**VIÊM THẬN BỂ THẬN CẤP (VTBT)**

**I. ĐAI CƯƠNG**

**1. Định Nghĩa**

: VTBT cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính các đài thận, bể thận, niệu quản và nhu mô thận hay còn gọi nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên.

Nhiễm khuẩn cấp theo đường ngược dòng từ bàng quang lên hoặc từ đường máu đưa đến khi có nhiễm khuẩn huyết. Vi khuẩn gây bệnh thường là Gram (-).

**2. Nguyên Nhân Gây Bệnh**

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng trong trào ngược bàng quang -niệu quản, sau khi soi bàng quang -niệu quản, chụp thận ngược dòng

- Sau phẫu thuật hệ tiết niệu

- Tắc nghẽn đường tiết niệu do sỏi, u, hội chứng chổ nối, hẹp bể thận -niệu quản và có thai

- Có ổ viêm khu trú: viêm bàng quang, viêm tuyến tiền liệt, viêm trực tràng, viêm phần phụ

- Do vi khuẩn:

Gram (-) chiếm hơn 90%, thường gặp là E.coli (60-70%), Klebsiella (20%);

Gram (+) dưới 10% như enterococcus (2%), Staphylococcus (1%).

**II. ĐÁNH GIÁ BẺNH NHÂN:**

**1 Triệu Chứng Lâm Sàng**

**1.1 Toàn Thân.**

- Biểu hiện rầm rộ, suy sụp nhanh.

- Sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn, có thể có dấu hiệu mất nước do sốt.

- Trường hợp nặng, có bệnh cảnh của nhiễm trùng huyết: sốt cao liên tục, rét run, có gan lách to, ổ di bệnh nơi khác...

**1.2 Đau Hông Lưng:**

- Đau vùng hố sườn lưng, 1 bên hoặc 2 bên.

- Có khi đau dữ dội, thường là đau tức âm ỉ.

- Đau lan xuống dưới (bộ phận sinh dục ngoài)

- Vỗ hông lưng (+) là 1 triệu chứng rất có giá trị, nhất là khi chỉ đau 1 bên.

- Nhiều trường hợp có cơn đau quặn thận do sỏi.

- Khám có thể thấy thận to, chạm thận, bập bềnh thận (+).

**1.3 Hội Chứng Bàng Quang:**

- Đái buốt, đái dắt, đái máu, đái mủ cuối bãi.

- Không phải trường hợp nào cũng có.

- Hội chứng bàng quang có thể xuất hiện trước, khi có triệu chứng VTBT cấp thì triệu chứng viêm bàng quang đã đỡ làm bỏ qua chẩn đoán.

**2. Triệu Chứng Cận Lâm Sàng.**

**2.1 Xét Nghiệm Nước Tiểu:**

- Đục, có thể có mủ đại thể rõ.

- Đái máu đại thể hoặc vi thể.

- Bạch cầu niệu nhiều.

- Protein niệu thuờng dưới 1g/24h hoặc dương tính +, ++.

- Vi khuẩn niệu ≥ 100.000 vk/ml nước tiểu. Thành phần VK như trên.

**2.2 Xét Nghiệm Máu:**

- Bạch cầu tăng, đa nhân trung tính tăng.

- Ure, creatinin máu tăng cao là có suy thận cấp hoặc đợt cấp của suy thận mạn.

- Cấy máu khi sốt > 38o5 có thể thấy (+).

**2.3. Siêu Âm Thận:**

- Đài bể thận giãn ít hoặc nhiều, đôi khi thấy ổ viêm trong nhu mô thận, hoặc thấy nguyên nhân thuận lợi như sỏi, dị dạng đường tiểu...

**2.4. X-Quang:**

- Chụp bụng không chuẩn bị nếu nghi ngờ có sỏi .

- UIV chỉ chụp trong giai đoạn cấp khi nghi ngờ có tắc nghẽn niệu quản.

**III CHẨN ĐOÁN:**

**1. Chẩn Đoán Xác Định:**

chủ yếu là sốt cao, rét run, đái buốt, đái dắt, tức hố lưng, có nhiều bạch cầu niệu, có vi khuẩn niệu và protein niệu.

**2. Chẩn Đoán Phân Biệt:**

đợt cấp của viêm thận bể thận mạn

- Tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát nhiều lần

- Có nguyên nhân thuận lợi như sỏi tiết niệu.

- Có những biểu hiện của viêm thận bể thận mạn như giảm khả năng cô đặc nước tiểu, suy chức năng lọc mạn tính, tăng huyết áp.

- Chụp phim UIV đài thận tù vẹt, bể thận giãn.

**3.Biến Chứng:**

hoại tử núm thận gây suy thận cấp, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

**1. Điều Trị Nguyên Nhân: Dùng Kháng Sinh**

1.1 Nguyên tắc dùng kháng sinh

- Liều cao, ít nhất là 1 KS đường TM phối hợp với 1 KS uống trong giai đoạn có sốt

- Cần cho KS ngay. Cấy VK trước khi dùng KS. Sau vài ngày điều trị, triệu chứng không bớt, chỉnh KS theo kết quả cấy và KS đồ.

- Thời gian dùng KS ít nhất là 2 tuần. Trường hợp VK đặc biệt như trực khuẩn mủ xanh hoặc tụ cầu vàng, hoặc ổ viêm khởi đầu ở tuyến tiền liệt, KS có thể kéo dài 1 tháng hoặc hơn.

- Thường phối hợp nhóm b-lactamin và Aminoglycosid hoặc Fluoroquinolone (điều chỉnh tùy theo chức năng thận).

1.2 Các kháng sinh thường dùng

Bảng 1: hướng dẫn tóm lược KS khuyến cáo sử dụng:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. Liệu Pháp KS Đường Uống Trong Trường Hợp Nhẹ Và Vừa** | | |
| **Kháng Sinh** | **Liều Dùng** | **Số Ngày Dùng** |
| CiproAoxacin1 | 500-750mgx 2 lần/ ngày | 7 - 10 ngày |
| LevoAoxacin1 | 250 - 500 mg / ngày | 7 - 10 ngày |
| Levofloxacin | 750 mg / ngày | 5 ngày |
| **Kháng Sinh Thay Thế** | | |
| Cefpodoxime proxetil | 200 mg x 2 lần / ngày | 10 ngày |
| Ceftibuten | 400 mg / ngày | 10 ngày |
| **Chỉ Sử Dụng Khi Vi Khuẩn Được Biết Là Có Nhạy Cảm (Không Sử Dụng Theo Kinh Nghiệm)** | | |
| TMP-SMX | 160/800mg x 2 lần /ngày | 14 ngày |
| Co-amoxiclav2,3 | 0.5/0.125g x 3 lần /ngày | 14 ngày |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. Kháng Sinh Đường Toàn Thân Trong Những Trường Hợp Nặng** | |
| **Kháng Sinh** | **Liều Dùng** |
| Ciprofloxacin | 400 mg x 2 lần/ngày. |
| Levofloxacin1 | 250 - 500 mg / ngày. |
| Levofloxacin | 750 mg /ngày. |
| **Kháng Sinh Thay Thế** | |
| Cefotaxime2 | 2 g x 3 lần/ngày |
| Ceftriaxone1,4 | 1 - 2g / ngày. |
| Ceftazidime2 | 1 - 2 g x 3 lần/ngày. |
| Cefepime1,4 | 1 - 2 g x 2 lần /ngày. |  |
| Co-amoxiclav2,3 | 1,5 g x 3 lần/ngày. |  |
| Piperacillin/tazobactam14 | 2,5 -4,5 g x 3 lần/ngày. |  |
| Gentamicin2 | 5 mg/kg/ ngày. |  |
| Amikacin2 | 15 mg/kg / ngày. |  |
| Ertapenem4 | 1 g / ngày. |  |
| Imipenam/cilastatin4 | 0,5/0,5 g x 3 lần/ngày. |  |
| Meropenem4 | 1 g x 3 lần/ngày. |  |
| Doripenem4 | 0,5 g x 3 lần/ngày. |  |

1 thấp hơn liều nghiên cứu, nhưng cao hơn liều khuyến cáo của các chuyên gia

2 không có nghiên cứu đơn trị liệu trong viêm thận bể thận cấp

3 chủ yếu cho vi khuẩn gram dương.

4 giống VTBT cấp không biến chứng và nhiễm trùng đường tiểu có biến chứng.

**2. Điều Trị Yếu Tố Thúc Đẩy:**

**2.1 Khi Tắc Nghẽn:**

- Đặt catheter niệu quản hoặc mở bể thận qua da.

**2.2 Điều Trị Tháo Tắc:**

- Tán sỏi, lấy sỏi qua nội soi hay mổ.

- Điều trị hẹp niệu quản hay gỡ bỏ tắc (từ ngoài ép vào).

- Điều trị trào ngược bàng quang - niệu quản.

- Điều trị u phì đại TLT bằng phẫu thuật nội soi hoặc laser.

- Cắt bỏ thận khi ứ mủ, dẫn lưu hố thận, dẫn lưu ổ abcess.

**3. Điều Trị Các Thể Lâm Sàng**

3.1 VTBT cấp không biến chứng ở phụ nữ trước mãn kinh và không mang thai. 3.1.1Mức độ nhẹ và trung bình.

- KS đường uống 10 -14 ngày.

- Fluoroquinolone 7- 10 ngày nếu tỷ lệ kháng của E.coli < 10% .

- Cephalosporin thế hệ 3 đường uống, như cefpodoxime proxetil hoặc ceftibuten.

- Do kháng E.coli > 10%, TMP-SMX nếu nhạy cảm.

- Co-amoxiclav trong trường hợp gram dương.

- Nếu E.coli đề kháng cao với íluoroquinolone và h-lactam (> 10%), lựa chọn đầu tiên là aminoglycoside hoặc carbapenem cho đến khi có KS đồ và thuốc uống có thể được sử dụng.

**3.1.2 Mức Độ Nặng.**

- BN dùng KS đường toàn thân vì các dấu hiệu toàn thân như buồn nôn và nôn:

\* Fluoroquinolone, khi tỷ lệ kháng của E.coli < 10%.

\* Cephalosporine thế hệ 3, khi tỷ lệ kháng của E.coli với h-lactam (ESBL) < 10%

\* Aminopenicinin kết hợp với một h-lactamase-inhibitor khi xác định là vi khuẩn gram dương.

\* Aminoglycoside hoặc carbapenem khi tỷ lệ đề kháng của E.coli với íluoroquinolone và/hoặc h-lactam > 10% .

- Cần nhập viện nếu có:

+ Các yếu tố kết hợp + Bệnh nhân có sốc nhiễm khuẩn .

- Khi cải thiện, dùng KS uống 1 -2 tuần.

**3.2. Điều Trị Viêm Thận Bể Thận Ở Phụ Nữ Mang Thai**

- KS kéo dài (7 - 10 ngày).

- Khi có chỉ định thăm dò thì Siêu âm và MRI nên được sử dụng ưu tiên để tránh nguy cơ tia xạ cho thai nhi.

Bảng2: Kháng sinh điều trị viêm thận bể thận ở phụ nữ mang thai

|  |  |
| --- | --- |
| **Kháng Sinh** | **Liều Dùng** |
| Ceftriaxone | 1 - 2g IV hoặc IM mổi 24 giờ |
| Aztreonam | 1 g IV mổi 8 - 12 giờ |
| Piperacillin-tazobactam | 3,375 - 4,5 g IV mổi 6 giờ |
| Cefepime | 1 g IV mổi 12 giờ |
| Ampicillin | 2 g IV mổi 6 giờ |
| Gentamicin | 3 - 5 mg/kg/ngày IM chia 3 lần |

**3.3 Phụ Nữ Sau Mãn Kinh**

- Điều trị tương tự như với phụ nữ trước mãn kinh

- Cần điều trị tắc nghẽn đường tiểu và bàng quang thần kinh, KS dự phòng như với phụ nữ trước mãn kinh.

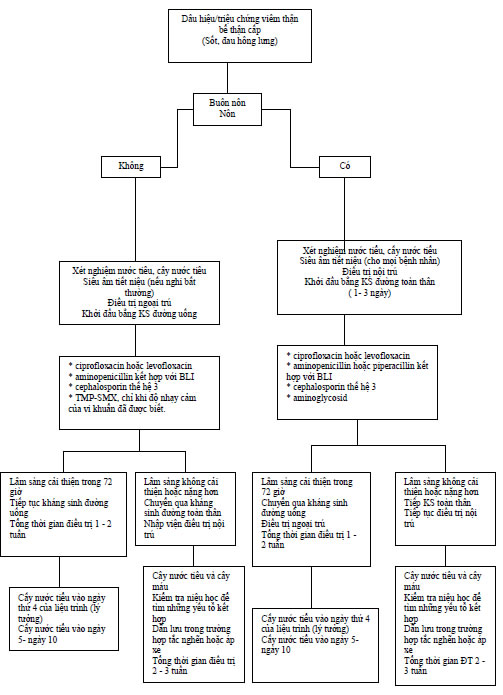
**4. Dinh Dưỡng:**

- Ăn nhẹ, uống nhiều nước (nước lọc, nước quả) trong những ngày đầu để tăng tốc độ đào thải VK qua nước tiểu. Nếu có vô niệu thì kiêng rau quả và hạn chế nước.

- Bù nước, điện giải bằng đường TM nếu mất nước nhiều.

- Nếu có suy thận thì phải cho chế độ ăn giảm đạm.

Lưu đồ xử trí lâm sàng viêm thận bể thận cấp



BLI = ß-lactamase inhibitor; TMP = trimethoprim; SMX = sulphamethoxazole

**V. THEO DÕI**

**1. Theo Dõi Điều Trị**

- Nếu không cải thiện trong 3 ngày hoặc triệu chứng hết nhưng tái phát trong 2 tuần sau, cấy lại nước tiểu KS đồ, siêu âm thận, CT Scanne hoặc scintigraphy thận

- Ở BN không có bất thường về niệu học, không đáp ứng KS đã dùng, cần thay KS, dựa vào kết quả nuôi cấy nước tiểu.

- Đối với tái phát cùng một loại vi khuẩn, cần phải xem xét lại chẩn đoán VTBT không biến chứng, thực hiện các bước chẩn đoán thích hợp khác.

**2. Phòng Bệnh:**

giữ vệ sinh cá nhân thật tốt, tránh dùng thủ thuật soi bàng quang, thông tiểu khi không cần thiết.

**. Tiến Triển.**

- Tiến triển tốt nếu điều trị kháng sinh đúng và đủ liều.

- Nước tiểu trở lại bình thường sau 1 đến 2 tuần.

- Nếu điều trị không đúng, nhất là không đủ liều thì biến chứng lâu dài có thể là:

+ Tái phát nhiều lần.

+ Chuyển thành mạn tính, tăng huyết áp, suy thận.

Quan trọng là phải loại bỏ được các yếu tố thuận lợi gây bệnh như sỏi, u tiền liệt tuyến... bệnh có thể khỏi hoàn toàn. Nếu không bệnh có thể nặng gây biến chứng hoại tử núm thận gây suy thận cấp, hoặc nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn.