

SUY THẬN MẠN

SUY THẬN MẠN

1. **Tình huống:** BN BTM có thiếu máu đẳng sắc đẳng bào, Hb=.....(là thiếu máu của BMT). Hỏi nguyên nhân thiếu máu trên BN này là: **học cơ chế thiếu máu**

a. Do EPO

b. Thiếu Fe

Thuốc ngộ độc nhôm ??

2. Liều EPO khởi đầu trên BN này nên là bao nhiêu, đường dung là gì
tiêm dưới da trước do bảo tồn đường TM cho chạy thận
Liều dưới da

- ❖ Liều khởi đầu tiêm dưới da: 80-120u/Kg/tuần (điển hình 6000 ui/tuần chia làm 2-3 liều (Evidence)
- ❖ Liều khởi đầu tiêm mạch: 120-180u/Kg/tuần (điển hình 9000 ui/tuần chia làm 3 liều (Evidence)
- ❖ Hb mục tiêu 11-12g/L, không quá 13g/L (TE và NL)

3. BN nam trẻ tuổi, viêm cầu thận mạn, EGFR là 40, đạm niệu 5g, hỏi giai đoạn: **G3B, A3**

	Xét nghiệm	Phân loại albumine niệu		
		A 1 Bình thường hoặc tăng nhẹ	A 2 Tăng trung bình	A 3 Tăng nặng
Xác định chẩn đoán	AER (mg/24h)	<30	30-300	>300
	PER (mg/24h)	<150	150-500	>500
Tầm soát albumine niệu	ACR (mg/g)	<30	30-300	>300
	PCR (mg/g)	<150	150-300	>300
	Giấy nhúng	Neg- Vết	Vết đến +	+ hoặc +++

- 4. BN trên NV vì phù toàn thân, có cho thuốc dung đến thời điểm NV là....., sau khi NV BN được dung Furosemid 20mg 2A x2 TMC sang chiều thì BN tiểu được nhiều hơn, bớt phù hẳn, hỏi tiếp theo nên đtr phù như thế nào:

a. Chuyển qua furo uống

- b. Tiếp tục chích như vậy
 - c. Chích furo tiếp nhưng giảm liều lại 1A x2 (nếu đã tiểu nhiều nhưng chưa bớt phù)
5. MỤC TIÊU HA trên BN này:
- a. 130/80
 - b. 140/90
 - c. 125/75

KDIGO 2012
<p>$\leq 140/90$, AER $< 30\text{mg}/24\text{h}$ $\leq 130/80$, AER $> 30\text{mg}/24\text{h}$ Cá thể hóa huyết áp mục tiêu, tránh hạ huyết áp - Ưu tiên: UCMC, UCTT nhất là ở bn tiểu albumine</p>

6. Chế độ ăn trên BN: **NaCl < 5**

Năm 2018-2019

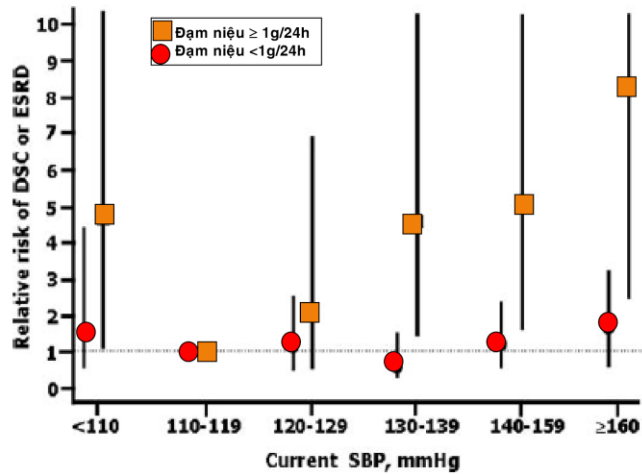
CKI

Bệnh thận mạn

1. Nam, 60t, THA 5 năm, HA khoảng 160/90 mmHg, đang điều trị 2 thuốc hạ áp không thường xuyên, **pro niệu 0.5g/24h**. Thói quen hút thuốc 10 gói.năm, uống bia 1 lon/ngày, ăn mặn, Khám HA 160/90 mmHg, CN 70kg, chiều cao 1.6m. Khi nào BN cần phải chạy thận nhân tạo nếu eGFR nền là 50ml/ph/1.73m² da.

- a. 8 năm
- b. 6 năm
- c. 5 năm
- d. 4 năm

NGUY CƠ TIẾN TRIỂN BỆNH THẬN TÙY THUỘC VÀO HUYẾT ÁP VÀ TIỂU ĐẠM



Ở mức HA bình thường, tiểu đạm nhiều ít như nhau. Ở mức HA cao thì mới có sự thay đổi theo đạm niệu.

BN tiểu đạm <0.5 thì ta có giảm HA nhiều đến đâu cũng không ảnh hưởng đến tốc độ diễn tiến bệnh thận mạn

2. Toa thuốc hiện tại BN trên là Amlo 5mg, Furo 40mg 1/2v sáng, 1/2v chiều. Để làm chậm tiến triển bệnh thận, HA mục tiêu nên là

- 150/90
- 140/90
- 135/85
- 130/80

Measure	Categories		
	Normal to mildly increased (A1)	Moderately increased (A2)	Severely increased (A3)
AER (mg/24 hours)	< 30	30-300	> 300
PER (mg/24 hours)	< 150	150-500	> 500
ACR			
(mg/mmol)	< 3	3-30	> 30
(mg/g)	< 30	30-300	> 300
PCR			
(mg/mmol)	< 15	15-50	> 50
(mg/g)	< 150	150-500	> 500
Protein reagent strip	Negative to trace	Trace to +	+ or greater

Abbreviations: ACR, albumin-to-creatinine ratio; AER, albumin excretion rate; PCR, protein-to-creatinine ratio; PER, protein excretion rate.

3. Chế độ ăn DASH là gì?

- Chỉ áp dụng một khi BTM kèm THA
- Không nên dùng ở BTM đđ cuối do THA
- Bao gồm ăn nhiều pro động vật, tiết chế carbohydrate

d. Bao gồm tiết chế muối Na, thực phẩm nhiều Kali, tăng thực phẩm chứa canxi.

Này sai ở tiết chế K
chứ tăng Ca đúng

Giảm canxi

CHẾ ĐỘ ĂN DASH

Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet



- 1- Giảm muối NaCl <6g/ngày
- 2- Tăng muối Kali >4g/ngày
- 3- Tăng phosphate 1,7g/ngày
- 4- Nhiều rau, củ, trái cây, tăng chất xơ
- 5- Giảm Calci
- 6- Giảm thịt đỏ, tăng cá, tăng protein thực vật
- 7- Giảm béo, không transfat

KHÔNG DÙNG cho CKD 4-5 (GFR < 30ml/ph/1,73)

- 4. Hướng dẫn chế độ uống nước cho BN BTM
- a. Cần uống nhiều nước để tăng thải sản phẩm azote máu và kali
 - b. Cần giới hạn uống nước tối đa một khi thận đã suy để tránh nguy cơ suy tim
 - c. Khi suy thận và phù, lượng nước uống được ước đoán bằng lượng nước tiểu (ko phù thì + 500ml)
 - d. Không cần để ý đến lượng nước uống vì thận suy nhưng khả năng thải nước còn tốt (thải nước là CN giảm đầu tiên nhưng được bảo tồn đến cuối cùng)

5. Nam, 30t, khám vì nhức đầu mệt mỏi 2 ngày nay. Uống rượu nhiều vào cuối tuần từ 2 năm. Khám: HA 160/90 mmHg (đo 2 lần), mạch 100l/ph, không phù. CN 58kg, CC 1.6m. XN: BUN 35mg/dL, **Creatinin 1.6mg/dL**, ALT 30 UI/L, AST 25UI/L, Hb 11g/dL. BC 6G/L, TC 160G/L. TPTNT: **Pro niệu 200mg/dL, creatinine niệu 100mg/dl**, HC 25/μL, BC 25/μL. Chẩn đoán sơ bộ có thể, **TRỪ:**

PCR 200/100*1000 = 2000 mg/g

eGFR 55 (59 chứ nhỉ)???

BUN/cre = 20 -> nhiều kn tổn thương thận cấp

Thiếu máu Hb 11 g/dl (Gđ 3 có thể thiếu máu) do thận hay do uống rượu?

Cô nói ngưỡng là HC 25 uL nước tiểu. <25uL là ko cần soi cặn lắng

- a. Viêm cầu thận mạn

- b. Viêm cầu thận cấp
- c. Bệnh thận mạn GĐ 3a
- d. TTTC trên nền bệnh thận mạn

A hoặc C ????

- 6. BN này nên cho thuốc
 - a. Furo 40mg 1v sáng, 1v chiều
 - b. Nifedipine 30mg 1v sáng, Furo 40mg 1v sáng
 - c. Telmisartan 80mg 1v sáng, Furo 40mg 1v sáng
 - d. Lisinopril 5mg 1v, Furo 40mg 1v sáng

7. Sau 1w với toa thuốc trên, BN tái khám HA 130/80 mmHg. XN kiểm tra: BUN 30mg/dL, Creatinin huyết thanh 1.2mg/dL creatinin (thay đổi >20% là có ý nghĩa). Siêu âm bụng kích thước hai thận bình thường, mất cấu trúc vỏ tủy. TPTNT: Pro niệu 150mg/dL, Creatinin niệu 100mg/dL, HC và BC không đổi, chẩn đoán phù hợp nhất hiện tại

- a. Viêm cầu thận mạn: kích thước thận không teo
- b. Viêm cầu thận cấp
- c. Bệnh thận mạn GĐ 3a: creatinin không về được như vậy EGFR: 73
- d. TTTC trên nền bệnh thận mạn: chưa đủ tiêu chuẩn CĐ bệnh thận mạn

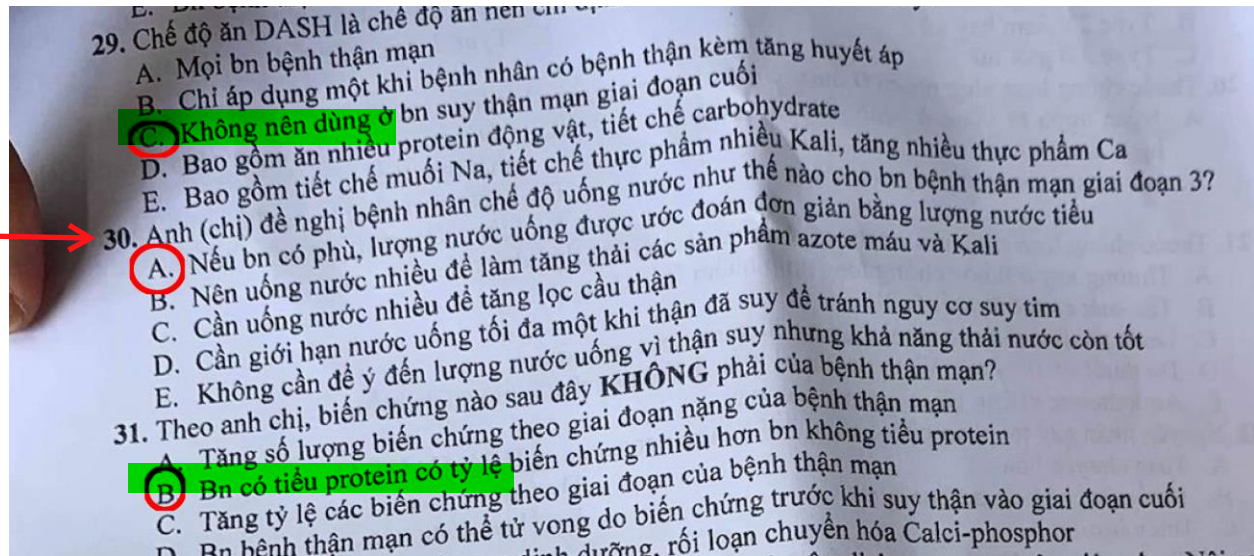
1. (YHCT Y4 LT) Trụ rộng trong nước tiểu là bằng chứng của chẩn đoán nào sau đây:

- a. Thận đa nang
 - b. Thận ứ nước
 - c. Suy thận mạn
 - d. Tổn thương thận cấp
 - e. Sỏi thận gây tắc nghẽn.
2. (Y13 KHỐI 2) BN bị suy thận do THA? Đúng hay Sai
3. (Y13 KHỐI 2) Sau bao lâu chạy thận? à 3 năm
4. (Y13 KHỐI 2) Vai trò ACEI? à Giảm xơ hoá
5. (Y13 KHỐI 2) Giống câu 1 đề Y12 – lần 2 (tiền nói là cô đổi đề, thêm chữ không chạy thận á nên hình như đáp án lớn hơn :((

BN trẻ tuổi (25-35 tuổi) bị suy thận mạn giai đoạn cuối, chạy thận nhân tạo, có tỷ lệ tử vong:

- A. Cao gấp 2 người cùng tuổi không bị suy thận mạn
- B. Không khác người cùng tuổi bị suy thận mạn
- C. Không khác người lớn tuổi (80 tuổi) không bị suy thận mạn
- D. Cao hơn người 80 tuổi bị STM giai đoạn cuối
- E. Thấp hơn người 40 tuổi bị STM giai đoạn cuối

Y13 k1



Năm 2017-2018

1. (TN lần 2) Chế độ ăn DASH là chế độ:
 - a. Áp dụng cho mọi bn BTM
 - b. Chỉ áp dụng một khi BTM có kèm THA
 - c. Không nên dùng ở bn STM gần cuối
 - d. Bao gồm ăn nhiều protein động vật, tiết chế carbonhydrate
 - e. Bao gồm tiết chế muối Na, tiết chế thực phẩm nhiều K, tăng nhiều thực phẩm Ca
2. (TN lần 2) Lượng protein nạp ở bn BTM có eGFR 50ml/ph, cân nặng 50 kg nên như thế nào?
 - a. Không cần giảm, bn theo chế độ ăn protein bình thường
 - b. Cần giảm protein nạp để giảm GFR
 - c. Tổng lượng protein ăn mỗi ngày không quá 40g
 - d. Tổng lượng thịt heo hoặc gà có thể ăn mỗi ngày không quá 40g
 - e. Việc tiết chế protein không hiệu quả vì làm sai lệch kết quả theo dõi chức năng thận
3. (Y12 khối 1) Tình huống eGFR 50ml/phút (giống đề cũ???). Bao nhiêu năm thì cần chạy thận? (4 năm)
4. (Y12 khối 1) cần thêm thuốc gì (giống đề???)
 - a. Lisinopril 5mg tăng liều dần
 - b. Losartan
 - c.
- 5. (Y12 khối 2) UCMC có tác dụng bảo vệ thận cao nhất trong?
 - a. Bệnh cầu thận màng

- b. Bệnh thận ĐTĐ
- c. Bệnh thận IgA
- d.

6. (Y12 khối 2) Thuốc nào sau đây KHÔNG cần chỉnh liều trong trường hợp BN suy thận:

- A. Cimetidine
- B. Ranitidine
- C. Famotidine
- D. Nizatidine
- E. Pantoprazole

Vì cái này loét dd...

7. (Y12 khối 2) Chế độ ăn của BN bệnh thận mạn 5 năm, GFR 50ml/ph, CN 50 kg, CC 1m6:

Tiết chế < 40g đạm/ngày

- A. Không cần tiết chế, ăn đạm như bình thường
- B. Không cần tiết chế vì tiết chế gây ảnh hưởng đến theo dõi GFR
- C. 40 g thịt heo/ngày
- D. 40g thịt gà, heo/ ngày
- E. 80g thịt các loại/ ngày

8. (Y12 khối 2) BN nam 30t, CĐ bệnh thận mạn 3 năm trước. Nay tới khám: HA 14/8, Creatinin 1/16 mg/dl, GFR 40ml/ph, prot niệu 2g/24h. Mức độ tiến triển của BN

- A. Tốc độ nhanh
- B. Rất nhanh
- C. Trung bình
- D. Chậm
- E. Không tiến triển

→ 9. (Y12 khối 2) Trên BN Bệnh thận mạn, độ lọc cầu thận bao nhiêu thì KHÔNG nên chụp CT có cản quang, trừ khi khẩn cấp:

- A. 15-30 ml/ph/m² da
- B. 30-45
- C. 45-60
- D. < 30 (bài SthC cô Linh)
- E. < 15 thuốc cản từ

→ 10. (Y12 khối 2) BN nữ 50t, CĐ BTM G3aA2, đang điều trị Telmisartan và Amlodipine. BN tới khám vì mệt mỏi, nôn ói: HA 15/9, dấu mắt nước nhẹ, nhiệt độ 39, nước tiểu 800ml/24h, GFR 30. Cần điều trị gì ngay:

- A. Truyền NaCl 0/9 1000ml/ ngày
- B. Ngưng tất cả các thuốc đang dung, sử dụng atropine 1% 2mg TDD
- C. Ngưng Amlo, tiếp tục dung Telmi

D. Ngưng Telmi, tiếp tục dung Amlo và thêm metoclopramide tiêm bắp

Tiêm thuốc chống nôn ới vì trên BN này mất nước làm nặng thêm tình trạng suy thận (Bệnh án LS BN ko có dấu mất nước vẫn cho)

- E. Không đổi thuốc, dặn BN uống 2L nước./ngày

1. (Y12 TN lần 1) BN nam 30 tuổi, bệnh thận mạn do viêm cầu thận mạn từ 3 năm nay, creatinine cơ bản 2 mg/dl (eGFR 40 mg/ph/1.73 m2) protein niệu 2g/24h, HA 140/80mgHg, Bn thuộc nhóm có tốc độ tiến triển bệnh thận nào?

A. Rất nhanh

B. Nhanh

C. Trung bình

D. Chậm

E. Không đổi

2. (Y12 TN lần 1) Thuốc UCMC có hiệu quả bảo vệ thận tối ưu ở Bn nào sau đây

A. Bệnh thận do bệnh cầu thận màng

B. Tiểu máu do bệnh thận IgA

C. Bệnh thận toàn phát do ĐTĐ typ 2

D. Sỏi thận

E. Thận đa nang

1. (nội LT Y12 lần 2) BN trẻ tuổi (25-35 tuổi) bị suy thận mạn giai đoạn cuối, chạy thận nhân tạo, có tỷ lệ tử vong:

A. Cao gấp 2 người cùng tuổi không bị suy thận mạn

B. Không khác người cùng tuổi bị suy thận mạn

C. Không khác người lớn tuổi (80 tuổi) không bị suy thận mạn

D. Cao hơn người 80 tuổi bị STM giai đoạn cuối

E. Thấp hơn người 40 tuổi bị STM giai đoạn cuối

2. (nội LT Y12 lần 2) Chế độ tiết chế muối theo KDIGO 2012 là

A. Giảm lượng Na nhập 5g/ngày

B. Giảm lượng NaCl nhập dưới 5g/ngày

C. Giảm lượng muối Kali nhập dưới 5g/ngày

D. Giảm lượng NaCl nhập dưới 1g/ngày và khôngchấm thêm khi ăn

- E. Giảm lượng muối kali nhập dưới 2g/ngày
3. (nội LT Y12 lần 2) Các biện pháp giảm tốc độ tiến triển của bệnh thận mạn. NGOẠI TRỪ:
- A. Kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu
 - B. Kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu
 - C. Điều trị tình trạng thiếu máu
 - D. Tiết chế muối nhập
 - E. Chế độ vận động đúng mức, bỏ thuốc lá
4. (nội LT Y12 lần 2) Thuốc UCMC có hiệu quả bảo vệ thận qua các cơ chế sau đây, NGOẠI TRỪ:
- A. Kiểm soát huyết áp
 - B. Giảm quá trình xơ hoá ống thận
 - C. Giảm quá trình xơ hoá cầu thận
 - D. Giảm áp lực tại tại mao mạch cầu thận qua việc dẫn tiểu động mạch vào
 - E. Giảm protein bài tiết qua cầu thận

Năm 2016-2017

1. (YHDP13 16-17) Bệnh thận mạn có đặc điểm
 - A. Diễn tiến nhanh, ồ ạt đến suy thận mạn giai đoạn cuối
 - B. Thường biểu hiện LS dễ chẩn đoán là : tiểu máu, phù, đau vùng hông lưng
 - C. Ít có triệu chứng LS, diễn tiến âm thầm đến giai đoạn cuối
 - D. Chỉ ở giai đoạn nặng, BN mới có nhiều biến chứng đe dọa tử vong
 - E. Thường phát hiện bằng triệu chứng ngoài thận
2. (YHDP13 16-17) Creatinine huyết thanh
 - A. Chỉ tăng khi chức năng thận suy nặng
 - B. Không được dùng đơn độc trong đánh giá CN thận → khối lượng cơ nữa: tính ra GFR
 - C. Tăng nhẹ ở BN suy kiệt và có giá trị trong chẩn đoán suy thận GD sớm
 - D. Không chịu ảnh hưởng của chế độ ăn lên kết quả creatinine HT
 - E. Giá trị ổn định giữa các phòng thí nghiệm
3. (YHDP13 16-17) Theo KDIGO 2012, việc phân tầng giai đoạn của bệnh thận mạn dựa vào
 - A. Creatinine huyết thanh, mức độ THA, thiếu máu
 - B. Độ thanh lọc creatinine ước đoán theo công thức Cockcroft Gault và albumin niệu
 - C. Độ lọc cầu thận ước đoán theo công thức MDRD và albumin huyết thanh
 - D. Độ lọc cầu thận ước đoán theo công thức EPI- CKD và creatinine HT
 - E. Creatinine HT và protein/creatinine niệu
4. (YHDP13 16-17) Albumin niệu được đưa vào trong phân giai đoạn của bệnh thận mạn vì albumin niệu

- A. Là XN bất thường thường gặp ở BN bệnh thận
 - B. Là XN chứng minh tổn thương cầu thận
 - C. Liên quan đến biến chứng tim mạch ở BN bệnh thận
 - D. Liên quan đến tốc độ tiến triển của bệnh thận mạn
 - E. Liên quan đến tử vong do tim mạch ở BN bệnh thận mạn
5. (YHDP13 16-17) Hội chứng ure máu là hội chứng
- A. Gặp ở mọi BN Suy thận cấp hoặc suy thận mạn nặng
 - B. Bao gồm các triệu chứng ở đường tiểu như thiếu niệu, vô niệu
 - C. Gây ra do sự tích tụ chủ yếu ure
 - D. Biểu hiện ở đường tiêu hoá hiếm gặp
 - E. Chỉ gặp ở BN Suy thận mạn GĐ cuối
6. (YHDP13 16-17) BN nam 20 tuổi, nhập viện vì ói. Khám : Cân nặng 50kg, cao 1.6 m, HA 160/90 mmHg, tiểu 1000ml, không phù, BUN 36 mg/dl. Creatinine HA 3mg/dl. Kali máu 7 mEq/L. Nguyên nhân gây tăng kali máu của BN. NGOẠI TRỪ
- A. Do bệnh nhân suy thận
 - B. Do BN dùng thuốc hạ áp giữ kali
 - C. Do BN ăn nhiều thực phẩm có kali
 - D. Do uống thuốc giảm bài tiết creatinine và kali nước tiểu
 - E. Do ói trong toan chuyển hoá

Y3 Y13 CQ:

36-38:

36. BN nam 60t, THA 5 năm, HA thường xuyên khoảng 16/9, đang điều trị 2 thuốc hạ áp không thường xuyên. Nếu BN không kiểm soát tốt HA, ước đoán khi nào BN sẽ cần phải chạy thận nhân tạo, nếu eGFR hiện tại 50ml/ph/1.73m²

- A. 8 năm
- B. 6
- C. 5
- D. 4
- E. 3

37. BN này hỏi tiếp, nguyên nhân suy thận do THA hoặc do bệnh khác:

- A. Liên quan THA
- B. DO nguyên nhân khác

38. BN hỏi, nếu muốn làm chậm tốc độ suy thận, huyết áp BN cần giảm còn bao nhiêu:

- A. 125/75
- B. 130/80
- C. 135/85
- D. 140/90
- E. 150/90

BN nhập viện vì khó thở. HA 180/100 nhiều ran ẩm hai phổi. BUN 100mg/dl, crea 10ml/dl, K 7 mEq/L

Dữ kiện nào sau đây giúp nghĩ suy thận mạn nhiều hơn cấp

- A. Kích thước 2 thận bình thường trên SA
- B. BUN và crea huyết tương NV tăng cao gấp 10 lần bình thường
- C. Tăng K máu, phù phổi cấp

- D. Crea huyết thanh cách NV 2 tháng tăng cao gấp 1,5 lần bình thường
- E. Nước tiểu có nhiều trụ tế bào, trụ hạt nâu bùn

Thiếu máu trong suy thận mạn có đặc tính sau NGOẠI TRỪ:

- A. Thiếu máu với nồng độ Erythropoietin máu bình thường
- B. Thiếu máu do tán huyết do đời sống hồng cầu ngắn
- C. Là yếu tố thúc đẩy bệnh thận tiến triển đến suy thận mạn giai đoạn cuối
- D. Là triệu chứng thường gặp ở BN suy thận mạn
- E. Thiếu máu do nhiều nguyên nhân phối hợp

Năm 2015-2016

ĐỀ Y4 Y2012:

1. Alb niệu:
 - A. Không có giá trị trong chẩn đoán CKD
 - B. Có giá trị trong tiên lượng tử vong do bệnh tim mạch ở BN CKD
 - C. Alb niệu chỉ tăng khi có tổn thương màng lọc cầu thận
 - D. Là bằng chứng của giảm GFR
 - E. Có giá trị tương đương prot niệu
2. Đối tượng nào sau đây cần tầm soát CKD định kì hàng năm. CHỌN CÂU SAI:
 - A. Đái tháo đường
 - B. THA
 - C. Cái j đó thận
 - D. Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ
 - E. Viêm bàng quang cấp
3. XN nào sau đây KHÔNG dùng để tầm soát bệnh thận:
 - A. Ion đồ máu
 - B. ACR nước tiểu
 - C. Alb huyết tương ở BN phù SLide tầm soát BTM
 - D. Siêu âm thận
 - E. Cre huyết thanh để tính độ thanh lọc cre theo Cockcroft-Gault

Tầm soát bệnh thận mạn

1- **Creatinine huyết thanh** để ước đoán ĐLCT (eGFR theo MDRD) hoặc ước đoán ĐTL creatinine (công thức Cockcroft Gault)

2- Tìm **albumine niệu** (mẫu nước tiểu bất kỳ), kèm creatinine niệu, tính tỷ lệ albumine/creatinine nước tiểu giá trị quan trọng trong tiên lượng

3- **Cặn lắng nước tiểu** hoặc XN giấy nhúng tìm hồng cầu, bạch cầu

4- **Siêu âm** khảo sát thận và hệ niệu

4. BN trẻ tuổi (25-35 tuổi) có ESRD có tỉ lệ tử vong:
- A. Thấp hơn người cùng tuổi không suy thận mạn
 - B. Không khác ng cùng tuổi ko bị suy thận mạn
 - C. Không khác ng lớn tuổi (80 tuổi) không bị suy thận mạn
 - D. Cao hơn người 80 tuổi bị ESRD
 - E. Thấp hơn người 40 tuổi bị ESRD

Năm 2014-2015

Năm 2013-2014

Năm 2012-2013

Năm 2011-2012

Năm 2010-2011