



# Sức khỏe & Đời sống

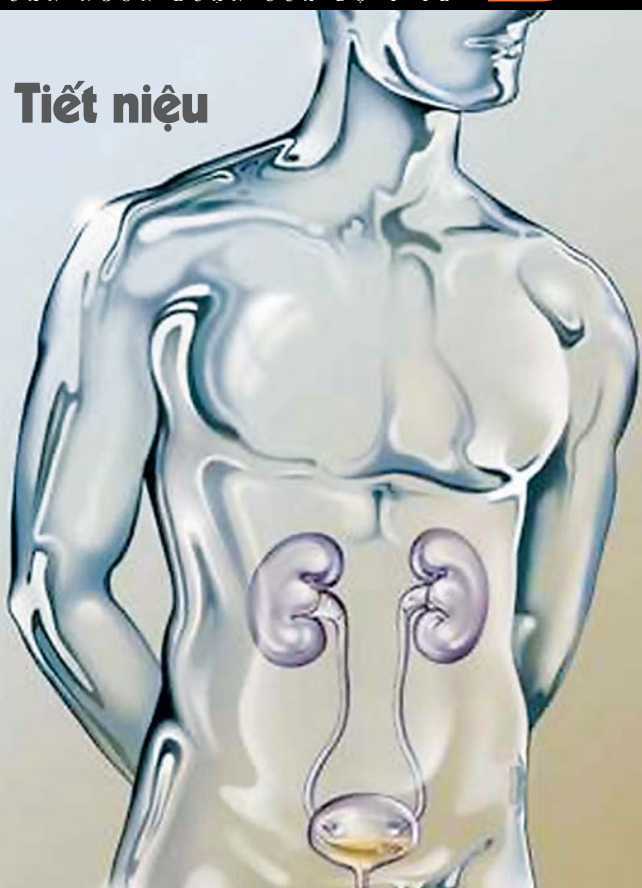
CUỐI THÁNG

CO QUAN NGÓN LUẬN CỦA BỘ Y TẾ

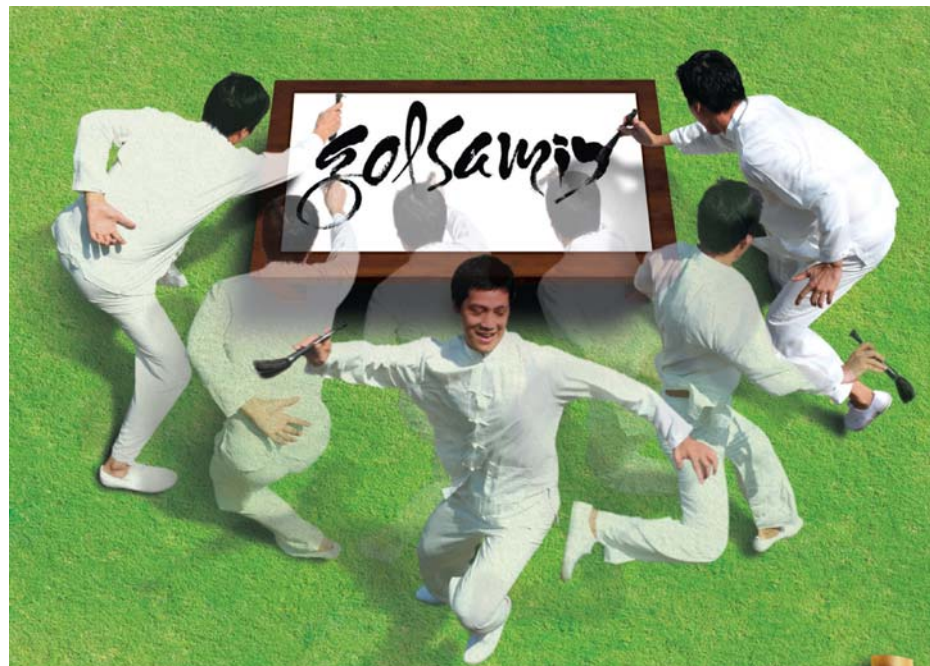


Suy thận cấp...  
và mạn tính

Chủ đề:  
**Thận - Tiết niệu**



- **Viêm cầu thận cấp**
- **Ung thư bàng quang**
- **đau phải đường cùng**
- **Nhiễm khuẩn tiết niệu - Bệnh thường gặp**



## GOLSAMIN

THUỐC ĐIỀU TRỊ BỆNH THOÁI HÓA KHỚP

Thoái hóa khớp là một bệnh thường gặp ở độ tuổi trung niên. Trong quá trình thoái hóa, chức năng chống đỡ của sụn bị suy giảm và để hư hỏng khi cử động.

**Golsamin** với hoạt chất Glucosamine sulfate:

- **Ức chế và làm giảm quá trình thoái hóa khớp**
- **Cải thiện chức năng của khớp**
- **Làm giảm hoặc mất hẳn cơn đau khớp**
- **Có thể dùng lâu dài mà không gây rối loạn dạ dày**



**Chỉ định:** Dùng mọi thể của bệnh thoái hóa xương khớp. Hư xương khớp nguyên phát và继发 như: Hư đốt sống cổ, Hư khớp hông, viêm khớp bao cấp và mãn tính, loãng xương

**Chống chỉ định:** Dùng miễn cảm với thành phần Glucosamine sulfate hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc.

**Cách dùng:** uống 2 viên x 2 lần/ngày. Uống uống nước trước bữa ăn 15 phút.

**Trương hợp hư khớp nghiêm trọng:** Uống 2 viên x 3 lần/ngày, duy trì đều từ 3-4 tháng.

**Chú ý:** Thận trọng dùng cho phụ nữ có thai và cho con bú.

**Địa chỉ:** Hướng dẫn sử dụng thuốc (hỏi đáp)

(Thuốc hiện có bán tại các nhà thuốc trên toàn quốc.)

**Viết:** VN-3057-07  
Nhà sản xuất: Simi Pharm Co., Ltd-Korea  
THƯƠNG TÍNH SẢN PHẨM XIM KIẾN HÈ:  
**Miền Bắc:**  
Công ty TNHH TM Vạn Phúc  
P1 403 Tòa nhà A2, số 229, Phố Vọng,  
Q. Hai Bà Trưng, Hà Nội  
ĐT: 04.362.84735/062.84737 - Fax: 04.362.84735

**Miền Trung:**  
Công ty CP Dược TBYT Đà Nẵng  
ĐT: 0511.382.2656 - 0511.381.8517

**Miền Nam:**  
VP đại diện TP. Hồ Chí Minh  
30/1 Phan Xích Long, Phường 3,  
Quận Phú Nhuận, TPHCM  
ĐT: 08.39956865/39956875

Sở phiếu tiếp nhận hồ sơ đăng ký quảng cáo của Cục QL-Dự y tế 0362/08/QLD-TT, Ngày in tài liệu: 19/05/2008.

## Hệ tiết niệu sinh dục trẻ em

>> GS.TS. Trần Đình Long

**Trong thời kỳ bào thai, sự phát triển của toàn bộ hệ tiết niệu có nguồn gốc là lớp trung bì trung gian nằm dọc bên phải theo khúc nguyên thủy. Cả ba giai đoạn kế tiếp nhau (tiền thận, trung thận và hậu thận) theo thứ tự thời gian và theo hướng từ đầu đến dưới phổi.**



Giữa cơ quan tiết niệu và sinh dục từ thời kỳ bào thai đã có mối liên hệ mật thiết:

- Cùng có nguồn gốc từ lớp trung bì trung gian.

- Có liên quan từ ở nhớp nguyên thủy.

- Có sự sát nhập của ống bài tiết nguyên thủy vào cơ quan sinh dục nam.

Chính vì lý do này mà di tật hai cơ quan thường có phối hợp (lở đài lệch thấp, lở đài lệch cao, màng môi lớn, mơ hồ giới tính, lở do đường tiết niệu dưới - sinh dục...)

### Đặc điểm giải phẫu hệ thận tiết niệu

**Thận**  
Thận trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nhiều mỡ, lớp mỡ quanh thận chưa phát triển nên dễ bị di động.

Kích thước và trọng lượng thận theo lứa tuổi, cả hai quả thận có cân nặng chưa tới 1% trọng lượng cơ thể.

Không sờ thấy thận vùng hố thận, trên thực tế chiều dài thận được vận dụng nhiều hơn.

Trẻ < 1 tuổi, chiều dài thận = 4,98 + 0,155 x tháng tuổi (đơn vị cm).

Trẻ > 1 tuổi, chiều dài thận = 6,97 + 0,2 x năm tuổi đơn vị cm.

Thận trái nằm ở vị trí cao và lớn hơn so với thận phải ( 0,99 ± 0,09 và 0,95 ± 0,07 của bốn đốt sống thất lưng đầu tiên).

**Đơn vị cấu tạo và chức năng của thận.** Mỗi quả thận khi trẻ ra đời có một triệu đơn vị thận, không tăng lên theo tuổi, sự lớn lên của quả thận là do các đơn vị này tăng sinh to lên.

Hệ thống tuần hoàn trong thận có một số đặc điểm:

- Nhận 20% cung lượng tim.

- Đường kính của tiểu động mạch đến gấp 2 lần của tiểu động mạch đi.

- Hệ thống mao mạch hẹp ở phần vỏ.

- Sự phân bố máu ở thận không đồng đều: phần vỏ được cung cấp 90% cung lượng máu, phần tủy chỉ là 10%.

- Tuần hoàn thận có khả năng tự điều chỉnh để đảm bảo sự tuần hoàn thường xuyên trong thận, mặc dù huyết áp ngoại biên rất biến động (70 - 200mmHg). Khi huyết áp ngoại biên

thay đổi, trương lực của các mạch máu thận nhờ có sự co thắt cơ chun của tiểu động mạch thận đến với sự tham gia của bộ phận cân cầu thận.

### Đài bé thận

Mỗi thận có 10 - 12 đài thận và được xếp thành 3 nhóm: trên, giữa, dưới. Nhờ có nhu động cơ bóp để tiết nước tiểu xuống dưới và thay đổi theo từng lứa tuổi nên rất khác nhau.

### Niệu quản

Ở trẻ sơ sinh, góc đi ra từ bể thận là một góc vuông nên dễ gặp cản trở lòng niệu từ bể thận xuống dưới. Trẻ lớn, niệu quản đi ra từ bể thận là một góc tù, đường kính niệu quản là tương đối lớn, niệu quản tương đối dài nên dễ bị gấp hoặc xoắn gây ứ trệ nước tiểu dẫn đến nhiễm trùng.

### Bàng quang

Trẻ nhỏ bàng quang nằm cao hơn trẻ lớn và người trưởng thành vì vậy dễ sờ gõ thấy cầu bàng quang.

Dung tích cầu bàng quang lớn dần theo tuổi, ở trẻ sơ sinh : 30 - 60ml, 6 tuổi: 100 - 250 ml, 15 tuổi và trưởng thành: 200 - 400 ml.

**Niệu đạo**  
La ống dẫn nước tiểu từ bàng quang ra ngoài khi tiểu tiện. Giới nam có lỗ sao, giới nữ có lỗ đại ngoài .

Chiều dài niệu đạo từ sơ sinh đến tuổi dậy thì ở giới nữ tăng khoảng 2 - 4 cm, giới nam tăng từ 6 - 15 cm. Ở trẻ nhỏ do bàng quang nằm cao hơn, nên niệu đạo ở lứa tuổi này tương đối dài.

Do niệu đạo ở trẻ gái ngắn và hướng thẳng hơn trẻ trai nên dễ bị nhiễm khuẩn ngược dòng.

### Đặc điểm sinh lý của hệ thận

#### - tiết niệu

**Đặc điểm sinh lý của thận:**

Bài tiết nước tiểu.

Bài tiết chất độc.

Thăng bằng nội môi.

Tham gia tạo hồng cầu và điều hòa huyết áp.

Chức năng nội tiết (tăng trưởng, sinh sản...). Trong phạm vi bài tiết chúng tôi chỉ muốn nhấn mạnh đến sự phát triển chức năng của thận theo lứa tuổi.

#### Thời kỳ bào thai

Khoảng từ tháng thứ 7 thứ 8, thận hoạt động và bài tiết ra nước tiểu cùng các chất bất thường đối với thai, người ta tìm thấy các chất bất thường này trong nước ối của tử cung.

Tuy vậy sự hoạt động của thận chưa thực sự cần thiết do đời sống của bào thai.

#### Thời kỳ sơ sinh

Chức năng thận được phát triển mạnh ngay từ sau khi sinh để trẻ có thể bảo đảm cho sự hằng định các thể dịch trong cơ thể. Tuy vậy chức năng lọc của cầu thận trong thời kỳ sơ sinh còn thấp,

**Việc nắm được các đặc điểm giải phẫu sinh lý hệ tiết niệu sinh dục trẻ em là rất cần thiết để góp phần phát hiện tình trạng bệnh lý của tiết niệu sinh dục, đặc biệt các tình trạng rối loạn nước điện giải và cân bằng kiềm toan hay bất thường bộ phận sinh dục ngoài...**

mới chỉ đạt khoảng một phần tư trị số trung bình của trẻ lớn và người lớn.

#### Sự trưởng thành của chức năng thận

Do thiếu một tiêu chuẩn tuyệt đối hoặc một cơ sở sinh lý riêng và thích hợp nào đó để so sánh việc biểu thị chức năng thận ở các lứa tuổi khác nhau nên các thông số chức năng thận thường được qui về đơn vị 1,73m vuông diện tích cơ thể nặng như vậy cho phép so sánh trực tiếp các thông số chức năng thận ở các lứa tuổi khác nhau và các thông số tương đối này sẽ thay đổi tùy theo đơn vị được lựa chọn để so sánh, có thể là diện tích cơ thể, trọng lượng cơ thể, trọng lượng của thận hoặc đơn vị khác.

Ở trẻ còn bú, mức lọc cầu thận tính theo diện tích cơ thể thường thấp khi đến tuổi đi học thì đạt bằng số bình thường của người trưởng thành là 120ml/phút, 1,73m<sup>2</sup> DTCT ± 20.

#### Đặc điểm sinh lý nước tiểu ở trẻ em

Số lần đại của trẻ: 92% trẻ sơ sinh bình thường đi tiểu lần đầu tiên trong 24h đầu sau sinh, 7% trong ngày thứ 2, chỉ có 1% vào ngày thứ 3. Dung tích nước tiểu của trẻ sơ sinh đủ tháng trung bình là 6 ml (có thể tới 44ml).

Trong những ngày đầu tiên trẻ đại rất ít, thậm chí vô niệu do mất nước sinh

lý (kể cả việc cho bú muộn) sau đó số lần đại tăng lên, đặc biệt trong các tháng đầu, có thể từ 20 - 28 lần trong một ngày do khả năng co đặc nước tiểu của thận còn kém vì dung tích bàng quang nhỏ. Khả năng điều khiển của hệ thần kinh trung ương đối với sự bài tiết nước tiểu. Sau năm đầu số lần đại của trẻ giảm xuống nhiều và có thể tập cho trẻ đại chủ động theo bài và không đại ban đêm.

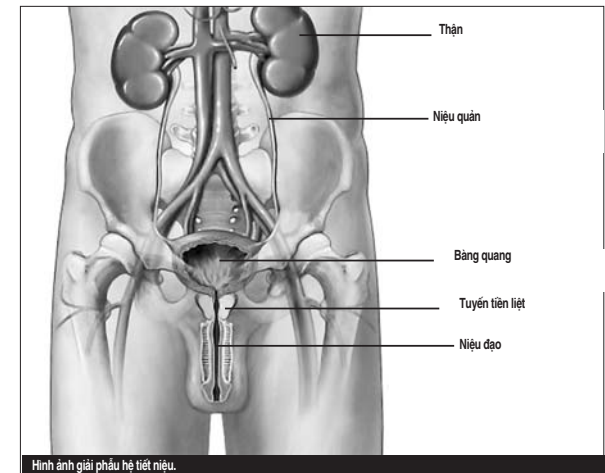
Ba loại bất thường chính có thể gặp: bí đại, hoàn toàn không có bài niệu (vô niệu nguyên phát), xuất hiện thiếu niệu hay vô niệu thứ phát.

Để tính số lượng nước tiểu trung bình của trẻ trên một tuổi, có thể tính theo công thức sau:

$X(ml) \text{ nước tiểu}/24h = 600 + 100(n-1)$   
n là số tuổi

Trẻ đẻ non và an nhân tạo, nước tiểu được bài tiết nhiều hơn trẻ được nuôi dưỡng bằng sữa mẹ.

Việc nắm được các đặc điểm giải phẫu sinh lý hệ tiết niệu sinh dục trẻ em là rất cần thiết để góp phần phát hiện tình trạng bệnh lý của tiết niệu sinh dục, đặc biệt các tình trạng rối loạn nước điện giải và cân bằng kiềm toan hay bất thường bộ phận sinh dục ngoài... Cần trọng khi sử dụng thuốc cho trẻ, cần cân nhắc và theo chỉ định của thầy thuốc, tránh lang bảm.



Hình ảnh giải phẫu hệ tiết niệu.

# THẬN - TIẾT NIÊU



Một số dị tật ở trẻ có thể phát hiện được ngay từ khi trong bụng mẹ.

**Dị tật và bệnh ở đường tiết niệu gặp tương đối phổ biến trong bệnh lý trẻ em. Bệnh gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu, suy và mất chức năng thận. Bệnh cần được phát hiện sớm để có chỉ định đúng về thời gian và cách chữa bệnh.**

## Một số bệnh - dị tật đường thận tiết niệu ở trẻ

PGS.TS. Trần Ngọc Bích

Trước đây, những dị tật này thường chỉ được phát hiện khi có biến chứng, nhưng những năm gần đây đi tắt này thường được phát hiện sớm sau đẻ, thậm chí được phát hiện ngay khi còn trong bụng mẹ. Trong thực tế, trẻ thường chỉ được đưa tới phòng khám vì các lý do như khó đi, đi rì từng lúc hoặc suốt ngày, nước tiểu có thể rì ra ở đũng lỗ đài hoặc ở vị trí khác như ở âm đạo...

Sau đây là một số bệnh - tật hay gặp ở vùng tiết niệu cần được chú ý.

**Hẹp lỗ đài:** ở dị tật lỗ đài lệch thấp hay hẹp sau cát bao qui đầu...

Biểu hiện bệnh: tia đài nhỏ, khó đi. Chứa bàng quang - mở rộng lỗ đài.

**Hẹp bao qui đầu:**

Biểu hiện bệnh: khó đi, khi đi thấy bao qui đầu phồng, lộn bao qui đầu không được - không thấy được cá lỗ đài.

Điều trị: bảo tồn bao qui đầu. Khi hẹp bao qui đầu không có vòng xơ, điều trị không mổ bằng 2 cách:

- Lộn lam rộng dần bao qui đầu.

Phương pháp này đơn giản, dễ làm, không làm trẻ đau, kết quả lâu dài tốt.

- Dùng pine nhỏ nong, tách dính, lam sạch qui đầu - rãnh qui đầu.

Chi dính mỡ: - Khi có vòng xơ ở bao qui đầu và khi bị nghẹt bao qui đầu.

+ Kỹ thuật:

- Cát toàn bộ bao qui đầu. Kỹ thuật này được áp dụng phổ biến cho tới nay.

Theo chúng tôi cần phải cần nhắc và phải được sự đồng ý của gia đình và bệnh nhân mới nên mổ cắt hết bao qui đầu vì bao qui đầu có những chức năng cần cho cơ thể.

- Cát bỏ vòng hẹp bao qui đầu: chỉ cát phần gây hẹp nên sau mổ chưa được hẹp bao qui đầu mà vẫn còn bao qui đầu.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi được giải thích kỹ về các loại kỹ thuật mổ chưa và kết quả sẽ có thì hầu hết bệnh nhân và gia đình đều muốn được mổ theo cách này. Kỹ thuật này nên được áp dụng rộng rãi thay cho cắt bỏ toàn bộ bao qui đầu.

- Tạo hình mở rộng bao qui đầu bằng

các đường rạch chữ I, T, Z.

**Hẹp niệu đạo:** Do nhiều nguyên nhân như chấn thương, viêm nhiễm, bẩm sinh.

Biểu hiện bệnh: đi khó, tia nhỏ, nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

Sau khi chụp niệu đạo sẽ chẩn đoán vị trí, mức độ hẹp và chiều dài niệu đạo hẹp.

Cách chữa: Tùy theo độ dài, mức độ hẹp mà có cách chữa như:

Nong niệu đạo.  
Cắt mở rộng chỗ hẹp bàng nội soi  
Cắt chỗ hẹp, nối lại niệu đạo hoặc tạo thêm một đoạn niệu đạo mới.

**Túi thừa niệu đạo:** Thường ở trẻ trai, hiếm gặp ở trẻ gái.

Biểu hiện bệnh: thường biểu hiện từ ngay sau đẻ. Trẻ không đi thành tia, luôn đi rì. Có sỏi do nhiễm khuẩn nước tiểu. Ở bìu thường có một khối khả tròn căng, ép vào thì ra nước tiểu ở lỗ đài. Chụp niệu đạo xác định vị trí và kích thước túi thừa.

Chữa: kháng sinh và mổ cắt túi thừa,

khẩu tạo lại niệu đạo.

**Sỏi niệu đạo:** Thường do sỏi từ bàng quang xuống.

Biểu hiện bệnh: khó đi, tia nhỏ, đau. Có thể sờ thấy sỏi khi khám. Chụp X quang biết được vị trí sỏi.

Chữa bệnh: Lấy sỏi, lam thông thương lại đường tiểu.

**Van niệu đạo sau ở trẻ nam:**

Biểu hiện bệnh: Trẻ khó đi hoặc đi rì liên tục, đài không hết nước tiểu nên bàng quang thường to. Chẩn đoán bằng chụp X quang hoặc soi niệu đạo.

Chữa bệnh: cắt van niệu đạo qua nội soi.

**Sỏi bàng quang:**

Biểu hiện bệnh: Trẻ thường đang đi thì bị tắc, gây đau. Nước tiểu có thể đục hoặc màu hồng. Chẩn đoán bằng chụp X quang.

Chữa bệnh bằng mổ hoặc nội soi tán sỏi.

**Túi thừa bàng quang:**

Biểu hiện bệnh: Nước tiểu thường bị đục, nhiễm khuẩn. Chẩn đoán bằng chụp X quang hoặc nội soi.

Chữa bệnh: bàng mổ cắt bỏ túi thừa.

**Còn ống niệu rốn:**

Biểu hiện bệnh: thấy nước trong rì ra qua rốn thường xuyên hoặc khi trẻ tiểu tiện, nước tiểu vừa ra qua lỗ đài ở đỉnh qui đầu, lại vừa qua ở rốn. Chụp bàng quang hoặc bơm chất màu xanh Methylene vào sẽ xác định chẩn đoán.

Chữa bệnh: bệnh thường tự khỏi với trẻ sơ sinh. Nếu tồn tại thì phẫu thuật cắt bỏ ống niệu rốn.

**Bàng quang thần kinh:**

Biểu hiện bệnh: đi không tự chủ, đi khó, rì nước tiểu thường xuyên, nước tiểu đục, bàng quang thường căng to... Nguyên nhân có thể bẩm sinh hoặc mắc phải.

Chữa bệnh: có nhiều biện pháp với mục đích chung là làm thông thoát nước tiểu, tránh trào ngược bàng quang niệu quản, nhiễm khuẩn và suy thận.

**Hẹp phần nối bàng quang - niệu quản hay hẹp phần niệu quản trong thành bàng quang:** Gây giãn niệu quản, đài bể thận.

Biểu hiện bệnh: nước tiểu đục, nhiễm khuẩn, có thể sờ thấy có khối u ở một bên man sườn. Chẩn đoán bằng siêu âm và X-quang.

Chữa bệnh: bàng mổ cát chỗ niệu quản hẹp. Trồng lại niệu quản vào bàng

quang có van chống trào ngược.

**Hẹp lỗ niệu quản:** Tạo ra túi sa niệu quản. Túi sa niệu quản có thể thông

bàng quang hoặc chui ra ngoài lỗ đài (ở trẻ gái) gây bị đài. Chẩn đoán bằng siêu âm, chụp và soi bàng quang.

Chữa bệnh: bàng mổ túi sa qua nội soi hay cắt bỏ niệu quản - thận phụ có túi sa nếu thận phụ có chức năng kém và niệu quản phụ gian to.

**Luồng trào ngược bàng quang - niệu quản:**

Do nhiều nguyên nhân khác nhau mà nước tiểu từ bàng quang luôn chảy ngược lên niệu quản gây giãn niệu quản và ứ đọng nước tiểu gây nhiễm khuẩn rồi suy thận. Chẩn đoán bằng X-quang, siêu âm.

Chữa bệnh: bàng kháng sinh khi bệnh ở mức độ nhẹ (độ I và II). Mổ ở mức độ bệnh nặng hơn (độ III, IV) để chữa các nguyên nhân.

**Hẹp ở niệu quản:**

Biểu hiện bệnh: bàng đau bụng vùng man sườn, nước tiểu có thể đục, nản

bụng có thể thấy khối u (thận căng to). Chẩn đoán bằng siêu âm và chụp thần

niệu quản có thước cân quang.

Chữa bệnh: mổ cát van, có thể tạo

hình niệu quản gián phía trên.

**Hội chứng hẹp chỗ nối bể thận niệu quản:**

Biểu hiện bệnh: đau bụng vùng man sườn, nước tiểu có thể đục, nản có thể thấy khối u vùng man sườn (do thận căng to), chẩn đoán bằng siêu âm và chụp thần có thước cân quang. Dị tật này tới nay thường được phát hiện trước khi trẻ ra đời.

Chữa bệnh: mổ cát bỏ chỗ niệu quản hẹp, tạo hình lại bể thận bị giãn, nối lại niệu quản với bể thận.

**Sỏi ở đài - bể thận - niệu quản:**

Biểu hiện bệnh: đau bụng vùng man sườn, nước tiểu có thể đục, nản có thể thấy khối u vùng man sườn (do thận căng to), chẩn đoán bằng siêu âm và X-quang.

Chữa bệnh bằng nội soi tán sỏi hoặc phẫu thuật.

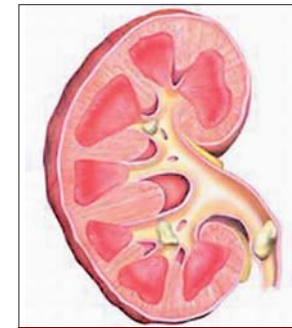
**Thận niệu quản đôi:**

Biểu hiện bệnh: ở mỗi bên có hai đơn vị thận và hai niệu quản. Bệnh có thể ở một hoặc cả hai bên thận trái và phải.

Cả hai niệu quản có thể đều đổ vào bàng quang hoặc có một niệu quản đổ lạc chỗ vào niệu đạo, cạnh lỗ đài, âm đạo... nên gây đài rì liên tục. Chẩn đoán bằng siêu âm và chụp thần - niệu quản có cân quang.

Chữa bệnh: bàng phẫu thuật nếu có đài rì hoặc có dấu hiệu nhiễm khuẩn tái phát.

Tom lại, bệnh - tật đường tiết niệu của trẻ em có rất nhiều loại và lại có thể kết hợp với nhau, với những dị tật hoặc bệnh ở các bộ phận khác. Khi bệnh nhi đến khám sớm, bệnh mới bắt đầu thì việc điều trị có kết quả tốt. Nhưng tháng gần đây, khoa Nhi Bệnh viện Việt - Đức chúng tôi đã khám và điều trị cho nhiều bệnh nhi có chẩn đoán từ trước để. Hy vọng và mong các bậc cha mẹ trẻ em nếu thấy có dấu hiệu gì khác thường thì xin đưa tới khám để điều trị sớm.



Sỏi ở đài bể thận và niệu quản.

**Khi bệnh nhi đến khám sớm, bệnh mới bắt đầu thì việc điều trị có kết quả tốt. Nhưng tháng gần đây, khoa Nhi Bệnh viện Việt - Đức chúng tôi đã khám và điều trị cho nhiều bệnh nhi có chẩn đoán từ trước để. Hy vọng và mong các bậc cha mẹ trẻ em nếu thấy có dấu hiệu gì khác thường thì xin đưa tới khám để điều trị sớm.**

# THẬN - TIẾT NIÊU



Phân tích nước tiểu.

## Nhiễm khuẩn tiết niệu Bệnh thường gặp

>> PGS.TS. Đỗ Thị Liệu

**N**hiễm khuẩn tiết niệu bao gồm tình trạng nhiễm khuẩn trên toàn bộ hệ thống thận - tiết niệu, bao gồm:

- Viêm niệu đạo cấp hoặc mạn tính do lậu hoặc không do lậu
- Viêm bàng quang cấp hoặc mạn tính
- Viêm thận bể thận cấp hoặc mạn tính

### Viêm niệu đạo cấp

Viêm niệu đạo cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tại đường niệu. Viêm niệu đạo cấp được chia thành hai nhóm: do lậu hoặc không do lậu.

Viêm niệu đạo cấp do lậu là một bệnh hoa liễu đặc biệt dễ lây qua đường quan hệ tình dục. Con viêm niệu đạo cấp không do lậu có nhiều

**Nhiễm khuẩn tiết niệu là một bệnh lý khá thường gặp, đặc biệt là ở nữ giới. Khoảng trên 50% nữ giới ở tuổi trưởng thành có ít nhất một lần nhiễm khuẩn tiết niệu trong cuộc đời. Tuy nhiên trẻ nhỏ và tuổi thiếu niên vẫn có thể mắc. Tỷ lệ mắc giữa nữ/nam là 9/1.**

loại vi khuẩn cùng tham gia, kể cả Chlamydia và nấm.

Để chẩn đoán xác định có viêm niệu đạo cấp thường dễ, chủ yếu dựa vào lâm sàng thấy có mủ hoặc dịch ở đầu niệu đạo. Sỏi và cấy dịch niệu đạo là để biết loại vi khuẩn và nấm giúp lựa chọn kháng sinh cho phù hợp.

Việc điều trị là phải tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Nhìn chung viêm niệu đạo cấp do vi khuẩn kể cả do

lậu hoặc không do lậu cũng đều có thể khỏi nhanh sau một liệu trình uống hoặc tiêm kháng sinh phù hợp. Khi phát hiện nhiễm Chlamydia hoặc nấm thì việc lựa chọn kháng sinh cho thích hợp càng cần phải chú ý. Kết quả điều trị còn phụ thuộc vào việc chẩn đoán xác định viêm niệu đạo là đơn độc hay phối hợp với viêm bàng quang, viêm thận bể thận, viêm tiền liệt tuyến, viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn.

Phòng bệnh viêm niệu đạo cấp do lậu là vấn đề quan hệ tình dục an toàn. Vệ sinh tốt bộ phận sinh dục ngoài sẽ góp phần giảm bớt nguy cơ viêm niệu đạo cấp không do lậu.

### Viêm bàng quang cấp

Viêm bàng quang cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính tại bàng quang. Vi khuẩn thường gặp là vi khuẩn Gram (-), chiếm khoảng 90% đặc biệt là E. Coli; vi khuẩn Gram (+) chỉ chiếm khoảng 10% bệnh nhân.

Đường vào của vi khuẩn thường là đường ngược dòng, nghĩa là vi khuẩn từ niệu đạo rồi vào bàng quang. Bệnh rất thường gặp ở nữ.

Có thể có một số nguyên nhân thuận lợi tạo điều kiện cho viêm bàng quang cấp như phi đại lạnh tinh hoặc ứ đọng tiểu tiện liệt, sỏi hay u bàng quang, đài tháo đường, phụ nữ có thai và đặt sonde dẫn lưu bàng quang do nhiều nguyên nhân khác nhau.

Chẩn đoán xác định viêm bàng quang cấp dựa vào: có hội chứng bàng quang rỏ với đái buốt, đái dắt, có thể có đái máu, đái mủ cuối bài nước tiểu. Có đau nhẹ vùng trên khớp mu khi nước tiểu căng. Thường thì bệnh nhân không sốt hoặc chỉ sốt nhẹ dưới 38°C. Xét nghiệm có bạch cầu niệu nhiều chứng tỏ có nhiễm khuẩn. Cấy nước tiểu khi viêm bàng quang cấp mà không có đáp ứng tốt với điều trị, hoặc hay tái phát hoặc có nguyên nhân thuận lợi sẽ phân lập được loại vi khuẩn, giúp cho việc lựa chọn kháng sinh thích hợp dễ dàng hơn.

Điều trị viêm bàng quang cấp thể thông thường khá đơn giản. Có thể dùng hoá chất sát khuẩn đường tiết niệu như nitrofurantoin, mictaxonbleu hay một kháng sinh thông thường như bisepтол, cephalaxin hoặc amoxicilin. Khi có nguyên nhân thuận lợi (sỏi, u gây tắc đường bài xuất) hoặc vi khuẩn đa

kháng với các thuốc này sẽ lựa chọn kháng sinh theo kháng sinh đồ ở nhóm

fluoroquinolon, cephalosporine thế hệ 2 hoặc 3, beta-lactamin với các thuốc có bổ sung axit clavulanic (VD: noroxin, augmentin...). Một liệu trình điều trị viêm bàng quang cấp có thể ngắn chỉ một liệu đơn trong một ngày, 3 ngày, 5 ngày, 7 ngày hoặc 10 ngày tùy vào thể viêm thông thường, viêm có nguyên nhân thuận lợi hay đối tượng là người già, phụ nữ có thai... theo đúng đơn chỉ định của thầy thuốc.

Điều đơn giản nhất để dự phòng viêm bàng quang cấp là cần uống đủ nước. Khối lượng nước tiểu trong 24 giờ ít nhất là từ 1,5 lít trở lên. Không nên nhịn tiểu quá 6 giờ. Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài và loại bỏ nguyên nhân thuận lợi cũng là yếu tố cần được lưu ý.

### Viêm thận bể thận cấp

Viêm thận bể thận cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính các đài thận, bể thận và nhu mô thận hay còn gọi là nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên. Vi khuẩn thường gặp cũng chủ yếu là Gram (-) chiếm khoảng 90% trong đó E. Coli chiếm 70-80% bệnh nhân.

Đường vào của vi khuẩn cũng thường là đường ngược dòng, nghĩa là vi khuẩn từ niệu đạo, vào bàng quang, ngược lên tiểu quản, bể thận rồi vào nhu mô thận. Tuy nhiên vi khuẩn cũng có thể đến gây viêm thận bể thận cấp qua đường máu (từ nhiễm khuẩn huyết). Tỷ lệ nữ mắc bệnh cũng nhiều hơn nam giới.

Viêm thận bể thận cấp được coi là một cấp cứu nội khoa, vì vậy đa số bệnh nhân cần được nhập viện. Bệnh có thể có những diễn biến nặng như sốc nhiễm khuẩn. Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết từ viêm thận bể thận cấp cũng khá cao, từ khoảng 5-10% bệnh nhân.

Chẩn đoán xác định viêm thận bể thận cấp thể điển hình dựa vào: biểu hiện lâm sàng thường có hội chứng

bàng quang đi trước một vài ngày với đái buốt, đái dắt, đái máu và đái mủ cuối bài nước tiểu. Sau đó bệnh nhân xuất hiện đau vùng hông lưng một hoặc hai bên, kèm theo sốt cao rét run. Xét nghiệm nước tiểu có bạch cầu niệu nhiều, vi khuẩn niệu (+) và có protein niệu mức độ ít (< 1g/l). Xét nghiệm máu có số lượng bạch cầu tăng, tỷ lệ % bạch cầu đa nhân trung tính tăng. Cấy máu khi bệnh nhân có sốt cao trên 38,5°C có thể dương tính.

Các thể bệnh không điển hình là các thể bệnh nhẹ, triệu chứng không rõ hoặc các thể bệnh có nguyên nhân thuận lợi (có tắc nghẽn đường bài niệu, bệnh nhân đái tháo đường...), phụ nữ có thai, người già hoặc người có tình trạng suy giảm miễn dịch. Cần xét nghiệm thêm những xét nghiệm chuyên khoa như siêu âm hệ tiết niệu, chụp X-quang hệ tiết niệu, xét nghiệm đường máu... để tìm thêm các nguyên nhân thuận lợi này.

Điều trị viêm thận bể thận cấp thể điển hình, không biến chứng là sử dụng một liệu trình kháng sinh thích hợp và đủ thời gian. Cần cấy vi khuẩn niệu, cấy máu trước khi bắt đầu dùng kháng sinh. Trong khi chờ đợi kết quả cấy sẽ chọn một kháng sinh trong nhóm fluoroquinolon, cephalosporine thế hệ 2-3-4, beta-lactamin có phối hợp axit clavulanic, nhóm aminoglycosid. Phối hợp kháng sinh có thể được đặt ra khi cần thiết. Liệu trình điều trị kháng sinh trung bình là 10-14 ngày. Trong những trường hợp cần thiết liệu trình kháng sinh có thể kéo dài 3 tuần hoặc hơn.

Với thể viêm thận bể thận cấp không điển hình và nhẹ thì không nhất thiết phải nằm viện nhưng việc lựa chọn đúng và đủ liều, đủ thời gian kháng sinh vẫn rất cần thiết để tránh bệnh tái phát và trở thành mạn tính.

Với thể bệnh có nguyên nhân thuận lợi, bên cạnh việc điều trị kháng sinh đủ liều và đủ thời gian, cần chú ý điều trị phối hợp các nguyên nhân thuận lợi (loại bỏ sỏi hệ tiết niệu, u phì đại tiền liệt tuyến...). Ở phụ nữ có thai cần chú ý lựa chọn kháng sinh không có hại cho thai.

Phòng viêm thận bể thận cấp cũng nhằm phòng viêm bàng quang cấp. Uống đủ nước và vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài luôn là biện pháp hữu hiệu cho tất cả mọi người.

**Việc điều trị là phải tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Nhìn chung viêm niệu đạo cấp do vi khuẩn kể cả do lậu hoặc không do lậu cũng đều có thể khỏi nhanh sau một liệu trình uống hoặc tiêm kháng sinh phù hợp.**



Khám cho bệnh nhân tại Khoa thận - tiết niệu Bệnh viện E.

Ảnh: Đức Anh

## Viêm cầu thận cấp

» BS. Nguyễn Bằng

Viêm cầu thận cấp không chỉ là một bệnh đơn thuần mà là một hội chứng gọi là hội chứng cầu thận cấp. Viêm cầu thận cấp bao gồm hai hình thái. Hình thái thứ nhất là viêm cầu thận cấp thông thường hầu hết xuất hiện sau nhiễm liên cầu khuẩn, khởi phát với các triệu chứng như phù, đái ít, đái máu, tăng huyết áp, có protein niệu, có thể suy tim, suy thận, có thể chưa hoàn toàn. Hình thái thứ hai là viêm cầu thận cấp tiến triển nhanh thường xuất hiện đa số không do liên cầu, khởi phát từ từ với các triệu chứng như phù, thiếu niệu kéo dài, suy thận tiến triển nhanh, từ vòng sớm, ít khi qua khỏi 6 tháng.

Viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu được coi là mẫu hình của hội chứng viêm cầu thận cấp. Bệnh thường xuất hiện sau một đợt nhiễm khuẩn cổ họng, ngoài da. Vì khuẩn gây bệnh là liên cầu tan máu beta ta nhóm A chúng 12.

### Triệu chứng lâm sàng

Bệnh thường khởi phát đột ngột, có thể có dấu hiệu báo trước như mệt mỏi, chán ăn, tức mỏi vùng lưng, sốt, viêm họng. Tam chứng thường gặp là:

1. Phù: phù mềm, trắng, ấn lõm để lại dấu ấn ngón tay, lúc đầu thường xuất hiện ở mắt như nặng mí mắt, sau đó có thể phù mắt trước xương chày, mu chân, quanh mắt cá, nặng hơn có thể có tràn dịch màng phổi, phù phổi cấp, phù não. Phù nhiều hay ít còn tùy thuộc vào chế độ ăn.

2. Đái máu: thường xuất hiện sớm, đái máu đại thể khi thấy nước tiểu đỏ như nước rửa thịt hoặc đái máu vi thể là có hồng cầu trong nước tiểu khi soi kính hiển vi nhưng không nhiều. Tru hồng cầu là một dấu hiệu, đặc trưng chứng tỏ hồng cầu là từ thận xuống. Đái máu đại thể thường không sớm nhưng đái máu vi thể thường kéo dài, hồng cầu niệu có khi 3 tháng mới hết,

do đó phải theo dõi dài ngày.

3. Tăng huyết áp: trên 60% bệnh nhân có tăng huyết áp, tăng cả huyết áp tâm thu và tâm trương. Phù phổi cấp là biến chứng thường gặp do tăng huyết áp, phù và suy tim trái cấp.

Ngoài ra, còn có các triệu chứng như: Đái ít hoặc vô niệu: xuất hiện sớm, bệnh nhân thường chỉ đái được 500-600ml/24h (thiếu niệu), hoặc <300 ml/24h (vô niệu).

- Suy tim: ít gặp nhưng nếu có thì tiên lượng xấu, có thể do tăng huyết áp, giữ muối, giữ nước.

### Xét nghiệm

Công thức máu: thường có thiếu máu nhẹ, bình sắc hoặc nhược sắc. Tốc độ máu lắng tăng.

Bộ thể máu giảm: 90% bệnh nhân có bộ thể máu giảm, giảm thành phần C3 là chủ yếu.

Kháng thể kháng liên cầu tăng: tăng

ASLO rất đặc hiệu cho nhiễm liên cầu ở cổ họng nhưng nhiễm khuẩn ngoài da thì ít đặc hiệu hơn.

Sản phẩm giáng hóa của fibrin tăng: là biểu hiện của quá trình đông máu trong lòng mạch ở cầu thận, là một trong những dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán, điều trị và tiên lượng.

Tăng nitơ phi protein máu: Ure, creatinine máu tăng là biểu hiện của suy thận cấp có thiếu niệu hoặc vô niệu, có thể từ vong. Thường chỉ là tạm thời, chóng trở về bình thường, nếu kéo dài và tăng dần thì phải theo dõi chặt.

Protein niệu: bao giờ cũng có, trung bình 2-3g/24h.

### Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định dựa vào: tiền sử có nhiễm khuẩn ở họng, ngoài da... rồi xuất hiện phù, đái ít, đái máu, tăng huyết áp, protein niệu (+), hồng cầu niệu (+), ASLO máu tăng, bộ thể máu giảm, tăng sinh tế bào trong mạch lan tỏa.

Chẩn đoán phân biệt:

- Đợt cấp của viêm cầu thận mạn: dựa

vào tiền sử, bệnh sử, siêu âm, chụp thận thuốc (UIV).

- Viêm cầu thận không phải do liên cầu: dựa vào bệnh sử, cấy vi khuẩn mũi họng, ASLO và các kháng thể kháng liên cầu khác.

- Viêm cầu thận IgA (bệnh Buerger): bệnh nhân có đái máu tái phát đại thể hoặc vi thể, IgA máu tăng, lắng đọng IgA ở tổ chức gian mạch.

### Điều trị

Chủ yếu là điều trị triệu chứng:

Phù, suy tim: Hạn chế uống nước, ăn nhạt, lợi tiểu furosemid (lasix) viên uống hoặc tiêm tĩnh mạch khi có phù phổi cấp.

Tăng huyết áp: dùng lợi tiểu và ăn nhạt kết hợp thuốc hạ áp nhóm gian mạch (alphamethyldopa), chẹn canxi (nifedipine, amlor...), thuốc an thần.

Thường trong vòng 1 tuần bệnh nhân sẽ đái tốt, các triệu chứng phù, tăng huyết áp sẽ giảm. Nếu không đáp ứng, đái ít, ure, creatinine máu, kali máu tăng cao thì có chỉ định lọc máu ngoài cơ thể.

Chế độ sinh hoạt, dinh dưỡng: người bệnh cần được nghỉ ngơi và dinh dưỡng hợp lý: ăn nhạt, hạn chế ăn thức ăn giàu đạm, khi có suy thận ure máu cao thì tăng các loại khoai thay cho gạo, mỳ, khi có thiếu niệu thì bỏ tạm rau quả để phòng kali máu tăng.

Dùng kháng sinh: penicilline hoặc kháng sinh thích hợp khi còn dấu hiệu nhiễm liên cầu. Có thể cho extacilline (Benzathyl benzypenicilline) mỗi tháng 2,4 triệu đơn vị để phòng tái nhiễm liên cầu.

Điều biến và tiên lượng: thường gặp ở trẻ em và tiên lượng tốt, ở người lớn ít gặp nhưng tiên lượng lại nặng hơn. 80% khỏi hoàn toàn ở trẻ em, ở người lớn là 60%. Chỉ sau vài ngày đến 1 tuần bệnh nhân đi đái nhiều dần, phù giảm, nước tiểu trong dần, huyết áp trở về bình thường, hồng cầu niệu, protein niệu có thể kéo dài 6 tháng đến 1 năm. Khoảng 10-20% chuyển thành viêm cầu thận mạn, sau nhiều năm hai thận teo nhỏ dần, một số rất ít có thể chết trong đợt phù phổi cấp, suy tim, suy thận cấp, nhiễm khuẩn.

## BƯỚC ĐỘT PHÁ TRONG VIỆC THIẾT LẬP CÂN BẰNG HỆ VI SINH ĐƯỜNG RUỘT - LÀM THẾ NÀO ĐỂ BÉ PHÁT TRIỂN TOÀN DIỆN?

Nguyên nhân mất cân bằng hệ vi sinh đường ruột

Ngộ độc thức ăn, sử dụng thuốc kháng sinh, stress, người hay uống rượu, người bị bệnh lý đường ruột như viêm dạ dày, đại tràng cấp và mạn... là nguyên nhân gây mất cân bằng hệ vi sinh đường ruột.

Ở trẻ, hệ miễn dịch còn rất non yếu, nhất là khi trẻ bước sang thời kỳ ăn dặm, sức đề kháng giảm, các vi khuẩn dễ dàng xâm nhập làm trẻ mệt mỏi, tiêu chảy, hay nôn ói, táo bón... Những trẻ dùng thuốc kháng sinh trong thời gian dài, các thuốc kháng sinh khi tiêu diệt các vi khuẩn có hại thì đồng thời cũng tiêu diệt đi nhiều các vi khuẩn có lợi, làm mất cân bằng hệ vi sinh trong ruột.

Vai trò của kẽm trong sự phát triển của trẻ

Kẽm có vai trò hết sức quan trọng trong quá trình phát triển của trẻ, cần thiết cho cấu tạo tinh phần hormon sinh dục nam, có tác dụng tổng hợp, cấu trúc và bài tiết nhiều hormon như: hormon tăng trưởng, insulin, thymin...; tham gia vào nhiều chuyển hoá: glucid, protein, acid nucleic; tham gia quá trình tổng hợp gen, giúp trẻ ăn ngon miệng, phát triển giới tính, chiều cao... Kẽm được đưa vào cơ thể chủ yếu qua đường tiêu hoá, được hấp thu phần lớn ở ruột non. Chính vì thế nếu trẻ mất cân bằng hệ vi sinh đường ruột sẽ dẫn đến thiếu kẽm khiến cho trẻ căng gầy yếu, kẽm phát triển cả về thể lực và trí lực. Tuy nhiên nếu cung cấp kẽm quá thừa sẽ gây nhiễm độc kẽm rất nguy hiểm.



### Giải pháp

Việc tái lập cân bằng hệ vi sinh đường ruột, cung cấp kẽm hợp cho trẻ là rất quan trọng. Ngoài ra, còn cần bổ sung chất xơ, các vitamin, acid amin, khoáng chất... để trẻ có được một cơ thể khỏe mạnh, thông minh. Trên thị trường có rất nhiều chế phẩm men vi sinh cung cấp các chủng vi khuẩn có ích, nhưng thường sau khi sử dụng tỷ lệ sống khi tới ruột còn rất thấp hoặc đôi khi bằng không do những vi khuẩn có ích này thường không bền vững với nhiệt độ, độ ẩm và acid dạ dày để phát triển qua trình di chuyển bằng đường uống qua dạ dày đến ruột hay do quá trình bảo quản

### Ưu điểm của sản phẩm mới

Cốm vi sinh ZinciBio là bước đột phá trong công nghệ bảo chế. Cốm vi sinh ZinciBio chứa các chủng vi khuẩn có ích do công ty Chr-Hansen Đan Mạch sản xuất dưới dạng vi nang tan trong

ThS Dược. Trần Thị Lan Hương

ruột vì thế không chịu ảnh hưởng bởi các tác động của môi trường, ổn định về tỷ lệ sống trong suốt quá trình bảo quản, phân phối cũng như trong suốt dọc đường đến ruột. Việc phối hợp tác dụng của 4 chủng vi khuẩn sống có ích với tỷ lệ phù hợp đem lại tác dụng hơn hẳn so với việc sử dụng từng chủng đơn lẻ.

Thành phần Kẽm trong Cốm vi sinh ZinciBio với liều lượng thích hợp giúp tăng hấp thu, tạo cảm giác thèm ăn với trẻ biếng ăn, phát triển giới tính trẻ, tăng chiều cao... Thành phần Inulin hay chất xơ giúp quá trình tiêu hoá của trẻ được tốt hơn, bổ sung lượng chất xơ bị thiếu do lượng rau, củ, quả trẻ ăn hằng ngày không đủ. Các vitamin, acid amin, canxi, phospho... giúp bảo vệ niêm mạc ruột, ngăn ngừa sự tấn công của các vi khuẩn có hại, làm giảm độc tính của các chất độc có trong thức ăn, tăng cường miễn dịch, kích thích hoạt động của enzym tiêu hoá thức ăn cần thiết cho sự phát triển của trẻ, giúp bé khỏe mạnh, chống lại các bệnh tật và hỗ trợ phục sức khỏe nhanh chóng đối với trẻ mới ốm dậy.

Dạng gói nhỏ mỗi 3g mùi vị dễ chịu giúp bé dễ uống, có thể pha với sữa, nước hay thức ăn cho bé, uống sau bữa ăn khoảng 30 phút. Mỗi đợt bé có thể dùng 1 tháng sau đó nghỉ 2 tháng và tiếp tục dùng lại để giúp ổn định tình hình, hết các rối loạn tiêu hoá, kích thích ăn ngon, cải thiện chiều cao, giúp bé phát triển toàn diện.

Không những thế, Cốm vi sinh ZinciBio còn tốt cho người lớn uống nhiều rượu, bia, sau khi sử dụng kháng sinh, khi cơ thể mệt mỏi suy nhược.

Sản phẩm có bán tại các cửa hàng thuốc trên toàn quốc.

# Suy thận cấp ...

>> PGS.BS. Trần Văn Chất

**Suy thận cấp là một bệnh lý thường gặp trong lâm sàng nội khoa và nhi khoa. Là hội chứng suy giảm đột ngột một phần hay toàn bộ chức năng thận mà trước đó bình thường.**

Nhờ các phương pháp lọc ngoài thận (lọc màng bụng, thẩm phân máu, lọc máu chậm liên tục) nhiều trường hợp suy thận cấp nặng, phức tạp đã được cứu sống.

## Tại sao bị suy thận cấp?

Y học giải thích suy thận cấp do:

- Giảm lưu lượng máu tới thận khi bị đi ngoài phân lỏng nặng, xuất huyết tiêu hóa nhiều gây hạ huyết áp hoặc truy mạch.

- Co thắt hay tắc lưới mao mạch cầu thận khi bị sốc phân vệ, đông máu rải rác trong lòng mạch.

- Tổn thương niêm mạc tế bào thượng bì ống thận dẫn đến khuyếch tán ngược nước tiểu ban đầu, gây phù nề tổ chức kẽ thận gặp trong nhiễm độc kim loại nặng, đa chấn thương, ngộ độc mật cá trắm, ong vò ve đốt, rắn độc cắn...

- Tắc lòng ống thận do các tinh thể urat, canxi, sulfamid, sỏi nhỏ.

## Có bao nhiêu loại suy thận cấp?

Dựa vào cơ chế bệnh sinh, các nhà thận học phân chia suy thận cấp có 3 loại:

- Suy thận cấp trước thận. Thường nhẹ. Sẽ hồi phục hoàn toàn sau khi điều trị tốt nguyên nhân.

- Suy thận cấp tại thận. Thường rất nặng. Triệu chứng lâm sàng rầm rộ, nhiều trường hợp cần áp dụng lọc ngoài thận để thoát khỏi nguy cơ tử vong.

- Suy thận cấp sau thận. Thường do sỏi đường tiết niệu. Một số ít trường



hợp do khối u chèn ép làm tắc đường dẫn niệu.

## Suy thận cấp có những nguyên nhân gì?

Những nguyên nhân thường gặp của suy thận cấp là:

- Giảm khối lượng tuần hoàn do mất nước, mất điện giải do: đi ngoài phân lỏng nhiều trong tiêu chảy cấp nặng; nôn nhiều trong hẹp môn vị; xuất huyết tiêu hóa nặng trong loét dạ dày, tá tràng; vỡ tĩnh mạch thực quản trong xơ gan; suy tim nặng.

- Viêm ống thận cấp, hoại tử ống thận cấp do bỏng nặng, nhiễm khuẩn huyết; đa chấn thương, hội chứng vùi lấp; truyền nhầm nhóm máu; biến chứng thai sản: nạo phá thai nhiễm khuẩn, rau tiền đạo; ngộ độc kim loại nặng; ngộ độc mật cá trắm; ong vò ve đốt; rắn độc cắn; sau phẫu thuật lớn, phức tạp.

- Sỏi tiết niệu, đặc biệt sỏi hai niệu quản, sỏi san hô hai bể thận.

## Suy thận cấp có những triệu chứng gì?

Về lâm sàng, triệu chứng quan trọng của suy thận cấp là thiếu niệu hoặc vô niệu. Khối lượng nước tiểu trong ngày

dưới 400ml. Từ đó gây ra phù, tăng huyết áp, khó thở do phù phổi hoặc suy tim. Ngoài ra, còn có triệu chứng của nguyên nhân cụ thể ví dụ sốt cao do nhiễm khuẩn máu, nôn ra máu tươi do vỡ tĩnh mạch thực quản, truy tìm mạch trong sốc phân vệ.

Về cận lâm sàng, các kết quả xét nghiệm máu thấy ure, creatinin tăng, rối loạn điện giải (tăng kali...), rối loạn toan kiềm (pH giảm, bicarbonat giảm...). Siêu âm hệ tiết niệu phát hiện các bất thường, ví dụ nốt cản quang kèm theo bóng cản, đài bể thận giãn trong sỏi thận - tiết niệu. Điện tâm đồ thấy QRS rộng và sóng T cao, nhon đôi xung khi có kali máu tăng.

Cần theo dõi diễn biến lâm sàng các giai đoạn: khởi đầu, toan phát, đi tiểu trở lại, hồi phục để chỉ định các xét nghiệm cần thiết.

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, thầy thuốc sẽ chẩn đoán: suy thận cấp chức năng hay suy thận cấp thực tổn; suy thận cấp do tác nhân; nguyên nhân và mức độ nhẹ, vừa, nặng của suy thận để xử trí đúng và kịp thời.

## Các biện pháp điều trị suy thận cấp

Việc điều trị suy thận cấp có các

mục đích:

- Tái lập chức năng ngoại tiết của thận bị giảm bằng: thải trừ ure, creatinin; cân bằng điện giải; cân bằng toan kiềm; cân bằng nước.

- Loại trừ nguyên nhân nếu còn và đã biết. Ví dụ ngộ độc kim loại nặng, nhiễm khuẩn huyết.

Cụ thể, tùy từng loại suy thận và từng nguyên nhân, chọn các biện pháp:

- Chế độ ăn uống: Năng lượng 40kcalo/kg/ngày. Nước, muối natri, muối kali giảm. Hạn chế đạm.

- Kiểm hóa máu bằng dung dịch nabicarbonat đẳng trương hay ưu trương.

- Chống kali máu tăng bằng dung dịch Nabicarbonat đẳng trương hoặc

ưu trương hoặc dung dịch glucose ưu trương và insulin; canxi gluconat tiêm tĩnh mạch; nhựa trao đổi ion (resonium A) uống hoặc bơm vào hậu môn trực tràng.

- Lợi tiểu cưỡng bức bằng tiêm furosemid liều cao 4 giờ 1 lần. Có theo dõi lượng nước tiểu thải ra. Nếu sau 2 ngày không tăng lượng nước tiểu thì ngừng.

- Lọc ngoài thận bằng: lọc màng bụng ngắt quãng; thẩm phân máu ngắt quãng; lọc máu chậm liên tục cho các trường hợp nặng có rối loạn huyết động (tụt huyết áp), chức năng gan, suy tổn thương nhiều; thay huyết tương.

Việc chỉ định các phương pháp lọc

ngoài thận cần kịp thời và đúng cách. Đây là tiêu chí để đánh giá trình độ chuyên môn.

- Chống nhiễm khuẩn với kháng sinh thích hợp.

- Duy trì các chức năng sinh tồn về tim mạch và hô hấp với biện pháp tích cực.

Tuy đa có nhiều phương pháp hiện đại trong lọc ngoài thận, nhưng tỉ lệ tử vong của suy thận cấp vẫn còn cao và kinh phí điều trị rất tốn kém.

Chúng ta cần phòng ngừa suy thận cấp bằng chế độ ăn uống hợp lý, hợp vệ sinh, thận trọng khi dùng các loại thuốc kháng sinh, thuốc bổ, thực phẩm chức năng và cần tham khảo ý kiến của thầy thuốc.

# ... và mạn tính

Hiện nay trên thế giới có khoảng 500 triệu người bị suy thận mạn tính và khoảng trên 1,5 triệu người được điều trị thay thế (lọc màng bụng liên tục ngoài trú, lọc máu chu kỳ, ghép thận). Số người bị suy thận mạn tính tăng dần.

Ở nước ta, các khoa thận - tiết niệu và các trung tâm lọc ngoài thận ở các miền Bắc, Trung, Nam đều gặp tài người bệnh bị suy thận mạn tính.

Suy thận mạn tính là hội chứng lâm sàng và thể dịch biểu hiện tổn thương ở thận nặng dần, không hồi phục, tiến triển từ từ và kết thúc ở suy thận giai đoạn cuối.

## Thế nào là bệnh thận mạn tính?

Theo Tổ chức Y tế thế giới và Hội Thận học thế giới, khi một người mà trong nước tiểu có protein và hồng cầu trên 3 tháng thì đã chuyển sang bệnh thận mạn tính. Sau đó có thể bị thêm thiếu máu, tăng huyết áp, phi đại tâm thất...

## Suy thận mạn tính do các nguyên nhân nào?

Các nguyên nhân thường gặp của suy thận mạn tính là: viêm và thoái hóa cầu thận; nhiễm khuẩn và tác nhân đường niệu (sỏi tiết niệu); bẩm sinh, gia đình (đa nang thận); thận biến chứng của đại

thảo đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch và rối loạn mỡ máu.

Có sự khác nhau về tỉ lệ bệnh giữa các nước phát triển và đang phát triển, giữa người lớn và trẻ em bị suy thận mạn tính. Ví dụ ở các nước phát triển do đại thảo đường, tăng huyết áp có tỉ lệ cao; trái lại ở các nước đang phát triển do viêm cầu thận mạn và sỏi tiết niệu.

Có sự liên quan nhân quả rất chặt chẽ giữa suy thận mạn tính với tăng huyết áp, suy tim và đại thảo đường.

## Điều trị suy thận giai đoạn cuối gồm những biện pháp nào?

Các biện pháp điều trị suy thận giai đoạn cuối bao gồm:

- Chế độ ăn uống: cần thực hiện đúng hướng dẫn của các bác sĩ chuyên khoa: năng lượng - 35 kcalo/kg/ngày; protid - 0,5 - 0,7g/kg/ngày khi chưa lọc ngoài thận, 1 - 1,2 g/kg/ngày nếu thẩm phân máu chu kỳ, 1,1 - 1,3 g/kg/ngày nếu lọc màng bụng liên tục ngoài trú.; giảm mỡ động vật; giảm muối khoảng 5 g/ngày.

- Lọc ngoài thận. Tùy theo thể trạng và hoàn cảnh kinh tế, địa dư của bệnh nhân để chọn:

+ Thẩm phân máu (chạy thận nhân tạo) chu kỳ mỗi tuần 3 lần (đa nang thận); thận biến chứng của đại

+ Lọc màng bụng liên tục ngoài trú tại nhà. Bệnh nhân được huấn luyện cách thay dịch lọc và theo dõi biến chứng.

- Ghép thận. Ghép thận là phương pháp điều trị thay thận tích cực. Đây là đỉnh cao của trình độ y học của mỗi nước. Trường hợp ghép thận đầu tiên tiến hành đồng thời ở Mỹ và Pháp năm 1954. Ở Việt Nam, trường hợp ghép thận thành công đầu tiên năm 1992 và cho đến nay trong cả nước ở Bắc, Trung, Nam đã có 10 trung tâm ghép thận cho trên 120 trường hợp. Tỉ lệ thành công đáng khích lệ. Thận cho được lấy từ người sống cùng huyết thống hoặc từ người chết lâm sàng có cùng nhóm máu và hoà hợp tổ chức. Sau khi ghép người nhận thận cần phải dùng các thuốc chống thải theo phác đồ ở từng trung tâm. Các thuốc được sử dụng gồm: methylprednison; cyclophosphamid; azathioprim; cyclosporin A; tacrolimus, prograf; mycophenolat mofetil; rapamycin, sirolimus; huyết tương kháng lympho.

## Chỉ phi điều trị thay thế thận rất tốn kém

Hiện nay trên thế giới có khoảng 1,5 triệu người suy thận giai đoạn cuối đang được điều trị thẩm phân máu chu kỳ, lọc màng bụng liên tục ngoài trú và ghép thận. Số lượng này sẽ tăng gấp đôi trong



Chạy thận nhân tạo.

Ảnh: PH

10 năm tới và dự kiến sẽ chỉ tới 1 tỷ USD hàng năm cho phương pháp điều trị này.

Ở các nước phát triển, 80% bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối được điều trị thay thế.

Ở các nước đang phát triển, các nước nghèo, chỉ dưới 10% bệnh nhân được điều trị.

Trung Quốc sẽ chỉ khoảng 555 tỷ USD để điều trị suy thận cho thập niên tới.

Ở nước ta, mặc dù tính toán chưa đủ, còn nặng "bao cấp" nhưng mới bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối hàng năm phải nộp viện phí khoảng hơn 50 triệu VNĐ. Đây là gánh nặng cho bệnh nhân, gia đình bệnh nhân. Bảo hiểm xã hội và bảo hiểm y tế đã hỗ trợ nhưng người bệnh vẫn còn rất khó khăn.

### Cần phòng chống bệnh thận mạn tính

Bệnh thận mạn tính sẽ tiến triển tới suy thận giai đoạn cuối. Chúng ta cần:

- Phát hiện bệnh thận sớm bằng kiểm tra sức khỏe định kỳ với:

+ Thử nước tiểu tìm protein và hồng cầu, bạch cầu.

+ Thử máu, định lượng creatinin, từ

đó suy ra mức lọc cầu thận theo công thức chuẩn.

+ Siêu âm thận.

Đây là nhiệm vụ của y tế cơ sở: trạm y tế phường, trạm y tế xã, phòng y tế cơ quan và bác sĩ gia đình.

- Lưu ý, quan tâm phát hiện ở người có nguy cơ cao: người bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, béo phì, người hút thuốc, rối loạn mỡ máu, trên 50 tuổi, tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường, tăng huyết áp và bệnh thận, tiền sử cá nhân bị các bệnh thận khác (sỏi tiết niệu, viêm đường tiết niệu, phì đại tuyến tiền liệt...).

- Khi bị đái tháo đường, cần khống chế glucose huyết dưới 7mmol/l và HbA1C dưới 6,5%.

- Khi bị tăng huyết áp, cần khống chế huyết áp tâm thu dưới 135 mmHg và huyết áp tâm trương dưới 85 mmHg.

- Thuốc nhóm ức chế men chuyển (captopril, analapril, lisinopril) và chẹn thụ thể ATI (losartan, telmisartan) là thuốc được chọn trong điều trị tăng huyết áp trong bệnh thận.

Vì tầm quan trọng của bệnh thận mạn tính nên Tổ chức Y tế thế giới và Hội thận học thế giới lấy ngày thứ năm tuần thứ hai của tháng 3 hàng năm là Ngày thế giới phòng chống bệnh thận.

**Khi nghĩ về hệ tiết niệu và thận chúng ta thường chỉ cho rằng nó tạo ra nước tiểu. Nhưng trong thực tế ngoài việc bài tiết các chất độc khỏi cơ thể bằng nước tiểu, thận còn có nhiều chức năng quan trọng khác.**

**Đ**ể lọc sạch máu, các mạch máu phải đưa máu tới các tiểu cầu thận, ở đây các chất cần bỏ được lấy bỏ chỉ còn lại phần máu sạch trở lại vòng tuần hoàn. Tất cả các bệnh lý làm cho cầu thận bị tổn thương đều làm chức năng lọc của thận suy giảm.

Chức năng bài tiết nước tiểu do hệ thống ống thận đảm nhiệm. Nước tiểu được tạo ra sẽ theo hệ tiết niệu ra ngoài. Vùng ống thận là nơi có nhiều tế bào ở khoảng kẽ. Khi ống thận làm việc tốt nước tiểu tạo ra sẽ không nhiều quá và ít quá. Nếu số lượng nhiều sẽ được tăng tái hấp thu, còn nếu ít sẽ tăng thải tiết. Khi bệnh lý ở ống kẽ thận, lượng nước tiểu tạo ra sẽ không "chuẩn". Bệnh thận tác động chỉ một vùng thận mà bao giờ cũng làm tổn thương mọi vị trí của thận. Khi thận suy sẽ có các biểu hiện từ thừa gây ngộ độc các chất cần bỏ do không lọc được, phù nề do tích nước hoặc tiểu nhiều, tiểu đêm, loạn đường xương, tăng huyết áp...

### Điều trị thận suy thế nào?

Thận suy phải được hiểu là tất cả các chức năng đều suy và vì vậy phải điều trị một cách toàn diện ngay từ đầu. Các biến loạn chúng ta thấy biểu hiện trên lâm sàng thì thận đã suy nặng. Cần điều trị tích cực ngay từ lúc phát hiện bệnh để đảm bảo duy trì những phần "thận lành" còn lại. Cụ thể là khống chế thật tốt huyết áp bằng thuốc ức chế men chuyển đối angiotensin hay ức chế thụ thể ATI. Duy trì cân nặng và chế độ dinh dưỡng đầy đủ nhưng không quá thừa làm tăng gánh nặng cho thận. Chống rối loạn lipid máu sớm, bổ sung các chất tham gia chuyển hóa calciphosphor và tạo máu ngay khi có chỉ định. Khuyến cáo về việc sử dụng thuốc, hóa chất nguy hại cho thận.

Khi có chỉ định điều trị thay thế cần

## Thận nhân tạo và lọc màng bụng

>> ThS. Nguyễn Vinh Hưng

lọc máu ngay để hỗ trợ và duy trì chức năng thận còn lại. Không đợi đến khi suy hân hoàn toàn mới cho bệnh nhân lọc máu, chỉ định muốn sẽ làm gia tăng biến chứng, làm giảm chất lượng cuộc sống cũng như tuổi thọ của bệnh nhân.

### Lựa chọn phương pháp lọc máu hợp lý

Hiện nay có hai phương pháp lọc máu cho bệnh nhân suy thận chọn lọc. Phương pháp thận nhân tạo và phương pháp lọc màng bụng. Mỗi phương pháp đều có những ưu điểm nhất định. Mục đích chính của cả hai phương pháp là lọc các chất độc thay cho quả thận suy.

*Thận nhân tạo* là dùng màng lọc nhân tạo, cho máu đi qua và lọc lấy chất độc. Hệ thống thận nhân tạo bao gồm máy thận, hệ thống nước, dây dẫn máu từ người bệnh ra và trở lại cơ thể. Trước

đây thận nhân tạo thường tập trung nhiều nước đã thực hiện kỹ thuật thận nhân tạo ngay tại nhà người bệnh. Ưu điểm chính của phương pháp này là nhanh chóng điều chỉnh chỉ định lọc máu cho hiệu quả. Tuy nhiên nhược điểm của phương pháp là bệnh nhân phải đến bệnh viện ít nhất ba lần mỗi tuần, cố định về mặt thời gian. Một trở ngại nữa là bệnh nhân chịu đau khi đưa kim lấy và trả máu vào mạch máu... Để có một đơn vị thận nhân tạo cần đầu tư máy móc thiết bị tốn kém, cần bộ chuyên sâu vì thế không phải bệnh viện nào cũng có thể triển khai kỹ thuật này, đặc biệt là các địa phương. Thúc tế như "làng chạy thận" tại Bệnh viện Bạch Mai sẽ còn lâu mới có cấu trúc lợi nếu không có giải pháp toàn diện.

*Lọc màng bụng* là phương pháp dùng

màng bụng để lọc chất độc. Các nhà khoa học sau khi phân tích thấy rằng diện tích màng bụng rộng bằng diện tích lọc của thận, màng bụng cũng có thể loại bỏ các chất độc hại giống như màng thận. Lọc màng bụng cho phép chúng ta có lựa chọn điều trị cùng với thận nhân tạo. Ưu điểm chính của phương pháp này là bệnh nhân tự lọc ở nhà, cơ quan, khách sạn... mà không cần phải đến bệnh viện. Vì thế rất phù hợp với học sinh, người đang làm việc. Bệnh nhân không hề có đau đớn nào khi lọc máu. Về mặt xã hội, bệnh viện không cần đầu tư máy móc, thiết bị phức tạp. Chi phí danh cho lọc màng bụng rẻ hơn nhiều so với thận nhân tạo. Các bệnh viện xa xôi nhất cũng có thể thực hiện điều trị cho bệnh nhân suy thận. Nhược điểm của lọc màng bụng là nguy cơ nhiễm trùng ổ bụng vì vậy bệnh nhân phải được đào tạo thật tốt đảm bảo vệ sinh khi lọc cũng như phòng tránh nguy cơ suy màng bụng sau này.

Việt Nam đã áp dụng phương pháp lọc màng bụng cho 1.000 bệnh nhân từ năm 2002 đến nay. Chất lượng điều trị rất đáng khâm quan theo các báo cáo của các chuyên gia đầu ngành tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Bạch Mai. Từ kết quả này nếu chúng ta áp dụng rộng rãi cho các tuyến tỉnh, huyện sẽ làm giảm tải bệnh nhân thận cho các bệnh viện tuyến trung ương cũng như mang lại cơ hội sống sót cho người bệnh bị suy thận không thể đến các trung tâm lớn để điều trị.

Các cơ sở đang tiến hành kỹ thuật lọc màng bụng hiện nay gồm: Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện 108, Bệnh viện Thanh Nhân, Bệnh viện E, Bệnh viện Nhi Trung ương ở phía Bắc, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện đa khoa Đà Nẵng ở miền Trung, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện 115, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương... ở miền Nam.



Lọc màng bụng cho bệnh nhân.

Ảnh: PH

# Ghép thận Không chỉ là phẫu thuật

» Thu Hương (thực hiện)

**Trong các biện pháp điều trị thay thế thận suy ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, ghép thận được xem là phương pháp điều trị có hiệu quả nhất. Thế nhưng hiện nay công việc này được thực hiện ra sao? Nhu cầu và những khó khăn, thuận lợi? PGS.TS Bùi Đức Phú, Giám đốc- Chủ tịch hội đồng ghép tạng- Bệnh viện Trung ương Huế sẽ trao đổi cùng chúng ta về vấn đề này?**



PGS.TS Bùi Đức Phú

*Phóng viên (PV): Xin ông cho biết về nhu cầu ghép thận ở nước ta hiện nay?*

**PGS.TS. Bùi Đức Phú:** Có thể nói nhu cầu về ghép thận ở nước ta là rất lớn. Ủy ban ghép thận Quốc gia đã triển khai điều tra suy thận mạn trong cộng đồng dân cư ở một số vùng: đồng bằng, miền núi Bắc bộ (Thái Nguyên), miền Trung (Huế) và thành phố Hà Nội cho thấy, tỷ lệ mắc suy thận mạn ở các vùng có khác nhau, dao động từ 0,06 - 0,81% dân được khảo sát. Trong đó suy thận mạn giai đoạn cuối cần ghép thận, lọc màng bụng hay chạy thận nhân tạo chiếm khoảng 0,08% dân.

*Vậy thực trạng ghép thận ở nước ta như thế nào?*

Ở nước ta, bắt đầu thực hiện việc ghép thận vào những năm 1992 với ca ghép thành công đầu tiên tại Học Viện Quân Y. Sau đó, kỹ thuật này được triển khai ra các bệnh viện khác trong cả nước như Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh Viện Trung Ương Huế, Bệnh viện Việt Đức, Viện Nhi Trung ương, Bệnh viện 115, Bệnh viện Bạch Mai...

Tuy vậy, ngoài một số trung tâm lớn việc ghép thận được làm thường quy với trang thiết bị máy móc đồng bộ, thực hiện bởi đội ngũ cán bộ có trình độ tay nghề cao; còn lại phần lớn do các chuyên gia nước ngoài đến hỗ trợ và thỉnh thoảng mới thực hiện; do đó

có thể nói chúng ta chưa có quy hoạch rõ ràng để hình thành Mô hình tổ chức ghép tạng (hay nói cách khác là chưa có mạng lưới ghép tạng hoàn chỉnh) từ khâu quản lý đối tượng bệnh nhân có nhu cầu ghép tạng; Quản lý đối tượng hiến tạng trong đó có đối tượng bệnh nhân chết não; Điều phối nhân lực và vật lực phục vụ cho lĩnh vực ghép tạng đến việc quản lý đối tượng bệnh nhân sau khi được ghép tạng...

*Đối với Bệnh viện Trung ương Huế có những thuận lợi và khó khăn gì khi thực hiện?*

Về phía bệnh viện, thời gian qua có được sự ủng hộ, đồng tình của Bộ Y Tế và sự giúp đỡ của các chuyên gia trong lĩnh vực ghép tạng, Bệnh viện đã có đủ cả chuyên ngành khác nhau cùng với các trang thiết bị phục vụ cho chương trình ghép tạng như: Khoa nội thận (chọn lựa bệnh nhân, chạy thận nhân tạo, điều trị chống thải ghép); Khoa Ngoại tiết niệu (tham gia trong cấp mổ đảm trách kỹ thuật tiết niệu); Khoa Ngoại Lòng ngực Tim mạch (chỉ huy cấp mổ, đảm trách kỹ thuật mạch máu); Khoa Gây mê hồi sức tim mạch (đảm trách gây mê và hồi sức sau mổ); Khoa chẩn đoán hình ảnh (với các máy DSA, Ctscan 64lat, camera spectre khảo sát hình ảnh mạch máu thận); Khoa huyết học (thực hiện xét nghiệm đánh giá mức độ hoà hợp, độ chéo, cung cấp máu...) và khoa Sinh

hoá (thực hiện các xét nghiệm định lượng nồng độ Cyclosporin...).

Đội ngũ cán bộ trong chương trình ghép tạng được đào tạo chính quy trong nước và quốc tế. Chỉ huy cấp mô là phẫu thuật viên tim mạch đã thực hiện thường quy các loại bệnh lý mạch nhân chết não; Điều phối nhân lực và vật lực phục vụ cho lĩnh vực ghép tạng. Đội ngũ bác sĩ chuyên về hồi sức tim mạch theo dõi sau mổ ghép thận... Nhờ vậy, trong 23 trường hợp Bệnh viện Trung ương Huế bắt đầu tiến hành ghép từ năm 2001 đến nay không có tai biến và tử vong do phẫu thuật kể cả người cho và người nhận.

Tuy nhiên, hiện nay rào cản lớn nhất làm cho ghép thận phát triển chậm ở nước ta là thiếu thận ghép, mặc dù Quốc hội đã ban hành Luật về hiến tạng nhưng do hiểu biết của người dân về luật còn rất hạn chế, cho nên họ không hiểu hết những lợi ích cao cả của việc hiến tạng. Hơn nữa, vấn đề tin ngưỡng, tôn giáo khiến cho người dân không dễ dàng chấp nhận việc hiến tạng một phần cơ thể của mình hay của người thân cho "người không quen biết". Đây là những trở ngại lớn ban đầu cho lĩnh vực ghép tạng.

*Sau ghép thận thì công tác chăm sóc, chống biến chứng sau mổ, chống việc thải ghép rất quan trọng. Vậy theo ông, làm thế nào để nâng cao công tác này?*

Để có một trường hợp ghép thận thành

công cần có sự đóng góp của nhiều chuyên khoa từ ngoại khoa, nội khoa đến các khoa cận lâm sàng, đòi hỏi một sự phối hợp nhịp nhàng để đảm bảo được sự chính xác trong chuẩn bị bệnh nhân ghép, trong lúc ghép và nhất là điều trị sau ghép.

Nội khoa đóng một vai trò quan trọng trong ghép thận: là chuyên khoa giúp điều trị và theo dõi lâu dài sau ghép thận, với mục đích cuối cùng là làm sao cho thận ghép hoạt động hiệu quả với thời gian lâu nhất. Để đạt được mục đích này, việc áp dụng phác đồ, liều lượng thuốc ức chế miễn dịch trước, trong và nhất là sau ghép phải hợp lý. Tuy nhiên thuốc có tác dụng chống thải ghép thận nhưng không độc với thận ghép, là mối quan tâm hàng đầu đối với các thầy thuốc thận học. Mặt khác, một số điều trị nội khoa hỗ trợ sau ghép, nhằm hạn chế những tác dụng phụ của thuốc ức chế miễn dịch và các thuốc khác cũng cần lưu ý ở các bệnh nhân ghép thận.

*Vậy ông trong lĩnh vực ghép thận thì chiến lược trong tương lai của chúng ta sẽ hướng tới giải quyết những vấn đề gì?*

Vấn đề quan trọng nhất theo chúng tôi là làm thế nào để ngày càng có nhiều cơ thể cho từ người sống, hoặc từ người cho chết não.

Ở nước ta ngày từ những năm cuối của thập niên 1980 đã có qui định về việc lấy và ghép mô ở một bộ phận của cơ thể con người trong luật bảo vệ sức khỏe

nhân dân (Chương IV về khám bệnh và chữa bệnh ở Điều 30 ra ngày 30/06/1989), nhưng phải đến tháng 11/2006 Quốc hội khóa XI mới thông qua Luật hiến tạng, cấy ghép mô ở cơ thể người và hiến xác (gồm 6 chương, 40 điều). Luật này qui định về việc hiến cấy ghép mô ở cơ thể người sống và người chết mất não, và các cơ sở được phép thực hiện. Tiếp đó Bộ Y tế cũng đã ban hành các qui trình, quyết định hướng dẫn hoạt động trong lĩnh vực này.

Có thể nói, về mặt luật pháp cho đến nay chúng ta đã có đầy đủ cơ sở pháp lý để có thể tiến hành việc ghép tạng từ nguồn cho là người chết não. Tuy vậy, đến nay chúng ta chưa thành lập Ủy Ban ghép tạng Quốc gia. Vì vậy trong thời gian tới cần thành lập ủy ban này hoạt động độc lập dưới sự chỉ đạo của Chính phủ và Bộ Y tế. Ủy ban ghép tạng Quốc gia thành lập sẽ kết nối mạng toàn quốc, chỉ đạo việc điều hành và điều phối nguồn tạng cũng như quản lý hoạt động của tất cả các trung tâm ghép trong toàn quốc.

Một trong những vấn đề then chốt để Luật hiến tạng trở nên có hiệu quả hơn là chương trình truyền thông vận động qua các phương tiện thông tin đại chúng là thành lập các Trung tâm thu thập và điều phối nguồn tạng hiến không chỉ nhằm giúp đạt hiệu quả cao để cung ứng nguồn tạng hiến (của người cho chết não hiệu quả và hợp lý) mà còn có nhiệm vụ tuyên truyền, giáo dục người dân về ý nghĩa, tầm quan

trọng của vấn đề hiến tạng. Các Trung tâm này tổ chức các chương trình giáo dục, tuyên truyền trong cộng đồng và lập danh sách những bệnh nhân hay gia đình người hiến tạng tiềm năng. Hình thức tuyên truyền hiến tạng trên các phương tiện thông tin đại chúng được tiến hành thường xuyên, nhắc lại sẽ đạt được rất nhiều thành công.

*Được biết, để có được một ca ghép thận, ngoài việc phải có thận của người cho thì chi phí cho một ca ghép thận cũng hết sức tốn kém, không chỉ dừng lại ở việc phẫu thuật mà còn chi phí kéo dài trong suốt cả cuộc đời bệnh nhân. Vậy làm thế nào để người nghèo có thể tiếp cận được với công nghệ này?*

Áp dụng kỹ thuật cao, hiện đại trong ngành y tế thì không riêng gì cho người có điều kiện kinh tế mà cần chú ý đến cả những người có điều kiện kinh tế thấp. Để đảm bảo được thận ghép duy trì hoạt động tốt, thì sau khi ghép việc sử dụng thuốc và theo dõi kỹ người bệnh luôn được các nhà chuyên môn quan tâm. Theo chúng tôi đối với những trường hợp có khó khăn về kinh tế, chính vai trò của bảo hiểm y tế ở đây rất lớn, chi trả cho người bệnh các thuốc chống thải ghép cũng như những xét nghiệm theo dõi định kỳ bệnh nhân sau ghép giúp đảm bảo cho các đối tượng này có thể áp dụng được công nghệ ghép thận này.

*PV: Xin cảm ơn PGS.TS*



Một ca ghép thận.

Ảnh: Trần Minh

## Phi đại tuyến tiền liệt Quan điểm hiện đại trong điều trị

» BS. Nguyễn Vinh

**T**uyến tiền liệt (TTL) là một tuyến sinh dục nam nằm ở cổ bàng quang bao bọc xung quanh niệu quản. TTL có nhiều chức năng, một trong những chức năng quan trọng nhất là sản sinh ra từ 15 - 30% tinh dịch.

### Phi đại tuyến tiền liệt là gì?

Có nhiều nghiên cứu và dân giải để giải thích về bệnh TTL. Tuy nhiên cơ bản nhất của phi đại TTL chính là sự tăng sinh số lượng tế bào dẫn tới tăng kích thước TTL. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng 20% đàn ông từ lứa tuổi 41 - 50 có phi đại TTL, và có tới 50% đàn ông bị u phì đại ở lứa tuổi 51 - 60. Khảo sát với các cụ ông trên 80 tuổi có tới 90% các cụ có u phì đại TTL.

### Nguyên nhân phi đại TTL?

Nhiều giả thiết được các nhà khoa học đưa ra nhưng bản chất vấn đề vẫn tranh cãi. Tỷ lệ mắc bệnh và biểu hiện triệu chứng không tương đồng ở một số quốc gia và các vùng lãnh thổ. Các tôn thường mô bệnh học cũng cho thấy sự khác biệt trong nhiều nghiên cứu. Mặc dù vậy, các nhà khoa học vẫn thống nhất về hai nguyên nhân cơ bản có thể gây ra u phì đại TTL. Một là yếu tố di truyền. Tổng hợp các nghiên cứu đa trung tâm thấy rằng những người đàn ông có thành viên trực hệ trong gia đình mắc bệnh u phì đại TTL có nguy cơ bị bệnh cao hơn 30% so với người bình thường. Nguyên nhân thứ hai được các nhà khoa học nhắc đến đó là yếu tố nội tiết.

Trong thực hành lâm sàng bệnh phi đại TTL được các bác sĩ lâm sàng quan tâm đến ba khía cạnh chính:

**Hàng ngày, tại các bệnh viện và các phòng khám có một lượng lớn người bệnh đến vì những trục trặc đường niệu. Ở nam giới, một bệnh mà các thầy thuốc hay nghĩ đến là u phì đại tuyến tiền liệt.**

*- Sự tăng sinh tế bào và tăng sinh kích thích trực tràng, siêu âm, chẩn đoán hình ảnh và sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học.*

*- Biểu hiện tác nghẽn đường tiết niệu: Nguyên nhân là do tăng thể tích tuyến tiền liệt gây chèn ép vào cổ bàng quang và tăng trương lực cơ trơn TTL bởi sự kích thích hoạt động giao cảm, hậu quả là cơ bàng quang dãn, áp lực trong lòng bàng quang tăng lên và tăng kháng lực với dòng chảy ở cổ bàng quang.*

*- Hội chứng đường tiểu dưới là biểu hiện lâm sàng chính với hai nhóm triệu chứng kích thích và tắc nghẽn. Triệu chứng kích thích hay gặp là số lần đi tiểu nhiều, người bệnh hay buồn tiểu, tiểu đêm nhiều lần và khó tiểu. Triệu chứng tắc nghẽn biểu hiện bằng tiểu ngắt*



ngừng, dòng tiểu yếu, thời gian tiểu lâu, tiểu không hết, tiểu rì.

Khi bệnh nhân đến than phiền về các triệu chứng rối loạn đường tiểu của hội chứng đường tiểu dưới hoặc bị tiểu cấp, các thầy thuốc dựa vào thang điểm I-PSS để đánh giá mức độ bệnh. Một đầu hiệu lâm sàng không được bỏ qua đơn giản để thực hiện và tinh chỉnh xác cao là thăm trực tràng để xác định TTL có to hay không, mật độ ra sao, cấu trúc hình thể có biến đổi nhiều không...

### Các xét nghiệm cần làm?

Khi bị u phì đại TTL kĩ thuật siêu âm sẽ giúp xác định kích thước hình thể của TTL. Tuy nhiên, cũng chú ý rằng kích thước TTL đôi khi không tương xứng với các triệu chứng lâm sàng.

Xét nghiệm PSA đặc biệt quan trọng ngay khi có bất thường về đường tiết niệu và nên thực hiện một cách có hệ thống ở những người đàn ông có nguy cơ cao.

Ngoài ra, những xét nghiệm khác nên được thực hiện như siêu âm, thể tích nước tiểu tồn dư để đánh giá mức độ tổn thương của TTL, hoạt động của bàng quang và đánh giá kết quả điều trị. Xét nghiệm này không mới, hiệu quả cao nhưng hầu hết các bệnh viện ở Việt Nam vẫn không làm.

### Điều trị như thế nào?

Nguyên tắc điều trị u phì đại TTL được các nhà khoa học thống nhất là làm sao giảm các triệu chứng nhanh nhất, có thể ngăn ngừa các biến chứng

lâu dài và cải thiện chất lượng cuộc sống. Các phương thức điều trị TTL hiện đại hiện nay đang được áp dụng tại các nước tiên tiến bao gồm phẫu thuật và điều trị thuốc.

Tuy nhiên, trong thực tế cần phải nhấn mạnh không phải trường hợp phi đại TTL nào cũng điều trị bằng thuốc hay phẫu thuật, đôi khi những triệu chứng viêm nhiễm đường tiểu hoặc các bệnh ở vùng lân cận có thể gây các triệu chứng tương tự, chỉ cần điều trị hết căn nguyên. Ngoài ra, việc giáo dục sức khỏe duy trì một lối sống lành mạnh là vấn đề căn bản để dự phòng bệnh, cũng như ngăn ngừa các biến chứng như viêm nhiễm hay ung thư.

Chỉ định điều trị bằng phẫu thuật đã giảm đi đáng kể so với nhiều năm trước đây. Các thầy thuốc chỉ can thiệp phẫu thuật khi điều trị nội khoa không hiệu quả, nhiễm trùng tái phát nhiều lần, mất chức năng thận hay tiểu máu nhiều lần.

Điều trị thuốc hiện nay là cơ bản nhất. Có ba nhóm thuốc được các thầy thuốc hay sử dụng bao gồm: thuốc chẹn thụ thể alpha 1, thuốc ức chế 5alpha-

reductase và thuốc thảo mộc.

Thuốc chẹn alpha 1 có tác dụng ức chế vào thụ thể alpha 1 adrenergic làm giảm trương lực giao cảm của thành bàng quang, cổ bàng quang và TTL. Hiệp hội niệu học châu Âu và Hoa Kỳ khuyến cáo thuốc chẹn alpha 1 có thể tác dụng vào các alpha khác. Vì vậy, bên cạnh tác dụng lên TTL nó còn có tác dụng phụ như: chóng mặt, hạ huyết áp, hạ huyết áp tư thế. Ví dụ: carduran, doxazosin. Để làm giảm bớt các tác dụng ngoại ý của thuốc ngày nay người ta sử dụng các thuốc có tính chọn lọc trên alpha 1 như: alfuzosin, xatral. Nhiều nghiên cứu cho thấy sử dụng thuốc chẹn alpha 1 cải thiện được tốc độ dòng chảy, các triệu chứng lâm sàng và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Thuốc ức chế 5 alpha-reductase là những thuốc có tác dụng làm giảm khối lượng TTL thông qua việc ngăn quá trình sản xuất DHT. Hiện nay có hai nhóm chính đang được sử dụng là finasteride, dutasteride. Các thuốc này có ưu điểm chính trong việc phòng

ngừa tái phát triệu chứng và phòng ngừa tái phát.

Nhiều nghiên cứu của Hiệp hội Niệu học châu Âu và Hoa Kỳ chứng minh việc phối hợp thuốc chẹn alpha 1 và 5 alpha-reductase có hiệu quả hơn so với sử dụng một thuốc đơn độc.

Thảo mộc, có nhiều nghiên cứu đã chứng minh thuốc bằng thảo mộc làm ngăn ngừa tiến triển của bệnh, cải thiện các triệu chứng. Mặc dù vậy, chưa có những nghiên cứu lớn có tính toán cầu để khẳng định chắc chắn vai trò của thảo mộc trong điều trị u phì đại TTL.

Thực tế hiện nay tại Việt Nam khi người bệnh đến khám không chỉ vì một bệnh TTL mà còn nhiều nguy cơ bệnh khác, đặc biệt là ở những người cao tuổi. Các bệnh hay gặp như huyết áp, đái tháo đường, xương khớp, tiểu hóa... Vì vậy, người thầy thuốc lâm sàng cần phải khám xét một cách toàn diện đưa ra những lời khuyên và chỉ định điều trị phù hợp nhất đối với mỗi người bệnh, tránh hiện tượng lạm dụng thuốc, ki thuốc dẫn đến những hậu quả xấu cho người bệnh.

## Đã có cách phòng và hỗ trợ điều trị suy tim

*Suy tim là cơn đường chung cuối cùng của hầu hết các bệnh về tim mạch. Số người có nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch ở Việt Nam ngày càng tăng, đang làm cho nhiều người lo lắng. Hiện chưa có một thống kê chính thức nhưng theo các báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, số người mắc bệnh suy tim ở Việt Nam ước tính khoảng 1,6 triệu người dân mắc bệnh này. Tuy nhiên, không phải ai cũng hiểu đúng và điều trị tốt nhất loại bệnh này.*

Các chuyên gia tim mạch cho rằng, suy tim là tình trạng tim không tổng đủ lượng máu (có chứa dưỡng chất và oxy) để nuôi cơ thể. Đây là hậu quả của sự suy yếu (suy tim tâm thu) hoặc tim dãn nở không đầy đủ (suy tim tâm trương). Các dấu hiệu nhận biết suy tim như khó thở khi hoạt động gắng sức; khó thở về đêm; sưng chân và bàn chân; mệt mỏi thường xuyên không rõ nguyên nhân.

Để đánh giá mức độ suy tim các bác sĩ thường căn cứ vào mức độ khó thở của người bệnh. Giai đoạn đầu thường không có dấu hiệu nhưng các giai đoạn tiếp theo xuất hiện các dấu hiệu khó thở khi gắng sức, rời kể cả khi hoạt động nhẹ nhàng; giai đoạn cuối bệnh nhân khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi.

Phần lớn người bệnh do không được phát hiện sớm, nên khi nhập viện đã ở giai đoạn muộn việc điều trị lúc này rất khó khăn và tốn kém. Vì vậy để có một trái tim khỏe mạnh, các chuyên gia y tế



khuyến cáo những người mắc bệnh tim mạch không nên uống vượt quá 2 lít dịch/ngày. Nên thực hiện một chế độ ăn giảm calo trong trường hợp bệnh nhân béo phì. Tập thể dục phù hợp và điều độ hàng ngày cũng có vai trò quan trọng giúp cải thiện sức khỏe tim mạch. Những người bệnh có nguy cơ cao cần có chế độ dự phòng thích hợp, ngoài chế độ ăn uống, sinh hoạt, nên bổ xung thêm những thực phẩm thuốc để ngăn ngừa các nguy cơ hình thành huyết khối; mảng xơ vữa...

Hiện nay trên thị trường đã có những sản phẩm có lợi cho trái tim nhưng trong đó Ich Tâm Khang là một sản phẩm đang được người tiêu dùng và giới chuyên môn chú ý.

Về thành phần và ứng dụng của sản phẩm Ich Tâm Khang đối với việc hỗ trợ điều trị, ngăn ngừa nguy cơ suy tim. Đại diện nhà phân phối cho biết: đây là sản phẩm được kết hợp từ các thành phần thiên nhiên an toàn, bổ ích cho tim. Giúp giảm nhanh các triệu chứng suy tim, giúp phục hồi khả năng sinh hoạt, làm việc bình thường của bệnh nhân. Ngoài ra, Ich Tâm Khang còn giúp hỗ trợ điều trị các bệnh lý có thể dẫn đến suy tim như: tăng huyết áp, tăng mỡ máu, bệnh tim thiếu máu... giúp làm chậm tiến trình suy tim. Đặc biệt, sản phẩm hỗ trợ kéo dài tuổi thọ cho bệnh nhân suy tim. Nhiều người bệnh cho biết, sau khi dùng sản phẩm một thời gian, họ không còn khó thở, huyết áp ổn định, đêm ngủ sâu, không còn thấy đau ngực. Để đạt kết quả cao nhất, một đợt sử dụng Ich Tâm Khang nên kéo dài trung bình từ 4-6 tháng, sau đó dùng liều duy trì để củng cố sức khỏe của tim và phòng ngừa tái phát các triệu chứng.

Ban đọc muốn có thêm thông tin hay liên hệ: Công ty TNHHĐT & PT Đông Tây, số 42A, ngõ 159, phố Pháo Đài Láng, P Láng Thượng, Q.Đống Đa, Hà Nội

Tel: 04.3775.9865 Fax: 04.3775.9866. Tại thành phố HCM: Tel: 08.3977.0045 - 08.6264.7169.

Tương Văn

## Ung thư bàng quang Đâu phải đường cùng

» ThS. BS. Vũ Hồng Thăng

**Ung thư bàng quang là bệnh lý tế bào bình thường nằm trong bàng quang biến đổi thành các tế bào bất thường (ung thư) phát triển và nhân lên mà không kiểm soát, tạo thành khối u.**

**K**hối u xâm nhiễm vào thành bàng quang, sau đó lan ra tổ chức xung quanh, gây nên triệu chứng tại bàng quang, vào hạch, qua các cơ quan lân cận, gan, xương, hoặc cơ quan khác.

### Nguyên nhân gây bệnh

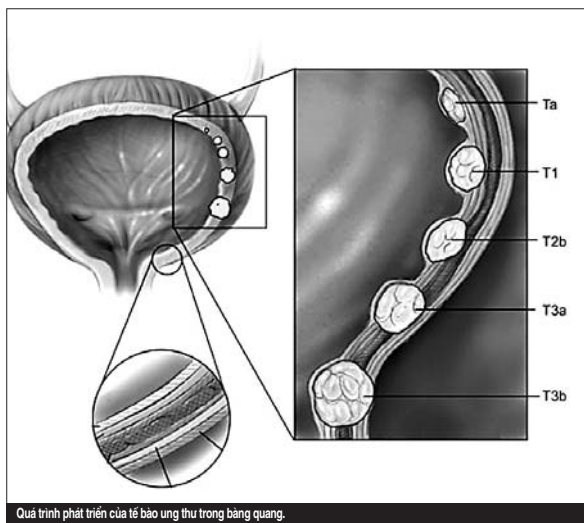
Chúng ta không biết chính xác những nguyên nhân gì gây ra bệnh, tuy nhiên, một số yếu tố làm tăng nguy cơ phát triển ung thư bàng quang:

- **Hút thuốc:** Hút thuốc là một yếu tố nguy cơ lớn nhất đối với bệnh ung thư bàng quang, nguy cơ phát triển ung thư bàng quang lớn gấp đôi ở người hút thuốc.

- **Những người thường xuyên làm việc với một số hóa chất** hoặc trong một số ngành công nghiệp có rủi ro mắc bệnh ung thư bàng quang lớn hơn so với người bình thường. Nhóm hóa chất hữu cơ trong nhóm amin thơm có liên quan đặc biệt với bệnh ung thư bàng quang: các hóa chất được sử dụng trong các ngành công nghiệp nhuộm. Các ngành công nghiệp có nguy cơ cao gây bệnh ung thư bàng quang bao gồm chế biến cao su và da, dệt may, công nghiệp sơn và in ấn. Việc bảo vệ nghiêm ngặt môi trường có thể làm việc có thể ngăn ngừa nguy cơ gây ra bệnh ung thư bàng quang.

- **Tuổi:** Người cao tuổi đang có nguy cơ cao phát triển ung thư bàng quang.  
- **Giới tính:** Nam giới có nhiều khả năng bị bệnh ung thư bàng quang gấp ba lần so với phụ nữ.

- **Chủng tộc:** Người da trắng có nguy cơ phát triển ung thư bàng quang hơn nhiều các chủng tộc khác.



Quá trình phát triển của tế bào ung thư trong bàng quang.

- **Tiền sử đã bị bệnh ung thư bàng quang:** Nếu đã có bệnh ung thư bàng quang trước đây thì nguy cơ phát triển ung thư ở vị trí khác của bàng quang cao hơn những người không mắc.

- **Viêm bàng quang mạn tính:** Thường xuyên nhiễm trùng bàng quang cũng là yếu tố nguy cơ cao gây ung thư.

- **Khuyết tật bẩm sinh của bàng quang** gây liên tục bị nhiễm bệnh, điều này làm tăng tổn thương đến bàng quang có thể dẫn đến ung thư.

### Chẩn đoán

Những triệu chứng không đặc hiệu, có nghĩa là những triệu chứng này cũng

đề bị nhầm lẫn trong nhiều loại bệnh khác. Thông thường các xét nghiệm giúp chẩn đoán ung thư bàng quang:

- **Đau tiểu đầu tiên là đái máu** dạng vi thể khó có thể nhìn thấy bằng mắt thường, dần dần đái máu dạng màu đỏ có thể nhìn thấy. Đau hoặc đái buốt, đái rắt, những triệu chứng này không nhất thiết có nghĩa là bạn có bệnh ung thư bàng quang. Khám trực tràng và âm đạo đôi khi sờ thấy khối u.

- **Xét nghiệm nước tiểu:** Tìm thấy bất thường trong nước tiểu như máu, protein, và đường (glucose). Tế bào ung thư có thể rơi rụng, lẫn vào nước tiểu và đào thải ra ngoài. Ly tâm nước tiểu và

phương pháp nhuộm thông thường có thể tìm thấy tế bào này.

- **Soi bàng quang:** Dụng ống nhỏ với ánh sáng và một máy ảnh ở cuối được dùng để cho phép xem trực tiếp bên trong bàng quang, các bất thường như khối u, bị chèn ép, sỏi. Soi bàng quang có thể phối hợp để sinh thiết chẩn đoán chính xác xem người bệnh có bị ung thư hay không. Đôi khi kết hợp cắt tất thương ngay khi soi lần đầu.

- **Siêu âm:** Biện pháp đơn giản và dễ áp dụng, giúp chẩn đoán thấy khối u, bất thường khác có kèm theo, hạch và bệnh lý khác trong ổ bụng.

- **Chụp cắt lớp vi tính:** Vừa mục đích đánh giá được bất thường bên trong bàng quang và cả tổ chức xung quanh, trong ổ bụng như hạch vùng chậu, gan và các tạng khác.

- **Chụp phổi:** phim X quang của ngực có khi cho thấy tế bào ung thư đã lan đến phổi.

- **Xạ hình xương:** có thể kiểm tra có một số tổn thương nhỏ bé của di căn đã bị di căn tới xương.

### Giai đoạn bệnh

Giống như hầu hết các loại ung thư, cơ hội điều trị được xác định bởi giai đoạn của bệnh. Giai đoạn đề cập đến mức độ mà nó đã xâm lấn thành bàng quang và lây lan sang các phần khác của cơ thể.

**Giai đoạn 0:** là các tế bào ung thư chỉ được tìm thấy trên lớp lót bên trong của bàng quang.

**Giai đoạn I:** Ung thư tế bào lớp lót bên trong của bàng quang nhưng không đến lớp cơ.

**Giai đoạn II:** Tế bào vào lớp cơ thành bàng quang, nhưng không đến lớp mô.

**Giai đoạn III:** Ung thư tế bào có vào mô xung quanh như mô bàng quang, tiền liệt, âm đạo, hay tử cung, nhưng chưa vào hạch hoặc cơ quan khác.

**Giai đoạn IV:** Ung thư tế bào có vào hạch, thành khung chậu và/hoặc cơ quan khác.

**Bệnh tái phát:** Ung thư đã tái phát trong bàng quang hoặc trong một cơ quan gần đó sau khi đã được điều trị.

### Phân loại tế bào ung thư

90% các loại ung thư bàng quang loại tế bào chuyển tiếp. Còn lại 10% là tế bào gai, biểu mô tuyến, saccôm.

### Điều trị ung thư bàng quang

Giống như tất cả các loại ung thư, bệnh ung thư bàng quang rất có thể sẽ được điều trị thành công nếu phát hiện sớm, khi nó vừa và nhỏ, chưa xâm lấn mô xung quanh. Điều trị ung thư bàng quang phụ thuộc vào loại ung thư và giai đoạn, tuổi tác, sức khỏe tổng quát của bạn...

#### Phẫu thuật

Phẫu thuật qua nội soi: cắt khối u. Phẫu thuật cắt một phần, hoặc toàn bộ bàng quang để loại bỏ bàng quang và bất kỳ hạch lân cận và các cơ quan có chứa tổ chức ung thư, kèm theo tạo hình. Khi các tổ chức ung thư đã lan truyền bên ngoài bàng quang và không thể loại bỏ hoàn toàn, phẫu thuật vẫn thực hiện để loại bỏ tối đa nhằm giảm triệu chứng gây ra.

#### Xạ trị

Sử dụng năng lượng cao để tiêu diệt các tế bào ung thư hoặc giữ chúng không tăng trưởng. Có hai loại bức xạ trị liệu gồm bức xạ ngoài dùng máy chiếu tia vào tổ chức ung thư hoặc sử dụng một kim, dây, hoặc ống đưa trực tiếp chất phóng xạ vào mô ung thư.

#### Hóa trị

Ngay cả khi loại bỏ tất cả các tổ chức

ung thư có thể nhìn thấy được tại thời điểm giải phẫu, một số bệnh nhân có thể được hoá trị sau phẫu thuật ung thư để diệt tế bào còn sót, tăng cơ hội chữa bệnh, được gọi là hoá chất bổ trợ. Hoá trị là một phương pháp điều trị ung thư nhằm ngăn chặn sự phát triển của các tế bào hoặc ngăn chặn chúng. Có thể bơm thuốc doxorubicine, mitomycin C trực tiếp vào bàng quang ở giai đoạn sớm hoặc truyền thuốc đường tĩnh mạch khi bệnh có di căn.

#### Miễn dịch trị liệu

Sử dụng hệ thống miễn dịch để chống lại bệnh ung thư. Trong thực tế thường bơm BCG vào trong bàng quang hàng tuần trong 8 tuần liên tiếp.

#### Dự phòng

Là việc sử dụng các loại thuốc, vitamin... để giảm nguy cơ phát triển ung thư hoặc để làm giảm nguy cơ ung thư tái phát.

#### Photodynamic trị liệu

Sử dụng thuốc và một số loại laser để diệt các tế bào ung thư. Thuốc thấp nhiều hơn trong các tế bào ung thư so với tế bào bình thường. Photodynamic trị liệu gây ra ít thiệt hại tế bào của người bệnh.

### Theo dõi sau điều trị

Sau khi hoàn tất điều trị, cần kiểm tra để xác định kết quả điều trị ung thư. Nếu ung thư còn sót lại, nên tiếp tục điều trị. Những lần thăm khám định kỳ cứ 3-6 tháng trong những năm tiếp theo, bao gồm các xét nghiệm nước tiểu, siêu âm bụng, soi bàng quang. Ngay cả khi bệnh có tái phát thì vẫn còn cơ hội điều trị và có thể cho kết quả khả quan.

**Bàng quang (bọng đái) là một cơ quan rỗng nằm trong ổ bụng, vị trí dưới rốn. Nó có chức năng thu thập và đựng nước tiểu từ thận. Khi bàng quang chứa đầy nước tiểu sẽ gây phản xạ buồn đi tiểu.**



Chẩn đoán ung thư bàng ký thuật cao.

Ảnh: Hải Long

## Sỏi đường tiết niệu...

➤ PGS.TS. Hà Hoàng Kiêm

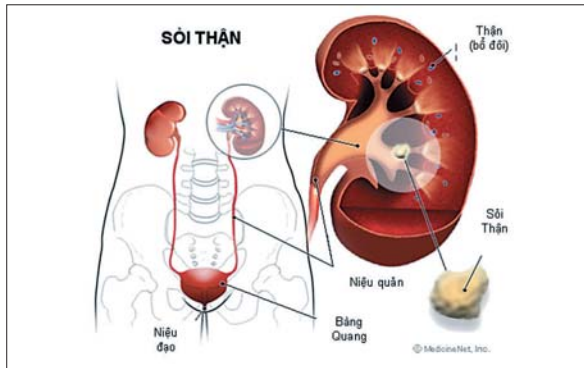
**Sỏi đường tiết niệu là một bệnh thường gặp ở mọi lứa tuổi, mọi chủng tộc, mọi giới, mọi vùng địa lý. Tỷ lệ bệnh sỏi tăng lên ở các nước công nghiệp và thấp hơn ở các nước mà nền kinh tế chủ yếu là nông nghiệp. Bệnh chiếm tỉ lệ 2-12% dân số và hay tái phát.**

Trên thế giới có những vùng có tỉ lệ sỏi tiết niệu cao gọi là vành đai sỏi. Việt Nam nằm trong vùng vành đai sỏi của thế giới. Tỷ lệ sỏi cao ở các vùng khí hậu nóng và khô, các vùng thổ nhưỡng đá vôi. Sỏi có thể gặp ở mọi vị trí trên đường đi của hệ thống tiết niệu, như sỏi thận (sỏi đài thận, sỏi bể thận), sỏi niệu quản (1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới niệu quản), sỏi bàng quang, sỏi niệu đạo. Ở một người có thể chỉ có sỏi ở một vị trí, nhưng cũng có thể ở nhiều vị trí, có thể chỉ một bên thận nhưng cũng có thể cả hai bên thận đều có sỏi. Sau phẫu thuật loại bỏ sỏi, sỏi có thể lại tái phát, tái phát nhanh hay chậm tùy từng cá nhân. Phân tích thành phần hóa học của sỏi, người ta chia ra 4 loại sỏi.

### Sỏi calci

Sỏi này có thể là sỏi calci oxalat hoặc calci phosphat. Sỏi calci oxalat có màu nâu đen, nhiều gai, rất rắn, cần quang rọi. Nước ta hay gặp loại sỏi này, nam gặp nhiều hơn nữ. Sỏi calci phosphat có màu trắng ngà, có nhiều lớp đồng tâm, bở dẽ vụn, thường có kích thước lớn, cần quang, tỉ lệ nam và nữ gặp ngang nhau. Sỏi calci chiếm tỉ lệ 70-75% tổng số các loại sỏi.

Về nguyên nhân người ta chia ra hai loại: sỏi calci nguyên phát là sỏi ở người không xác định được yếu tố nguy cơ tạo sỏi rõ ràng, sỏi calci thứ phát là sỏi ở người xác định rõ yếu tố nguy cơ tạo sỏi.



Sỏi calci nguyên phát gặp ở đàn ông nhiều hơn đàn bà, tỉ lệ 2-5/1. Tuổi thường gặp là trung niên, ít gặp ở trẻ em và người già. Tỷ lệ tái phát sỏi thường cao, một số bệnh nhân chỉ tái phát 2-3 lần trong suốt cuộc đời, nhưng có những người tái phát 5-6 lần, thời gian tái phát sỏi thường tăng oxalat niệu thứ phát (xảy ra do một số bệnh đường ruột, như sau nối tắt ruột non để điều trị béo phì, bệnh Crohn, nhồi máu ruột non, tăng acid mật làm tăng tinh thể của đại tràng với oxalat, tăng hấp thu acid béo), bệnh nhân bị bệnh tuyến thượng thận (bệnh Cushing, điều trị bằng corticoid kéo dài, bất động lâu, nhiễm độc vitamin D, hội chứng sủa-kiềm).

Người ta đã phát hiện các yếu tố có nguy cơ tạo sỏi gồm: lượng nước tiểu thấp (chỉ trên dưới 1lit nước tiểu/ngày) thường do uống ít nước, khí hậu khô nóng, điều kiện làm việc nóng. Thể tích nước tiểu thấp làm nước tiểu cô đặc, các chất hòa tan trong nước tiểu dễ bão hòa và kết tinh thành các tinh thể; tăng oxalat trong nước tiểu, oxalat là sản phẩm chuyển hóa của glycoxylic acid và vitamin C. Mỗi ngày có thể tạo ra khoảng 0,3mmol oxalat cộng với lượng oxalat hấp thu từ thức ăn sẽ được bài

tiết qua nước tiểu. Vì vậy ăn nhiều thực phẩm có oxalat hoặc uống nhiều vitamin C làm tăng lượng oxalat bài xuất qua nước tiểu là một nguy cơ tạo sỏi; tăng nồng độ calci trong nước tiểu. Có 5 yếu tố chính gây tăng calci niệu là: hấp thu calci từ ruột tăng, tăng thải calci của thận, chế độ ăn nhiều calci, vai trò của ruột, hệ thống xương. Nguyên nhân thường gặp của tăng calci niệu là tăng hấp thu calci ở ruột, bất động lâu làm tăng quá trình hủy xương, ăn chế độ nhiều calci, pH nước tiểu kiềm (>6,2) làm tăng nguy cơ tạo sỏi calci phosphat do tạo thành ion PO<sub>4</sub><sup>3-</sup>. Số lượng tinh thể calci phosphat tăng mạnh khi pH nước tiểu tăng. Sỏi calci được tạo thành ở người có pH nước tiểu thường xuyên <6,2 hiếm khi là sỏi calci phosphat. Tăng acid uric niệu cũng gây tăng tạo sỏi calci. Acid uric là sản phẩm chuyển hóa cuối cùng của acid nhân, được thải đào thải. Tăng acid uric niệu thường gặp ở người có rối loạn chuyển hóa acid uric, những người ăn nhiều phụ tạng động vật, thịt động vật; thiếu hụt các chất ức chế tạo sỏi trong nước tiểu cũng là nguy cơ cao tạo sỏi, như nồng độ citrat trong nước tiểu thấp. Pyrophosphat cũng là chất ức chế tạo sỏi, bài tiết pyrophosphat qua nước tiểu phụ thuộc vào chế độ ăn, khi thức ăn nhiều pyrophosphat làm tăng bài tiết pyrophosphat qua nước tiểu, làm giảm

được nguy cơ tạo sỏi. Nồng độ magiê cao trong nước tiểu làm giảm được nguy cơ tạo sỏi do làm giảm quá trình tạo phức giữa oxalat và phosphat. Như vậy sỏi calci nguyên phát được tạo thành do nhiều yếu tố phối hợp, các tác nhân nguy cơ có tầm quan trọng. Khác với sỏi cystin và sỏi urat, là các loại sỏi có thể xác định được rõ yếu tố nguy cơ tạo sỏi, sỏi calci xảy ra ở cả người bình thường và người có yếu tố nguy cơ. Nhưng người không xác định được yếu tố nguy cơ gọi là sỏi calci nguyên phát, nhưng người xác định được yếu tố nguy cơ gọi là sỏi calci thứ phát. Sỏi calci thứ phát gặp ở người có cường chức năng tuyến cận giáp nguyên phát, người có bệnh nhiễm acid ống thận, người tăng oxalat niệu do truyền hoặc tăng oxalat niệu thứ phát (xảy ra do một số bệnh đường ruột, như sau nối tắt ruột non để điều trị béo phì, bệnh Crohn, nhồi máu ruột non, tăng acid mật làm tăng tinh thể của đại tràng với oxalat, tăng hấp thu acid béo), bệnh nhân bị bệnh tuyến thượng thận (bệnh Cushing, điều trị bằng corticoid kéo dài, bất động lâu, nhiễm độc vitamin D, hội chứng sủa-kiềm).

### Sỏi struvit

Có thành phần hóa học là MgNH<sub>4</sub>PO<sub>4</sub>·6H<sub>2</sub>O (magnesium ammonium phosphat), còn gọi là sỏi nhiễm khuẩn, loại sỏi này chiếm 5-15% tất cả các loại sỏi. Sỏi thường có kích thước to hình san hô, màu trắng ngà, rắn và cần quang. Bệnh gặp ở phụ nữ gặp hai lần nam giới, tương ứng với tỉ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu ở nữ gấp hai nam. Không phải tất cả các trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu đều có nguy cơ tạo sỏi, chỉ có một số vi khuẩn có khả năng phân hủy ure để tạo ra ammonium, bicarbonat, và ion hydroxyl gây kiềm hóa nước tiểu mới có nguy cơ tạo sỏi. Các vi khuẩn đó là: E. Coli, proteus, krebsiella, streptococcus, staphylococcus, pseudomonas. Trong điều kiện pH nước tiểu bình thường thì magnesium ammonium phosphat có thể hòa tan rất tốt và không tạo sỏi, chỉ khi nước tiểu kiềm (pH >7,8) chất này bị kết tinh và tạo sỏi. Nếu trong nước tiểu có nhiều các chất ức chế tạo sỏi như pyrophosphat, citrat, magne, sẽ làm giảm tạo sỏi ở các bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu. Vì vậy để dự phòng sỏi

struvit, cần dự phòng và điều trị tốt nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Nếu nhiễm khuẩn kéo dài cần uống nhiều nước và acid hóa nước tiểu, ăn các thực phẩm có nhiều citrat, pyrophosphat.

### Sỏi urat

Có thành phần hóa học gồm acid uric (C<sub>5</sub>H<sub>4</sub>O<sub>3</sub>N<sub>4</sub>), hoặc ammoni urat (NH<sub>4</sub>C<sub>5</sub>H<sub>3</sub>O<sub>3</sub>N<sub>4</sub>.H). Sỏi urat chiếm 1-2% các loại sỏi, có màu nâu xám, rắn, thường tròn đều, nhẵn như viên đá cuội, không cần quang. Sỏi urat thường kết hợp với oxalat calci, thường gặp ở nam giới cao tuổi có tăng acid uric máu. Có khoảng 20% bệnh nhân bị bệnh gout nguyên phát và 40% bệnh nhân bị bệnh gout thứ phát có sỏi acid uric ở đường tiết niệu. Yếu tố nguy cơ tạo sỏi urat là tăng acid uric niệu, pH nước tiểu thấp, thể tích nước tiểu ít. Các nguyên nhân gây tăng acid uric máu main tinh dẫn tới tăng acid uric niệu là: bệnh gout nguyên phát, ăn nhiều thực phẩm giàu purin, như phụ tạng động vật, thịt động vật, bệnh tích trữ glycogen-thiếu hụt glucose-6phosphatase, hội chứng Lesch-Nyhan (thiếu hypoxanthine-guanine phosphoribosyl transferase), bệnh ung thư, thiếu máu và bệnh hemoglobin, bệnh vảy nến, bệnh cystin niệu. Giảm pH nước tiểu và lưu lượng nước tiểu thấp có thể gây ra bão hòa quá mức acid uric trong nước tiểu và tạo sỏi, ngay cả ở người bài tiết acid uric niệu bình thường. Vì vậy dự phòng sỏi urat gồm điều trị tốt bệnh gout, uống nhiều nước, kiềm hóa nước tiểu.

### Sỏi cystin

Có thành phần hóa học là I-S-CH<sub>2</sub>-CH(NH<sub>2</sub>)-COOH. Sỏi cystin chỉ chiếm 1-2% tổng số các loại sỏi. Sỏi có màu trắng nhạt hoặc trắng ngà, rắn, ít cần quang. Sỏi cystin thường kết hợp với sỏi calci phosphat (apatit), thường gặp ở người trẻ. Bệnh sỏi cystin gặp ở người rối loạn chuyển hóa amino acid di truyền, liên quan không chỉ với rối loạn chuyển hóa cystin mà còn với lysin, arginin, ornithin, biểu hiện lâm sàng là cystin niệu. Khi nồng độ cystin trong nước tiểu cao, pH nước tiểu acid, thể tích nước tiểu ít, dễ dẫn tới sỏi cystin. Bình thường cystin được bài xuất ở mức thấp trong nước tiểu (10-100mmol/l). Người bị bệnh cystin niệu,

nồng độ cystin máu tăng lên 200-600mmol/l, người đồng hợp tử tăng lên tới 1460-4200mmol/l. Giới hạn hòa tan của cystin ở nước tiểu có pH 5-7 là 1250mmol/l. Vì vậy nước tiểu của người bình thường và người cystin niệu vẫn dưới mức bão hòa và không tạo sỏi. Khi pH nước tiểu acid và thể tích nước tiểu thấp, làm cystin dễ kết tinh và tạo sỏi. Vì vậy để phòng tạo sỏi cystin cần kiềm hóa nước tiểu (pH nước tiểu >8,0), uống nhiều nước để tăng thể tích nước tiểu lên >3lit/ngày, trong một số trường hợp người ta còn thấy tan được sỏi cystin đã có.

Ngoài bốn loại sỏi trên, còn có một số bệnh sỏi tiết niệu khác hiếm gặp, như sỏi xanthin do di truyền theo gen thân lặn, nhưng bệnh nhân hay thiếu hụt enzym xanthine oxydase gây tăng xanthin và hypoxanthin trong máu và nước tiểu, giảm acid uric máu; sỏi 2,8-dihydroxyadenine cũng là bệnh sỏi bẩm sinh hiếm gặp do thiếu enzym adenine phosphoribosyl transferase gây rối loạn chuyển hóa adenin và tạo ra 2,8-dihydroxyadenine làm tăng tiết ra nước tiểu; sỏi silica gặp ở một số bệnh nhân uống kéo dài muối magnesium trisilicat để điều trị bệnh loét dạ dày tá tràng.

Biểu hiện lâm sàng của sỏi đường tiết niệu thường muộn. Sỏi hình thành và to dần lên ở đường niệu, không gây triệu chứng gì cho đến khi xuất hiện các biến chứng như tắc nghẽn đường tiết niệu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, đái ra máu. Nhiều trường hợp tình cờ phát hiện được sỏi đường tiết niệu khi khám sức khỏe định kỳ, hoặc khám do các bệnh khác. Triệu chứng lâm sàng của sỏi đường tiết niệu rất thay đổi, có thể biểu hiện rầm rộ như cơn đau quặn thận hoặc ăn thăm không có triệu chứng cho đến khi suy thận. Tuy nhiên sỏi đường tiết niệu lại dễ chẩn đoán bằng các xét nghiệm hình ảnh như siêu âm, X-quang. Các triệu chứng có thể gặp là: đau vùng hố thắt lưng âm ỉ hoặc dữ dội lan xuống bộ phận sinh dục, đái ra máu đái thối, đái buốt, đái rắt, đái đục khi có nhiễm khuẩn nặng, đái tắc, bí đái, thân to, tăng huyết áp. Vì vậy khi có các triệu chứng trên hoặc người có yếu tố nguy cơ tạo sỏi đường tiết niệu, cần được làm siêu âm hoặc chụp X-quang thân thận tiểu để chẩn đoán sỏi đường tiết niệu.

## ...và cách dự phòng, điều trị

» PGS.TS. Hà Hoàng Kiêm

### Những người nào cần phải dự phòng sỏi đường tiết niệu?

Đó là những người có nguy cơ tạo sỏi đường tiết niệu cao như: tiền sử gia đình có người bị sỏi đường tiết niệu, người sống ở vùng có tỉ lệ sỏi đường tiết niệu cao, người sống ở các vùng có khí hậu khô nóng, người phải thường xuyên lao động trong điều kiện nóng do nghề nghiệp, người trong tiền sử đã có sỏi đường tiết niệu (đãi ra sỏi hoặc đã phẫu thuật lấy sỏi), người có nồng độ calci trong nước tiểu thường xuyên cao (cường calci niệu), người có bệnh cường chức năng tuyến cận giáp, những người uống kéo dài thuốc có calci hoặc vitamin D hoặc các chất chuyển hóa của vitamin D như calcitriol, người uống kéo dài corticoid để điều trị các bệnh khớp, bệnh hệ thống, người phải bất động lâu, người bị bệnh gút nguyên phát, người bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu mạn tính nhất là nhiễm khuẩn do các vi khuẩn phân hủy ure, các bệnh nhân bị bệnh cystin niệu di truyền. Để dự phòng sỏi đường tiết niệu có những biện pháp chung cho tất cả các loại sỏi, và có những biện pháp riêng cho từng loại sỏi.

### Các biện pháp chung

Uống nhiều nước thường xuyên (>2lit/ngày) để tăng thể tích nước tiểu, làm giảm nguy cơ bão hòa các chất hòa tan trong nước tiểu, nên chia đều lượng nước uống trong ngày. Uống hoặc ăn nhiều thực phẩm có nhiều chất ức chế tạo sỏi như citrat, pyrophosphat, magne. Citric acid có nhiều trong các trái cây họ cam quýt, chanh có hàm lượng acid citric cao nhất, chiếm khoảng 8% khối lượng khô của trái chanh. Pyrophosphat có nhiều trong cám gạo, men bia, lúa mì. Magne có nhiều trong các quả có vỏ màu xanh, gạo lức, lúa mì, hạt điều, hạt hạnh nhân, hạt hướng dương, hạt lạc. Không nhìn tiểu, cần đi tiểu hết bài, tránh để nước tiểu tồn lưu trong bàng quang. Cần tránh bất động lâu, nếu phải bất động cần có biện pháp tập vận động chủ động các bộ phận không cần bất động tại giường. Rất hạn chế dùng các thủ thuật thông tiểu để tránh nhiễm khuẩn và làm tổn thương niêm mạc đường tiểu. Phẫu thuật sửa chữa các dị tật đường tiết niệu, như hẹp khúc nối bể thận niệu quản, sửa chữa van niệu quản bàng quang ở người có trào ngược nước tiểu bàng

**Uống nhiều nước thường xuyên (>2lit/ngày) để tăng thể tích nước tiểu, làm giảm nguy cơ bão hòa các chất hòa tan trong nước tiểu, nên chia đều lượng nước uống trong ngày. Uống hoặc ăn nhiều thực phẩm có nhiều chất ức chế tạo sỏi như citrat, pyrophosphat, magne.**



Điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể.

quang niệu quản, giải phóng các tắc nghẽn đường tiết niệu. Phát hiện sớm các nguyên nhân có nguy cơ gây sỏi và điều trị tích cực, như cường chức năng tuyến cận giáp, có thể phải cắt bỏ tuyến cận giáp, điều chỉnh chế độ ăn, không ăn các thực ăn có nhiều calci, oxalat, vitamin C.

### Các biện pháp dự phòng riêng cho từng loại sỏi

Đối với sỏi calci cần hạn chế các thực ăn có nhiều calci và oxalat. Calci có nhiều trong tôm, cua, xương, thịt động vật, sữa. Oxalat có nhiều trong rau bina, rau dền, cây đại hoàng, chocolate, trà, rau mùi tây, củ cải đường, quả dâu tây, bột mì, hạt tiêu, cacao. Acid hóa nước tiểu bằng uống ammonium clorid. Điều trị cường chức năng tuyến cận giáp nếu có cường chức năng tuyến cận giáp. Không dùng vitamin D và các thuốc làm tăng calci máu.

Đối với sỏi struvit, chủ yếu là dự phòng nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Khi có nhiễm khuẩn đường tiết niệu cần điều trị tích cực bằng kháng sinh, sử dụng thuốc ức chế enzym urease như acetohydroxamic và acid hóa nước tiểu.

Đối với sỏi urat, cần hạn chế các thực phẩm có nhiều purin, như phủ tạng động vật, thịt, bia. Nên có tăng acid uric máu, cần dùng thuốc làm giảm acid uric máu như allopurinol. Tránh dùng các thuốc làm tăng thải uric qua nước tiểu như probenecid. Kiểm hóa nước tiểu bằng bicarbonat, duy trì pH nước tiểu >6,0.

Đối với sỏi cystin cần kiểm hóa nước tiểu bằng bicarbonat,

dùng thuốc giảm cystin như D-penicillamin.

### Điều trị sỏi

Các biện pháp điều trị khi có sỏi đường tiết niệu bao gồm các biện pháp điều trị nội khoa và điều trị ngoại khoa.

**Điều trị nội khoa:** đối với các sỏi có đường kính nhỏ hơn 4mm, có khả năng lọt được qua đường tiết niệu có thể chỉ định điều trị nội khoa. Sử dụng các thuốc giảm đau, giãn cơ trơn, uống nhiều nước, kết hợp với vận động như nhảy dây, chạy tai chèo, có thể tổng được sỏi xuống bàng quang và đãi ra ngoài. Sử dụng một số thuốc có tác dụng tổng sỏi như rowatinex, kim tiền thảo, kết hợp với thuốc giãn cơ, uống nhiều nước và vận động, nhiều trường hợp có thể tổng được sỏi ra ngoài. Nếu có nhiễm khuẩn tiết niệu phải điều trị bằng kháng sinh, nên chọn các kháng sinh đào thải qua thận và tác động lên vi khuẩn Gram âm.

### Điều trị ngoại khoa

Có nhiều biện pháp, tùy theo kích thước sỏi, vị trí sỏi, tình trạng chức năng thận, và tình trạng sức khỏe toàn thân của bệnh nhân để lựa chọn. Nên chọn các phương pháp ít sang chấn mà có hiệu quả:

**Tán sỏi ngoài cơ thể:** có thể sử dụng sóng thủy điện (electro hydraulic); sóng áp điện (piezo electric); sóng điện từ trường (electro magnetic). Hiện nay, tán sỏi ngoài cơ thể là lựa chọn hàng đầu đối với các sỏi có đường kính dưới 2cm, do ít gây sang chấn cho bệnh nhân.

**Tán sỏi qua nội soi bàng quang-niêu quản:** tiến hành nội soi

bàng quang rồi đưa ống nội soi lên niệu quản để tán sỏi bằng các dụng cụ khác nhau. Hiện nay với máy tán sỏi bằng laser người ta có thể tán được hầu hết các sỏi ở niệu quản 1/3 trên, kể cả sỏi trong bể thận. Nếu sỏi ở bàng quang có thể kẹp tán sỏi qua nội soi.

**Tán sỏi qua da:** dùng một kim nhỏ chọc qua da tiến vào đài dưới thận, rồi nong dần cho đến khi đặt được máy nội soi để tán và hút sỏi ra khỏi cơ thể. Ưu điểm của phương pháp tán này là trực tiếp hút được các vụn sỏi ra ngoài. Khi sỏi có đường kính trên 2cm, người ta thường phối hợp tán sỏi ngoài cơ thể với tán sỏi qua da.

Phẫu thuật nội soi qua bể thận không qua nhu mô thận, hoặc lấy sỏi qua nhu mô thận. Nội soi có thể đi đường phía trước qua phúc mạc hoặc phía bên đi sau phúc mạc. Hiện nay phương pháp này ngày càng được sử dụng nhiều.

Mô mỡ theo đường phía trước qua phúc mạc hoặc theo đường bên vào sau phúc mạc để lấy sỏi qua bể thận hoặc qua nhu mô thận.

Lựa chọn chỉ định: nếu sỏi có đường kính dưới 4mm, nên chọn điều trị nội khoa. Sỏi có đường kính dưới 2cm, ở bể thận, hoặc niệu quản, hoặc bàng quang, nên tán sỏi ngoài cơ thể. Nếu sỏi ở vị trí thấp cuối niệu quản, hoặc ở bàng quang, nên tán sỏi qua nội soi bàng quang-niêu quản. Sỏi ở bể thận, nên tán sỏi qua da. Mô mỡ khi sỏi to, sỏi đa có biến chứng nang như ứ nước, ứ mủ bể thận, sỏi ở bệnh nhân có dị tật đường tiết niệu, hoặc khi tán sỏi thất bại. Cần lưu ý rằng, sau tán sỏi hay phẫu thuật, rất có thể lại tái phát sỏi, cần phải dự phòng sỏi tái phát.



**Trẻ bị suy dinh dưỡng, biếng ăn và hay bị rối loạn tiêu hóa làm cho cơ thể chậm phát triển, luôn là nỗi lo lắng triền miên của các bậc phụ huynh có con nhỏ. Tại sao chúng con rối loạn tiêu hóa ở trẻ cứ thường xuyên tái lại? Làm cho trẻ biếng ăn, cơ thể gầy yếu, suy dinh dưỡng?**

**RỐI LOẠN TIÊU HÓA Ở TRẺ... Tại sao khó hết hẳn?**

đáng mà vẫn chưa cho là đủ. Trẻ chịu một chế độ ăn uống không hợp lý, giàu đạm, đường, chất béo... ít chất xơ, vitamin, chất khoáng... từ đó gây ra các bệnh về đường tiêu hóa cho trẻ. Rồi khi trẻ bị RLTT thì lại áp dụng các biện pháp khác phức tạp không đúng cách! Chưa giải quyết tận gốc nên trẻ vừa mới hết đã bị tái diễn trở lại, có ăn gì cơ thể cũng không hấp thu tốt được! RLTH làm trẻ mệt mỏi, luôn vận động, thức ăn hơn khó tiêu hóa hơn, làm cơ thể hấp thu ít hơn. RLTH còn gây rối loạn cân vẩy giác nếu trẻ đã dùng quá thuốc kháng sinh, làm trẻ biếng ăn, ăn ít lại, làm cơ thể không đủ dưỡng chất, dẫn đến suy dinh dưỡng. Khi tình

trạng rối loạn tiêu hóa tiếp diễn hết ngày này qua ngày khác thì chẳng bao lâu trẻ sẽ bị suy sụp, rất khó trở lại trạng thái mạnh khỏe lúc đầu

**3 TÁC ĐỘNG GIÚP GIẢI QUYẾT TẬN GỐC RỐI LOẠN TIÊU HÓA Ở TRẺ**

Để giải quyết tận gốc chứng RLTH ở trẻ cần đến một giải pháp với 3 tác động cùng lúc là:

- Loại trừ chứng rối loạn tiêu hóa: Bằng cách bổ sung ngay cho trẻ hàng triệu men vi sinh có ích để ức chế sự phát triển của vi khuẩn gây bệnh.
- Khôi phục vi giác của trẻ: Kẽm và acid folic, là khoáng chất cần thiết mà cơ thể không tự sản xuất được, sẽ kích thích vi giác của trẻ, cơ được cảm giác THỀM ẶN, ăn ngon miệng hơn.
- Già tăng khả năng hấp thu: Cung cấp các vitamin và acid amin thiết yếu, tạo nên môi trường đường ruột thuận lợi, giúp hệ tiêu hóa hoạt động tốt, giúp cơ thể hấp thu tối đa dưỡng chất.

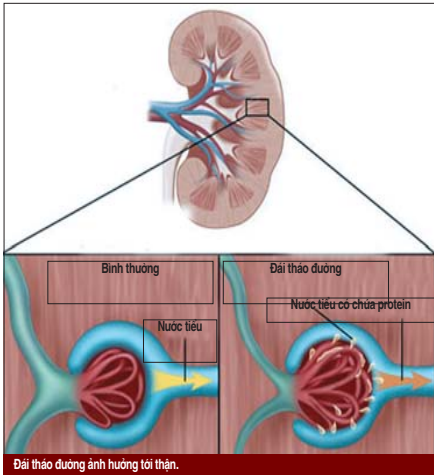
Với 3 tác động cùng lúc như thế, chắc chắn sẽ giúp bé yêu giải quyết tận gốc chứng rối loạn tiêu hóa: Trẻ ăn ngon, tiêu hóa tốt, hấp thu tối đa, giúp cơ thể nhanh chóng khỏe mạnh trở lại!

*Đang Tuấn*

**BOX thông tin cho bạn:**

Men vi sinh tổng hợp Bio-acimin giúp Bé yêu giải quyết tận gốc chứng rối loạn tiêu hóa với 3 tác động vượt trội: Bổ sung hàng trăm triệu men vi sinh với 3 chủng vi khuẩn có ích giúp trẻ ngăn ngừa và khắc phục các triệu chứng trường bụng, đầy hơi, tiêu chảy, phân sống, táo bón... Cung cấp Kẽm và acid folic có khả năng khôi phục vi giác, giúp bé ăn uống ngon miệng. Đồng thời còn hỗ trợ các nhóm vitamin B (B1, B2, B5, B6, B9...), các acid amin, giúp cơ thể bé hấp thu được tối đa dưỡng chất. Với Bio-acimin Bé yêu không còn lo bị rối loạn tiêu hóa, tiêu hóa khỏe - trẻ ăn ngon, chóng lớn, cơ thể và trí não sẽ phát triển khỏe mạnh toàn diện.

**Điện thoại tư vấn sản phẩm: 04. 3514 8042**



## Biến chứng thận do bệnh đái tháo đường

→ BS. Hoàng Hà

**Hơn 40% số bệnh nhân lọc máu chu kỳ ở Mỹ là biến chứng thận do đái tháo đường (ĐTĐ). Ở Việt Nam, bệnh ĐTĐ đang gia tăng về tần suất mắc bệnh, cùng với những tiến bộ trong điều trị bệnh, tuổi thọ của người bệnh ĐTĐ kéo dài hơn, làm cho biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ cũng ngày càng tăng.**

### Quá trình tổn thương thận

Ở các nước có nền công nghiệp phát triển, ĐTĐ là nguyên nhân chính gây suy thận giai đoạn cuối. Hiểu biết biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ có thể giúp dự phòng để hạn chế và làm chậm biến chứng này.

ĐTĐ là một bệnh rối loạn chuyển hóa do thiếu hụt insulin tuyệt đối hoặc tương đối. Đặc trưng của bệnh là tăng glucose máu cùng với các rối loạn về chuyển hóa đường, đạm, mỡ, và các chất khoáng. Tổn thương mạch máu, đặc biệt là vi mạch do bệnh ĐTĐ, dẫn tới tổn thương nhiều

ở quan trọng đó có thận. Biểu hiện tổn thương thận trong bệnh ĐTĐ được chia làm hai pha, pha sớm và pha muộn. Pha sớm khởi đầu là xuất hiện microalbumin niệu (30-299mg protein/24 giờ) không thường xuyên, cho đến khi xuất hiện macroalbumin niệu (trên 300mg protein/24 giờ) thường xuyên. Pha muộn được tính từ khi xuất hiện macroalbumin niệu thường xuyên đến suy thận giai đoạn cuối. Pha sớm là pha im lặng về lâm sàng, biến đổi quan trọng của thận trong pha này là thận to lên, tăng mức lọc cầu thận, tăng áp lực trong cầu

thận, xuất hiện microalbumin niệu không thường xuyên, về sau xuất hiện thường xuyên và nồng độ tăng dần. Pha muộn là pha lâm sàng, biểu hiện lâm sàng tổn thương thận bao gồm: hội chứng cầu thận mạn với phù, protein niệu, hồng cầu niệu, tăng huyết áp, đôi khi có hội chứng thận hư, chức năng thận giảm rồi suy thận và suy thận giai đoạn cuối. Biến đổi cấu trúc mô bệnh học đặc trưng bởi tổn thương dạng hạch và tổn thương ri ở cầu thận do thối các thành phần của huyết tương qua mao mạch cầu thận, không có lắng đọng

phức hợp miễn dịch ở vùng tổn thương. Dần dần cầu thận bị xơ hóa, làm mất dần chức năng thận.

### Triệu chứng

Đái tháo đường typ 1, triệu chứng của bệnh thận thường xuất hiện sau khi được chẩn đoán bệnh 3-5 năm. Đối với đái tháo đường typ 2, do khó xác định thời gian khởi phát của bệnh, nên chưa rõ bệnh thận xuất hiện sau khởi phát bệnh ĐTĐ bao nhiêu năm. Biểu hiện duy nhất của tổn thương thận trong giai đoạn này là microalbumin niệu. Vì vậy khi xét nghiệm nước tiểu có microalbumin niệu là báo hiệu có tổn thương thận. Microalbumin niệu lúc đầu chỉ xuất hiện khi bệnh nhân kiểm soát glucose máu kém. Việc kiểm soát đường máu tốt là biện pháp hữu hiệu để hạn chế tổn thương thận. Mức độ nặng của microalbumin niệu có liên quan với thời gian bị bệnh ĐTĐ và mức độ kiểm soát đường huyết. Điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển có thể làm giảm hoặc không còn microalbumin niệu.

Vì vậy sử dụng thuốc ức chế men chuyển trong giai đoạn này được coi là có tác dụng bảo vệ thận. Giai đoạn muộn hay còn gọi là giai đoạn bệnh thận lâm sàng, thường khởi phát bằng phù, cũng có thể khởi phát là hội chứng cầu thận cấp (phù, protein niệu, hồng cầu niệu, tăng huyết áp), hiếm hơn có thể khởi phát bằng hội chứng suy thận cấp (đái ít, vô niệu, ure và creatinin máu tăng). Một số bệnh

nhân khởi phát bằng hội chứng thận hư (phù nặng, tràn dịch màng bụng, màng phổi, màng tinh hoàn, protein niệu trên 3,5g/24 giờ, protein máu giảm <60g/l, albumin máu giảm <30g/l, lipid máu tăng). Diễn biến bệnh thường biểu hiện bằng hội chứng viêm cầu thận mạn với phù từng đợt, protein niệu trung bình (2-3g/24 giờ), hồng cầu niệu vi thể, tăng huyết áp. Các triệu chứng nặng lên khi kiểm soát glucose máu kém. Dần dần, chức năng thận suy giảm, xét nghiệm thấy ure, creatinin máu tăng, rồi dẫn đến suy thận giai đoạn cuối, bệnh nhân bắt buộc phải điều trị thay thế thận.

Bệnh thận do ĐTĐ còn hay gặp hoại tử nhũ thận, có thể phát hiện được bằng chụp thận thuốc tĩnh mạch. Nhũ thận hoại tử bong ra trôi theo nước tiểu, có thể gây tắc ở niệu quản làm giãn đài bể thận, bệnh nhân sẽ xuất hiện cơn đau quặn thận, đau dữ dội ở vùng hố thắt lưng lan xuống bộ phận sinh dục. Bệnh nang quang thận kính cũng gặp khoảng 1-26% số bệnh nhân. Biểu hiện lâm sàng là bệnh nhân đi đái không tự chủ, nước tiểu tự chảy ra mà không nhìn được. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu gặp tới 90% số bệnh nhân ĐTĐ. Nhiễm khuẩn cả hai bên thận gặp khoảng 10% số bệnh nhân. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu chủ yếu là các vi khuẩn đường ruột như E. Coli, proteus.

### Dự phòng biến chứng thận

Kiểm soát tốt đường huyết, thường xuyên duy trì glucose máu <7mmol/l, HbA1C <7%, có thể làm chậm được biến chứng thận và ngăn chặn được biến chứng thận tiến triển, đây là van

đề quan trọng nhất. Người bệnh cần thay đổi lối sống, thực hiện chế độ ăn cho người tiểu đường chặt chẽ, bỏ hút thuốc lá, giảm cân nặng và có chế độ tập luyện và sinh hoạt thích hợp, không chỉ giúp ổn định đường huyết mà còn giảm được biến chứng thần, và giảm được 25% nguy cơ các biến chứng khác. Kiểm soát huyết áp tốt, cùng với kiểm soát mỡ máu, cũng giúp làm chậm biến chứng thần và làm chậm tiến triển của tổn thương thận. Người bệnh ĐTĐ cũng cần được định kỳ xét nghiệm microalbumin niệu. Khi microalbumin niệu âm tính thì 6 tháng xét nghiệm một lần. Khi microalbumin niệu dương tính thì 3 tháng xét nghiệm một lần. Trong giai đoạn sớm của bệnh thận do ĐTĐ cần dùng thuốc ức chế men chuyển để bảo vệ thận. Nếu bệnh nhân không có tăng huyết áp thì dùng liều thấp, nếu có tăng huyết áp thì dùng liều có tác dụng kiểm soát huyết áp. Microalbumin niệu phản ánh tổn thương vi mạch không chỉ ở thận mà còn ở các cơ quan khác của cơ thể như tim, não. Vì vậy microalbumin niệu không chỉ là biểu hiện sớm của tổn thương thận mà còn là chỉ điểm nguy cơ cao các biến chứng tim mạch và tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân ĐTĐ. Các nghiên cứu gần đây cho thấy, những bệnh nhân có microalbumin niệu thì nguy cơ tử vong do bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim cao gấp hai lần so với những bệnh nhân chưa có microalbumin niệu. Vì vậy người bệnh cần được theo dõi cẩn thận microalbumin niệu và sử dụng các biện pháp dự phòng sớm.

## Máy đo huyết áp điện tử

**OMRON**  
A Good Sense of Health

➢ Dễ sử dụng, đo nhanh, chính xác.

➢ Tiện lợi cho việc theo dõi huyết áp thường xuyên.

➢ Bộ nhớ lưu 90 kết quả đo cùng thời gian đo.

➢ Đáp ứng tiêu chuẩn của AAMI (Hiệp hội cải tiến thiết bị đo y tế, BHS (Hiệp hội tăng huyết áp Anh) và EHS (Hiệp hội tăng huyết áp Châu Âu).

➢ Được Hội tim mạch học Việt Nam khuyến dùng.

Máy đo bắp tay

Máy đo cổ tay

*Cần nhiều sản phẩm khác như: máy xông mũi họng, máy đo lượng mỡ, nhiệt kế điện tử, máy massage... tại [www.omron-vtc.com.vn](http://www.omron-vtc.com.vn)*

**Nhãn phân phối chính thức phía Bắc:** Công ty TNHH Tiên Thành. 21 Đặng Tiến Đông, Gò Đống Đa, Hà Nội. Tel: (04) 38515265

**Nhãn phân phối chính thức phía Nam:** Công ty TNHH Y tế Hồng Tâm. 38 Hồ Biểu Chánh, Q. Phú Nhuận, TP HCM. Tel: (08) 38446362

# Vai trò của thận trong chuyển hóa nước và điện giải

» BS. Nguyễn Long Châu

**Nước là thành phần chủ yếu của cơ thể. Ở người trưởng thành, có đến 65-70% cân nặng cơ thể là nước. Tuổi càng trẻ, tỷ lệ nước càng cao: bào thai có tới 90-97% nước, trẻ mới đẻ: 85%; người già chỉ khoảng 60-65%. Trong các bộ phận của cơ thể, máu có tỉ lệ nước cao nhất (83%) rồi đến cơ (76%), da (72%), gan (70%), mô mỡ (30%); ngay cả xương cũng có tới 22% nước.**

Nước có vai trò quan trọng đối với sự sống còn của con người. Nhờ có nước khối lượng tuần hoàn được duy trì, do đó duy trì được huyết áp. Nước còn là dung môi của các chất dinh dưỡng, là môi trường diễn ra các phản ứng hóa học đồng thời tham gia một số phản ứng (thủy phân, oxy hóa...); làm giảm ma sát giữa các màng trong cơ thể như màng ngoài tim, màng phổi, màng bụng... Nước còn tham gia qua trình điều hòa thân nhiệt; nhờ đó, thân nhiệt luôn luôn hằng định.

Nguồn cung cấp nước cho cơ thể là thức ăn nước uống, và một phần từ quá trình chuyển hóa các chất trong cơ thể; đồng thời cũng bài xuất khoảng 1,6-3,5 lít nước mỗi ngày qua nước tiểu (1-1,5 lít), mồ hôi (450-1050 ml), (250-350 ml), hơi thở, phân (50-220 ml); và các dịch cơ thể (như nước bọt, dịch vị, dịch tụy, mật, dịch ruột...).

Nước trong cơ thể được phân bố ở hai khu vực: nội bào (50%), lòng mạch (5%), và gian bào (15%). Lòng mạch và gian bào góp chung thành khu vực ngoại bào. Giữa các khu vực này liên tục diễn ra:

Sự trao đổi giữa gian bào và lòng mạch. Thành phần huyết tương rất hằng định đặc biệt có nhiều protein, mỡ mà thành mao mạch - lớp ngăn cách hai khu vực này giữ lại các protein và cho các ion qua lại tự do, do vậy nồng độ protein trong huyết tương cao hơn trong dịch gian bào, còn các chất điện giải tuy thành phần tương đương nhau nhưng nồng độ có khác nhau. Sự co bóp của tâm thất trái tạo ra áp lực máu (áp lực thủy tĩnh). Xa tim, áp lực thủy tĩnh giảm dần: áp lực đầu mao mạch là 40 mmHg, đến cuối mao mạch còn 16 mmHg, do đó, nước có xu hướng bị đẩy vào gian bào. Protein trong lòng mạch tạo ra một áp lực

thấm thấu keo khoảng 28 mmHg có xu hướng kéo nước từ gian bào vào.

Sự trao đổi giữa gian bào và tế bào. Màng tế bào ngăn cách hai khu vực này không cho các ion qua lại tự do, do vậy thành phần điện giải giữa gian bào và tế bào hoàn toàn khác nhau. Tuy áp lực thẩm thấu ở hai khu vực này luôn luôn ngang nhau nhưng nồng độ  $\text{Na}^+$  ở gian bào rất cao.

Các chất điện giải có vai trò quyết định áp lực thẩm thấu mà quan trọng nhất là  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Cl}^-$ ,  $\text{HCO}_3^-$ ,  $\text{HPO}_4^-$ ... (còn protein huyết thanh chỉ chi phối 0,5% áp lực thẩm thấu); đồng thời còn có vai trò điều hòa pH nội môi. Tuy giữa dịch nội bào và dịch ngoại bào không có sự khác nhau về thành phần nhưng về số lượng từng thành phần lại khác nhau: Dịch nội bào có nhiều  $\text{K}^+$ , ít  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Cl}^-$ ,  $\text{Ca}^{++}$ ,  $\text{Mg}^{++}$ ,  $\text{HCO}_3^-$ ,  $\text{HPO}_4^-$ ... Dịch ngoại bào có rất ít  $\text{K}^+$ , nhiều  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Cl}^-$ , nhiều  $\text{Ca}^{++}$ , có bicarbonat, phosphat, proteinat, đặc biệt NaCl. Do có màng tế bào ngăn cách, các ion không tự do qua lại giữa dịch gian bào và tế bào, do đó thành phần điện giải ở hai khu vực này khác nhau trong khi áp lực thẩm thấu lại ngang nhau.

Thận là cơ quan đào thải nước chủ yếu. Mỗi thân có khoảng 1- 1,3 triệu nephron - đơn vị giải phẫu và chức năng của thận, có chức năng tạo nước tiểu. Mỗi nephron bao gồm cầu thận và ống thận. Quá trình tạo nước tiểu diễn ra như sau:

- Một phần huyết tương được lọc qua mao mạch vào bao Bowman và trở thành dịch lọc cầu thận;

- Dịch lọc đi xuống ống thận, nước và một số chất hòa tan được tái hấp thu trở lại máu, một số chất hòa tan được bài tiết vào dịch ống thận để tạo thành nước tiểu.

Quá trình lọc ở cầu thận chịu ảnh hưởng của các lực sau:

- Áp suất thủy tĩnh của mao mạch cầu thận có trị số bằng 60 mmHg đẩy dịch vào bao Bowman. Áp suất trong mao

**Mỗi ngày có khoảng 180 lít dịch lọc cầu thận được các nephron của cả hai thận tạo ra; 90% lượng nước được ống thận tái hấp thu, còn khoảng 1,5 lít được bài xuất ra ngoài dưới dạng nước tiểu (chiếm khoảng 50% tổng lượng nước cơ thể đào thải mỗi ngày.**



mạch cầu thận cao (do tiểu động mạch có sức cản lớn) làm cho dịch được bao Bowman lọc liên tục. Áp suất trong mao mạch quanh ống thấp, dịch được tái hấp thu liên tục vào các mao mạch;

- Áp suất thủy tĩnh của bao Bowman vào khoảng 18 mmHg đẩy dịch vào mao mạch, do đó ngăn cản quá trình lọc;

- Áp suất keo của mao mạch cầu thận: ngăn cản sự lọc, có giá trị trung bình khoảng 32 mmHg. Ở cầu thận, khoảng 1/5 lượng huyết tương được lọc vào bao Bowman, tiểu động mạch (TĐM) đi của cầu thận. Áp suất keo ở đầu TĐM đến tới đầu tiểu động mạch đi là 36 mmHg. Giá trị trung bình là 32 mmHg.

- Áp suất lọc đẩy dịch lọc qua màng cầu thận là:  $60 - (18+32) = 10$  mmHg.

Các yếu tố áp lực thủy tĩnh của mao mạch cầu thận, áp lực thủy tĩnh của bao Bowman và áp lực keo của mao mạch cầu thận quyết định lưu lượng lọc. Nhưng lưu lượng máu qua thận, sự co TĐM đến, TĐM đi lại ảnh hưởng đến ba yếu tố này cũng sẽ ảnh hưởng đến lưu lượng lọc. Dịch lọc cầu thận lần lượt chảy qua ống lumen gần, quai Henle, ống lumen xa, ống góp vùng vò, ống góp rời vào bể thận.

Tham gia điều hòa các quá trình hấp thu, chuyển vận và đào thải nước trong cơ thể ngoài các cơ quan điều hòa nước như ruột, gan, thận còn có vai trò của thần kinh và một số tuyến nội tiết. Nhờ đó, bình ổn được lượng nước trong cơ thể, duy trì áp lực thẩm thấu. Các thụ quan áp lực thẩm thấu ở xoang động mạch cảnh, nhân trên thị gây tiết ADH, và với khối lượng nước ở các tinh mạch lớn, vách nhĩ phải... gây tiết

aldosterone. Lưu lượng máu đến thận và lưu lượng lọc cầu thận luôn luôn được giữ hằng định nhờ những cơ chế điều hòa ngược tại chỗ: gian TĐM đến, co TĐM đi.

Cũng cần nói đến sự chi phối của thần kinh giao cảm. Với những kích thích nhẹ, không gây thay đổi gì nhưng khi bị kích thích rất mạnh sẽ làm co các TĐM khiến lưu lượng máu thận giảm, chi còn 10-30% và sẽ ngừng bài niệu. Tiếp tục kích thích, cả lưu lượng máu thận, lưu lượng lọc cầu thận và lượng nước tiểu trở về mức bình thường trong vòng 20-30 phút.

Do áp lực thẩm thấu, nước được tái hấp thu thụ động theo các ion  $\text{Na}^+$  và  $\text{Cl}^-$  khi các ion này được chuyển vào khoang kẽ tế bào rời vào máu. 65% lượng ion  $\text{Na}^+$  được tái hấp thu ở ống lumen gần, 27% ở đoạn dây nhánh lên quai Henle, 8% ở ống lumen xa. Lượng ion  $\text{K}^+$  cũng được tái hấp thu ở các đoạn ống tương ứng là 65%, 25% và 8%. Do đó, khi nồng độ ion  $\text{K}^+$  trong dịch ngoại bào bình thường hoặc tăng lên thì một lượng lớn  $\text{K}^+$  phải được bài xuất đoạn cuối của ống lumen xa vào nước tiểu để loại bỏ phần  $\text{K}^+$  dư thừa mỗi ngày ra khỏi cơ thể. Sự tái hấp thu  $\text{HCO}_3^-$  được thực hiện ở ống lumen gần, các ion  $\text{HCO}_3^-$  và  $\text{H}^+$  kết hợp với nhau, tạo ra nước và  $\text{CO}_2$ .

Các anion khác (sulfat, phosphat, nitrat...) cũng được tái hấp thu bao đảm duy trì trong dịch ngoại bào một nồng độ thích hợp.

Các chất dinh dưỡng quan trọng như glucose, protein, acid amin, các vitamin... trong dịch lọc cầu thận bình thường được tái hấp thu hoàn toàn ở ống lumen gần. Nếu nồng độ các chất dinh dưỡng trong huyết tương nằm trong giới hạn bình thường, các chất dinh dưỡng sẽ được tái hấp thu hoàn toàn.

Mỗi ngày có khoảng 180 lít dịch lọc cầu thận được các nephron của cả hai thận tạo ra; 90% lượng nước được ống thận tái hấp thu, còn khoảng 1,5 lít được bài xuất ra ngoài dưới dạng nước tiểu (chiếm khoảng 50% tổng lượng nước cơ thể đào thải mỗi ngày. Như vậy, thông qua quá trình tạo nước tiểu, thân đã giữ lại nước, các chất chuyển hóa quan trọng được giữ lại đồng thời thải ra những sản phẩm có hại như urê, creatinin, acid uric... Chỉ một lượng nhỏ urê được tái hấp thu ở ống thận; còn creatinin, không những được tái hấp thu mà một lượng nhỏ còn được bài tiết ở ống lumen gần. Tuy được tái hấp thu nhiều hơn urê nhưng vẫn có một lượng lớn urat được bài xuất ra nước tiểu.

Trong một số bệnh lý ở thận, hiện diện protein, hồng cầu, bạch cầu trong nước tiểu; tái hấp thu  $\text{Na}^+$  tăng, urê huyết tăng, nhiễm toan... làm xuất hiện các hội chứng lâm sàng. Chẳng hạn:

- Người bị viêm thận cấp tính có hội chứng phù, đái máu, tăng huyết áp...

- Người bị viêm thận mạn tính có hội chứng urê huyết cao.  
- Người bị hội chứng thận hư protein niệu rất cao, có khi vượt quá lượng protein huyết tương; hậu quả là protein huyết tương giảm, áp lực keo giảm, thể tích huyết tương giảm, phù (do ứ đọng dịch ở các mô).

- Người bị suy thận mạn tính hoặc bị cắt bỏ một thân... nước tiểu ít hoặc vô niệu do số nephron bị hủy hoại hoặc bị cắt giảm.

- Một số bệnh thận gây tăng huyết áp dẫn đến suy tim làm xuất hiện phù.

## Đa dâm có gây “bại thận”?

» BS. Bùi Hiền

**Mọi quan hệ tình dục không đảm bảo vệ sinh, không an toàn đều có thể gây viêm nhiễm không chỉ ở cơ quan sinh dục mà còn gây viêm nhiễm ngược dòng lên đường tiết niệu. Khi hệ tiết niệu bị bệnh, đặc biệt là thận, những chất gây độc hại không được thải loại, huyết áp tăng cao, cơ thể sẽ mệt mỏi, thể chất và tinh thần bị ảnh hưởng, cảm hứng tình dục cũng vì thế mà giảm đi.**

Cơ thể bao gồm nhiều cơ quan, hệ thống, tất cả là một khối thống nhất, tất cả đều có mối quan hệ rất chặt chẽ, ảnh hưởng trực tiếp qua lại lẫn nhau. Thận - cơ quan thuộc hệ tiết niệu nằm ở hố thắt lưng, cạnh cột sống. Các chất độc hại như urea, creatinine, acid uric, bilirubin... sinh ra trong quá trình chuyển hóa theo máu đến thận được thanh lọc, đào thải cùng với nước theo niệu quản xuống bàng quang, rồi theo niệu đạo ra ngoài cơ thể.

### Đau mỏi vùng thận

Cột sống thắt lưng có cấu tạo cong về phía trước, là nơi chịu nhiều trọng lực của cơ thể, phía sau là hai khối cơ lưng to, sức cơ kéo rất lớn. Đau vùng lưng, thắt lưng là triệu chứng của rất nhiều bệnh thuộc đời sống, đây chẳng hạn, đây thần kinh và một số cơ quan lân cận như thận, tiết niệu. Hành vi quan hệ tình dục bao gồm sự tăng cường hoạt động của hệ tim mạch, hô hấp, thần kinh, nội tiết, và hệ vận động. Tuy nhiên các cơ quan hệ thống đều có sự hồi phục nhanh chóng sau thời gian thư giãn. Đối với hệ thống cơ, xương, khớp thường được hồi phục chậm hơn và gây nên hiện tượng đau mỏi vùng lưng, thắt lưng. Đối với những trường hợp có quan hệ tình dục nhiều hơn bình thường và không an toàn sẽ gây ảnh hưởng xấu đến hệ tiết niệu - một hệ thống có quan hệ gần gũi hơn về giải phẫu, dễ gây viêm nhiễm

thận, tiết niệu, chính vì lẽ đó mà dân gian có quan niệm “đa dâm bại thận”.

### Những ảnh hưởng của hệ tiết niệu đến hoạt động tình dục

Hoạt động tình dục chịu sự ảnh hưởng rất lớn của yếu tố thể chất, tinh thần và xã hội riêng của từng cá thể. Khi hệ tiết niệu bị bệnh, đặc biệt là thận, những chất gây độc với cơ thể không hoặc ít được đào thải, nồng độ các chất urê, creatinine, bilirubin... tăng cao trong máu, huyết áp tăng cao, cơ thể sẽ mệt mỏi, đau đầu trong khi đó lại xuất hiện nhiều chất lè ra không được xuất hiện trong thành phần nước tiểu như tế bào máu, protein, đường...

Tùy theo mức độ nặng hay nhẹ, bệnh

thận, tiết niệu có biểu hiện đau âm ỉ vùng thắt lưng, tiểu tiện buốt đát, đi nhiều lần về đêm, nước tiểu đỏ, vàng hay tiểu đục, ứ nước dưới da gây phù. Bệnh thận, tiết niệu có thể là cấp tính, nếu không được phát hiện điều trị đúng và tích cực, bệnh sẽ trở thành mạn tính và có thể dẫn đến suy thận. Hệ tiết niệu bị tổn thương thực thể, sức khỏe thể chất bị ảnh hưởng, tinh thần không thể thoải mái, cảm hứng tình dục cũng vì thế mà giảm đi rõ rệt, người xưa có câu “nữ sợ thương tâm, nam sợ thương thận”. Mặt khác những thuốc nội tiết dùng trong điều trị bệnh đại tháo đường, thuốc lợi tiểu, hạ huyết áp... đều có ảnh hưởng không tốt đến khả năng tình dục.

Cần kiêng quan hệ tình dục trong những trường hợp có dấu hiệu phụ nặng ở ngực, bụng và hai chi dưới; có triệu chứng huyết áp tăng cao, đau đầu chóng mặt; nước tiểu chứa nhiều protein; giai đoạn cấp tính của viêm thận; đợt cấp tính của viêm bể thận mạn, ngoài ra trong những giai đoạn bệnh ổn định, cần hạn chế số lần quan hệ tình dục.

Thận, tiết niệu cũng như các hệ thống khác trong cơ thể đều có ảnh hưởng đến hoạt động tình dục. Tuy nhiên, ở người có “sắc dục” lớn hơn bình thường chuyên “chăn gối” cũng không phải là nguyên nhân trực tiếp gây nên bệnh thận, nếu đó là những lần quan hệ tình dục đảm bảo vệ sinh và an toàn. Ngược lại những người mắc bệnh suy giảm chức năng tình dục không nhất thiết phải có kèm theo bệnh “thần hư” hay “bại thận”. Dùng thuốc bổ thận, không làm cho người ta “cuồng dương”, quan niệm “ăn gì bổ nấy” cũng không được khoa học công nhận.



## Những bài thuốc, món ăn tráng dương bổ thận

» Lương y Vũ Quốc Trung

Tráng dương là phép điều trị, làm khỏe phần dương bằng thuốc hoặc thức ăn dương (dương dược) có tác dụng bổ (ôn bổ) dùng để chữa dương thân hư có di tinh, liệt dương, dương vật không cương cứng, thường hợp với phép bổ thận thành tráng dương bổ thận.

Dưới đây là những bài thuốc ngâm rượu, thuốc sắc uống, món cháo và món ăn bổ thận tráng dương đã được chọn lọc, tinh tuý nhất:

### Rượu thuốc “cổ bản là linh tẩu”

Thành phần bài thuốc: Đương quy 100g, ba kích 100g, thung dung 100g, đỗ trọng 100g, đảng sâm 100g, trâm hương 10g, tiểu hồi 10g, có chi 60g, xương bồ 60g, mộc thông 40g, sơn thù 80g, thạch斛 60g, thiên môn 60g, thục địa 60g, trần bì 20g, câu tích 110g, thỏ ty tử 80g, ngư tât 80g, táo nhân 80g, phục bồn tử 100g, viên chi 80g, câu kỷ 100g, thần khúc 40g, hổ hình cốt 100g, sinh khương 30g, xuyên tiêu 30g, đậu khấu 30g, mộc hương 30g, sa nhân 20g, đại hồi 20g, ích tri nhân 20g, nhũ hương 30g, đại táo 180g, dâm dương hoắc 100g, sơn duộc 100g, thanh diêm 20g, nhũ mê 50g.

Cách bào chế, cách dùng: Ba kích tẩm rượu, bỏ lõi, đổ trong sao rượu, bỏ lõi, thung dung rửa sạch bằng rượu, có chi hồi hương sao rượu, sơn thù chung rượu bỏ hạt, thiên môn bỏ tim, thỏ ty tử tẩm rượu chung chín, táo nhân sao, phục bồn tử sao, viên chi tẩm nước cam thảo, thần khúc sao, hổ hình cốt (xương ống chân hổ) sao bỏ. Sinh khương giã vát nước, sơn duộc giã vát nước (tuổi). Gạo nếp nấu chín, cùng thịt táo, nước gừng, nước hoai son, mật luyện thành 4 khối, bọc kín, cho vào bình sành, các vị còn lại tán thành bột, bọc vào túi vải, đều cho vào bình, thêm rượu, ngâm 21 ngày trở lên.



Rượu thuốc.



Ba kích.

Chú tri: Đại bổ khí huyết, ôn thân tráng dương, thêm tinh bổ tủy, mạnh gân cốt, đẹp nhan sắc, trị chur hư bách tổn, ngũ lão thất thương, phong thấp đau nhức, tay chân tê cứng, hồi hộp hay quên, ăn uống sút kém.

Nguồn gốc phương thuốc: Trich “Van bệnh hồi xuân”

**Cháo Thung dung dương nhục (thịt dê)**

Thành phần: Nhục thung dung 15g,

dương nhục 60g, gạo tẻ 60g, gừng, hành vừa đủ.

Cách bào chế, cách dùng: Nhục thung dung, dương nhục (thịt dê) rửa sạch, cắt mỏng. Trước hết cho nhục thung dung vào nồi, thêm nước nấu vài lần hết được chất, lọc bỏ bã. Dùng nước nhục thung dung, thêm gạo, thịt dê nấu thành cháo, thêm gia vị. Dùng mỗi ngày 1 tô, liên tục 10 - 15 ngày là một liệu trình.

Chú tri: Bổ thận trợ dương, mạnh ty vị, đẹp da thịt, tăng sức khỏe. Trị thận dương hư nhược, di tinh dương yếu, xuất tinh sớm, lưng gối lạnh đau, tiểu tiện nhiều lần, ngũ lão thất thương, chur hư bách tổn, phụ nữ không thụ thai, đau bụng, người già đại tiện táo kết.

Nguồn gốc phương thuốc: Trich “Bản thảo cương mục”

**Câu kỷ đào nhân kê đỉnh**

Hạch đào nhân 120g, câu kỷ 160g, gà 1 con, trứng gà 5 quả, đường, tiêu, tỏi, vị tinh, bột đậu vừa đủ.

Cách bào chế, cách dùng: Câu kỷ từ rửa sạch, hạch đào ngâm nước bóc vỏ. Thịt gà cắt miếng, dùng muối, vị tinh, đường, tiêu, thang gà, dầu mè, bột đậu ướp. Hạch đào dùng dầu rang chín, thêm câu kỷ sao. Đặt nồi lên bếp thêm dầu đun nóng, cho thịt gà xào chín, bỏ gà xuống, thêm đầu đun nóng, cho hành, gừng, tỏi vào xào thơm, cho gà, hạch đào, câu kỷ trộn đều. Dùng mỗi ngày 2 lần, mỗi lần 30 - 50g.

Chú tri: Câu kỷ bổ thận, ích tinh tủy, sáng mắt, hạch đào bổ phế thận, chống lão yếu, thịt gà bổ khí, huyết, ích tinh tủy. Toàn phương đại bổ khí huyết thêm tinh, ích tủy. Trị ngũ lão thất thương, chur hư bách tổn, lưng gối mỏi đau, tai ú mắt mờ, di tinh, mộng tinh, tăng sức khỏe, trường thọ.

Nguồn gốc phương thuốc: Trich “âm thực biến lục”.

# Thuốc thường dùng gây độc cho thận

>> DS. Bùi Văn Uy



**Thận có chức năng thải trừ thuốc nhưng trên đường qua thận, chúng lại có thể gây nhiễm độc thận. Thận có chức năng điều hòa nội môi, khi bị nhiễm độc chức năng ấy bị rối loạn, ảnh hưởng theo dây chuyền đến cơ quan khác.**

## Gây tổn thương ống thận

Gây thương tổn trực tiếp hoặc ở màng nhân tế bào biểu mô, lưới bào tương, ty lập thể hoặc ở lysosom của ống thận.

### - Kháng sinh:

+ Nhóm aminozid: Gây suy thận với tỷ lệ khoảng 10%, xuất hiện sau khi dùng 7-10 ngày. Streptomycin, neomycin gây nhiễm độc thận nặng nhưng hiện neomycin không dùng dạng tiêm, rất ít khi dùng dạng uống; streptomycin chỉ dùng với liều xác định trong phác đồ trị lao. Tobramycin gây nhiễm độc thận trung bình hiện hay chủ yếu dùng dạng thuốc tra mắt. Gentamycin gây nhiễm độc thận tương tự như tobramycin, nhưng do bị lạm dụng nên có tần suất nhiễm độc cao nhất.

+ Nhóm cephalosporin: Cephalosporin thế hệ 1 (cephalexin, cefadroxil, cefalotin, cefazolin) hay gây nhiễm độc ống thận. Cephalosporin từ thế hệ 2 trở đi ít khi gây nhiễm độc này, nhưng dạng tiêm thường gây rối loạn chức năng thận nhiều hơn.

+ Nhóm amphotericin B: Nhóm này tác động lên lipid màng tế bào biểu mô ống thận gây suy thận cấp, nhiễm toan,

đài tháo nhạt.

+ Nhóm polipetid: Trước đây dùng dạng tiêm có hiệu quả cao song lại gây nhiễm độc thận cao. Hiện polymixin chỉ dùng dạng thuốc mỡ, thuốc rửa đường niệu, rò mắt - tai, không dùng dạng tiêm; colistin còn dùng dạng uống, khi cần mới dùng dạng tiêm (khi nhiễm khuẩn do Pseudomonas aegunososa)

+ Kháng sinh chống virus: Làm thoái hóa, bong tróc các tế bào biểu mô từ mức nhẹ (khu trú ở ống lượn gần) đến nặng (gây hoại tử ống thận cấp đòi hỏi phải lọc máu). Tenofovir ít gây độc, foscarnet dễ gây độc (27% người dùng, tuy không nặng). Mức độ của các thuốc trên phụ thuộc vào liều dùng.

- **Thuốc giảm đau:** Hiếm khi gây nhiễm độc ống thận. Riêng paracetamol có thể gây suy thận cấp (và viêm gan) nhưng chỉ với liều rất cao (15g) hoặc liều tương đối cao kéo dài, kèm uống nhiều rượu do không có đủ glutathion để hóa giải chất chuyển hóa trung gian độc (N-acetylbenzoquinonium) của paracetamol.

Gây giảm lưu lượng máu đến thận

gây suy thận

- **Kháng viêm không steroid thế hệ cũ:** ức chế sản xuất prostaglandin làm giảm lưu lượng máu đến thận, giảm độ lọc cầu thận, dẫn đến suy thận. Tai biến ít xảy ra khi dùng từng đợt ngắn theo liều điều trị thông thường nhưng hay xảy ra khi dùng liều cao và/hoặc kéo dài. Ngưng thuốc sẽ hết.

- **Thuốc hạ áp có cơ chế gây giãn mạch:** Thuốc hạ áp nhóm ức chế men chuyển có thể gây tụt huyết áp mạnh, giảm lưu lượng máu qua thận, gây suy thận. Tai biến xảy ra khi khởi đầu với liều cao hoặc dùng ngay sau đợt thuốc lợi tiểu.

## Gây tắc ống thận

Nhóm này có độ hòa tan thấp, gây kết tinh trong ống thận.

- **Sulfamid:** Xảy ra ngay khi dùng liều điều trị lúc cơ thể bị mất nước (bị tiêu chảy, sốt cao), hay uống không đủ nước (uống 0,5g thì phải kèm 0,5 lít nước)

- **Các thuốc dự phòng cơn gout cấp:** Allopurinol, probenecid, sulphipyrazon làm tan các tua urat, tăng thải acid uric. Dùng liều cao

(acid uric thải nhiều) hay không uống đủ nước (2lit/ngày) thì acid uric gây kết tinh urat trong đường niệu.

- **Thuốc kháng virus:** Kháng virus acyclovir có độ tan thấp. Dùng liều bình thường cũng có thể gây kết tinh ở ống thận, dễ xảy ra và nặng hơn khi dùng liều cao hay tiêm tĩnh mạch nhanh. Xảy ra sau khi dùng 24-48 giờ, với tỷ lệ 12-48% người dùng, đa số nhẹ, không có triệu chứng, tự hồi phục sau khi ngưng thuốc và cung cấp đủ nước.

## Gây suy thận mạn

Xảy ra khi dùng liều cao kéo dài làm tích lũy thuốc tại ống thận. Phenacetin gây suy thận mạn nặng nhất bị cấm. Paracetamol, aspirin hiếm khi gây ra độc tính này do không mấy khi dùng liều cao, kéo dài. Hiện còn các thuốc gây suy thận mạn đáng chú ý là thuốc ung thư (cisplatin) thuốc hướng thần (lithium carbonat)

*Gây dị ứng miễn dịch ở ống thận - mô kể*

Tế bào ở vị trí này rất nhạy cảm, dị ứng với nhiều thuốc, không lệ thuộc vào liều. Có thể xảy ra các thuốc: betalactam (kể cả cephalosporin) erythromycin, vancomycin, miocyclin kháng viêm không steroid thế hệ cũ, thuốc chống tiết acid (cimetidin) thuốc ngủ (phenobarbital), thuốc chống rối loạn lipid (clofibrat). Tai biến chỉ xảy ra với người có cơ địa dị ứng, nên tần suất không cao, khó lường trước, nên cũng khó đề phòng.

*Gây hội chứng thận hư*

Gây lắng đọng các phức hợp miễn dịch dẫn đến hội chứng thận hư nhưng không gây suy thận. Ngưng thuốc cầu thận trở lại bình thường. Thường gây tai biến này là D-penicilamin (chứa thoiái hóa khớp) trimethadion (chứa đồng kính) catopril (thuốc hạ áp).

*Gây teo vỏ thượng thận*

Adrenocorticotrophic hormon (ACTH) kích thích vỏ thượng thận tiết ra corticoid điều hòa glucose (glucocorticoid) điều hòa chất khoáng (mineralocorticoid). Khi suy thận cấp và mạn (Addison), thường dùng bổ sung hai loại corticosteroid này (với liều sinh lý) để đảm bảo cho nồng độ các chất này trong máu ổn định. Từng đợt phải nghỉ dùng chúng, thay bằng ACTH để ACTH làm nhiệm vụ kích thích

vỏ thượng thận. Nhưng nếu dùng chúng kéo dài mãi thì dẫn tới ACTH không hoạt động nữa, vỏ thượng thận bị teo. Trong thực tế có khi không phải bị suy thận, mà ta dùng corticosteroid với mục đích chống viêm, chống dị ứng nhưng dùng liều cao kéo dài cũng sẽ dẫn tới tai biến teo vỏ thượng thận như nói trên.

## Cách phòng tránh

- Người khỏe mạnh dùng các thuốc này cũng có thể có nguy cơ, người chức năng thận suy giảm do tuổi tác (già quá, nhỏ quá) do bệnh thận hay một số bệnh mạn kèm theo thì nguy cơ nhiễm độc thận càng cao. Trước khi dùng, cần xem xét chức năng thận, với người có nguy cơ cao, điều này là bắt buộc. Dựa vào hệ số thanh thải creatinin để tính liều. Nơi không làm được hệ số thanh thải creatinin (tuyến xạ), cần khởi đầu liều thấp rồi tăng dần, theo dõi chặt chẽ lâm sàng (lượng và độ trong - đục của nước tiểu). Kinh nghiệm, người suy chức năng thận dùng khoảng bằng 40-50% liều người bình thường.

- Tuân thủ các điều kiện dùng thuốc có mục đích tránh ảnh hưởng xấu đến thận. Ví dụ, không dùng kháng viêm không steroid kéo dài. Uống đủ nước khi dùng sulfamid, kháng virus (acyclovir) hay các thuốc dự phòng gout cấp (allopurinol, pronenecid sulphipyrazon), riêng với các thuốc dự phòng gout cấp thì phải khởi đầu liều thấp tăng từng nấc (để không gây tăng cao đột ngột lượng acid uric trong ống thận)...

- Cần nhớ chính các corticosteroid do thân sản xuất ra, nếu ta dùng liều cao kéo dài cũng gây phản ứng nghịch làm hại thận. Không nên lạm dụng.

**Người khỏe mạnh dùng các thuốc này cũng có thể có nguy cơ, người chức năng thận suy giảm do tuổi tác (già quá, nhỏ quá) do bệnh thận hay một số bệnh mạn kèm theo thì nguy cơ nhiễm độc thận càng cao.**

## Đón đọc Sức khỏe & Đời sống cuối tháng 8-2009

### Chủ đề: "Các bệnh về mắt"

Đôi mắt không chỉ giúp ta nhìn được mọi vật mà còn giúp biểu hiện cảm xúc, là "cửa sổ của tâm hồn". Thế nhưng hiện nay có rất nhiều nguyên nhân làm cho đôi mắt của chúng ta không còn khỏe nữa.

Các bệnh hay gặp tại mắt là gì? Làm thế nào để có đôi mắt khỏe mạnh? Có cách gì để hạn chế được các bệnh về mắt? Việc ăn uống và tập luyện ra sao và hiện nay có những kỹ thuật hiện đại nào đã được ứng dụng để điều trị các bệnh này?... Tất cả những vấn đề này đều được giải đáp trên Báo Sức khỏe và đời sống Cuối tháng 8/2009 với các bài viết các giáo sư, tiến sĩ, bác sĩ chuyên khoa đầu ngành về mắt.

Báo trình bày đẹp, hiện đại, 36 trang, bìa couché, giá 6.300đ/cuốn, phát hành vào ngày 25/8/2009. Mời các bạn đón đọc và đặt mua tại tất cả các bưu cục trong cả nước.

**Sức khỏe & Đời sống  
trên trang giới thiệu!**

## Hộp thư

Báo Sức khỏe & Đời sống Cuối tháng đã nhận được tin, bài ảnh của các bạn Bùi Văn Uy, Đinh Ngọc San, Nguyễn Văn Hiệp (thành phố Hồ Chí Minh), Trần Mỹ Hạnh, Đinh Lan Hương (Hà Nội), Tú Anh, Nguyễn Thu Trang (Hải Phòng), Bùi Văn Huy (Nghệ An), Lê Lam Trà (Bắc Giang), Nguyễn Anh Tuấn (Bắc Ninh).

Qua hộp thư điện tử chúng tôi cũng nhận được những câu hỏi, tin, bài của các bạn Đức Vương (ducvuong.lit@gmail.com), Nguyễn Minh Huệ (huenminh515@yahoo.com), Dương Thu Hương (thuthuong2@yahoo.com), Nguyễn Thị Hương Lý (huongly\_kimdong@gmail.com)...

Sức khỏe và Đời sống Cuối tháng sẽ đăng tải dần những ý kiến trả lời của các nhà chuyên môn và bài của các bạn trong những số báo tiếp theo. Mong tiếp tục nhận được thư của các bạn.

Xin trân trọng cảm ơn!

SKDS Cuối tháng

# MỤC LỤC



## Ghép thận không chỉ là phẫu thuật

Trong các biện pháp điều trị thay thế thận suy ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, ghép thận được xem là phương pháp điều trị có hiệu quả nhất. Thế nhưng hiện nay công việc này được thực hiện ra sao? Nhu cầu và những khó khăn, thuận lợi?

16

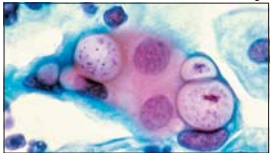
### Một số bệnh - dị tật đường thận tiết niệu ở trẻ em

Dị tật và bệnh ở đường tiết niệu gặp tương đối phổ biến trong bệnh lý trẻ em. Bệnh gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu, suy và mất chức năng thận. Bệnh cần được phát hiện sớm để có chỉ định đúng về thời gian và cách chữa bệnh.

Trang 6

### Nhiễm khuẩn tiết niệu Bệnh thường gặp

Trang 8



### Viêm cầu thận cấp

Trang 10



### Suy thận cấp ... và mạn tính

Suy thận cấp là một bệnh lý thường gặp trong lâm sàng nội khoa và nhi khoa. Là hội chứng suy giảm đột ngột một phần hay toàn bộ chức năng thận mà trước đó bình thường.

Trang 12

### Thận nhân tạo và lọc màng bụng

Khi nghĩ về hệ tiết niệu và thận chúng ta thường chỉ cho rằng nó tạo ra nước tiểu. Nhưng trong thực tế ngoài việc bài tiết các chất độc khỏi cơ thể bằng nước tiểu, thận còn có nhiều chức năng quan trọng khác.

Trang 15

### Phi đại tuyến tiền liệt

### Quan điểm hiện đại trong điều trị

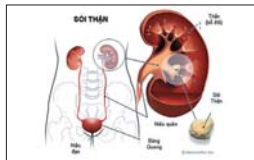
Trang 18

### Ung thư bàng quang Đâu phải đường cùng

Ung thư bàng quang là bệnh lý tế bào bình thường nằm trong bàng quang biến đổi thành các tế bào bất thường (ung thư) phát triển và nhân lên mà không kiểm soát, tạo thành khối u.

Trang 20

### Sỏi đường tiết niệu ...và cách dự phòng, điều trị



Trang 22

### Biến chứng thận do bệnh đái tháo đường

Trang 26

### Vai trò của thận trong chuyển hóa nước và điện giải

Trang 28

### Đa dâm có gây "bại thận"?

Mọi quan hệ tình dục không đảm bảo vệ sinh, không an toàn đều có thể gây viêm nhiễm không chỉ ở cơ quan sinh dục mà còn gây viêm nhiễm ngược dòng lên đường tiết niệu. Khi hệ tiết niệu bị bệnh, đặc biệt là thận, những chất gây độc hại không được thải loại, huyết áp tăng cao, cơ thể sẽ mệt mỏi, thể chất và tinh thần bị ảnh hưởng, cảm hưng tình dục cũng vì thế mà giảm đi.

Trang 30

### Những bài thuốc, món ăn tráng dương bổ thận

Trang 31

Bộ mới - Số 67 - Tháng 7 - năm 2009

**Sức khỏe & Đời sống**

CUỐI THÁNG

◆ Tổng biên tập: **B.S. Trần Sĩ Tuấn** ◆ P. Tổng biên tập: **B.S. Tô Quang Trung**  
◆ Thiết kế: **Hải Yến - Khiếu Minh** ◆ Tòa soạn: **138A Giảng Võ - Hà Nội** ◆ ĐT: **04 - 8.461684; 8461042; 8.461685** ◆ Fax: **04 - 8.443144** ◆ Số tài khoản: **10201000002961** - Ngân hàng Công thương khu vực Ba Đình, Hà Nội. ◆ Cơ quan đại diện phía Nam: **213 Điện Biên Phủ, Q.3, TP.Hồ Chí Minh**  
◆ ĐT: **08 - 8.229942** ◆ Fax: **08 - 8237593** ◆ Phòng quảng cáo phát hành: **1118 Núi Trúc - Hà Nội** ◆ ĐT: **04 - 7365634** ◆ Web site: **www.suckhoedoisong.vn** ◆ E-mail: **baokds@yahoo.com**  
◆ Chế bản: **Tại tòa soạn.** ◆ In tại: **Công ty in Tiến Bộ.** ◆ GPXB: Số 103/GP - BVHTT ngày 29-3-2001.