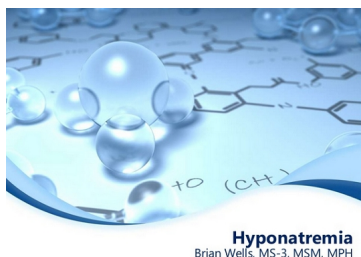


Bs Nguyễn Gia Hoàng Anh - Khoa ICU

Cuối tháng 2/2014, trên tạp chí Nội tiết Châu Âu (European Journal of Endocrinology) có đăng tài liệu hội đồng chuyên môn và khuyến cáo chẩn đoán, phân loại và điều trị hạ natri máu. Toàn văn hội đồng chuyên môn nhấn mạnh trọng tâm vào việc xác định bệnh nhân một cách toàn diện chứ không chỉ tập trung thu thập dữ liệu sinh hóa để tăng nồng độ natri trong máu.

Theo giáo sư Goce Spasovski, từ State University Hospital Skopje, Macedonia, và các đồng sự: "Hạ natri máu, được định nghĩa là nồng độ natri huyết thanh dưới 135 mmol/L, là rối loạn phổ biến nhất và cân bằng natri-calcium-điện giải gặp phải trong thực hành lâm sàng."



Nhóm này cũng nhấn mạnh "Nó có thể dẫn đến một chuỗi các triệu chứng lâm sàng, từ nhẹ đến nặng hoặc thậm chí đe dọa tính mạng, và có liên quan đến sự tăng tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh và số ngày nằm viện của bệnh nhân. Mặc dù vậy, việc điều trị các bệnh nhân vẫn còn là một vấn đề cần giải quyết".

Các chuyên gia khuyến cáo rằng bất kỳ bác sĩ nào trú tại bệnh viện nào cũng phải có khả năng chẩn đoán, phân loại và điều trị chính xác hạ natri máu, xảy ra lên đến 30% số bệnh nhân nhập viện.

Sự mất cân bằng nồng độ so với natri và kali trong tế bào sẽ gây nên tình trạng mất cân bằng nội bào làm hỏng tế bào đích biệt là não.

Biến chứng của hạ natri máu trong các trường hợp nhẹ có thể bao gồm suy giảm tính linh động và nhận thức, cũng như loảng xoảng và gầy xọng.

Một loạt các nguyên nhân có thể gây hạ natri máu - bao gồm suy tim, buồn nôn và nôn, suy thận, và hội chứng tiết vasopressin do bệnh lý ung thư ... bác sĩ sẽ căn cứ vào các nguyên nhân này để đưa ra hướng dẫn điều trị phù hợp.

Trong một nỗ lực chuẩn hóa việc điều trị, Nhóm Xây dựng Hội đồng quản trị thành lập từ năm 2010 trên cơ sở ba tổ chức Châu Âu: (1) Hội Hồi sức Châu Âu (European Society of Intensive Care Medicine - ESICM), (2) Hội Nội tiết Châu Âu (European Society of Endocrinology - ESE) và Hội Thận Châu Âu-Hội Thận nhân tạo và Ghép thận Châu Âu (European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association - ERA-EDTA) do Hội đồng chuyên ngành thận hành tất nhất với thận Châu Âu (European Renal Best Practice- ERBP) để đi đến đã cùng nhau đưa ra các khuyến nghị mới.

"Phạm vi các bệnh lâm sàng trong đó có thể gặp chứng hạ natri máu đã được công nhận ngay từ đầu," các hướng dẫn mà được tác giả Stephen Ball, FRCP, Tiến sĩ, MBBS, bác sĩ nội tiết tại Bệnh viện NHS Trust Newcastle, Vương quốc Anh, cho Medscape Medical News biết. "Điều này có nghĩa là chúng tôi cần phải đảm bảo rằng các hướng dẫn phù hợp cho các mục đích của bất kỳ bác sĩ nội tiết khoa của bệnh viện hoặc trong bối cảnh lâm sàng điều trị, thân thiện với người sử dụng và đưa ra lời khuyên thực tế trong suốt quá trình."

Các chứng này giới hạn quy tắc thể việc điều trị chứng hạ natri máu chủ yếu dựa trên lâm sàng và không bao gồm chứng hạ natri máu nhẹ vì các nhóm hướng dẫn đánh giá rằng đây là "mặt lĩnh vực chuyên môn của họ."

Điều trị hạ natri máu nghiêm trọng cấp; tránh điều trị nhẹ quá mức

Tiến sĩ Ball tin rằng những hướng dẫn mới nhất lên thực hành lâm sàng sẽ dựa trên lời khuyên mới về điều trị bệnh nhân, chủ yếu không phải chỉ đơn thuần là xem xét nồng độ natri.

Ông cũng nhấn mạnh thêm là "Khi nêu bất kỳ tình huống mà đòi hỏi điều trị hội chứng natri máu không có nguyên nhân cơ bản là một điểm quan trọng trong hội chứng natri máu. Chúng tôi nghĩ rằng điều này sẽ cho phép can thiệp kịp thời hơn và qua đó cứu sống bệnh nhân. Việc can thiệp quan trọng hơn là kiểm tra cho đến khi bệnh nhân đã được cân bằng."

Một tác giả khác là Bruno Allolio, MD, thuộc Đại học Würzburg, Đức, cho Medscape Medical News biết rằng điều ưu tiên của hội chứng natri máu thông thường chủ yếu là đánh giá trong phòng thí nghiệm. Hội chứng natri máu "nhẹ" được định nghĩa là nồng độ natri huyết thanh trong khoảng 130 đến 135 mmol/L, "trung bình" trong khoảng 125 và 129 mmol/L, và hội chứng natri máu "nặng" vào khoảng dưới 125 mmol/L.

Tiến sĩ Allolio giải thích rằng nếu hội chứng natri máu nghiêm trọng và có triệu chứng, thì khi đó nó đang "đe dọa đến tính mạng" bởi vì nó có thể gây phù não. Trong trường hợp này, biện pháp điều trị ưu tiên sẽ truyền tĩnh mạch muối i-ốt truyền nhanh chóng, với mức tăng mức tiêu là 6 mmol/L trong 24 giờ (và không quá 12 mmol/L) và thêm 8 mmol/L trong mỗi 24 giờ sau đó cho đến khi nồng độ natri huyết thanh đạt 130 mmol/L.

Tuy nhiên, theo tiến sĩ Allolio thì một khó khăn là việc điều trị hội chứng natri máu nghiêm trọng đòi hỏi phải thực hiện một phương pháp tốt nhất bởi vì việc điều trị chậm trễ quá mức cũng cho thấy một mối nguy hiểm thực sự.

Ông cũng báo thêm rằng việc điều trị chậm trễ quá mức hội chứng natri máu có thể dẫn đến hội chứng hủy myelin do thiamin thiếu (ODS), mà "các hậu quả tại hạ não cho não mà có thể kéo dài trong suốt phần đời còn lại". Do đó, việc sử dụng muối i-ốt truyền nhanh để điều trị hội chứng natri máu nghiêm trọng "phần lớn các trường hợp hiện tại khoa có sẵn giám sát rất chặt chẽ."

Hội chứng natri máu nhẹ và một số các biện pháp đo lường thiamin thiếu và natri trong nước tiểu

Các tác giả cho biết một khi vẫn còn hội chứng natri máu nghiêm trọng và có triệu chứng được kiểm soát, thì vẫn tiếp theo là phải xem xét được nguyên nhân cơ bản của hội chứng natri máu. Ngoài ra, việc công nhận, xem xét, và điều trị thích hợp của các bệnh nhân bệnh hội chứng natri máu ít nghiêm trọng là rất quan trọng, thực tế là điều này phải được biết hơn.

Tiến sĩ Allolio theo dõi thấy rằng "Có một quan niệm sai lầm lớn. Mọi người nhìn nhận hệ natri máu như là tình trạng thiếu natri, trong khi đó nó chính là sự thừa natri". "Bạn có thể có mức natri thấp, trung bình hoặc cao cho cả thể, nhưng liên quan đến điều đó, có quá nhiều người trong cả thể."

Các chuyên gia này nêu: để tìm ra các nguyên nhân của bệnh cao natri máu, các bác sĩ phải thực hiện 02 phép đo đơn giản mà thường bỏ qua: đó là đo thẩm thấu natri và natri nồng độ. Tiến sĩ Allolio chỉ ra rằng những phép đo này có thể được thực hiện trên các mẫu natri tĩnh mạch và không cần phải liên quan đến việc thu thập mẫu natri trong nhũ mô.

Ông cũng cho biết: "Một khi bạn đã loại bỏ được những nguyên nhân hiếm gặp, chứng候 như hệ natri máu tăng đáng kể - mà có thể được loại bỏ bằng cách đo nồng độ glucose huyết thanh và điều chỉnh nồng độ natri huyết thanh đo được để vào nồng độ glucose huyết thanh nếu việc điều chỉnh này tăng lên – thì thẩm thấu natri cần phải được đo."

Nếu thẩm thấu natri thấp (<100 mOsm/kg), thì điều này thường do cả thể tham gia vào quá nhiều nước (hoặc uống quá nhiều hoặc các dịch truyền điện giải thấp).

Tiến sĩ Allolio gợi ý thích nếu thẩm thấu natri quá cao (đơn giản nghĩa là cao hơn thẩm thấu huyết thanh "bình thường", khoảng 275 mOsm/kg), thì nguyên nhân của hệ natri máu là "lý do khác", chứng候 như tăng tiết vasopressin.

Những điều quan trọng không kém trong việc tìm ra nguyên nhân của bệnh là kiểm tra natri trong nồng độ. Ông cho biết: "90% người dân không được xét nghiệm natri trong nồng độ, và nếu các hệ thống này giúp thiết lập việc đó, sẽ là một điều tốt".

"Nếu bạn không đo thẩm thấu natri và natri nồng độ, thì các thông số quan trọng để phân loại không có trên cả thể, và bạn không biết những gì đang xảy ra." Nếu thẩm thấu natri cao hơn 100 mOsm/kg và nồng độ natri nồng độ là 30 mmol/L hoặc ít hơn, thì kết quả đáng ngờ có thể là một nguyên nhân gây ra hệ natri máu. Nếu nồng độ natri nồng độ natri lớn hơn 30 mmol/L, thì tình trạng dịch ngoại bào và sự đóng góp của nó cần phải được đánh giá.

Tiến sĩ Allolio thừa nhận rằng việc sử dụng các loại thuốc lợi tiểu không làm hội chứng khi cần xác định các nguyên nhân gây hội chứng natri máu. "Nếu bạn nghĩ rằng điều đó đã đưa vào thuốc lợi tiểu, thì điều này sẽ gây ra sự bài tiết natri cao bất kể tình trạng khi lợi tiểu của chúng ta như thế nào, vì vậy nó hơi phức tạp hơn một chút."

Các hội chứng đái natri bao gồm một thuật toán giúp bạn đoán hội chứng natri máu

Điều trị ưu tiên là hội chứng nephrotic, sau đó là Urê; không có "Vaptans"

Một nguyên nhân khác của hội chứng natri máu là hội chứng tăng tiết hormone bài niệu SIADH - còn được gọi là hội chứng bài niệu không thích hợp (SIAD) - chiếm khoảng 40% các trường hợp hội chứng natri máu. SIAD là một chẩn đoán loại trừ (cách thức là suy đoán), và các hội chứng này không khuyến khích nên đo vasopressin để xác định chẩn đoán, vì vasopressin bị nồng độ cao cung cấp thêm một ít thông tin bổ sung.

Các hội chứng đái natri có thể ra đời với bệnh nhân SIAD và hội chứng natri máu trung bình hoặc nặng, điều trị ưu tiên là nên hội chứng dịch thể. Cách điều trị thích hợp nhất là tăng lượng chất hòa tan hòa vào khoảng 0,25-0,50 g/kg urê mỗi ngày hoặc kết hợp thuốc lợi tiểu liú và clorua natri uống.

Đối với những trường hợp không có triệu chứng tuấn hoàn giảm, thì tích dịch ngoại bào được phân phối bằng truyền tĩnh mạch dung dịch muối 0,9% hoặc dung dịch tinh thể cân bằng 0,5-1,0 ml/kg mỗi giờ. Trong trường hợp không thể nhận thấy một huyết động học, việc bổ sung dịch truyền quá mức là nguy cơ gia tăng quá nhanh nồng độ natri huyết thanh ("điều chỉnh quá mức").

Đối với hội chứng natri máu trung bình hoặc nặng, các hội chứng này khuyến khích dùng lithium hoặc chất ức chế demeclocycline. Các tác giả cũng không khuyến khích dùng một chất ức chế kháng thể vasopressin.

Theo Tiến sĩ Allolio có một loại thuốc mới, được gọi là "vaptans". Chúng bao gồm tolvaptan

(Otsuka America Pharmaceuticals), conivaptan (Vaprisol, Astellas), lixivaptan (Cornerstone Therapeutics), và satavaptan (Sanofi). Một số trong số này đã được phê duyệt để sử dụng trong SIAD, trong khi những loại khác gặp một số trở ngại. Ví dụ, Lixivaptan đã bị tạm hoãn bởi Ủy ban thuốc và Quản lý Thuốc phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ vào năm 2012, và giấy phép tiếp thị của EU cho satavaptan đã bị thu hồi trong năm 2008.

Các hạ huyết áp này xem xét tất cả các bằng chứng lâm sàng-thực nghiệm với vaptans, ông giới thiệu thêm rằng, trong thực tế, các loại thuốc này không được sử dụng rộng rãi. Một trong những lý do chính cho điều này là một thực tế rằng "điều trị như quá mức" có thể xảy ra với việc sử dụng của chúng và đã được quan sát trong các thử nghiệm lâm sàng. Điều trị như quá mức này có thể có các hậu quả lâm sàng nghiêm trọng đối với hình thức hội chứng hạ myelin do thiếu máu", "điều trị này làm cho loại thuốc này rất khó áp dụng lâm sàng" ông nhận xét.

Ngoài ra, Ủy ban hạ huyết áp xác định rằng "không có dữ liệu nào chứng minh có kết quả tốt với vaptans, hoặc cả hai". Ông nói thêm: "Bản mẫu dữ liệu này cho thấy natri huyết, nhưng không có dữ liệu về tác dụng tăng hay nâng cao chất lượng cuộc sống."

"Tùy thuộc vào hợp cụ thể có thể xem xét việc sử dụng các chất mới này", ông nói. "Khi có hạ natri máu nặng, chúng tôi muốn đưa xuất sử dụng vaptans."

Tuy nhiên, với hạ natri trung bình "chúng ta không nên chứng minh việc sử dụng chúng; việc sử dụng là theo quy định của bác sĩ điều trị."

Các hạ huyết áp này không giới hạn về chi phí; những loại thuốc mới này thường là đắt tiền.

Người viết: Medscape Medical News