

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA DẪN LƯU TẮC NGHẼN TRONG VIÊM THẬN BỂ THẬN CẤP TÍNH TẮC NGHẼN DO SỎI NIỆU QUẢN

Lê Đình Đạm, Nguyễn Xuân Mỹ, Nguyễn Trường An, Nguyễn Khoa Hùng, Lê Đình Khánh

Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả dẫn lưu tắc nghẽn trong viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn do sỏi niệu quản. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả 45 bệnh nhân viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn do sỏi được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ tháng 10/2015 đến tháng 03/2018. **Kết quả:** Nam/nữ là 1: 5.5; tuổi trung bình là $54,16 \pm 10,29$ tuổi (34–74). Các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ghi nhận khi vào viện: nhiệt độ cơ thể: $38,87 \pm 0,66^\circ\text{C}$, mạch $94,38 \pm 12,29$ lần/phút, Nhịp thở là $24,62 \pm 5,57$ l/phút; Huyết áp tâm thu là $120,11 \pm 16,39$ mmHg; Huyết áp tâm trương là $73,66 \pm 9,19$ mmHg. Bạch cầu máu là $13,97 \pm 5,27$ g/l; tiểu cầu là $266,91 \pm 139,932$ g/l, Creatinin là $96,09 \pm 34,023$ umol/l; K+ là $3,47 \pm 0,59$ mmol/l; Na+ là $132,93 \pm 3,23$ mmol/l; Cl-: $94,88 \pm 3,90$ mmol/l; CRP là $160,08 \pm 96,42$ mg/l; Procalcitonin là $9,21 \pm 22,57$ ng/ml; Kích thước trung bình của các mảnh sỏi là $15,89 \pm 9,84$ mm (5–47). Mức ứ nước của thận là độ 0: 3 bệnh nhân (6,7%), độ 1: 18 bệnh nhân (40%), độ 2: 11 bệnh nhân (24,4%), độ 3: 13 bệnh nhân (28,9%). Cấy nước tiểu phía dưới tắc nghẽn: dương tính (14 bệnh nhân – 31,1%). Hội chứng SIRS: dương tính (39 bệnh nhân – 86,7%). 44 trường hợp (97,8%) được giải áp tắc nghẽn bằng phương pháp đặt thông niệu quản (thông JJ) và 1 trường hợp (2,2%) dẫn lưu thận qua da và sử dụng kháng sinh. Đa số các bệnh nhân cải thiện tốt về mặt lâm sàng (hết sốt, hết đau vùng thắt lưng, rung thận không đau) và các chỉ số cận lâm sàng (bạch cầu máu là $13,97 \pm 5,27$ g/l, CRP là $160,08 \pm 96,42$ mg/l; Procalcitonin là $9,21 \pm 22,57$ ng/ml). **Kết luận:** Nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên cấp tính tắc nghẽn do sỏi là một cấp cứu niệu khoa cần phải dẫn lưu tắc nghẽn can thiệp kịp thời để tránh các biến chứng nặng nề như nhiễm huyết, sốc nhiễm khuẩn.

Từ khóa: viêm thận bể thận cấp tính, sốc nhiễm khuẩn, sỏi niệu quản

Abstract

EFFECTIVENESS OF DRAINAGE FOR ACUTE OBSTRUCTIVE PYELONEPHRITIS SECONDARY TO URETERIC CALCULI

Le Dinh Dam, Nguyen Xuan My, Nguyen Truong An, Nguyen Khoa Hung, Le Dinh Khanh
Department of Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Purposes: To evaluate the effectiveness drainage for acute obstructive pyelonephritis secondary to ureteric calculi. **Materials and Methods:** 45 patients with obstructive pyelonephritis due to urolithiasis were hospitalized between October 2015 and March 2018 at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** The male to female ratio was 1 : 5.5. The median age was 54.16 ± 10.29 years (range 34 – 74 years). The physical findings at the time of hospitalization were as follows: body temperature $38.87 \pm 0.66^\circ\text{C}$, pulse rate $94.38 \pm 12.29/\text{min}$, respiratory rate $24.62 \pm 5.57/\text{min}$, systolic blood pressure 120.11 ± 16.39 mmHg, diastolic blood pressure 73.66 ± 9.19 mmHg. The laboratory findings were as follows: WBC: 13.97 ± 5.27 g/l, platelets 266.91 ± 139.932 g/l, serum creatinine 96.09 ± 34.023 umol/l, serum CRP 160.08 ± 96.42 mg/l, serum procalcitonin 9.21 ± 22.57 ng/ml. The average size of the stones was 15.89 ± 9.84 mm (5 - 47). 14 patients had a positive urine culture result. The SIRS in 39 patients (86.7%). 44 patients (97.8%) received transurethral stenting using a double-J ureteral catheter and 1 patient (2.2%) received percutaneous nephrostomy. All patients received antimicrobial therapies. After the drainage of the upper urinary tract and antimicrobial therapies, all patients were afebrile. The flank pain and of the costovertebral angle tenderness disappeared. The serum WBC, CRP and Procalcitonin were decreased. **Conclusions:** Upper urinary tract infection in the patient with obstructive urolithiasis is a urologic emergency. It is necessary to drainage early to avoid septic shock and eventually death.

Key words: acute obstructive pyelonephritis secondary, ureteric calculi, septic shock

Địa chỉ liên hệ: Lê Đình Đạm, email: ledinhdam@gmail.com

Ngày nhận bài: 8/10/2018, Ngày đồng ý đăng: 23/1/2019; Ngày xuất bản: 25/2/2019

DOI: 10.34071/jmp.2019.1.3

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là một trong những bệnh nhiễm khuẩn phổ biến nhất với một gánh nặng tài chính đáng kể cho xã hội. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc sỏi và nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn từ sỏi ngày càng tăng lên [10] [11].

Tại Việt Nam, sỏi đường tiết niệu (chủ yếu sỏi thận và sỏi niệu quản) là bệnh lý phổ biến đứng đầu trong các bệnh lý hệ niệu dự chiếm khoảng 30-40%. Theo Lê Đình Hiếu và Từ Thành Chí Dũng (2004) [2], tỷ lệ nhiễm khuẩn niệu trên bệnh nhân sỏi tiết niệu là 47,8%, theo Nguyễn Trường An (2006) [1] là 20% và Trần Đại Phước (2013) [3] là 39,3%.

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là một biến chứng của sỏi đường tiết niệu. Trong đó viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn do sỏi niệu quản là thường gặp. Viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn có thể tiến triển gây các biến chứng nặng nề nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn huyết thậm chí tử vong chiếm khoảng 20 – 40% [4].

Viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn do sỏi được chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng: sốt cao, rét run, đau thắt lưng, buồn nôn, nôn, nghiệm pháp rung thận dương tính và kết quả cận lâm sàng và hình ảnh học.

Các khuyến cáo điều trị trong các trường hợp viêm thận bể thận tắc nghẽn là sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch, dẫn lưu tắc nghẽn ngay “lập tức” [10].

Một vài nghiên cứu chứng minh việc thực hiện kịp thời dẫn lưu tắc nghẽn (bằng thông niệu quản hoặc dẫn lưu thận qua da) đã hạn chế được các diễn biến nặng của viêm thận bể thận như nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn...

Ở Việt Nam, chưa có nhiều báo cáo về hiệu quả dẫn lưu cấp cứu đường niệu trên trong viêm thận bể thận cấp do tắc nghẽn. Tại Bệnh viện Trường ĐHYD Huế, trong những năm gần đây phương pháp này được áp dụng thường quy trong điều trị viêm thận bể thận do tắc nghẽn, bằng cách đặt ống thông niệu quản JJ ngược dòng hoặc dẫn lưu thận qua da.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Vai trò của dẫn lưu tắc nghẽn trong viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn do sỏi niệu quản” nhằm đánh giá lại hiệu quả của việc dẫn lưu cấp cứu trong biến chứng rất thường gặp này của bệnh lý sỏi đường tiết niệu trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

45 bệnh nhân được điều trị viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn do sỏi tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ 10/2015 đến 03/2018.

Viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn do sỏi niệu quản được chẩn đoán dựa trên các triệu chứng sau: Sốt (Nhiệt độ $\geq 37,7^{\circ}\text{C}$), ớn lạnh hoặc rét run; đau vùng thắt lưng (một bên hoặc 2 bên), đau tự nhiên hoặc khi sờ; đau góc sườn cột sống (rung thận đau); rối loạn tiểu tiện: tiểu nhiều lần, tiểu buốt, tiểu rát, tiểu gấp; rối loạn màu sắc nước tiểu (tiểu đục, tiểu máu); rối loạn tiêu hóa (buồn nôn, nôn, đi phân lỏng); xét nghiệm nước tiểu: Nitrite (+) hoặc bạch cầu niệu (+) trên xét nghiệm nước tiểu (được khẳng định lại bằng phân tích nước tiểu bạch cầu niệu $\geq 10^5$ CFU/ml); hoặc các trường hợp đã được chẩn đoán xác định viêm đài bể thận với cấy nước tiểu dương tính (khuẩn lạc $\geq 10^4$ CFU/ml). Và có sỏi niệu quản cùng bên được xác định trên siêu âm hoặc XQ hoặc chụp cắt lớp vi tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang được điều trị sỏi hệ tiết niệu hoặc thận ứ nước (mủ) với thông niệu quản hoặc dẫn lưu thận; viêm thận bể thận do trào ngược (trào ngược tự nhiên, trào ngược qua ống thông JJ hoặc sau các can thiệp các thủ thuật nội soi trên hệ tiết niệu gần đây; nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên tắc nghẽn không do sỏi (khối u, hẹp, trào ngược); nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên do sỏi thận san hô.

Chúng tôi ghi nhận thông số: giới, tuổi, thời gian lúc bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đến lúc nhập viện, các triệu chứng lâm sàng (mạch, huyết áp, nhịp thở, sốt, rét run, đau thắt lưng, buồn nôn, nôn, đau góc sườn cột sống), Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS: Systemic inflammatory response syndrome): khi có nhiều hơn 2 trong số 4 triệu chứng sau nhiệt độ $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36^{\circ}\text{C}$, mạch > 90 lần/phút, nhịp thở > 20 lần/phút, bạch cầu > 12 G/l hoặc < 4 G/l [7].

Các xét nghiệm về máu (Công thức máu, CRP, Procalcitonin, Creatinin) phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu, cấy máu và chức năng thận. Chụp phim hệ tiết niệu không chuẩn bị xác định: số lượng, vị trí sỏi, kích thước sỏi theo đường kính dọc lớn nhất (nếu bao gồm nhiều mảnh sỏi thì lấy tổng chiều dài các mảnh sỏi). Siêu âm xác định mức độ ứ nước thận. Hoặc chụp cắt lớp vi tính bụng chậu (trong trường hợp không phát hiện sỏi trên phim hệ tiết niệu không chuẩn bị hoặc siêu âm) xác định số lượng, vị trí, kích thước của sỏi (kích thước chiều dọc của viên sỏi hoặc tổng kích thước chiều dọc của nhiều viên sỏi) và mức độ ứ nước.

Ghi nhận thời gian từ khi bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đến khi được thực hiện dẫn lưu tắc nghẽn.

Phương pháp dẫn lưu tắc nghẽn: đặt thông niệu quản (JJ) hoặc dẫn lưu thận qua da theo kỹ thuật

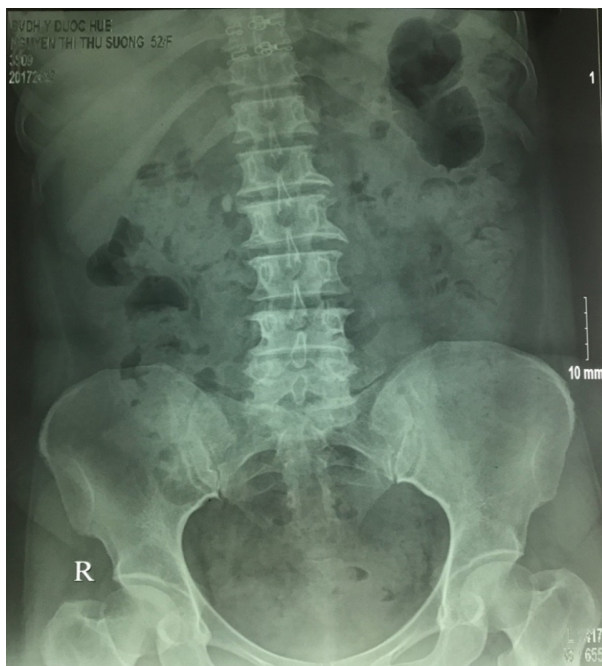
chuẩn, thời gian thực hiện dẫn lưu tắc nghẽn.

Ghi nhận thời gian đặt dẫn lưu (là thời gian từ lúc đưa máy soi vào bàng quang đến khi kết thúc phẫu thuật).

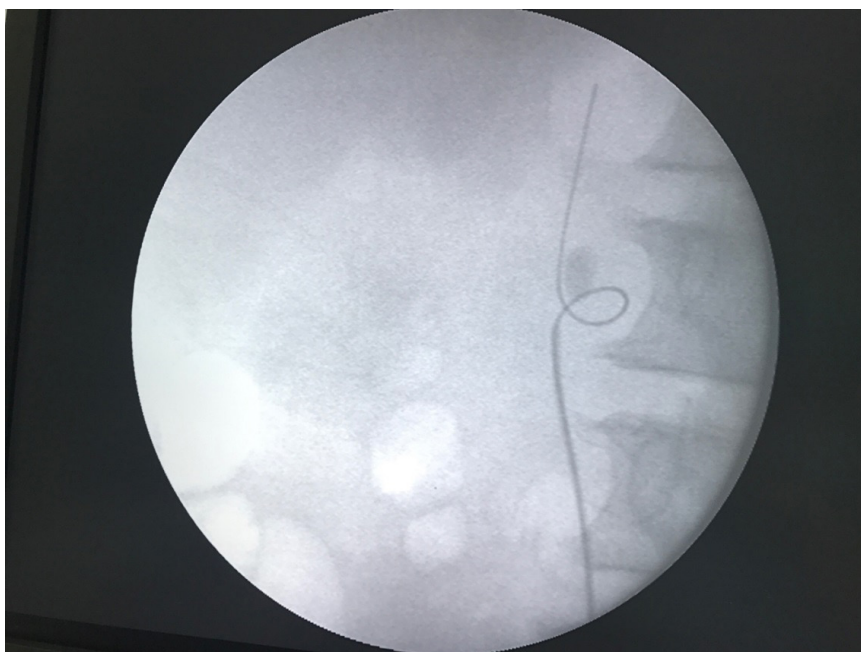
Tất cả các bệnh nhân chúng tôi đều lấy mẫu nước tiểu trên vị trí tắc nghẽn để cấy định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

Tất cả các bệnh nhân được sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch nhóm cephalosporin thế hệ 3 hoặc kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 kết hợp nhóm kháng sinh aminoglycosid (amikacin...). Một số bệnh nhân sau khi có kết quả cấy nước tiểu dương tính thì được sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

Hình 1. Soi niệu quản phải vị trí 1/3 trên gây tắc nghẽn



Hình 2. Dẫn lưu tắc nghẽn bằng nội soi bàng quang đặt thông niệu quản dưới kiểm soát của màn hình tăng sáng (C-arm)



Hình 3. Nước tiểu mẫu lấy được sau khi đặt ống thông vượt qua chỗ tắc nghẽn sỏi niệu quản



Ghi nhận diễn tiến của bệnh nhân sau điều trị (dẫn lưu tắc nghẽn, kháng sinh) về triệu chứng lâm sàng (sốt, đau thắt lưng, màu sắc nước tiểu, rung thận) các kết quả cận lâm sàng (chỉ số bạch cầu máu, CRP, Procalcitonin). Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS và sử dụng kiểm định Wilcoxon so sánh các chỉ số cận lâm sàng trước và sau dẫn lưu tắc nghẽn. So sánh và độ nhạy và độ đặc hiệu của test nitrite nước tiểu dùng kiểm định McNemar.

3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Từ tháng 10/2015 đến tháng 3/2018 có 45 bệnh

nhân được chẩn đoán viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn do sỏi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, số bệnh nhân nữ (38 bệnh nhân – 84,43%) gấp khoảng 5,5 lần bệnh nhân nam (7 bệnh nhân – 15,6%), tuổi trung bình là $54,16 \pm 10,298$ (34 – 74). Thời gian trung bình từ lúc bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đến lúc vào viện: $3,7 \pm 3,806$ ngày.

Về đặc điểm lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện: nhiệt độ cơ thể là $38,87 \pm 0,66^\circ\text{C}$; mạch là $94,38 \pm 12,29$ l/phút; Nhịp thở là $24,62 \pm 5,57$ l/phút; huyết áp tâm thu là $120,11 \pm 16,39$ mmHg; huyết áp tâm trương là $73,66 \pm 9,19$ mmHg.

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	N	%
Sốt	45	100
Rét run	42	93,3
Đau vùng thắt lưng	45	100
Rung thận đau	45	100
Tiểu buốt, tiểu rát	4	8,9
Tiểu trong	21	46,7
Tiểu máu	6	13,3
Tiểu đục	18	40,0

Về các xét nghiệm: bạch cầu máu là $13,97 \pm 5,27$ g/l; tiểu cầu là $266,91 \pm 139,932$ g/l, Creatinin là $96,09 \pm 34,023$ umol/l; K^+ là $3,47 \pm 0,59$ mmol/l; Na^+ là $132,93 \pm 3,23$ mmol/l ; Cl^- : $94,88 \pm 3,90$ mmol/l; CRP là $160,08 \pm 96,42$ mg/l; Procalcitonin là $9,21 \pm 22,57$ ng/ml; Kích thước trung bình của các mảnh sỏi là $15,89 \pm 9,84$ mm (5-47). Mức ứ nước của thận là độ 0: 3 bệnh nhân (6,7%), độ 1: 18 bệnh nhân (40%), độ 2: 11 bệnh nhân (24,4%), độ 3: 13 bệnh nhân (28,9%). Cấy nước tiểu phía dưới tắc nghẽn: dương tính (14 bệnh nhân – 31,1%). Hội chứng SIRS: dương tính (39 bệnh nhân – 86,7%)

Bảng 3.2. Kết quả cấy nước tiểu với nitrite niệu

Nitrit		Cấy nước tiểu		p	Tổng
		Âm tính	Dương tính		
Âm tính	N	28	9	0,146	37
	%	75,7 ^b	24,3		100
Dương tính	N	3	5		8
	%	37,5	62,5 ^a		100
Tổng	N	31	14		45
	%	68,9	31,1		100

^a Độ nhạy

^b Độ đặc hiệu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, test nước tiểu Nitrite nước tiểu có độ nhạy là 62,5% và độ đặc hiệu là 75,7%.

Cấy máu: dương tính (2 bệnh nhân – 4,4%).

Sởi ở bệnh nhân viêm thận bể thận cấp xảy ra ở hai bên phải và trái với tỉ lệ gần như tương đương nhau. Sởi ở vị trí 1/3 trên phổ biến nhất với 44,4%, phân bố bằng nhau ở hai bên phải và trái. Sởi ở vị trí 1/3 giữa chiếm tỉ lệ nhỏ nhất với 20%. Thời gian từ khi bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đến khi được thực hiện dẫn lưu tắc nghẽn: $4,15 \pm 3,54$ ngày.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 44 trường hợp

(97,8%) được giải áp tắc nghẽn bằng phương pháp đặt thông niệu quản (thông JJ) qua nội soi bàng quang dưới kiểm soát của màn hình tăng sáng và 1 trường hợp (2,2%) dẫn lưu thận qua da dưới hướng dẫn của siêu âm. Trường hợp được thực hiện dẫn lưu thận qua da do thận ứ nước dẫn rộng gây gấp khúc niệu quản và kích thích của viên sỏi gây tắc nghẽn khá lớn đã phát hiện trong thời gian dài nên khả năng sỏi khảm vào niệu quản nên khả năng thất bại lớn khi đặt thông niệu quản ngược dòng.

Thời gian thực hiện dẫn lưu tắc nghẽn là: $13,04 \pm 7,98$ phút (5 – 40 phút).

Kết quả cấy nước tiểu phía trên tắc nghẽn: dương tính chiếm 15 trường hợp (33,3%).

Bảng 3.3. Kết quả vi khuẩn ở bệnh nhân viêm thận bể thận cấp có kết quả cấy nước tiểu dương tính phía trên và dưới vị trí tắc nghẽn

Vi khuẩn	Dưới tắc nghẽn		Trên tắc nghẽn	
	N	%	N	%
<i>E. coli</i>	8	57,0	11	73,3
<i>P. aeruginosa</i>	3	21,5	1	6,7
<i>Enterobacter spp</i>	0	0	1	6,7
<i>Enterococcus spp</i>	3	21,5	2	13,3
Tổng	14	100	15	100

Tổng các trường hợp mẫu cấy nước tiểu dương tính phía trên và/hoặc dưới vị trí tắc nghẽn chiếm 48,89% (22 trường hợp), số trường hợp mẫu cấy nước tiểu đều dương tính phía trên và dưới vị trí tắc nghẽn chiếm 31,81% (7/22 trường hợp) và tương xứng chiếm 100% (các trường hợp đều có cùng loại vi khuẩn phía trên và dưới tắc nghẽn). Loại vi khuẩn hay gặp nhất vẫn là *E. coli* chiếm tỷ lệ lần lượt 73,3% và 57%.

Sau khi 45 bệnh nhân được điều trị giải áp tắc nghẽn kết hợp với điều trị kháng sinh (cephalosporin thế hệ 3 hoặc kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 kết hợp nhóm kháng sinh aminoglycosid (amikacin...)) thì: 43 bệnh nhân (95,6%) hết sốt, 40 bệnh nhân (88,9%) đỡ đau vùng thắt lưng; 28 bệnh nhân (62,2%) rung thận không đau và 17 bệnh nhân (37,8%) rung thận đỡ đau. Và bạch cầu máu là $8,69 \pm 2,68$ g/l; CRP là $43,51 \pm 41,51$ mg/l; Procalcitonin là $1,63 \pm 3,50$ ng/ml.

	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Kiểm định Wilcoxon	
			Z	p
Bạch cầu máu (g/l)	$13,97 \pm 5,27$	$8,69 \pm 2,68$	- 4,972	0,00
CRP (mg/l)	$160,08 \pm 96,42$	$43,51 \pm 41,51$	- 5,228	0,00
Procalcitonin (ng/ml)	$9,21 \pm 22,57$	$1,63 \pm 3,50$	- 3,448	0,001

4. BÀN LUẬN

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là nhiễm khuẩn thường gặp trên lâm sàng, viêm thận bể thận là một hình thái nghiêm trọng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Tùy vào các nghiên cứu khác nhau mà tỷ lệ nam/nữ thay đổi 1:7 – 1:13,1, trong nghiên cứu chúng tôi là 1 : 5,5. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu thường gặp ở nữ do yếu tố thuận lợi là giải phẫu niệu đạo ngắn và liên quan đến hoạt động tình dục, vi khuẩn dễ dàng đi từ da, hậu môn, cơ quan sinh dục đi lên niệu đạo bàng quang, niệu quản và thận.

Theo Dong-Gi Lee, thời gian kéo dài sốt, hoặc đau thắt lưng hoặc căng cứng vùng sườn sống lần lượt là 3,1 ngày 3,7 ngày và 3,4 ngày [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình kể từ lúc xuất hiện triệu chứng sốt, đau vùng thắt lưng hoặc rét run đến lúc vào viện là $3,7 \pm 3,806$ ngày. Điều này phù hợp với một số nghiên cứu ngoài nước khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có triệu chứng phối hợp (đau vùng thắt lưng, sốt cao, rét run) chiếm 93,3% và 6,7% có duy nhất một triệu chứng đơn thuần khi nhập viện.

Triệu chứng lâm sàng thay đổi rất đa dạng trên từng bệnh nhân từ triệu chứng của SIRS cho đến nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới và đau vùng thắt lưng. Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) thường xuyên có trong viêm thận bể thận cấp [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có SIRS (39 trường hợp – 86,7%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân biểu hiện các triệu chứng lâm sàng tương tự các nghiên cứu khác [7]: sốt, đau thắt lưng, rung thận đau (100%) kèm hoặc không rối loạn tiểu tiện (tiểu đục, tiểu máu hoặc tiểu buốt tiểu rát).

Kích thước trung bình của sỏi là: $15,89 \pm 9,84$ mm (5 - 47). Mức độ ứ nước thận chủ yếu là độ 2 và độ 3 (53,3%). Trong nghiên cứu chúng tôi, cấy nước tiểu dương tính (cả trên và phía dưới tắc nghẽn) gặp 22 trường hợp (48,9%), tương đương với nghiên cứu Dong-Gi Lee và cộng sự [5] (49,1%); nghiên cứu Sohn và cộng sự [5] (53,4%), tỷ lệ dương tính trong cấy nước tiểu thấp có thể bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh trước khi đến bệnh viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, test nitrite nước tiểu có độ nhạy là 62,5% và độ đặc hiệu là 75,7%. Theo các nghiên cứu khác nhau, test nitrite nước tiểu có độ nhạy là 45 - 60% và độ đặc hiệu là 85 - 98%. Giá trị tiên đoán dương tính của test nitrite ~96%. Sự hạn chế test nitrite nước tiểu là phải lấy nước tiểu vào buổi sáng và nước tiểu được lưu trong bàng quang ≥ 4 h để vi khuẩn chuyển nitrate thành nitrite. Một số họ vi khuẩn *S. saprophyticus*, *Pseudomonas* hoặc *Enterococci* không thể chuyển

được nitrate thành nitrite. Hơn nữa, theo Michael L. Wilson và Loretta Gaido thì xét nghiệm nước tiểu (bạch cầu niệu và nitrite niệu) chỉ mang tính định hướng ban đầu tình trạng nhiễm khuẩn niệu có hoặc không, nó không thể thay thế cho xét nghiệm cấy nước tiểu. Vì vậy, trong các trường hợp viêm thận bể thận do tắc nghẽn cần phải thực hiện xét nghiệm cấy nước tiểu một cách thường quy.

Trong nghiên cứu của Tracy Marien tỷ lệ không tương xứng loại vi khuẩn giữa kết quả cấy nước tiểu phía trên và phía dưới tắc nghẽn là 27% và theo Waston là 36,8%. Do đó, cấy nước tiểu cần phải thực hiện ở các vị trí khác nhau (phía trên và phía dưới tắc nghẽn) để tăng khả năng tìm ra loại vi khuẩn gây bệnh giúp cho việc sử dụng kháng sinh chính xác và hiệu quả hơn.

Những năm trước đây, vài nghiên cứu báo cáo có thể điều trị thành công viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn do sỏi bằng sử dụng kháng sinh và các biện pháp hỗ trợ không cần dẫn lưu tắc nghẽn [8].

Hiện nay, điều trị viêm thận bể thận trên cấp tính tắc nghẽn do sỏi “chuẩn” là sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch và thực hiện dẫn lưu tắc nghẽn. Theo các khuyến cáo cần sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm đối với các trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp (viêm thận bể thận cấp tính do tắc nghẽn) trong lúc chờ đợi kết quả kháng sinh đồ.

Dẫn lưu tắc nghẽn cần được thực hiện một cách nhanh chóng bằng đặt dẫn lưu thận qua da hoặc đặt ống thông niệu quản qua nội soi bàng quang ngược dòng (JJ). Sau khi áp lực trong bể thận được giảm làm cải thiện tình trạng tưới máu và chức năng thận từ đó tăng hiệu quả của liệu pháp kháng sinh.

Giai đoạn nhiễm khuẩn huyết được định nghĩa là có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS: Systemic inflammatory response syndrome) với nhiễm khuẩn. Viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn do sỏi kèm với hội chứng đáp ứng viêm hệ thống thì phải thực hiện “dẫn lưu tắc nghẽn” nhanh chóng, chính xác [14].

Trong trường hợp viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn do sỏi niệu quản, dẫn lưu tắc nghẽn không thực hiện kịp thời thì có thể tiến triển thành nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn hoặc tử vong. Theo nghiên cứu của M. Borofsky và cộng sự (1700 trường hợp), các trường hợp viêm thận bể thận tắc nghẽn do sỏi niệu quản có nhiễm khuẩn huyết nếu không được dẫn lưu tắc nghẽn thì có nguy cơ tử vong gấp 2,6 lần so với nhóm được dẫn lưu tắc nghẽn [12].

Theo quan điểm cũ của các nhà niệu khoa, phương pháp dẫn lưu tắc nghẽn trong trường hợp viêm thận bể thận cấp tính tắc nghẽn do sỏi được lựa chọn chủ yếu là dẫn lưu thận qua da. Các nhà niệu khoa cho rằng dẫn lưu tắc nghẽn bằng đặt

thông niệu quản ngược làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn.

Hiện tại, việc chọn lựa phương pháp dẫn lưu tắc nghẽn trong trường hợp bằng đặt thông niệu quản hay dẫn lưu thận qua da còn nhiều tranh luận, phương pháp nào là hiệu quả hơn [9]. Theo nghiên cứu Hamasuna, thì dẫn lưu thận qua da và đặt ống thông niệu quản có hiệu quả tương đương nhau trong việc giảm các triệu chứng nhiễm khuẩn [4]. Không có bằng chứng khoa học nào chứng minh được phương pháp nào vượt trội. Việc lựa chọn phương pháp dẫn lưu phụ thuộc vào trang thiết bị, kinh nghiệm và thói quen của người thực hiện.

Trong thập kỷ qua, số lượng bệnh nhân viêm thận bể thận cấp tính do tắc nghẽn được thực hiện dẫn lưu tắc nghẽn bằng phương pháp đặt thông niệu quản (JJ) tăng lên so với phương pháp dẫn lưu thận qua da [10].

Theo một số nghiên cứu, tỷ lệ thành công của phương pháp dẫn lưu tắc nghẽn bằng đặt thông niệu quản chiếm cao (98%) – khoảng 2,2% (3628 trường hợp) cần phải thực hiện dẫn lưu thận qua da. Theo nghiên cứu Wenzler DL và cộng sự, tỷ lệ

thành công của phương pháp đặt thông niệu quản trong các trường hợp tắc nghẽn bằng khoảng 87 – 88% [13].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện thành công cho 44 trường hợp (chiếm 97,8%) và 1 trường hợp (2,2%) cần thực hiện dẫn lưu thận qua da. Một trường hợp được thực hiện dẫn lưu thận qua da do thận ứ nước dẫn rộng và kích thước của viên sỏi gây tắc nghẽn khá lớn đã phát hiện trong thời gian dài nên khả năng sỏi khảm vào niệu quản.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 45 bệnh nhân được thực hiện dẫn lưu tắc nghẽn và dùng kháng sinh đường tĩnh mạch sau 3 ngày thì 43 bệnh nhân (95,6%) hết sốt, 40 bệnh nhân (88,9%) đỡ đau vùng thắt lưng; 28 bệnh nhân (62,2%) rung thận không đau và 17 bệnh nhân (37,8%) rung thận đỡ đau và giảm các giá trị bạch cầu máu, CRP, Procalcitonin.

5. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên cấp tính tắc nghẽn do sỏi là một cấp cứu niệu khoa cần phải dẫn lưu tắc nghẽn kịp thời để tránh các biến chứng nặng nề như nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trường An (2008), “Tình hình nhiễm trùng niệu ở bệnh nhân sỏi niệu tại khoa ngoại bệnh viện Trường Đại học Y Huế”, *Tài liệu nội bộ khoa ngoại bệnh viện Trường Đại học Y Huế*.
2. Lê Đình Hiếu và Từ Thành Trí Dũng (2004), “Nhiễm trùng tiểu trong bệnh sỏi thận tại khoa niệu bệnh viện Chợ Rẫy từ 5/2001 đến 1/2002”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh tập 8, phụ bản số 2*, tr. 117-126.
3. Trần Đại Phước (2013), *Khảo sát đặc điểm lâm sàng nhiễm trùng niệu do sỏi và tình trạng đề kháng với kháng sinh*, Luận văn cao học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
4. Hamasuna, Ryoichi et al. (2014), “Obstructive pyelonephritis as a result of urolithiasis in Japan: Diagnosis, treatment and prognosis”, *International Journal of Urology*.
5. Lee, D. G. et al. (2009), “Acute pyelonephritis: clinical characteristics and the role of the surgical treatment”, *J Korean Med Sci*. 24(2), pp. 296-301.
6. Schaeffer, Anthony J. (2016), “Infections of the Urinary Tract”, *Campbell - Walsh Urology 11th edition*, pp. 237-303.
7. Yamamoto, et al. (2012), “Clinical characteristics and risk factors for septic shock in patients receiving emergency drainage for acute pyelonephritis with upper urinary tract calculi”, *BMC Urology* 2012, 12, pp. 4.
8. Klein, L. A., M. Koyle và S. Berg (1983), “The emergency management of patients with ureteral calculi and fever”, *J Urol*. 129(5), pp. 938-40.
9. Matlaga, B. R. (2013), “How do we manage infected, obstructed hydronephrosis?”, *Eur Urol*. 64(1), pp. 93-4.
10. Sammon, J. D. et al. (2013), “Temporal trends, practice patterns, and treatment outcomes for infected upper urinary tract stones in the United States”, *Eur Urol*. 64(1), pp. 85-92.
11. Scales, C. D., Jr. et al. (2012), “Prevalence of kidney stones in the United States”, *Eur Urol*. 62(1), pp. 160-5.
12. Wagenlehner, F. M., W. Weidner và K. G. Naber (2007), “Optimal management of urosepsis from the urological perspective”, *Int J Antimicrob Agents*. 30(5), pp. 390-7.
13. Wenzler, D. L. et al. (2008), “Success of ureteral stents for intrinsic ureteral obstruction”, *J Endourol*. 22(2), pp. 295-9.
14. Yoshimura, K. et al. (2005), “Emergency drainage for urosepsis associated with upper urinary tract calculi”, *J Urol*. 173(2), pp. 458-62.