

Những chú ý chẩn đoán sỏi đường niệu theo YHCT



Trương Quốc Công

SV Y6, Khoa Y học Cổ truyền, ĐH Y dược TP. HCM.

ThS. Nguyễn Chí Thanh

GV. Khoa Y học Cổ truyền, ĐH Y dược TP. HCM.

Ngày nhận bài: 15/3/2024

Ngày nhận phản biện, đánh giá và sửa chữa: 18/3/2024

Ngày duyệt đăng: 25/4/2024

Trong khám chữa bệnh chứng Thạch lâm (sỏi đường niệu) theo Y học cổ truyền (YHCT) mặc dù cách tiếp cận có khác nhưng các triệu chứng về bệnh học không thể khác nhau và luôn cần bổ sung cho nhau, tránh hoang tưởng và mơ hồ trong chẩn đoán sỏi nào cũng tổng ra được, sỏi nào cũng tan được, gây ra biến chứng suy thận để lại hậu quả rất nặng nề.

Từ khóa: Sỏi tiết niệu, Thạch lâm, ngũ lâm, lâm chứng

Bệnh sỏi đường tiết niệu là bệnh rất thường gặp trên thế giới và ở Việt Nam. Bệnh đứng hàng thứ hai của nhóm bệnh tiết niệu sinh dục và để lại di chứng nặng nề chủ yếu do chẩn đoán không kịp thời và điều trị bệnh không đúng cách. Bệnh sinh sỏi đường niệu theo YHCT có hai cơ chế cơ bản hình thành bệnh lý là sự kết sỏi và cơ chế dòng chảy (áp lực dòng nước tiểu) làm di chuyển viên sỏi trong hệ thống đường niệu: đầu, tiểu máu, tiểu đục, nhiễm trùng đường tiểu, rò niệu, thận ứ nước và suy thận.

Sự hình thành viên sỏi do ăn uống, do một bệnh lý nào đó gây ra sự tăng vượt ngưỡng chất bão hoà trong máu hoặc trong nước tiểu (canxi, phospho, uric, oxalat, systin). Các chất bão hoà trong máu ở dạng hoà tan nhưng sau khi qua màng lọc cầu thận

do quá trình tái hấp thu ở ống thận, nếu chất bão hoà bị vượt ngưỡng lập tức sẽ bị chất tham gia gây kết dính (pH nước tiểu) hoặc các mảng mucoprotein (xác vi khuẩn, tế bào hệ niệu bong ra đóng vai trò nhân sỏi) hấp dẫn chất bão hoà kết bám tạo ra viên sỏi, thậm chí do dòng chảy nước tiểu “tĩnh tại” (ít vận động hoặc đường tiểu gấp khúc) thoát chậm cũng dễ sinh lắng cặn làm sỏi to dần. Tùy các chất bão hoà mà ta có tên loại sỏi đó, tuy nhiên trên thực tế các loại sỏi đều có xu hướng thấm lượng ít hay nhiều canxi làm tính bền vững sỏi tăng cao (sỏi càng thấm canxi càng cản quang). Sỏi không thấm canxi không cản quang, gọi là sỏi mềm vì có thể điều trị thuốc làm tan sỏi (uric, phospho không struvic). Sỏi cản quang càng nhiều thì mức độ bóp nát sỏi hoặc tán sỏi qua da càng khó khăn và

nguy cơ tổn thương đường ống niệu càng lớn

Dòng nước tiểu làm viên sỏi nhỏ có thể di chuyển trong hệ thống đường ống tiết niệu từ đài bể thận ra ngoài. Trường hợp sỏi lớn có thể bị tắc nghẽn ở bất kỳ vị trí nào có kích thước đường ống hẹp hơn và thường gây ra biến chứng có khi phải kiểm soát bằng máy móc của YHCT mới khắc phục được hậu quả (ứ nước, rò). Sự di chuyển này tạo ra cơn đau thận (từ hố thận lan xuống bìu bẹn). Trên lâm sàng sau một cuộc đi xa đi sóc, hoặc hoạt động vùng lưng nhiều, hoặc có sự gia tăng bài niệu (uống nước quá nhiều, uống bia...) làm viên sỏi di chuyển: viên sỏi rơi từ đài bể thận xuống niệu quản sẽ gây cơn đau bão thận, nếu sỏi to như củ gừng mắc ở đài bể thận không thể rơi xuống niệu quản sẽ gây ra cơn đau quặn thận. Viên sỏi theo

dòng chảy di chuyển tới đoạn giải phẫu nào của hệ niệu thì mang tên của sỏi đoạn giải phẫu đó (sỏi đài bể thận, sỏi niệu quản, sỏi bàng quang, sỏi niệu đạo).

YHHD chứng minh đoạn hẹp nhất hệ niệu là điểm nối giữa niệu quản và bàng quang có kích thước 0,5-0,7cm (tương ứng viên sỏi có kích thước nhỏ hơn gọi là sỏi nhỏ). Những viên sỏi nhỏ tròn nhẵn đều có thể qua niệu đạo thoát ra ngoài. Viên sỏi sắc cạnh chĩa vào thành ống niệu gây ra tiểu máu: đoạn niệu quản mỏng nông dễ cảm nên tiểu máu thường 3 ngày, đoạn bàng quang thường 7 ngày. Hệ niệu có nhiều loại vi khuẩn đặc biệt vi khuẩn proteus dễ làm sỏi phosphat chuyển thành sỏi struvic. Nếu mất cân bằng vi khuẩn chí thì một khi viên sỏi di chuyển gây chảy xước sẽ gây ra nhiễm trùng đường tiểu, thậm chí nhiễm trùng đài bể thận – nhiễm trùng thận ngược dòng, sốt cao. Tình trạng sỏi tròn nhẵn lại dễ gây bít lấp làm ứ nước thận, thận to, áp lực lọc cầu thận bị cân bằng trong vòng 36 giờ gọi là thận câm, quá 36 giờ sẽ gây ra biến chứng suy thận cấp. Tình trạng biến chứng suy thận mạn gặp nhiều hơn do hệ agiotestin làm tăng huyết áp và thiếu máu mạn tính, biểu hiện chỉ số mức lọc cầu thận GFR < 80 khi tình trạng lọc luôn bị đe dọa.

Chẩn đoán hình ảnh YHHD xác định số lượng sỏi, kích thước sỏi, hình dáng sỏi đồng thời phát hiện tình trạng ứ nước để quyết định điều trị nội khoa (tổng sỏi hay làm tan sỏi), có biến chứng rò niệu hay không. Các xét nghiệm sinh hoá máu và nước tiểu để xác định loại sỏi gì (nếu sỏi mềm thì thuận lợi cho



Sơ đồ hình thành sỏi theo YHHD

điều trị tan, tán sỏi, nếu sỏi gây biến chứng nhiễm trùng cần đưa phương án phù hợp), có nhiễm khuẩn hay không.

Theo YHCT, Nội kinh ghi nhận bệnh danh Thạch lâm thường được xem xét và chẩn đoán dưới phương diện chứng Ngũ lâm:

- Thạch niệu (quan tâm kích thước sỏi): có Cát lâm (sỏi li ti như cát), Sa lâm (sỏi to hơn thun nhẵn có thể lọt qua đường niệu ra ngoài), Thạch lâm (sỏi lớn không thoát ra được).

- Cao lâm: thực chất là tiền thân tạo ra sỏi phosphat, để lâu sẽ lắng cặn. Nếu pH nước tiểu acide thì phosphat không lắng cặn được, không tạo sỏi. Do tính chất này mà dân gian điều trị sỏi bằng nước ép dứa, dứa dại, khóm, thơm sau đó uống nước dứa để lợi niệu tăng áp lực dòng chảy tổng sỏi ra ngoài. Cao lâm là một dạng của Thấp niệu dễ phát hiện ra sớm nhất.

- Lâm lậu: được dùng theo hai nghĩa, nghĩa đường niệu bị rò (lậu) hoặc nước tiểu đục nhiễm khuẩn (không phải cao lâm). Nước tiểu đục do nhiễm khuẩn là nguồn cơn của Thấp sinh Nhiệt,

nên Thấp này không tan, ít uống nước là lập tức kết thạch.

- Huyết lâm: đi tiểu ra máu chứng tỏ sỏi không bít lấp ống niệu hoàn toàn nên YHCT căn cứ số ngày tiểu máu và vị trí chứng thống để dùng thuốc hoạt huyết khứ ứ lợi niệu thông lâm (thuốc giãn cơ trơn tổng sỏi), do ít có nguy cơ ứ nước thận nên cũng ít gây nhiễm trùng đường tiểu và suy thận. Trường hợp quá ngày huyết lâm buộc phải kiểm soát bằng chẩn đoán hình ảnh.

- Lao lâm (suy nhược cơ thể do sỏi - suy thận): cần phân biệt một bệnh nào đó (thường gặp cường giáp, goute...) gây tăng nồng độ chất bảo hoà (YHCT gọi là Thận hư không nạp tinh, tinh không tham gia vào quá trình chuyển hoá của cơ thể mà hoá Thấp buộc thải ra ngoài) với tình trạng suy thận GFR của YHHD đều có mệt mỏi và đau mỏi lưng, nhưng suy thận thường có phù. Sách cổ YHCT ghi nhận chứng bệnh ở Lý này thuộc Thận hư, có biểu hiện mệt mỏi do thiếu chất vì quá trình rối loạn chuyển hoá kéo dài gây đau lưng yếu thống tiện án, mỏi gối, răng lung lay, tiểu đêm, nhiều lần, di tinh

cũng dễ nhầm lẫn với đau mỏi của suy thận GFR của YHHĐ, giảm protein huyết tương và thiếu hồng cầu. Vì lý do này mà YHCT cần phải kiểm soát GFR, protein niệu và xác định các bệnh theo YHHĐ vì YHCT chưa có tiêu chuẩn chuẩn hoá.

Về nguyên nhân và nguồn gốc tạo ra sỏi: chất bão hoà và độ kết dính tạo sỏi giữa lý luận YHHĐ và lý luận YHCT không có sự khác biệt: YHCT cho rằng Lâm chứng (sỏi niệu) là sự kết Thấp (chất bão hoà) với Nhiệt (pH hoặc mucoprotein) tại vùng Lâm (hệ niệu) ở Hạ tiêu. Đa số Thấp (chất bão hoà) nhập kinh Tỳ (ăn uống) nhưng Thận không chủ nạp được phải thải ra ngoài: ăn uống quá nhiều chế độ giàu canxi (vùng núi đá vôi, uống nhiều thuốc chứa canxi...), tỉ lệ canxi/ phosphos (chế độ giàu đạm) không hợp lý gây quá nhiều phospho phải thải bỏ, ăn quá nhiều sản phẩm nhân purine (tạo uric), chế độ toàn rau không cân đối các ion tạo ra chất Thấp (bão hoà oxalat). Số ít khác do bệnh ở Lý (bệnh rối loạn chuyển hoá cường giáp, goute...) hoặc do Tiên thiên (thiếu men tái hấp thu tạo sỏi systin). Lưu ý tất cả các chất bão hoà khi vượt qua màng lọc không còn xu hướng đẩy cực để hoà tan nữa mà luôn có xu hướng kết tinh tạo ra lắng cặn thành sỏi, sách Hải Thượng Lãn Ông cho rằng do “hoạt động sống tinh tại lắng cặn thành sỏi”.

Vấn Thạch lâm: thông thường khai thác bệnh danh Thạch lâm là khâu quan trọng và đặc biệt quan trọng trong YHCT. Các triệu chứng thực thể đa phần là triệu chứng biến chứng. Cơ chế dòng chảy (bệnh sử): hoàn cảnh

xuất hiện triệu chứng đau, tiểu máu, tiểu mù, suy kiệt được mô tả theo triệu chứng của chứng Ngũ lâm. Cơ chế hình thành sỏi (tiền căn - cữu bệnh): chế độ ăn uống, sinh hoạt, những bệnh lý gì điều trị trước đó có liên quan mật thiết đến chất bão hoà và chất kết dính tạo sỏi.

NHỮNG ĐIỂM CHÚ Ý CHẨN ĐOÁN THẠCH LÂM THEO YHCT

Chẩn đoán bệnh danh: Trước đây sách cổ viết sỏi đường niệu thuộc Lâm chứng bao gồm Ngũ lâm chưa thực sự rõ ràng. Để thống nhất tra cứu trong hệ thống y tế hiện nay không dùng từ Lâm chứng mà dùng bệnh danh theo mã ICD quốc tế và Việt Nam (dùng tên bệnh theo YHHĐ): bệnh danh Thạch lâm. YHCT phía Nam vẫn quen dùng tóm tắt bệnh án (chẩn đoán theo Chứng) cũng cần phải thống nhất để phục vụ cho khám chữa bệnh và nghiên cứu khoa học nói riêng.

Chẩn đoán Bát cương: Chẩn đoán theo 3 phần (giải phẫu, cơ chế sinh lý và biến chứng).

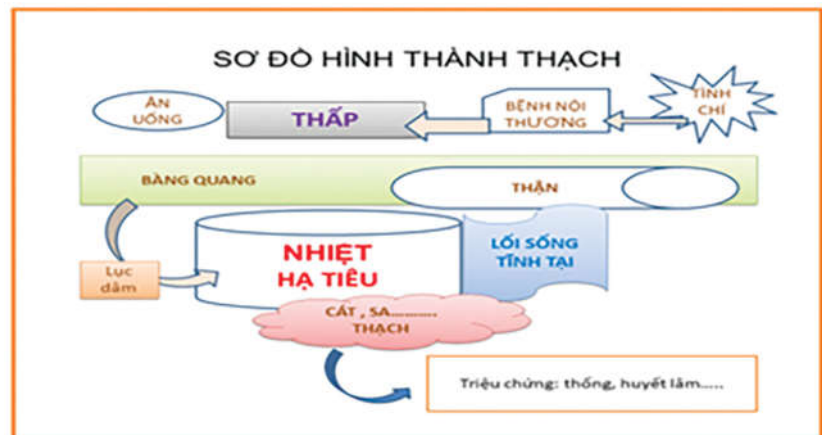
Chẩn đoán vị trí: tương ứng với bát cương.

* Giải phẫu: Nếu bệnh có chỉ định ngoại khoa: bệnh ở

Phủ Bàng Quang (tán, gấp sỏi) và như thể bệnh thuộc Lý phận. Nếu bệnh thuộc chỉ định điều trị nội khoa thì chỉ chẩn đoán cơ chế sinh lý bệnh ở kinh Bàng quang thuộc Biểu phận.

* Cơ chế sinh lý (nói về sự hình thành kết thạch - sỏi): Thấp do nguồn nào tạo ra (Lý phận do bệnh chuyển hoá hay Tiên thiên?, hay tại Biểu phận do ăn uống nhập kinh?). Nhiệt do trước thận (bệnh âm hư cô đặc nước tiểu) hay Nhiệt tà (nhiễm trùng) làm nhanh chóng kết thạch.

* Biến chứng: rò đường niệu YHCT không can thiệp nên không có loại bệnh án này của YHCT. Ứ nước: khi phát hiện thấy thận to cần kiểm soát bằng chẩn đoán hình ảnh YHHĐ, nếu ứ đài bể thận (độ 1) điều trị thăm dò 6 giờ lợi niệu thông lâm mà mức độ ứ tăng thấy đài bể thận giãn (độ 2) thì chuyển điều trị ngoại YHHĐ (Lý thực: Phủ Bàng Quang). Nhiễm trùng tương tự như ứ nước, tuy nhiên phải chẩn đoán giai đoạn nhiễm trùng nên vị trí là giai đoạn Lục kinh hình chứng (sốt cao: Dương minh, ăn kém: Thái âm, vật vờ tiểu ít vàng: Thiếu âm, ý thức u ám co giật: Quyết âm).



Sơ đồ kết thạch của YHCT

Chẩn đoán nguyên nhân:

Do ăn uống thái quá chất Thấp (bão hoà) do bất nội ngoại nhân.

Do rối loạn chuyển hoá phải tìm nguyên nhân gây ra bệnh nội thương.

Có nhiễm trùng tiểu là tà lục dâm thừa cơ xâm phạm truyền kinh (Ngoại nhân Lục dâm).

Một số tác giả cho rằng một số bệnh nhân ham ăn uống dư chất bão hoà phải được coi là sự cân bằng tình chí (Nội nhân), nếu không thoả mãn ham muốn tự nhiên này thường gây ra những bệnh khác nặng nề hơn. YHHĐ cũng đã có thuyết giải thích sự thèm ăn chất cơ thể không chuyển hoá được là có tổn thương não vùng phụ trách ăn uống, như bệnh béo phì.

Chẩn đoán hội chứng bệnh: gộp vị trí và nguyên nhân

- Nếu sỏi chỉ định nội khoa: thường gặp 3 hội chứng bệnh là Cao lâm/ Cát lâm/ Sa lâm do Thấp nhiệt Hạ tiêu (vùng Lâm = hệ niệu)/ hoặc Huyết ứ /hoặc (gây biến chứng) Thận hư Lao lâm, Tà độc truyền kinh.

- Nếu chỉ định ngoại khoa: Thạch lâm Phủ Bàng Quang (có biến chứng: ứ nước thuộc Phủ Bàng Quang; nhiễm trùng: tà độc nhập Dương minh/ Thái âm/ Thiếu âm/ Quyết âm; hoặc Lao lâm suy thận GFR 70/ 60/50...).

Ví dụ 1: chẩn đoán YHHĐ là sỏi niệu quản P 0,5cm đoạn giữa, nhiễm trùng đường tiểu (GFR 90) thì tương ứng chẩn đoán YHCT phải là:

Bệnh danh: Thạch lâm (sa lâm)

Bát cương: Biểu thực nhiệt (không chẩn đoán giải phẫu vì không can thiệp xâm lấn, hướng

điều trị nội khoa. Biểu do người bệnh ăn không cân đối thực phẩm tạo Thấp sinh cao lâm. Thực vì bệnh đang cấp cần tổng sỏi ra. Nhiệt vid có chất kết dính Thấp thành sa lâm). Lục kinh giai đoạn không sốt cao nên đang ở giai đoạn Thiếu dương, không sốt cao nên Bát cương biến chứng này là Biểu thực nhiệt. Do cơ chế kết thạch và biến chứng có bát cương giống nhau nên đề cùng tên.

Vị trí:

Giải phẫu (bệnh điều trị nội nên không quan tâm).

Vị trí Kinh mạch: sa thạch đang ở kinh Bàng quang.

Vị trí biến chứng (nhiễm trùng, không sốt): tà đang nhập kinh Thiếu dương.

Nguyên nhân: Do ăn uống thất điều (không cân đối thực phẩm)

Hội chứng bệnh: Thấp nhiệt Hạ tiêu/ tà nhập kinh Thiếu dương

Ví dụ 2: chẩn đoán YHHĐ là sỏi niệu quản P 1,5cm đoạn dưới, ứ nước độ 1, nhiễm trùng ngược dòng đường tiểu hết sốt ngày thứ 2, GFR 60 thì tương ứng chẩn đoán YHCT:

Bệnh danh: Thạch lâm/ (suy thận độ 2 theo YHHĐ: GFR 60)

Bát cương:

Giải phẫu: Lý thực (cần phải xâm lấn vào phủ Bàng quang lấy sỏi, giải áp ứ mù, ứ nước càng sớm càng tốt).

Vị trí Kinh mạch: Biểu hư nhiệt (thường là bị thời gian kéo dài hại kinh Bàng quang).

Biến chứng: giai đoạn Lục kinh tà đã xâm phạm vào Tam âm.

Vị trí:

Giải phẫu: Phủ Bàng quang.

Sinh lý: kinh Bàng quang.

Biến chứng: tà đang nhập Tam âm

Nguyên nhân: Do ăn uống thất điều thời gian dài (không cân đối thực phẩm)

Hội chứng bệnh: Thấp nhiệt Hạ tiêu biến chứng tà nhập Tam âm

Kết luận: Như vậy, thận trọng trong chẩn đoán sỏi đường niệu (Thạch lâm) rất cần thiết. Việc chẩn đoán theo YHCT không có sự khác biệt nhiều với YHHĐ nhưng luôn phải chú ý đến các tiêu chí chẩn đoán hình ảnh và sinh hoá để kiểm soát biến chứng. Không nhầm lẫn Thận hư sinh Thấp của YHCT với suy thận của YHHĐ. 🌸

Tài liệu tham khảo:

1. Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại (Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày / /2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế) tập 1.
2. Nguyễn Thị Bay, Nguyễn Lê Việt Hùng (2024), Ngoại Y học cổ truyền. Đại học Y Dược Tp. HCM. NXB Y học.
3. Ngô Quyết Chiến. Trần Quốc Bảo (2013). Y học Cổ truyền. NXB Quân đội nhân dân
4. Trương Trọng Cảnh (Người dịch: Trương Chứng) (1996), Thương hàn luận, NXB Đồng nai.
5. Trường Đại học Y Hà nội (1999). Bài giảng Y học cổ truyền. NXB Y học.