể thấy sỏi thận, sỏi niệu quản, u xơ tiền liệt tuyến

II./ Điều trị:

Nhập viện, dùng kháng sinh liều cao, đường tĩnh mạch, thời gian 10-15 ngày

Cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ

Dùng một trong các phác đồ sau

- Peflaccine 0,4g, 1 lọ x 2/ngày truyền TM hoặc Augmentin 0,5g, 1 viên x 3 lần/ngày Dùng 5-7 ngày nếu bệnh nhân hết sốt thì duy trì liều Augmentin đủ 2 tuần

- Ampicilline 1g, 2 lọ x 3 lần/ngày x 10-14 ngày và

Gentamycine 80mg, 2 ống (TB)/ngày x 10-14 ngày

- Cefotaxim 1g, 1 lọ x 3 (TM) /ngày x 7 ngày

Ceftriaxone 1g 1 lọ x 2 (TM) /ngày x 7 ngày

- Ceftazidime 1g 1 lọ x 3 (TM) /ngày x 7 ngày

- Khi bệnh nhân hết sốt dùng Ofloxacin duy trì đủ 2 tuần

C./ TRƯỜNG HỢP BỆNH NHÂN LÀ PHỤ NỮ CÓ THAI

Điều trị 7 ngày với kháng sinh Amoxicillin 250-500mg uống 3 lần/ ngày hoặc cephalosporin thế hệ III hoặc IV, liều 1g/ ngày, chia 2 lần ngày

Điều trị nguyên nhân: Sỏi thận

Điều trị dự phòng: Các trường hợp nhiễm trùng tiểu dưới tái phát nhiều lần

D./ NHIỄM TRÙNG TIỂU Ở BỆNH NHÂN ĐẶT SONDE TIỂU:

- Nên lấy sonde tiểu ra nếu được.

- Lựa chọn kháng sinh ban đầu có thể sử dụng Fluoroquinolone, cephalosporin thế hệ III, IV, đường tĩnh mạch hoặc Ampicillin phối hợp Gentamycin.

- Thời gian điều trị 10-14 ngày.

E./ THEO DÕI:

Các trường hợp nhiễm trùng tiểu đều phải cấy lại nước tiểu 1 tuần sau khi chấm dứt điều trị để chứng minh nhiễm trùng tiểu đã hết

Nếu có trường hợp trào ngược bàng quang – niệu quản độ I –II cần cấy lại nước tiểu mỗi tháng trong vòng 3 tháng đầu, mỗi 3 tháng trong 6 tháng và sau đó 2 lần trong

1 năm

SUY THẬN MẠN

I./ Định nghĩa:

Suy thận mạn là một hội chứng diễn biến theo từng giai đoạn của bệnh, từ chỗ chỉ có một số triệu chứng kín đáo trong giai đoạn đầu khi mức lọc cầu thận còn 40–50 ml/ phút cho đến khi những biểu hiện rầm rộ của hội chứng ure máu cao trong giai đoạn cuối khi mức lọc cầu thận chỉ còn 5 ml / phút. Quá trình có thể kéo dài nhiều tháng đến nhiều năm.

II./ Chẩn đoán xác định:

A./ Chẩn đoán (+) dựa vào:

- 1.Lâm sàng: Phù, huyết áp cao, thiếu máu
- 2.Cận lâm sàng

Công thức máu, nhóm máu, tổng phân tích nước tiểu, ure, creatinin, đường huyết, ion đồ, cholesterol, triglyceric, HDL, LDL, AST, ALT, protein, albumin, globulin, ECG, xquang tim phổi, siêu âm bụng tổng quát.

B./ Chẩn đoán giai đoạn:

Độ suy	MLCT	Ure	Creatinin	Lâm sàng
I	60 – 40	< 8	< 130	
II	40 – 20	8 – 16	130 – 299	Ít triệu chứng
IIIa	20 – 10	16 – 24	300 – 499	HA cao, Hồng cầu > 3triệu
IIIb	10 – 5	24 – 30	500 – 900	HA cao, Hồng cầu: 2,5-3 triệu
IV	< 5	> 30	> 900	Đầy đủ triệu chứng

MLCT: Clearance Creatinin ước đoán theo công thức Cockcroft
Gault: $(140 - \text{tuổi}) \times \text{Cân nặng (Kg)}$

$$\frac{\quad}{72 \times \text{creatinin}}$$

HT (mg%) Nếu là nữ x 0.85

III./ Điều trị:

Điều trị bảo tồn: Suy thận mạn giai đoạn I đến IIIb

Điều trị thay thế thận: Suy thận giai đoạn cuối

Điều trị thay thế thận có thể bằng biện pháp lọc thận nhân tạo, lọc màng bụng định kỳ hoặc ghép thận.

A./ Điều trị bảo tồn:

1./ Chống các yếu tố gây nặng bệnh:

Khắc phục tình trạng giảm khối lượng tuần hoàn nếu có: Bù dịch, máu

Không dùng các thuốc hóa chất độc cho thận (Kháng sinh độc cho thận, thuốc nam) Tìm và điều trị các nguyên nhân tắc đường niệu (Sỏi, u xơ tiền liệt tuyến)

Điều trị chống nhiễm khuẩn nếu có

2./ Điều trị cao huyết áp:

Lợi tiểu: Furosemide là thuốc lợi tiểu được chọn, liều tùy theo từng bệnh nhân. Các nhóm thuốc hạ áp đều có thể dùng được, nhưng khi suy thận giai đoạn

nặng chú ý là không nên dùng nhóm UCMC vì nó làm tăng Kali và creatinin máu, tuy nhiên nếu bệnh nhân đang lọc thận nhân tạo định kỳ thì có thể sử dụng được. Liều tùy trường hợp nhằm đạt được mục đích đưa huyết áp trở về bình thường và ổn định.

3./ Điều trị rối loạn nước và điện giải:

Do bệnh nhân suy thận mạn mất khả năng cô đặc cũng như pha loãng nước tiểu nên cần tránh dư nước, cũng như mất nước. Nước nhập/ngày = nước xuất - nước mất không nhận biết (khoảng 500ml/ngày nếu không sốt hoặc khó thở). Nguy cơ tăng kali hay xảy ra khi bệnh nhân vào giai đoạn cuối của STM.

@ Phù

- Hạn chế khối lượng nước đưa vào
- Lợi tiểu

@ Tăng Kali máu

- Hạn chế lượng Kali vào từ thức ăn (Cam, chuối)

Các thuốc điều trị tăng Kali máu		
Tên thuốc	Cơ chế hoạt động	Chú ý
Ca gluconate 10ml 10% Tiêm TM trong 5-10 phút	Tạm thời(khoảng 1 giờ) chống lại tác dụng của kali trên tim	Có thể gây ngộ độc Digoxin Có thể kết tủa nếu dùng chung NaHCO ₃
Insuline pha trong glucose với tỉ lệ 1 đv insuline với 5g glucose	Tạm thời chuyển kali vào trong tế bào, bắt đầu hiệu quả sau 30-60 phút và kéo dài trong 1 giờ.	Có thể gây tăng đường huyết
Kích thích beta 2	Tạm thời chuyển kali vào trong tế bào	Làm nặng thêm bệnh mạch vành
NaHCO ₃ truyền TM	Khi có kèm theo nhiễm toan	Có thể gây tăng thể tích DNB, kiềm máu, tăng Na máu, hạ Ca máu.
Kayexalate và Sorbitol (1/2 gói kayexalate 50g + 2 gói sorbitol 5g pha nước uống)	Mỗi gram Kayexalate lấy đi 1 mEq Kali và trao đổi với 1-2 mEq Natri	Tăng thể tích DNB. Hoại tử ruột do sorbitol
Lọc thận nhân tạo	Lấy Kali khỏi cơ thể	Khi điều trị nội khoa thất bại

Khi Kali máu > 6,5 mmol /l có chỉ định lọc máu

@ Hạ Natri máu: Có thể gây nôn, tụt huyết áp, cần bù bằng chế độ ăn mặn hoặc truyền NaCl 0.9 %

4./ Điều trị Toan chuyển hóa:

5./ Điều trị thiếu máu:

Điều trị căn nguyên gây thiếu máu: Xuất huyết, suy dinh dưỡng, thiếu Acid folic.

Bù đủ sắc cho BN trước và trong khi dùng Erythropoietin

Truyền máu: khi Hct <16%, thận trọng vì gây quá tải tuần hoàn và tai biến tăng Kali do truyền máu dự trữ.

6./ Điều trị rối loạn Calci, Phospho máu

7./ Điều trị loạn dưỡng xương

8./ Các biện pháp điều trị thay thế thận (lọc thận, ghép thận, thẩm phân phúc mạc)

***.Chỉ định lọc thận nhân tạo:**

- Chỉ định tuyệt đối:

. BN được theo dõi trước Clearance Creatinin <10ml/phút

BN đái tháo đường Clearance Creatinin <15ml/phút

. BN đến trong tình trạng cấp cứu:

- Phù phổi cấp, tăng Kali máu, toan máu nặng.

- Vô niệu - Thiếu niệu.

- Hội chứng Ure huyết cao.

- Phù nhiều toàn thân do thừa khối lượng tuần hoàn.

- Chỉ định tương đối:

- BN đái tháo đường Clearance Creatinin 15-20ml/phút

- Tai biến mạch máu não cũ đã ổn định Clearance Creatinin <10 ml/phút.

- Suy thận mạn kèm ung thư đã khỏi.

- BN > 70 tuổi

***. Chống chỉ định:**

-Tuyệt đối:

+ Tai biến mạch máu não đang tiến triển.

+ Ung thư giai đoạn cuối.

- + Nhiễm HIV, đang bị AIDS
- + Tình trạng huyết động không ổn định

-Tương đối:

- + Protein máu thấp, Albumin máu thấp.
- + Tình trạng xuất huyết não tạm ổn định.
- + Các tình trạng xuất huyết đang tiến triển khác.
- + Tràn dịch màng tim xuất huyết gây chèn ép tim.
- + Có rối loạn đông máu nặng.

***. Tai biến lọc thận:**

Tụt huyết áp.

Erythropoietin	Liều
Tiêm dưới da	80-120UI/kg/tuần (chia 2-3 liều)
Tiêm mạch	120-180UI/kg/tuần (chia 2-3 liều)
Hct/Hb cần đạt	Hct: 33-36%, Hb: 11-12g/dl
Tốc độ cải thiện	Hct tăng 4-6% trong 4 tuần, đạt mục tiêu sau 2-3 tháng

- Sốt lạnh run

- Vọp bẻ.
- Thuyên tắc khí.
- Dị ứng màng lọc.
- Hội chứng mất quân bình.

VIÊM CẦU THẬN MẠN

I./ Định nghĩa:

Viêm cầu thận mạn là một bệnh tổn thương cầu thận tiến triển từ từ, kéo dài nhiều năm. Các hội chứng: Phù, cao huyết áp, protein niệu, hội chứng niệu cuối cùng dẫn đến suy thận mạn ngày càng nặng dần.

- Cận lâm sàng giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị:

Công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, ure, creatinin, đường huyết, cholesterol, triglyceric, ion đồ, AST, ALT, protein, albumin, globulin, ECG, X-quang tim phổi, siêu âm bụng tổng quát.

II./ Chẩn đoán xác định: Dựa vào

- Phù

- Đái ít

Cao huyết áp

Thiếu máu

Protein niệu

Hội chứng niệu, trụ hạt, trụ hồng cầu

Suy thận: ure, creatinin, acid uric máu tăng, độ lọc cầu thận giảm

Siêu âm, X quang thận: 2 thận teo nhỏ đều (thấy rõ ở giai đoạn có suy thận)

Sinh thiết thận: Để khẳng định viêm cầu thận mạn tiềm tàng (chưa có triệu chứng lâm sàng) và để chẩn đoán tổn thương mô học.

III./ Điều trị:

1./ Giai đoạn chưa có suy thận:

Nếu viêm cầu thận mạn tiềm tàng chưa có triệu chứng lâm sàng thì theo dõi định kỳ. Nếu có triệu chứng lâm sàng thì chủ yếu là điều trị triệu chứng

* Điều trị phù:

Ăn nhạt hạn chế lượng nước đưa vào.

Lợi tiểu Furosemide từ liều thấp 40 mg đến liều cao nhằm đạt được lượng nước tiểu như mong muốn 1,5-1,8 lít/24 giờ

* Điều trị cao huyết áp:

Ăn nhạt, lợi tiểu, các thuốc hạ áp. Tùy theo mức độ huyết áp mà lựa chọn các nhóm thuốc hạ áp thích hợp. Nếu có suy tim đi kèm thì không dùng ức chế beta giao cảm.

Các nhóm ức chế men chuyển (Coversyl, Renitec...) có thể giúp được bảo vệ nhu mô thận lâu dài.

Cần điều trị thường xuyên, theo dõi định kỳ về lâm sàng và chức năng thận.

Nếu bệnh nhân có viêm vi cầu thận mạn kèm theo hội chứng thận hư việc điều trị triệu chứng cần kèm theo phác đồ điều trị hội chứng thận hư (Corticoid)

Nếu có nhiễm khuẩn huyết cần điều trị thêm kháng sinh: Penicillin 2—3 triệu UI /ngày x 10 ngày.

2./ Giai đoạn có suy thận mạn:

Ở giai đoạn có suy thận mạn, ngoài điều trị triệu chứng cần điều trị suy thận mạn. Tùy thuộc vào giai đoạn suy thận: Điều trị bảo tồn (Giai đoạn suy thận còn bù) Hoặc điều trị thay thế suy thận (Suy thận giai đoạn cuối)