ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CHỨC NĂNG THẬN CỦA BỆNH NHÂN Ứ NƯỚC, Ứ MỦ THẬN ĐIỀU TRỊ DẪN LƯU THẬN QUA DA

Nguyễn Đức Anh, Lê Ngọc Hà và Phạm Thị Ngọc Bích✉

Trường Đại học Y Hà Nội

Ứ nước, ứ mủ bể thận là hiện tượng giãn của đài bể thận do sự tắc nghẽn đường dẫn nước tiểu. Tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, kỹ thuật dẫn lưu bể thận qua da đã được tiến hành thường quy đem lại hiệu quả cao và ít gây ra tai biến cho bệnh nhân. Nghiên cứu nhằm khảo sát các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của ứ nước, ứ mủ bể thận; Đánh giá tình trạng sốc, chức năng thận trước- sau can thiệp. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 122 bệnh nhân với chẩn đoán ứ nước, ứ mủ bể thận được dẫn lưu thận qua da điều trị tại khoa Ngoại B- Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 11/2017 đến tháng 3/2018. Có 81 bệnh nhân nam (66,4%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau hông lưng 86,1%. 33,9% bệnh nhân nhiễm trùng, 89,8% suy thận các mức độ từ độ I đến độ IV, thiếu máu 8,5%, bạch cầu niệu 91,9%, hồng cầu niệu 87,9%, đài bể thận giãn mức độ nhẹ chiếm 74,1%. Triệu chứng đau hông lưng có thể là chỉ điểm sớm để chẩn đoán sớm ứ nước, ứ mủ bể thận. Tình trạng suy thận trước và sau dẫn lưu thận qua da không có sự khác biệt.

Từ khóa: Dẫn lưu thận qua da, ứ nước, ứ mủ bể thận.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ứ nước, ứ mủ bể thận, niệu quản là hiện tưng giãn của đài bể thận và niệu quản do sự tắc nghẽn đường dẫn nước tiểu. Tình trạng giãn đài bể thận có thể là sinh lý hoặc bệnh lý (cấp tính hoặc mạn tính), một bên hoặc cả hai bên. Hiện tượng này có thể là thứ phát sau tắc nghẽn đường niệu nhưng cũng có thể xảy ra dù không có tắc nghẽn. Hiện nay chưa có báo cáo chi tiết về tỉ lệ ứ nước đài bể thận trên người trưởng thành, tuy nhiên một nghiên cứu pháp y trên 59.064 người Mỹ báo cáo tỉ lệ ứ nước bể thận trong toàn dân số là 3,1%.[1] Tắc nghẽn đường tiểu làm hủy hoại cấu trúc kèm suy giảm chức năng thận, những tổn thương này phụ thuộc vào mức độ cũng như thời gian tắc nghẽn. Nếu tắc nghẽn tạm thời thường chỉ gây rối loạn tạm thời, nhưng tắc kéo dài sẽ làm tổn thương thận vĩnh viễn, cuối cùng dẫn đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối cần phải điều trị thay thế thận.[2] Do đó cần phải chẩn đoán và điều trị kịp thời nhằm giảm bớt tỷ lệ BN suy thận và bệnh thận giai đoạn cuối. Dẫn lưu thận qua da (Percutaneous Nephrostomy- PCN) là một thủ thuật xâm lấn thường được dùng để giảm áp lực trong hệ thống bài xuất nước tiểu. Kết quả thủ thuật được báo cáo đầu tiên vào năm 1955 bởi William Goodwin, từ đó PCN đã trở thành lựa chọn hàng đầu nhằm dẫn lưu tạm thời hoặc lâu dài khi có tắc nghẽn đường tiết niệu.[3] Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, kỹ thuật PCN đã được tiến hành thường quy đem lại hiệu quả cao và ít gây ra tai biến cho BN. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát các triệu chứng lâm sàng, cận

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Ngọc Bích,
Bộ môn Y học Gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội
Email: ngocbichyhgd@hmu.edu.vn
Ngày nhận: 10/10/2020
Ngày được chấp nhận: 10/12/2020

lâm sàng của ứ nước, ứ mủ bể thận.

2. Đánh giá chức năng thận trước và sau can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ứ nước, ứ mủ bể thận được tiến hành dẫn lưu bể thận qua da và có hồ sơ bệnh án lưu tại phòng lưu trữ hồ sơ của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân có ứ nước, ử mủ bể thận nhưng không được dẫn lưu bể thận qua da.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2017 đến tháng 03/2018.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Ngoại B, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện và thu nhận được 122 bệnh nhân được chẩn đoán ứ nước ứ mủ bể thận và được dẫn lưu thận qua da.

Chỉ định dẫn lưu bể thận qua da: Tắc nghẽn đường bài xuất trên do mọi nguyên nhân (chiếm 85 - 90% các chỉ định) như: Sỏi thận, sỏi niệu quản, viêm xơ hóa co thắt niệu quản. Bệnh ác tính: ung thư cổ tử cung, ung thư tuyến tiền liệt, ung thư của hệ tiết niệu. Chít hẹp niệu quản sau phẫu thuật, viêm ứ mủ bể thận, tắc nghẽn do thai kì. Tổn thương đường bài xuất dưới như chấn thương niệu quản, dò bàng quang, viêm bàng quang chảy máu. Chuẩn bị cho các can thiệp hoặc thăm dò đường bài xuất như: lấy sỏi thận, sỏi niệu quản qua da, rò nước tiểu, đặt stent bể thận- niệu quản xuôi dòng qua da, nong tạo hình niệu quản qua da, sinh thiết niệu quản qua da, lấy dị vật hệ tiết niệu qua da, điều trị các biến chứng liên quan đến cấy ghép thận, cung cấp thuốc hoặc hóa trị liệu vào hệ thống thu thập như: hóa chất hào tan sỏi, kháng sinh, kháng nấm…

Chống chỉ định: rối loạn đông máu nặng không đáp ứng điều trị, đang điều trị chống đông, tăng huyết áp không kiểm soát được, khối u thận, lao thận, toàn trạng nặng, tiên lượng tử vong.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận được nguyên nhân gây tắc nghẽn gồm: 77,59% bệnh nhân bị sỏi thận, 15,52% bệnh nhân sỏi thận, 6,03% bệnh nhân đồng thời có sỏi thận và sỏi niệu quản và 0,86% tắc nghẽn do u thận. Không có bệnh nhân nào có chống chỉ định

Biến số nghiên cứu chính:

- Thông tin chung: tuổi, giới, nghề nghiệp
- Triệu chứng lâm sàng: mức độ đau dựa theo thang điểm VAS, đau hông lưng, hội chứng nhiễm trùng
- Xét nghiệm cận lâm sàng: bạch cầu, CRP, PCT, Hemoglobin, mức lọc cầu thận, siêu âm ổ bụng, chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 14.0. Trình bày số liệu: biến định lượng phân bố chuẩn: trung bình và độ lệch chuẩn, không chuẩn: trung vị và khoảng tứ phân vị; biến định tính: tần số và tỷ lệ. So sánh sự khác nhau giữa 2 tỷ lệ bằng Fisher's Exact. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bệnh án được lựa chọn tại kho lưu trữ hồ sơ của Phòng Kế hoạch Tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các thông tin của bệnh nhân được mã hoá và bảo vệ bí mật và chỉ sử dụng phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN ứ nước ứ mủ bể thận

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm

Đặc điểm	N (%)
Thông tin chung	
Giới nam	78 (66,4)
Tuổi (năm)	53,9± 0,98
Lâm sàng	
Đau hông lưng	105 (86,1)
Sốc	1 (0,8)
Vỗ hông lưng (+)	6 (4,9)
Thận to	7 (5,7)
Đái buốt, đái rắt	9 (7,4)
Bí tiểu, cầu bàng quang	1 (0,8)
Đái máu đại thể	13 (10,7)
Đái mủ	2 (1,6)
Thiếu máu	
Không	108 (91,5)
Nhẹ	9 (7,6)
Vừa	1 (0,9)
Nặng và rất nặng	0
Nhiễm trùng (dựa vào bạch cầu, PCT, CRP)	40 (33,9)
Xét nghiệm nước tiểu	
Hồng cầu niệu	87 (87,9)
Bạch cầu niệu	91 (91,9)
Nitrit (+)	8 (8,1)

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau hông lưng, nhiễm trùng.Xét nghiệm nước tiểu đa số có hồng cầu niệu và bạch cầu niệu

2. Chức năng thận của bệnh nhân trước và sau can thiệp PCN

Có 18 bệnh nhân suy thận trong 122 bệnh nhân trong nghiên cúu khi vào viện, chỉ có 4 bệnh nhân có xét nghiệm lại Creatinin máu để đánh giá chức năng thận sau dẫn lưu bể thận, trong đó 50% còn suy thận mức độ nhẹ, 50% hết suy thận hoàn toàn.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 66,4%, tương tự Nguyễn Văn Truyện 63,21%,[4] cao hơn Nguyễn Thị Hường[5] (37%). Sự khác nhau đó có thể do địa điểm,

mẫu nghiên cứu và tình trạng bệnh của bệnh nhân khi vào khám và điều trị tại cơ sở y tế. Tuổi trung bình là 53,9 ± 10,8. Kết quả này tương tự với Nguyễn Thị Hường (55,7 ± 14,5),[5] Nguyễn Văn Truyện[4] (47±12,2), Se Y.K[6] ((57,1±7,4).

Đau hông lưng là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất trong ứ nước, ứ mủ bể thận, mức độ trung bình (79,5%) với điểm VAS là 4,3 ± 0,2. Kết quả tương tự với Nguyễn Thị Hường[5] (90,9%), Nguyễn Kiều Hưng[7] (81%). Một số tác giả cho rằng nếu nguyên nhân tắc nghẽn nằm cố định thì bệnh nhân chỉ thấy đau âm ỉ hay mỏi lưng vì thận, niệu quản đã bị giãn trong thời gian dài, mất trương lực. Nếu nguyên nhân là sỏi và viên sỏi di chuyển làm tắc cấp tính bể thận hoặc niệu quản sẽ gây cơn đau quặn thận. Đái máu đại thể là khi hồng cầu niệu nhiều, nước tiểu có màu hồng cho đến đỏ tươi hoặc đỏ sẫm, nguyên nhân thường do sỏi thận, niệu quản; nhiễm khuẩn đường tiết niệu, u tiết niệu[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đái máu đại thể gặp ở 10,7%, tương tự với Nguyễn Kiều Hưng[7] năm (11,9%), Nguyễn Thị Hường[5] (9,1%). Có thể lý giải đặc điểm này là do rất nhiều bệnh nhân sẽ không đi khám nếu chỉ đau âm ỉ trong một thời gian ngắn, tuy nhiên nếu có bất thường nước tiểu như tiểu hồng, tiểu đỏ hoặc tiểu ra máu cục bệnh nhân sẽ lo lắng và đi khám sớm.

33,9% bệnh nhân có nhiễm trùng, biểu hiện ở việc thay đổi công thức bạch cầu, tăng các marker viêm như CRP hoặc PCT. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có 4 người với biểu hiện nhiễm trùng nặng trên lâm sàng và cận lâm sàng đã phải tiến hành PCN cấp ngay sau khi nhập viện.

Các xét nghiệm về nước tiểu cũng cho thấy tình trạng nhiễm trùng khá phổ biến như bạch cầu niệu (91,9%), hồng cầu niệu (81,9%), nitrit (+) (8,1%). Hầu hết số bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng đều bị tắc nghẽn đường tiết niệu do sỏi. Như vậy, sỏi tiết niệu chính là yếu tố thuận lợi thúc đẩy quá trình viêm nhiễm khi có tắc nghẽn đường niệu.[9]

Suy thận là hậu quả do đường tiết niệu bị tắc nghẽn lâu dài mà không được điều trị phù hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 89,8% bị suy thận từ độ I đến độ IV, trong khi tỉ lệ bệnh nhân có thiếu máu là 9,3%. Như vậy có thể suy ra hầu hết số bệnh nhân suy thận khi vào viện là suy thận cấp, và mục đích của dẫn lưu thận qua da nhằm giải phóng ứ tắc, giúp phục hồi chức năng thận, làm giảm nguy cơ từ suy thận cấp tiến triển thành suy thận mạn và suy thận giai đoạn cuối. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với Nguyễn Kiều Hưng[7] (78,6%). Kết quả này cho thấy phần lớn bệnh nhân đến viện khi đã ở giai đoạn tương đối muộn, đã có những biến đổi về chức năng thận. Khi tình trạng ứ nước thận càng kéo dài, nhu mô thận thoái hóa không hồi phục hoặc hồi phục ít, chức năng thận ngày càng suy giảm. Để ngăn chặn quá trình này thì phải nhanh chóng giải quyết tắc nghẽn càng sớm càng tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi được dẫn lưu có 19 bệnh nhân (15,6%) được kiểm tra lại chức năng thận. Điều này có thể do chỉ những bệnh nhân có biểu hiện suy thận rõ trên lâm sàng mới được xét nghiệm đánh giá lại chức năng thận sau PCN, còn lại những bệnh nhân khác trên lâm sàng tình trạng ổn định nên bác sĩ không chỉ định làm lại xét nghiệm này. Tất cả 19 bệnh nhân được làm lại xét nghiệm đánh giá chức năng thận sau PCN đều có suy thận ở các mức độ khác nhau. Nếu so sánh riêng 19 bệnh nhân này, có 5 bệnh nhân cải thiện mức độ suy thận sau khi được làm PCN (26,32%), 5 bệnh nhân suy thận nặng lên sau PCN (26,32%) và 9 bệnh nhân không thay đổi mức độ suy thận sau PCN (47,37%). Tuy nhiên, sự khác biệt về mức độ suy thận trước và sau PCN không có ý nghĩa.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có 8/122

BN (6,56%) có hội chứng nhiễm trùng rõ trên lâm sàng, tuy nhiên trên xét nghiệm có tới 45/122 BN (36,89%) có nhiễm trùng, biểu hiện ở tăng, giảm số lượng hoặc thay đổi công thức bạch cầu, tăng các marker viêm như CRP hoặc Pro-calcitonin. Trong số này có 4 BN với biểu hiện nhiễm trùng nặng trên lâm sàng và cận lâm sàng đã phải tiến hành PCN cấp ngay sau khi nhập viện, có 1 bệnh nhân có triệu chứng sốt rét run, mạch nhanh, huyết áp tụt biểu hiện của hội chứng sốc nhiễm trùng trước khi được làm PCN.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng đau hông lưng có thể là chỉ điểm sớm để chẩn đoán sớm ứ nước, ứ mủ bể thận. Dẫn lưu thận sớm giúp giải quyết tình trạng ứ nước ứ mủ bể thận, tránh sốc nhiễm trùng và giảm nguy cơ suy thận cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân phục hồi sớm hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn nhiều hạn chế, cũng như số liệu chưa được đầy đủ, nên cần có thêm nghiên cứu chặt chẽ để kiểm chứng và áp dụng kỹ thuật tại nhiều cơ sở y tế hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW et al. Pathophysiology of urinary tract obstruction. 2016.109 - 1103.

2. Phạm Văn Bùi. Bế tắc đường tiểu. *Nhà xuất bản Y học*. 2007, 118 - 23.

3. Dyer RB, Assimos DG, Regan JD. Update on interventional uroradiology. *Urol Clin North Am*. 1997, 623 - 52.

4. Nguyễn Văn Truyện, Đặng Đức Hoàng và Nguyễn Đình Nguyên Đức. Đánh giá kết quả nội soi phẫu thuật lấy sỏi qua da và các yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất Đồng Nai. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 2014, 18(4), 71 - 77.

5.Karim R và Samanta U. Das. Percutaneous nephrostomy by direct unture technique: An observational study. *Indial journal of nephrology.* 2010, 20(2), 84 - 8.

6. Se YK, Bum SK, Hyun TK et al. Efficacy of Percutaneous Nephrostomy During Flexible Ureteroscopy for Renal Stone Management. *Korean Journal of Urology.* 2013, 51(10), tr. 689 - 91.

7. Nguyễn Kiều Hưng. Đánh giá hiệu quả của phương pháp dẫn lưu thận qua da dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2013 - 2015, Ngoại khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

8. Đỗ Gia Tuyển. Triệu chứng học nội khoa, Thận - Tiết niệu. *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,* 2017(6), 444 - 49.

9. Hà Phan Hải An. Bệnh học nội khoa, Thận - Tiết niệu. *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, 2018(3), 387.

Summary

THE CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND RENAL FUNCTION OF HYDRONEPHROSIS AND PYONEPHROSIS PATIENTS TREATED BY PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY

Hydronephrosis and pyonephrosis are renal pelvis dilation. Percutaneous nephrostomy is a routine procedure in Hanoi Medical University Hospital proven to be effective with the least complications. The purpose of this study was to review signs and symptoms of hydronephrosis and

pyonephrosis and to evaluate renal function pre- and post- percutaneous nephrostomy. A cross-sectional study in 122 hydronephrosis and pyonephrosis patients treated with PCN in Surgery Department B, Hanoi Medical University Hospital was conducted from November 2017 to March 2018. 66.4% of participants were male (81 subjects). The dominant symptom was lower back pain (86.1%). Associated signs were rates of infection, chronic kidney disease, anemia, leukouria, haematuria and mild renal pelvis dilation representing 66.1%, 89.8%, 8.5%, 91.9%, 87.9% and 74.1%, respectively. Lower back pain could be the early marker for hydronephrosis. There was no difference of kidney failure pre- and post- percutaneous nephrostomy and pyonephrosis diagnosis.

Key words: Percutaneous Nephrostomy, hydronephrosis, pyonephrosis.