

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN MẠN TÍNH

ThS. Bs Nguyễn Ngọc Ánh

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Áp dụng các kiến thức khoa học cơ bản, y học cơ sở để giải thích các biểu hiện lâm sàng (cơ năng, thực thể) và đưa ra các chẩn đoán tiềm năng cho một bệnh nhân bệnh thận mạn tính
2. Giải thích cơ sở chỉ định, mục đích chỉ định, phân tích và áp dụng kết quả các thăm dò cận lâm sàng cơ bản cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn tính
3. Áp dụng được các kiến thức về khoa học lâm sàng và y học chứng cứ để đưa ra chẩn đoán xác định cho một bệnh nhân bệnh thận mạn tính
4. Xây dựng được kế hoạch điều trị bệnh nhân bệnh thận mạn tính dựa trên y học chứng cứ.
5. Phân tích được các yếu tố để theo dõi điều trị, tiên lượng và phòng bệnh thận mạn tính

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

1.1. Định nghĩa bệnh thận mạn theo KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes)

Bệnh thận mạn (chronic kidney disease) là những bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận, kéo dài trên 3 tháng và ảnh hưởng lên sức khỏe người bệnh

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận mạn (BTM) : dựa vào 1 trong 2 tiêu chuẩn sau:

a- Triệu chứng tổn thương thận (có biểu hiện 1 hoặc nhiều)

- Có Albumine nước tiểu (tỷ lệ albumin creatinine nước tiểu > 30mg/g hoặc albumine nước tiểu 24 giờ >30mg/24giờ)
- Bất thường nước tiểu
- Bất thường điện giải hoặc các bất thường khác do rối loạn chức năng ống thận
- Bất thường về mô bệnh học thận
- Xét nghiệm hình ảnh học phát hiện thận tiết niệu bất thường
- Ghép thận

b- Giảm mức lọc cầu thận (Glomerular filtration rate: GFR) < 60ml/ph/1,73 m² (xếp loại G3a-G5)

Với mức lọc cầu thận được đánh giá dựa vào độ thanh lọc créatinine ước tính theo công thức Cockcroft Gault hoặc dựa vào độ lọc cầu thận ước tính (estimate GFR, eGFR) dựa vào công thức MDRD.

- *Công thức Cockcroft Gault* ước đoán ĐTL creatinin từ creatinin huyết thanh
- *Công thức MDRD* (Modification of Diet in Renal Disease Study) ước đoán mức lọc cầu thận (estimated GFR, eGFR) từ creatinin huyết thanh
- *Công thức tính mức lọc cầu thận theo creatinin nội sinh*

1.2 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 là một hội chứng diễn biến qua từng giai đoạn từ nhẹ đến nặng. Triệu chứng bệnh ở giai đoạn sớm rất kín đáo, dễ bị bỏ qua. Khi biểu hiện lâm sàng rõ thì đã ở giai đoạn cuối rất khó xử lý và tốn kém. Bệnh trở thành vấn đề nan giải cho bệnh nhân, gia đình và xã hội.

1.3. Phân giai đoạn bệnh thận mạn:

1.3.1 Theo nguyên nhân:

Dựa vào lâm sàng, tiền sử cá nhân, gia đình, hoàn cảnh xã hội, yếu tố môi trường, thuốc dùng, khám lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa, hình ảnh học, và thậm chí sinh thiết thận để chẩn đoán nguyên nhân bệnh thận mạn. Theo Hội Thận học Quốc Tế KDIGO năm 2012, nguyên nhân bệnh thận mạn được phân dựa vào vị trí tổn thương giải phẫu học và bệnh căn nguyên chủ yếu tại thận, hoặc thứ phát sau các bệnh lý toàn thân

Phân loại nguyên nhân bệnh thận mạn (theo KDIGO 2012)

Nguyên nhân	Bệnh thận nguyên phát	Bệnh thận thứ phát sau các bệnh lý toàn thân
Bệnh cầu thận	Bệnh cầu thận tổn thương tối thiểu, bệnh cầu thận màng...	Đái tháo đường, thuốc, bệnh ác tính, bệnh tự miễn
Bệnh ống thận mô kẽ	Nhiễm trùng tiểu, bệnh thận tắc nghẽn, sỏi niệu	Bệnh tự miễn, bệnh thận do thuốc, đa u tủy
Bệnh mạch máu thận	Viêm mạch máu do ANCA, loạn dưỡng xơ cơ	Xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, thuyên tắc do cholesterol

1.3.2 Phân loại theo GFR:

Năm 2002, NKF- KDOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiatives) phân bệnh thận mạn thành 5 giai đoạn dựa vào GFR

Bảng 1. Các giai đoạn của bệnh thận mạn

Giai đoạn	Mô tả	Mức lọc cầu thận (ml/ph/1,73 m² da)
1	Tổn thương thận với MLCT bình thường hoặc tăng	≥ 90
2	Tổn thương thận với MLCT giảm nhẹ	60-89
3	Giảm MLCT trung bình	30-59
4	Giảm MLCT nặng	15-29
5	Bệnh thận mạn giai đoạn cuối	<15 hoặc phải điều trị thận nhân tạo

Năm 2012, KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) của Hội Thận học Quốc Tế, giai đoạn 3 được tách thành 3a và 3b, kèm theo bổ sung albumine niệu vào trong bảng phân giai đoạn để hỗ trợ cho việc đánh giá tiên lượng và tiến triển của BTM

				Albumin niệu		
				A1	A2	A3
				Bình thường đến tăng nhẹ	Tăng vừa	Tăng nhiều
				< 30mg/g < 3mmg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
Độ lọc cầu thận (ml/min/1.73m ²)	G1	Bình thường cao	90 trở lên			
	G2	Giảm nhẹ	60-89			
	G3a	Giảm nhẹ đến vừa	45-59			
	G3b	Giảm vừa đến nặng	30-44			
	G4	Giảm nặng	15-29			
	G5	Suy thận	< 15			

Màu	Nguy cơ bệnh thận tiến triển	Tần suất khám bệnh mỗi năm
	Nguy cơ thấp	Ít nhất 1 lần/năm
	Nguy cơ trung bình	Ít nhất 2 lần/năm
	Nguy cơ cao	Ít nhất 3 lần/năm
	Nguy cơ rất cao	Ít nhất 4 lần/năm

Cần lưu ý mức lọc cầu thận chỉ phản ánh chính xác giai đoạn BTM khi chức năng thận ổn định (không thay đổi trong 3 tháng xét nghiệm lặp lại) và sau khi đã loại bỏ các yếu tố làm nặng thêm tạm thời tình trạng suy thận.

II TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN

2.1 Hỏi bệnh

Bệnh nhân mắc bệnh thận mãn tính có thể không nhận thấy bất kỳ dấu hiệu nào nếu bị bệnh ở giai đoạn đầu. Hầu hết các bệnh nhân không nhận thấy bất cứ có triệu chứng nào khi bệnh ở giai đoạn đầu.

Triệu chứng lâm sàng thường biểu hiện rõ hơn ở các giai đoạn sau của bệnh, thường là khi có suy thận mạn

- Hỏi nước tiểu: một người bình thường trung bình tiểu khoảng 1500ml-2000ml/24h, khi số lượng nước tiểu giảm mạnh thì cần lưu ý có thể đó là dấu hiệu của tổn thương thận

+ Số lượng: thiếu niệu (số lượng nước tiểu < 500ml/ 24h) hoặc vô niệu (< 100ml/ 24h)

+ Màu sắc: bình thường nước tiểu màu vàng nhạt, trong, khi nước tiểu chuyển màu sậm cần lưu ý dấu hiệu của thiếu niệu hoặc vô niệu

- Phù, hoa mắt chóng mặt, khó thở

- Hỏi triệu chứng gợi ý hội chứng tăng ure máu

+ Tiêu hóa: miệng lưỡi khô, buồn nôn, chán ăn, ỉa chảy, đôi khi có cơn đau bụng cấp giống như viêm phúc mạc

+ Tim mạch: tức ngực, hồi hộp trống ngực

+ Thần kinh: chuột rút, co giật

+ Hô hấp: khó thở

- Hỏi triệu chứng lâm sàng của tăng kali máu (có thể gặp khi kali máu > 6 mmol/l):

+ Yếu cơ, mất phản xạ gân, đôi khi bị liệt.

+ Thờ ơ, lú lẫn, tâm thần.

+ Ngứa, tê, dị cảm: đặc biệt hay xuất hiện ở vùng quanh miệng và chi dưới.

+ Tiêu hoá: nôn mửa, ỉa chảy, đôi khi bị liệt ruột.

+ Các biểu hiện khác:

- Ngứa (khi có lắng đọng canxi dưới da). Đây là triệu chứng gợi ý cường cận giáp trạng thứ phát.

- Chuột rút thường về đêm do rối loạn canxi máu.

- Hạ thân nhiệt.

- Viêm thần kinh ngoại vi: cảm giác rát bỏng ở chân, cảm giác kiến bò. Các triệu chứng này rất khó điều trị kể cả khi có lọc máu ngoài thận

- Tiền sử:

+ Bệnh thận

+ Các bệnh mạn tính, TS phẫu thuật, TS dị ứng

+ Cần hỏi thật kỹ tiền sử sử dụng các thuốc tại nhà (liều lượng, đường dùng, thời gian dùng,...), sử dụng thuốc nam, thuốc lá...; sử dụng thuốc độc cho thận, uống thuốc độc tự tử, tiền sử các bệnh thận đã mắc từ trước....

2.2. Khám lâm sàng

- Khám phù, khám nước tiểu, cân nặng: phù trong suy thận mạn phụ thuộc nguyên nhân gây suy thận mạn. Suy thận mạn do bệnh lý cầu thận thường phù to hoặc rất to, có thể kèm tràn dịch màng phổi, màng bụng, màng tinh hoàn (ở nam giới) hoặc màng ngoài tim. Suy thận mạn do bệnh lý ống thận - kẽ thận thường phù nhẹ, kín đáo, thậm chí không phù. Bệnh nhân chỉ có cảm giác nặng mí mắt về buổi sáng, nặng mắt. Đái ít thường gặp trong đợt cấp của suy thận mạn, lượng nước tiểu dưới 500ml/24 giờ. Suy thận mạn giai đoạn ổn định bệnh nhân thường đái bình thường hoặc đái nhiều về đêm.

- Khám thiếu máu: là triệu chứng luôn có nhưng ở giai đoạn đầu dễ bị bỏ qua vì thiếu máu nhẹ. Mức độ thiếu máu thường tỉ lệ với mức độ suy thận. Suy thận càng nặng, thiếu máu càng rõ rệt. Thiếu máu nặng lên nhanh nếu có xuất huyết nhất là xuất huyết tiêu hóa đi kèm. Thiếu máu khó hồi phục. Triệu chứng thiếu máu nhiều khi là triệu chứng đưa bệnh nhân tới bệnh viện.

- Khám huyết áp: là triệu chứng rất thường gặp. Huyết áp tăng cả 2 trị số tâm thu và tâm trương. Cá biệt có trường hợp tăng huyết áp ác tính làm chức năng thận suy sụp nhanh chóng dẫn tới tử vong. Tăng huyết áp có thể vừa là

nguyên nhân vừa là biểu hiện của suy thận mạn, nhiều khi rất khó phân biệt trên lâm sàng. Khám mạch, nhiệt độ, tần số thở. Tinh thần, tri giác

- Khám hội chứng suy tim: là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân suy thận mạn. Suy tim có thể do tăng huyết áp, do giữ nước giữ muối hoặc do thiếu máu. Biểu hiện: bệnh nhân khó thở từ nhẹ đến nặng, tim đập nhanh, gan to, tĩnh mạch cổ nổi. Suy tim rõ thường gặp ở giai đoạn muộn hoặc đợt cấp của suy thận mạn.

- Khám hội chứng tăng ure máu: là triệu chứng gặp trong đợt cấp của suy thận mạn hoặc giai đoạn cuối cùng của suy thận mạn. Biểu hiện:

+ Thần kinh: bệnh nhân lơ mơ, vật vã, tiền hôn mê, có thể co giật, rối loạn tâm thần, cuối cùng đi vào hôn mê sâu.

+ Tim mạch: mạch nhanh, tăng huyết áp, suy tim hoặc trụy mạch, tiếng cọ màng ngoài tim do ure máu cao là biểu hiện cuối cùng của suy thận mạn và thường là dấu hiệu báo tử trong vòng 1 - 14 ngày nếu không được lọc máu ngoài thận.

+ Hô hấp: rối loạn nhịp thở kiểu toan máu: thở nhanh, sâu, nhịp thở Kussmaul hoặc Cheyne - Stokes. Có thể có tiếng cọ màng phổi.

+ Tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, nôn, ỉa lỏng vô cớ, lưỡi đen.

+ Xuất huyết: thường gặp ở giai đoạn cuối. Hay gặp chảy máu mũi, chảy máu chân răng, chảy máu dưới da hoặc chảy máu tiêu hóa (biểu hiện nôn máu và ỉa phân đen). Khi có chảy máu tiêu hóa tiên lượng bệnh rất xấu, ure máu sẽ tăng lên rất nhanh, suy thận sẽ nặng lên nhanh chóng.

2.3 Chỉ định cận lâm sàng

Tùy trường hợp cụ thể, các bệnh nhân bệnh thận mạn được chỉ định các xét nghiệm khác nhau với mục đích chẩn đoán và theo dõi kết quả điều trị

2.3.1. Xét nghiệm nước tiểu:

- Tổng phân tích nước tiểu
- Định lượng Protein niệu
- Định lượng Ure, Creatinin niệu, Điện giải đồ niệu
- Định lượng MAU niệu

- Cặn Adiss
- Xét nghiệm tế bào học nước tiểu
- Protein niệu : bao giờ cũng có. Tùy theo nguyên nhân suy thận mạn mà protein niệu nhiều hay ít. Nếu do tổn thương cầu thận, protein niệu thường nhiều : 2-3 g/24 giờ ; do thận hư : protein niệu > 3,5g/24 giờ ; do viêm thận bể thận : protein niệu < 1g/24 giờ.
- Hồng cầu niệu : gặp trong suy thận mạn do sỏi tiết niệu (thường có đái máu đại thể kèm theo) hoặc do viêm cầu thận (đái máu vi thể).
- Bạch cầu niệu và vi khuẩn niệu : gặp trong suy thận mạn do viêm thận bể thận mạn. Có khi nước tiểu đục (đái mủ).
- Urê niệu và Creatinin niệu : Càng suy thận nặng Urê niệu và Creatinin niệu càng giảm.

Bình thường Urê niệu 20 - 30 g/24 giờ.

 Creatinin niệu 1,0 - 1,5 g/24 giờ.

2.3.2. Sinh hóa máu

* Nitơ phi protein tăng cao trong máu :

- Chủ yếu là tăng urê máu và creatinin máu.

+ Trị số bình thường : Urê 1,7 - 8,3 mmol/l (10 - 50 mg/dl).

 Creatinin Nam 53 - 97 μ mol/l (0,6 - 1,1 mg/dl).

 Nữ 44 - 80 μ mol/l (0,5 - 0,9 mg/dl).

(Nữ giới có nồng độ urê và creatinin thấp hơn nam giới do lượng cơ bắp của nữ ít hơn nam)

+ ở một người nhất định, creatinin máu ít thay đổi. Trong khi urê máu có thể dao động chút ít theo chế độ ăn và uống. Urê máu sẽ tăng giả tạo với chế độ ăn nhiều protit và uống ít nước. Do vậy Creatinin máu có giá trị tin cậy hơn so với urê máu, nó phản ánh tổn thương chức năng thận.

+ Khi urê máu và creatinin máu tăng song song là biểu hiện của suy thận đơn thuần. Urê máu tăng nhiều trong khi creatin máu tăng ít là biểu hiện của suy thận ngoài thận.

+ Khi urê máu $> 8,33 \text{ mmol/l}$ là bắt đầu tăng.

Creatinin máu $> 130 \mu\text{mol/l}$ là đã tăng rõ rệt.

- Axit uric máu tăng. Trị số bình thường axit uric là $180 - 400 \mu\text{mol/l}$ (4mg/dl).

* Điện giải đồ máu :

- Natri máu thường giảm khi mức lọc cầu thận $< 20\text{ml/phút}$. Bình thường 140 mmol/l .

- Kali máu bình thường hoặc giảm. Bình thường $\text{K}^+ : 4,5 \text{ mmol/l}$.

Khi kali máu tăng cao là biểu hiện đợt cấp của suy thận mạn có kèm thiếu niệu hoặc vô niệu.

- Canxi máu giảm (Canxi máu bình thường là $2,5 \text{ mmol/l}$).

- Phospho máu tăng (phospho máu vô cơ bình thường là 1 mmol/l).

Khi canxi máu tăng, phospho máu giảm là có khả năng cường cận giáp trạng thứ phát.

- Định lượng Albumin, Protein toàn phần

- Định lượng Acid Uric

- Định lượng Calci, Phospho, PTH

- Định lượng Sắt, Ferritin, Transferin

2.3.3. Xét nghiệm khí máu

pH máu giảm :

- Khi suy thận giai đoạn 3, 4: + pH máu sẽ giảm (bình thường pH $7,36 - 7,43$).

+ Dự trữ kiềm giảm (Bicarbonat giảm).

+ Kiềm dư giảm (BE giảm).

2.3.4. Công thức máu

2.3.5. Chẩn đoán hình ảnh:

- Siêu âm : cho phép đánh giá kích thước thận, đài bể thận và hệ thống dẫn niệu, sỏi niệu, u hoặc nang thận.

Trong suy thận mạn thận thường teo nhỏ, mất ranh giới giữa nhu mô và đài bể thận.

- Chụp X - quang thận có thuốc hoặc không để tìm nguyên nhân.
- Chụp X - quang xương sọ, ngực, tay để phát hiện loạn dưỡng xương do thận.
- Điện tâm đồ, siêu âm Doppler tim
- Sinh thiết thận, xạ hình thận...

2.4. Chẩn đoán

2.4.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán bệnh thận mạn dựa vào

a- Lâm sàng có thể có hoặc không có biểu hiện lâm sàng của bệnh thận biểu hiện bệnh thận như phù toàn thân, tiểu máu...

b- Cận lâm sàng tầm soát:

- *Xét nghiệm định lượng créatinine huyết thanh*: Từ créatinine huyết thanh ước đoán độ thanh lọc créatinine theo công thức Cockcroft Gault, hoặc ước đoán mức lọc cầu thận theo công thức của MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)
- *Xét nghiệm nước tiểu tìm protein hoặc albumine trong nước tiểu* : với mẫu nước tiểu bất kỳ, tốt nhất là mẫu nước tiểu đầu tiên buổi sáng sau ngủ dậy

	Bình thường	Bất thường
Tỷ lệ albumine/creatinine niệu (ACR)	<30mg/g <3 mg/mmol	≥ 30mg/g ≥ 3mg/mmol
Albumine niệu 24 giờ	<30 mg/24 giờ	≥ 30mg/24 giờ
Tỷ lệ protein/creatinine niệu (PCR)	<150mg/g < 15 mg/mmol	≥ 150mg/g ≥ 15mg/mmol
Protein niệu 24giờ	<150mg/ 24giờ	≥ 150mg/24giờ
Protein niệu giấy nhúng	âm tính	Vết đến dương tính

- *Xét nghiệm khảo sát cặn lắng nước tiểu* (tìm cặn lắng bất thường như hồng cầu, bạch cầu, các trụ niệu), *xét nghiệm điện giải đồ*, và *sinh thiết thận*
- *Xét nghiệm hình ảnh*: siêu âm thận và hệ niệu (tìm sỏi, nang thận, kích thước thận), niệu ký nội tĩnh mạch.

Chẩn đoán xác định bệnh thận mạn, khi các xét nghiệm vẫn bất thường trong những lần xét nghiệm lặp lại sau trong vòng 3 tháng.

2.4.2 Chẩn đoán phân biệt với tổn thương thận cấp

Trước mọi người bệnh có tăng creatinin huyết thanh, cần phân biệt bệnh thận mạn với tổn thương thận cấp vì tổn thương thận cấp có khả năng hồi phục chức năng thận nếu được chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời

a-Dựa vào creatinin huyết thanh nền trước đây

- Nếu creatinin huyết thanh nền trong vòng 3 tháng trước đây, nếu ở mức bình thường thì có thể nghĩ đến tổn thương thận cấp.
- Nếu creatinin huyết thanh nền trước đây đã tăng mạn tính trên 3 tháng, sẽ là bằng chứng quan trọng của bệnh thận mạn.
- Nếu không biết creatinine huyết thanh nền trước đây, vẫn có thể cả 2 bệnh lý trên kết hợp gây tổn thương thận cấp trên nền bệnh thận mạn. Trong trường hợp này, cần theo dõi creatinin huyết thanh trong nhiều ngày liên tiếp kết hợp với các bằng chứng cận lâm sàng khác sẽ giúp chẩn đoán phân biệt.

b-Dựa vào siêu âm đo kích thước 2 thận: người bệnh tổn thương thận cấp, hai thận có kích thước bình thường hoặc to.

c-Sinh thiết thận : Cần cân nhắc kỹ khi chưa chẩn đoán phân biệt được với tổn thương thận cấp

2.4.3. Chẩn đoán các yếu tố làm nặng thêm tình trạng suy thận

Trước mọi trường hợp tăng đột ngột creatinin ở người bệnh bệnh thận mạn, hoặc trước mọi trường hợp người bệnh có creatinine huyết thanh tăng lúc nhập viện mà không biết creatinine huyết thanh cơ bản, cần tầm soát các yếu tố làm nặng thêm hoặc đang thúc đẩy tình trạng suy thận

- Giảm thể tích máu lưu thông: mất dịch, mất máu, suy tim sung huyết.
- Thay đổi huyết áp như tăng hặc hạ huyết áp (thường do thuốc hạ áp).
- Nhiễm trùng.
- Tắc nghẽn đường tiểu.

- Thuốc độc cho thận: aminoglycoside, kháng viêm non steroid, thuốc cản quang
- Biến chứng mạch máu thận: tắc động mạch thận do huyết khối, hẹp động mạch thận, thuyên tắc động mạch thận do cholesterol...

2.4.4. Chẩn đoán biến chứng của bệnh thận mạn

Khi chức năng thận ổn định, ở mọi người bệnh thận mạn có mức lọc cầu thận ≤ 60 ml/ph/1,73 m² da, cần đánh giá các biến chứng của BTM như:

- Tăng huyết áp: Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch
- Thiếu máu mạn: Theo WHO, thiếu máu khi Hb <13 g/L ở nam và <12 g/L ở nữ.
- Tình trạng suy dinh dưỡng: dựa vào giảm albumin huyết thanh, cân nặng, bảng điểm đánh giá dinh dưỡng toàn diện chủ quan (Subjective Global Assessment, SGA), chế độ dinh dưỡng.
- Rối loạn chuyển hóa calcium và phospho: giảm calcium, tăng phospho, tăng PTH huyết thanh gây cường tuyến phó giáp thứ phát, giảm vitamine D, tổn thương xương.
- Bệnh lý thần kinh: ngoại biên, trung ương, hệ thần kinh thực vật.
- Biến chứng tim mạch.

III TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN MẠN

3.1 Mục tiêu điều trị bệnh thận mạn

- Điều trị bệnh thận căn nguyên
- Điều trị nguyên nhân gây giảm GFR cấp tính có thể hồi phục được
- Điều trị làm chậm tiến triển của bệnh thận mạn
- Điều trị các biến chứng tim mạch, và các yếu tố nguy cơ tim mạch
- Chuẩn bị điều trị thay thế thận khi thận suy nặng

3.2. Nguyên tắc điều trị bệnh thận mạn:

Theo KDOQI 2002, chiến lược chung điều trị bệnh thận mạn được phân theo giai đoạn của phân độ bệnh thận mạn

Chiến lược điều trị bệnh thận mạn theo giai đoạn của BTM

Giai đoạn	Mức lọc cầu thận (ml/ph/1,73)	Việc cần làm (*)
1	≥ 90	Chẩn đoán và điều trị bệnh căn nguyên, giới hạn yếu tố nguy cơ gây suy thận cấp, làm chậm tiến triển bệnh thận, điều trị yếu tố nguy cơ tim mạch
2	60-89	+ Ước đoán tốc độ tiến triển bệnh thận
3	30-59	+Đánh giá và điều trị biến chứng
4	15-29	+ Chuẩn bị điều trị thay thế thận
5	≤ 15	Điều trị thay thế thận nếu có hội chứng uré huyết

(*) giai đoạn sau tiếp tục việc của giai đoạn trước

3.3 Điều trị bệnh thận căn nguyên:

Giữ vai trò quan trọng nhất trong bảo vệ thận và làm chậm tiến triển bệnh thận. Khi thận đã suy nặng (giai đoạn 4, 5), do việc chẩn đoán bệnh căn nguyên trở nên khó khăn, và việc điều trị trở nên kém hiệu quả, nên cân nhắc giữa lợi ích và tác hại của thuốc điều trị căn nguyên ở nhóm người bệnh này.

3.4 Điều trị làm chậm tiến triển của BTM đến giai đoạn cuối

Các biện pháp bảo vệ thận tối ưu

STT	Yếu tố cần can thiệp	Mục tiêu	Biện pháp
1	Giảm protein niệu, tiểu albumin	-Protein/creatinine <0,5mg/g -Albumine/creatinine < 30mg/g	Kiểm soát huyết áp - Điều trị bệnh căn nguyên - Tiết chế protein trong khẩu phần - Dùng UCMC hoặc UCTT
2	Kiểm soát huyết áp	- Nếu người bệnh	Ước chế men chuyển và

		<p>ACR < 30mg/g, HA mục tiêu \leq 140/90 mmHg</p> <p>- Nếu ACR \geq 30mg/g, HA mục tiêu \leq 130/80mmHg</p>	<p>ức chế thụ thể angiotensin II: ưu tiên chọn, nhất là ở người bệnh có tiểu albumin</p>
3	Ăn nhạt	<p>Sodium < 2g /ngày (hoặc NaCl < 5g/ngày)</p>	<p>Tự nấu ăn, không ăn thức ăn chế biến sẵn, không chấm thêm</p>
4	Giảm protein trong khẩu phần	<p>Áp dụng ở người bệnh GFR < 30ml/ph/1,73, lượng protein nhập < 0,8g/Kg/ngày,</p>	<p>Giảm protein, chọn các loại đạm có giá trị sinh học cao (tư vấn chuyên gia dinh dưỡng)</p>
5	Kiểm soát đường huyết	<p>HbA 1C \approx 7%</p> <p>HbA 1C > 7%, ở người bệnh có nguy cơ hạ đường huyết cao</p>	<p>Không dùng metformin khi GFR < 60 ml/ph/1,73.</p>
6	Thay đổi lối sống.	<p>Đạt cân nặng lý tưởng, tránh béo phì, Bỏ hút thuốc lá</p>	<p>Tập thể lực tùy theo tình trạng tim mạch và khả năng dung nạp (ít nhất 30 ph/lần/ngày x 5 lần/tuần)</p>
7	Điều trị thiếu máu	<p>Hb 11-12g/dL</p>	<p>Erythropoietin, sắt, acid folic...</p>
8	Kiểm soát rối loạn lipid máu	<p>LDL- cholesterol < 100 mg/dL, HDL- cholesterol > 40 mg/dL, triglyceride <</p>	<p>Statin, gemfibrozil</p> <p>Fibrate giảm liều khi GFR < 60, và không dung khi GFR < 15</p>

		200mg/dL.	
9	Dùng thuốc ức chế men chuyển	Dùng liều tối ưu để giảm protein niệu, và kiểm soát	Phòng ngừa, và theo dõi các tác dụng phụ:

3.5 Dự phòng

Do bệnh thận mạn thường tiến triển âm thầm, không triệu chứng đến giai đoạn cuối, nên mục tiêu quan trọng là phát hiện bệnh sớm ở 3 đối tượng nguy cơ cao là người bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, và gia đình có người bệnh thận. Các đối tượng này cần được làm xét nghiệm tầm soát định kỳ hằng năm và tích cực điều trị sớm tránh bệnh thận tiến triển đến giai đoạn cuối

IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH THẬN MẠN

4.1 Tiến triển của bệnh thận mạn

Bệnh thận mạn có tiến triển suy giảm chức năng thận chậm trong nhiều năm, và không hồi phục đến giai đoạn cuối. Nếu người bình thường không bệnh thận, sau 30 tuổi, mỗi năm theo sinh lý, mức lọc cầu thận giảm trung bình 1ml/ph/1,73m² thì bệnh thận mạn được gọi là tiến triển nhanh khi mỗi năm mất ≥ 5 ml/ph (theo KDIGO 2012).

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng lên tiến triển của bệnh thận mạn : 2 nhóm

a-Nhóm yếu tố không thay đổi được

- Tuổi: người lớn tuổi tiến triển bệnh nhanh hơn người trẻ
- Giới tính: nam tiến triển bệnh thận nhanh hơn nữ.
- chủng tộc: da đen mắc bệnh đái tháo đường nguy cơ suy thận mạn giai đoạn cuối tăng gấp 2-3 lần nhiều hơn người da trắng.
- Yếu tố di truyền: Thận của trẻ sinh nhẹ cân (dưới 2500 g), sinh thiếu tháng, thận của trẻ có mẹ bị bệnh hoặc dùng thuốc độc thận trong thai kỳ nhạy cảm với tổn thương hơn trẻ khác.
- Chức năng thận nền lúc phát hiện bệnh đã giảm

b-Nhóm yếu tố có thể thay đổi được

- Mức độ protein niệu: protein niệu càng nhiều thì tốc độ suy thận càng nhanh.
- Bệnh thận căn nguyên: đái tháo đường, bệnh cầu thận có tiến triển suy thận nhanh hơn tăng huyết áp, bệnh ống thận mô kẽ.
- Mức độ tổn thương ống thận mô kẽ trên sinh thiết thận càng nhiều thì suy thận càng nhanh
- Tăng lipid máu
- Hút thuốc lá làm thúc đẩy quá trình xơ hóa cầu thận, ống thận và mạch máu

V. TÀI HỌC TẬP

1. Nguyễn Thị Dung, Phạm Văn Nhiên (2018) Bệnh học Nội khoa tập 2 (Tái bản lần 3 có sửa chữa và bổ sung), NXB Y học, Hà Nội, tr 75-82
2. Bộ Y tế “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận tiết niệu”- *Ban hành kèm theo Quyết định số 3931/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội 2015*
3. Hà Hoàng Kiệm: “ Thận học lâm sàng”.