SUY THẬN MẠN

**Louis Nguyễn**

|  |
| --- |
| *“Break through the silence, I can feel the energy rising.*  *Turn up the sirens, we were never meant to be quiet.”*  Martin Garrix |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Định nghĩa suy thận mạn**

- Suy thận mạn là tình trạng bệnh lý mạn tính của thận, làm giảm sút từ từ số lượng nephron chức năng, gây suy giảm từ từ mọi chức năng của thận, làm thận không còn khả năng duy trì cân bằng nội môi và nội tiết của mình.

- Suy thận mạn được dùng với danh từ mới là bệnh thận mạn (Chronic Kidney Disease – CKD)

1. **Chẩn đoán suy thận mạn**

- Chẩn đoán xác định – chẩn đoán nguyên nhân – chẩn đoán giai đoạn (lọc máu chu kỳ) – chẩn đoán biến chứng

- Lưu ý suy thận cấp và đợt cấp của suy thận mạn không chẩn đoán giai đoạn theo mức lọc cầu thận

1. **Phân loại nguyên nhân suy thận mạn**

|  |  |
| --- | --- |
| Nguyên nhân | Cụ thể |
| Bệnh lý cầu thận mạn tính | - Bệnh lý cầu thận tiên phát:  + Viêm cầu thận mạn  + Hội chứng thận hư  + Viêm cầu thận tiến triển nhanh  - Bệnh lý cầu thận thứ phát:  + Viêm cầu thận Lupus  + Bệnh thận đái tháo đường  + Viêm nút quanh động mạch  + Viêm mao mạch dị ứng |
| Bệnh lý ống – kẽ thận mạn tính | - Viêm thận – bể thận mạn tính  - Sỏi tiết niệu có biến chứng  - Nhiễm độc thận do thuốc: thuốc giảm đau  - Kim loại nặng: thủy ngân, muối vàng  - Bệnh thận rối loạn chuyển hóa:  + Rối loạn chuyển hóa acid uric  + Rối loạn chuyển hóa calci  + Bệnh bột thận |
| Bệnh lý mạch máu thận | - Xơ hóa quanh thận lành tính hoặc ác tính do tăng huyết áp  - Huyết khối vi mạch thận  - Tắc tĩnh mạch thận |
| Bệnh lý di truyền | - Thận đa nang  - Hội chứng Alport  - Bệnh thận do thai nghén  - Teo thận một bên |
| Không rõ nguyên nhân |  |

1. **Bức tranh lâm sàng suy thận mạn**

- Phù, đái ít: Phù phụ thuộc vào nguyên nhân có thể phù to kèm tràn dịch hoặc phù ít, kín đáo. Đái ít trong đợt cấp. Giai đoạn ổn định BN đái bình thường, đái nhiều về đêm. Lưu ý không tính BMI cho BN phù.

- Thiếu máu: Triệu chứng luôn có. Mức độ thiếu máu thường tỷ lệ với mức độ suy thận.

- Tăng huyết áp: Hay gặp. Tăng huyết áp vừa có thể là nguyên nhân vừa có thể là biến chứng cần phân biệt.

- Suy tim: Suy tim do tăng huyết áp, giữ muối nước hoặc do thiếu máu. Biểu hiện khó thở, tim đập nhanh, gan to, tĩnh mạch cổ nổi.

- Hội chứng tăng ure huyết trong đợt cấp hoặc giai đoạn cuối (xem suy thận cấp).

1. **Xét nghiệm cần làm ở BN suy thận mạn**

- Nước tiểu 10 thông số và kiểm tra số lượng nước tiểu 24h: Protein niệu bao giờ cũng có. Định hướng một số nguyên nhân như tổn thương cầu thận protein niệu 2-3 g/24h, thận hư protein niệu > 3.5 g/24h, viêm thận bể thận < 1 g/24h. Hồng cầu niệu gặp trong sỏi hoặc viêm cầu thận. Bạch cầu và vi khuẩn trong viêm thận bể thận mạn.

- Ure, creatinine: Tính mức lọc cầu thận. Đánh giá mức độ suy thận mạn.

- Điện giải đồ: Natri máu thường giảm khi mức lọc cầu thận < 20 ml/phút (bình thường 140 mmol/l). Kali máu bình thường hoặc giảm, tăng trong đợt cấp kèm theo thiểu niệu, vô niệu (bình thường 4.5 mmol/l). Calci giảm (bình thường 2.5 mmol/l).

- pH: Giai đoạn 3,4 pH máu giảm (bình thường 7.36-7.43).

- Điện tâm đồ: Phát hiện tăng kali giai đoạn sớm.

- Đánh giá hình thái:

+ Siêu âm: Thận thường teo nhỏ, mất ranh giới giữa nhu mô và đài bể thận. Xét nghiệm giúp phân biệt suy thận cấp hay suy thận mạn cũng như góp phần chẩn đoán giai đoạn và mức độ suy thận mạn.

+ Xquang có thuốc để tìm một số nguyên nhân hoặc để phát hiện loãng xương do suy thận.

- Các xét nghiệm đánh giá nguyên nhân

1. **Tiêu chuẩn chẩn đoán suy thận mạn**

- Tiền sử (quan trọng): Phù, tăng huyết áp, nguyên nhân suy thận mạn (nhiễm khuẩn tiết niệu, sỏi niệu)

- Lâm sàng: Phù, tăng huyết áp, thiếu máu, có thể có suy tim hoặc hội chứng tăng ure huyết trong đợt cấp.

- Cận lâm sàng:

+ Protein niệu

+ Ure, creatinine tăng

+ Mức lọc cầu thận giảm

1. **Yếu tố làm nặng bệnh**

- Tăng huyết áp không được khống chế tốt

- Nhiễm khuẩn

- Xuất huyết tiêu hóa nặng

- Thuốc độc cho thận như kháng sinh nhóm aminosid, sulfamid, lợi tiểu thiazid

- Tắc đường dẫn niệu: u, sỏi

- Ăn nhiều protid, natri

- Rối loạn nước và điện giải

1. **Chẩn đoán giai đoạn bệnh thận mạn**

- Phân giai đoạn suy thận mạn KDOQI 2002

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Giai đoạn | | Mức lọc cầu thận (MLCT) (ml/phút/1.73 m2da) |
| Bình thường | | 120 |
| Suy thận độ I | | 60-41 |
| Suy thận độ II | | 40-21 |
| Suy thận độ III | a | 20-11 |
| b | 10-5 |
| Suy thận độ IV | | <5 |

- Phân loại CKD theo KDIGO 2012:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Giai đoạn | Mức lọc cầu thận (ml/phút/1.73 m2da) | Ý nghĩa |
| 1 | >= 90 | Thận hư nhưng mức lọc cầu thận bình thường |
| 2 | 60-89 | Mức lọc cầu thận giảm nhẹ |
| 3 | 45-59 | 3a - Mức lọc cầu thận giảm nhẹ - trung bình |
| 30-45 | 3b - Mức lọc cầu thận giảm trung bình – nặng |
| 4 | 15-29 | Mức lọc cầu thận giảm nặng |
| 5 | < 15 | Suy hoàn toàn mức lọc cầu thận, cần điều trị thay thế |

1. **Nguyên tắc điều trị suy thận mạn**

- Chống các yếu tố làm nặng bệnh

- Không làm nặng thêm suy thận

- Điều trị theo giai đoạn (Bảo tồn hoặc thay thế thận suy)

1. **Điều trị bảo tồn suy thận mạn**

a. Chỉ định:

+ Mức lọc cầu thận >= 15 ml/phút

+ Suy thận giai đoạn sớm (I, II) hoặc giai đoạn cuối (III, IV) không có điều trị thay thế.

b. Cần điều chỉnh các vấn đề

- Chế độ ăn

- Thuốc:

+ Lợi tiểu

+ Hạ áp

+ Chữa thiếu máu

+ Chống nhiễm khuẩn

+ Thuốc điều trị triệu chứng

1. **Điều trị thay thế suy thận mạn**

a. Lọc máu chu kỳ

- Chỉ định:

+ Suy thận giai đoạn muộn (III, IV) khi mức lọc cầu thận < 10 ml/phút hoặc < 15 ml/phút (nếu có điều kiện)

+ Kali >= 7 mmol/l

+ Đợt cấp suy thận mạn, kali máu tăng cao

+ BN ghép thận nhưng bị đào thải

+ Điều trị bảo tồn không hiệu quả

- Chống chỉ định:

+ Xơ gan

+ Ung thư

+ Người già chống chỉ định tương đối

- Phương pháp:

+ Lọc màng bụng

+ Thận nhân tạo

b. Ghép thận

- Chỉ định:

+ Tối ưu cho suy thận giai đoạn cuối

- Chống chỉ định:

+ Người mắc bệnh tim mạch, thần kinh vì phải tính tới khả năng phát triển vữa xơ động mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa do sử dụng corticoid sau ghép.

1. **Phân biệt suy thận mạn do đái tháo đường hay tăng huyết áp**

|  |  |
| --- | --- |
| Đái tháo đường | Tăng huyết áp |
| Tiến triển từ suy thận rồi mới đến suy tim | Tiến triển suy tim rồi mới suy thận |
| Nhiều protein niệu (có giai đoạn hội chứng thận hư) | Không trải qua giai đoạn hội chứng thận hư |
| Phù hợp với các giai đoạn tiến triển của suy thận, xảy ra từ từ | Biểu hiện nặng khi đã suy thận mà không trải qua từ từ các giai đoạn. Thận thường teo nhỏ. |

1. **Sử dụng ketoacid**

- Liều 1 viên/5kg cân nặng

1. **Điều trị giảm albumin như nào?**

- Chỉ định truyền albumin dùng trong trường hợp phục hồi và duy trì thể tích máu trong các trường hợp giảm thể tích máu và việc bổ sung dung dịch keo chứa albumin là phù hợp:

- Giảm thể tích huyết tương cấp hoặc bán cấp (sốc giảm thể tích) trong bỏng, viêm tụy, chấn thương, phẫu thuật

- Giảm albumin huyết nặng (ít hơn 2,5g/dL), kèm theo giảm thể tích huyết tương, phù toàn thân;

- Điều trị hổ trợ trong hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ADRS); tăng bilirubin – máu trong tan huyết sơ sinh

- Một số trường hợp bệnh lý có chỉ định albumin theo hướng dẫn chẩn đoán và xử trí Hồi sức tích cực (2015) và bệnh thận tiết niệu (2015):

+ Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS);

+ Giảm albumin máu trong sốc tim;

+ Bồi phụ thể tích trong sốc nhiễm khuẩn/suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn;

+ Giảm albumin trong hội chứng gan thận cấp;

+ Kiểm soát cân bằng nước và huyết động trong suy thận cấp;

+ Hội chứng thận hư, trong trường hợp albumin < 2,5g/dl.

1. **Sử dụng thuốc tăng huyết áp ưu tiên nhóm nào?**

- Kali máu tăng không dùng ức chế men chuyển hay chẹn AT1 dù có tác dụng bảo vệ tim

- Các nhóm thuốc điều chỉnh huyết áp không phục thuộc MLCT:

+ Chẹn kênh calci

+ Chẹn beta giao cảm

+ Ức chế thần kinh trung ương

1. **Chỉ định sử dụng erythropoietin trong thiếu máu và chỉ định truyền máu**

- Xem phác đồ Bộ Y tế

1. **Phân biệt suy thận gây tăng huyết áp và tăng huyết áp gây suy thận**

- Dựa vào tiền sử xuất hiện bệnh

- Dựa vào diễn tiến lâm sàng

- Dựa vào siêu âm

**Tài liệu tham khảo**

1. [Phác đồ điều trị Bệnh thận mạn Bệnh Viện Chợ Rẫy (phacdodieutri.com)](https://phacdodieutri.com/benh-than-man/)

2. [Cập nhật vai trò của ketoacid trong điều trị bệnh thận mạn](http://tietnieuthanhochue.com/download.php?f=/upload/2014/File/Chuyen%20de/101._vo_tam_-_%C4%90i%E1%BB%80u_tr%E1%BB%8A__ketoamin.pdf)