

ĐỀ NỘI Y6 – THẬN

BỆNH THẬN MẠN

1. Bn nam 30t, BTM do viêm cầu thận mạn từ mấy năm nay, Cre cơ bản 2 mg/dL (eGFR 40). Pro niệu 2g/24h, HA 140/80. Bn này có tốc độ phát triển bệnh thận nào sau đây
A. Rất nhanh
B. Nhanh
C. TB
D. Chậm
E. Không đổi
 2. UCMC có tác dụng 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 ĐTD 2
D. Sỏi thận
E. Thận đa nang
 3. Ba nhóm bn nào sau đây có nguy cơ cao BTM
A. THA, viêm cầu thận, tiểu máu kéo dài
B. ĐTD, suy tim, THA
C. ĐTD, THA, sau hiến thận
D. THA, ĐTD, tiền căn gia đình có người bệnh thận
E. Tiền căn gia đình có người suy thận, THA, HCTH
- 1- Bn Đái tháo đường
2- Bn Tăng huyết áp
3- Bn có tiền căn gia đình bệnh thận
4. Ở những bn này, cần **XN tầm soát BTM**, ngoại trừ
A. Cre huyết thanh ước đoán GFR
B. Tỷ lệ Albumin/Cre nước tiểu
C. TPTNT
D. Albumin niệu 24h ch ần đoán
E. Siêu âm bụng
 - 5. Bn nam 20t, phát hiện có sỏi thận trên siêu âm 1 năm nay, XN pro niệu (-), Cre huyết thanh 0,9 mg/dL. Theo anh chị có được chẩn đoán BTM không?
A. Chẩn đoán BTM **đáp án tốt nghiệp Y11**
B. Chưa đủ tiêu chí chẩn đoán BTM
C. Không chẩn đoán BTM vì không tiểu Protein, và chức năng thận bình thường
D. Chẩn đoán có bệnh thận
E. Cần kiểm tra Protein niệu 12h

6. Chế độ ăn của bn BTM 5 năm, GFR 50 ml/ph, cân nặng 50kg, chiều cao 160 cm là

- ☒ 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 200
- D. 40 g thịt heo, gà/ngày 200
- ☒ E. 0,8g/kg/ngày

→ 7. Bn nữ 50t, được chẩn đoán BTM giai đoạn G3aA2, đang điều trị Telmisartan và Amlodipine. Bn tới khám vì mệt mỏi, nôn ói, khám cơ: HA 150/90, dấu mắt nước nhẹ, t = 39°C, nước tiểu 800 ml/24h, GFR 30 ml/ph. Cần điều trị gì ngay cho bn này Sốt, ói, dấu mắt nước => nghĩ STC trước thận => truyền dịch "ngay"

- ☒ A. Truyền NaCl 0,9% 1000mL/ngày
- B. Ngưng tất cả các thuốc đang dùng, sử dụng atropine 1% 2mg TDD
- C. Ngưng Amlodipine, tiếp tục sử dụng Telmisartan
- ☒ D. Ngưng Telmisartan, tiếp tục sử dụng Amlo và thêm metoclorapamine tiêm bắp
- E. Không thay đổi thuốc của bn đang sử dụng, dặn bn uống 2L nước/ngày

8. Trên bn BTM, độ lọc cầu thận bao nhiêu thì không nên chụp CT scan có cản quang trừ khi khẩn cấp bài AKI

- A. 15-30 mL/phút/m² da
- B. 30-45 mL/phút/m² da
- C. 45-60 mL/phút/m² da
- ☒ D. <30 mL/phút/m² da
- E. <15 mL/phút/m² da

Bn nam tiền căn THA, HA thường xuyên 160/90, đạm niệu 24h 0,5g, eGFR 50 ml/ph, điều trị 2 thuốc không đều

9. Nguyên nhân bệnh thận mạn

- ☒ A. Do THA
- B. Do nguyên nhân khác
- C. Do bệnh cầu thận
- D. Do HCTH

10. Nếu không điều trị, bn sẽ chạy thận sau bao lâu

- A. 3 năm
- ☒ B. 4 năm (50-10)/10=4 năm
Lấy mốc là 10 GFR chạy thận
- C. 5 năm
- D. 6 năm
- E. 8 năm

11. Toa thuốc của bn này là **Amlo 5mg, furosemide 20mg x 2 s-c**, cần xử trí gì thêm cho bệnh nhân này

- A. Đảm bảo hạn chế muối, giảm cân theo mục tiêu
- B. Bỏ hút thuốc lá + hạn chế muối
- C. Không dùng Lisinopril do tăng Kali máu và làm nặng thêm tình trạng suy thận ở người lớn tuổi

D. Thêm Lisinopril 5mg tăng dần liều tối đa 40

GFR 50
tiểu có protien
=>Xài Lisi sớm có lợi

E. Thêm Lorsartan 100mg

→ 12. HA mục tiêu của bn này là đạm niệu 24h = 0.5

=> PER = 500mg/24h =>tương ứng > 30 AER

=>Kiểm soát HA 130/80

A. 140/90

B. 135/85

C. 130/80

D. 125/75

13. Yếu tố thúc đẩy bệnh thận mạn nhanh nhất

A. Thiếu máu

B. Suy thận cấp

C. Ăn mặn

D. THA

14. Chế độ **tiết chế muối** ở bn BTM

A. Ở mọi giai đoạn

B. Không sử dụng cho BTM gđ cuối

15. Tiêu chuẩn chẩn đoán HCTH

16. Tiêu chuẩn kháng thuốc

17. Tiên lượng diễn tiến mãn tính của xơ chai cầu thận

15 % đáp ứng cor

Diễn tiến bệnh thận mạn trong 10 năm

18. Nguyên nhân HCTH thứ phát

19. Giảm thể tích trong HCTH

20.HCTH thể sang thương tối thiểu - kháng cor hoặc CCD dùng Cor thì sd thuốc gì?

21. Liều và cách truyền Albumin ở HCTH

→ 22. Thiếu máu trongn BTM, chọn câu sai

A. Thiếu máu với nồng độ EPO bình thường đúng

B. Thiếu máu do tán huyết

C. Thiếu máu là 1 yếu tố làm bệnh thận tiến triển

D. Thiếu máu do nhiều cơ chế đúng

23. Chế độ ăn DASH cho người BTM

KDIGO 2012

≤140/90, AER < 30mg/24h

≤ 130/80, AER > 30mg/24h

Cá thể hóa huyết áp mục tiêu, tránh hạ huyết áp

- Ưu tiên: UCMC, UCTT nhất là ở bn tiểu albumine

- A. Áp dụng **chỉ** cho bn BTM có kèm THA
 - B. Tặng đạm động vật, giảm đạm thực vật**
 - C. Giảm muối natri, tăng muối kali, **tăng lượng canxi trong khẩu phần ăn**
 - D. Không áp dụng cho bn BTM gđ cuối**
24. Tiết chế muối trog BTM
- A. Quan trọng hơn tiết chế đạm
 - B. Áp dụng cho mọi bệnh nhân**
 - C. Không áp dụng cho BTM gđ cuối
25. Điều trị không ảnh hưởng tới **tiến triển** BTM ko có trong sơ đồ Brenner
- A. Kiểm soát HA
 - B. Kiểm soát đường huyết
 - C. Điều trị thiếu máu với Hgb mục tiêu 11-12 g/dL**
 - D. Kiểm soát đạm nhập
 - E. Giảm đạm niệu
26. Chế độ **nước** cho bn suy thận mạn **đáp án tốt nghiệp**
- A. Hạn chế tối đa một khi thận đã suy
 - B. BTM có phù, lượng nước nhập đơn giản bằng lượng nước tiểu**
 - C. Không cần quan tâm vì thận lọc nước tốt
27. Bn trẻ (25-35t) bị BTM gđ cuối, chọn phát biểu đúng
- A. Tỷ lệ tử vong thấp hơn người cùng tuổi không BTM
 - B. Tỷ lệ tử vong thấp hơn người 40t bị BTM gđ cuối
 - C. Tỷ lệ tử vong cao hơn người 80t bị BTM gđ cuối**
 - D. Tỷ lệ tử vong tương đương người 80t không mắc BTM**
28. Tiêu chuẩn chẩn đoán BTM tiến triển
- A. Độ lọc cầu thận giảm <10% so với độ lọc nền trong
 - B. Độ lọc cầu thận giảm 30% so với độ lọc nền tăng trong 2 năm
 - C. Mức độ lọc cầu thận giảm
 - D. Độ lọc cầu thận giảm 30% hàng tháng

4 tháng

Tình huống cho 30-33

Bn nam 30t, GFR 40 ml/ph, **pro niệu 24h 2g**, viêm cầu thận mạn, HA 160/90, **Hgb 10 (thiếu máu đẳng sắc đẳng bào)**, MCV 80, MCHC 26, HCL 1%

→ 29. Cơ chế thiếu máu

- A. Thận giảm bài tiết EPO trong BTM**
- B. Suy thận tiểu đạm không tổng hợp HC hiệu quả

C. Suy thận, THA, giảm Renin, giảm EPO

D. Do suy thận

E. Nguyên nhân khác

30. Bn này có chỉ định truyền máu không?

A. Có

B. Không

31. Nếu có chỉ định dùng EPO thì sd ntn

Mục tiêu điều trị thiếu máu

Tốc độ cải thiện: **Hb tăng <2 g/dl/4w**

Chú ý: bù đủ sắt, B12, Folic trước khi dùng EPO

· **Ferritin** >500 ng/ml

· TSAT > 30%

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**)

Nếu Hct tăng <2% trong 2-4 tuần, tăng liều EPO 50% (Opinion)

Nếu Hct tăng >8% (Hb>3g/dL) trong 4 tuần, hoặc đạt Hb mục tiêu, giảm EPO 25% (Opinion)

Theo dõi Hct/Hb mỗi 1-2 tuần trong quá trình chỉnh liều mỗi 2-4 tuần khi ổn định hoặc gần đạt Hb mục tiêu (opinion)

32. Bn chưa dùng thuốc HA, chỉ điều chỉnh lối sống. chọn lựa thuốc HA trên BN này **Đề nào mà có HA?????**

A. Zestril 10mg, tăng lên 20mg

B. Zestril 5mg + furosemide 40mg do tiểu đạm 2 g >> UCMC, HA cao nên dùng lợi tiểu Furosemide

C. Telmisartan 200mg

D. Amlodipine 5mg + lorsartan 100mg

E. Amlodipine 5mg

33. Sử dụng lợi tiểu điều trị THA, ở BTM giai đoạn 4

A. Furosemide

B. Thiazide

C. Spironolactone

34. Bn nữ 28t, CN 50kg, diện tích da 1,6m²; Cre huyết thanh 1,6 mg/dL. Tính GFR theo Cockcroft Gault **44.6**

35. Giai đoạn của BTM của bn trên **3b**

36. Bệnh nhân trên có tiểu đạm Albumin/Cre nước tiểu **40mg/g**, giai đoạn của bn **G3bA2**

37. Nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất ở **bn suy thận mạn**

A. Hội chứng ure huyết cao

B. Suy tim, THA

- C. Suy dinh dưỡng
- D. Tăng phosphate, giảm canxi

→ 38. Thiếu máu trên bn STM, ý nào **không phù hợp**

A. Có EPO trong giới hạn bình thường

B. Do đời sống hồng cầu ngắn

C. Do XH rỉ rỉ

D. Thiếu máu thiếu sắt

→ 39. HA mục tiêu ở bn THA, ĐTĐ, suy thận là **140/90** mmHg là theo tiêu chuẩn của:

A. JNC VIII

B. ESC 2013

C. Hội tim mạch VN

D. A, C

E. Cả 3

~~40. Vị trí giải phẫu cần nhớ khi **đặt catheter tĩnh mạch trung tâm**~~

~~A. TM cảnh trong thường nằm trước và trong ĐM cảnh~~

~~B. TM cảnh trong nằm sát bờ ngoài của bó trong cơ UDC~~

~~C. Vị trí chọc TM cảnh trong thường ở đáy tam giác Sedillot~~

~~D. Tĩnh mạch dưới đòn thường nằm trước và trên ĐM dưới đòn~~

~~**E. Tĩnh mạch dưới đòn nằm sát bờ dưới và mặt sau xương đòn vùng đỉnh phổi**~~

41. Bệnh nhân nam 45t, **khám tầm soát** bệnh thận, XN không làm

A. TPTNT

B. Albumin/Cre máu

C. SÂ bụng

D. Soi cặn lắng

E. Albumin niệu 24

42. Trên bn BTM mà bị STC có những nguyên nhân nào?

- Giảm V máu lưu thông
- Sử dụng thuốc độc thận (KS, cyclosporine, tacrolimus)
- Sử dụng cản quang
- Dùng NSAID
- Tắc nghẽn đường dẫn tiểu

43. Bệnh thận giai đoạn G3aA3 n C-THA có ý nghĩa

AKI

1. Trong tổn thương thận cấp, yếu tố nào sau đây quan trọng nhất trong chẩn đoán mức độ nặng của b/c tăng Kali máu?

A. Thời gian tổn thương thận

B. Thay đổi ĐTD đặc trưng của tăng Kali máu ok

C.

D. Mức độ Creatinine máu

E. Vô niệu

F. THA

2. Trong điều trị biến chứng tăng Kali máu ở bn AKI, cần lưu ý gì khi sử dụng thuốc Resin trao đổi ion Na/K (Kayexalate)?

A. Nên sử dụng đường thật tháo thay vì đường uống, có hiệu quả hơn

B. Liều lượng thuốc tùy thuộc vào mức độ tăng Cre máu

C. Thuốc có tác dụng đưa K máu vào TB, làm giảm K máu tạm thời

D. Có thể dùng trong mọi mức độ tăng K máu đề TN

E. Thuốc không gây b/c và tác dụng phụ

3. Theo hướng dẫn của KDIGO 2012, chỉ định thận nhân tạo nhằm mục đích hỗ trợ thận trong AKI trong trường hợp:

A. Tăng K máu nặng không đáp ứng điều trị nội

B. Toàn hóa máu nặng không đáp ứng điều trị nội

C. Để cung cấp chất dinh dưỡng tốt hơn và sử dụng thuốc mà không quan tâm đến thể tích dịch trong cơ thể

D. Phù phổi cấp

E. Biến chứng do Ure huyết tăng: động kinh, co giật, lơ mơ, hôn mê, viêm màng ngoài tim.

4. Đặc điểm của tổn thương thận cấp mắc phải tại bệnh viện:

A. Chiếm tỷ lệ khoảng 90% 50%

B. Nguyên nhân sau thận chiếm đa số tại thận

C. Nguyên nhân thường gặp: thiếu máu thận, do thuốc điều trị, thuốc cản quang

D. Thường suy 1 cơ quan đa cơ quan

E. Tiên lượng tốt so với AKI mắc phải tại cộng đồng xấu

5. Các biện pháp điều trị phòng ngừa tổn thương thận cấp do thuốc cản quang. Chọn câu sai:

A. Acetylcystin 200 mg uống 3 gói x 2 lần trong 2-3 ngày (vào ngày trước và 1-2 ngày sau chụp)

Chỉ định điều trị thay thế thận

3. Chỉ định nhằm mục đích hỗ trợ thận

- Kiểm soát thể tích dịch
- Dinh dưỡng
- Phân bố thuốc
- Diệt độc toàn thân, chất điện giải
- Quá tải dịch là 1 yếu tố quan trọng gây các biến chứng của tổn thương thận cấp. Việc loại bỏ dịch ngoại cơ thể giúp cải thiện suy tim mạn
- Việc hạn chế dịch trong tổn thương thận cấp dạng thiếu niệu làm hạn chế bổ xung dinh dưỡng. Điều trị thay thế thận giúp bổ xung dinh dưỡng tốt hơn
- Tăng cường việc sử dụng các loại thuốc mà không cần quan tâm đến tình trạng dịch trong cơ thể
- Có thể điều chỉnh tình trạng toàn thân chuyển hóa hypercapnic trong tổn thương phổi mà không gây quá tải dịch và tăng Na máu

Kidney International Supplements (2012) 2: 37-48 110

Tổn thương thận cấp mắc phải BV

- Chiếm tỉ lệ 50.3%
- NN tại thận 58%, trước thận 38%
- NN thường gặp: thiếu máu thận, NT, thuốc, chất cản quang
- Thường kèm nhiễm trùng, suy đa cơ quan
- Tiên lượng xấu, tỉ lệ tử vong 50%

A. Không cần làm lại xét nghiệm chức năng thận trong vòng 3 tháng sau

B. Cần làm lại xét nghiệm chức năng thận ít nhất sau 3 tháng để xác định BN đã hồi phục hoàn toàn

C. Có 10% BN tiến triển thành CKD

D. Nếu BN không có CKD thì xem như BN có nguy cơ CKD

12. Biện chứng **giai đoạn thiếu niệu** ít gây tử vong của STC. **Hạ K máu?**

13. BN suy thận cấp, không sốt, ói 400 mL, tiểu 600 mL, lượng dịch ít nhất cần bù cho BN này:

A. 500-1000 mL

B. 2000 mL

C. 3-4 L

D. < 500 mL

E. Không câu nào đúng

14. YTNC suy thận cấp khi chụp thuốc cản quang là:

A. Bệnh thận có sẵn

B. ĐTD, THA

C. Thiếu dịch

D. Đang dùng thuốc độc thận

E. Tất cả đều đúng

15. Điều trị suy thận cấp do ly giải cơ vân. Chọn câu **sai**:

A. Acetylcystein

B. Bù dịch 200-1000 mL/giờ

C. Mục tiêu nước tiểu > 100 mL/h

D. Giữ pH nước tiểu > 6.5

E. Bù HCO₃⁻ để ngừa kết tủa trụ ống thận

16. Giảm nguy cơ STC sau chụp cản quang cần làm. Chọn câu **sai**:

A. Cho lợi tiểu để thải thuốc cản quang

B. Acetylcystein

C. Ưu tiên truyền tĩnh mạch hơn đường uống

D. Ngưng Metformin ít nhất 48h trước chụp.

17. Nguyên nhân tổn thương thận cấp Fe Na < 1% = trước thận + Tại thận thể ko thiếu niệu

A. Cản quang

B. Ly giải cơ vân

2. Các biện pháp phòng ngừa tổn thương thận cấp do thuốc cản quang

- Rất thường gặp ở cả BV và ngoại trú. Thường không cần các biện pháp phòng ngừa đặc biệt ở người bình thường (tỉ lệ STC do thuốc CQ1%), cần làm soát dân số có nguy cơ cao.
- Kiểm tra tiền căn suy giảm chức năng thận trước đó. Đây là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất.
- Các yếu tố nguy cơ khác: ĐTD, THA, suy tim, lớn tuổi, giảm V dịch, huyết động không ổn định, đang dùng thuốc độc thận. HC chuyển hoá, tiền ĐTD, tăng a.uric.
- Thận trọng khi GFR < 45 - 60 ml/ph/1.73. Tỉ lệ STC cao khi GFR < 30 ml/ph/1.73.
- Hoãn chụp cản quang khi suy tim, suy giảm tuần hoàn đến khi huyết động ổn định.
- Sử dụng liều cản quang thấp nhất ở BN có nguy cơ cao.

STC do ly giải cơ vân, tán huyết.

- Truyền dịch tích cực 200-1000ml/giờ
- Bicarbonate ngừa kết tủa thành trụ trong ống thận.
- Mục tiêu: nước tiểu > 100ml/giờ, pH > 6,5

Không hiệu quả/có thể có hại

- Lợi tiểu
- Dopamine

C. Aminoglycoside

D. Tất cả đều đúng

NN tổn thương thận cấp tại thận nhưng $\text{FeNa} < 1\%$:

- Thuốc cản quang
- Ly giải cơ vân
- Viêm cầu thận cấp
- Tắc nghẽn sau thận gđ sớm
- KS aminoglycoside

18. Nguyên nhân tổn thương thận cấp tại thận?

Tại thận

Bệnh cảnh lâm sàng

Bệnh cầu thận: phù, tiểu máu, tha, tiểu ít

Bệnh ống thận: tiền căn sử dụng thuốc – độc chất, ly giải cơ vân

Viêm ống thận mô kẽ cấp: ngứa, sốt phát ban, đau khớp, dị ứng thuốc

Bệnh mạch máu thận: tha ác tính

Viêm đài bể thận: sốt, đau lưng, tiểu đục, rối loạn đi tiểu

19. Chỉ định điều trị thay thế thận **cấp cứu**, ngoại trừ:

A. Toan CH không đáp ứng điều trị

B. OAP

C. Tăng Kali không đáp ứng điều trị

D. Dinh dưỡng và dùng thuốc không cần quan tâm tới tình trạng dịch hỗ trợ (done)

20. Đặc điểm STC **tại thận**?

A. Na niệu < 20

B. BUN/creatinin > 20 (**trước thận**)

BUN/Cre > 20 là vì chức năng thận tốt nên bài tiết Cr, BUN tốt, vẫn có thể bài tiết creatinin tốt nên Cr niệu/ cr máu tăng

Urine sodium (Una), mEq/L	<20	>40
Urine osmolality, mOsm/kg H ₂ O	>500	<350
Urine creatinine (UCr) to plasma creatinine (PCr)	>40	<20
Serum BUN/serum creatinine	>20	≤10
Fractional excretion of sodium (FENa):		
$FENa = \frac{[(Una/Pna)/(Ucr/Pcr)] \times 100}{}$	<1	>1
Fractional excretion of urea (FEUN):		
$FEUN = \frac{[(Uun/Pun)/(Ucr/Pcr)] \times 100}{}$	<35	>50

C.

21. Chế độ dinh dưỡng dành cho BN suy thận cấp

A. Năng lượng toàn bộ 50-100 kcal/ngày

30-35kcal/kg/ngày

B. Carbohydrate 3-5 g/kg/ngày

C. Ưu tiên thức ăn qua đường miệng hơn là đường TM

D. Không hạn chế mỡ

E. Đạm 1-2 g/ngày

Protein : 0.8g/kg/ngày (trừ th dị hóa nặng/ chạy thận nhân tạo)

ương mạn cấp.

❖ Carbohydrate 3-5g/kg/N.

❖ Mỡ 0,8-1g/kg/N

❖ Chất đạm:

- 0.8-1g/kg/ngày ở BN không tăng chuyển hoá chưa điều trị thận nhân tạo,
- **1-1.5g/kg/ngày ở BN điều trị thay thế thận**
- Tối đa 1.7g/kg/ngày ở BN điều trị thay thế thận liên tục (CRRT) và BN tăng chuyển hoá

22. Biến chứng nguy hiểm đến tính mạng BN AKI:

A. B/c tim mạch: OAP, TDMNT, chèn ép tim cấp

đã cắt

- B. RL điện giải: Magie, Phosphat, Canxi
- C. RL kiềm: Kiềm CH
- D. Biến chứng thiếu máu do thiếu EPO
- E. Suy dinh dưỡng

23. Trong việc chẩn đoán nguyên nhân AKI, các việc cần làm:

- A. Hỏi tiền căn bệnh thận, THA, ĐTĐ
- B. Thuốc BN đang sử dụng: lợi tiểu, NSAIDs, ACEi
- C. Theo dõi hồ sơ bệnh án hoặc toa thuốc của bệnh nhân, thuốc nam..
- D. Theo dõi bảng sinh hiệu: M, HA, phát hiện tụt HA, sốt

E. Tất cả đều đúng

24. Yếu tố nguy cơ của AKI?

25. AKI yếu tố nào làm tăng K máu

A. Xài Aminoglycoside

B. Ăn nhiều K⁺

C. Sd thuốc giữ K

D. NSAIDs

E. UCMC

ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG SUY THẬN CẤP

Các yếu tố góp phần làm tăng Kali máu nặng hơn:

- ♦ Toàn hóa máu, thiếu Insulin
- ♦ Phóng thích Kali từ mô phá hủy: chấn thương nặng, ly giải cơ vân, tán huyết, HC ly giải bứơu...
- ♦ Thuốc, chế phẩm chứa K (dịch truyền, lợi tiểu giữ K), thuốc NSAIDs, thuốc ức chế Beta, UCMC, UCTI.

26. Tổn thương thận cấp do dùng thuốc can quang. Chọn câu đúng

A. Chú ý khi GFR 45-60

B. Nguy cơ cao khi GFR < 30

C. ...

D. ...

E. Tất cả đều đúng

27. Thuốc nào không có tác dụng hạ K máu?

A. Canxi Gluconate

B. Resin trao đổi ion

C. Insulin

D. Lợi tiểu

E. Đồng vận Beta 2

28. Biện pháp phòng ngừa tổn thương thận cấp do Aminoglycoside. Chọn câu sai

A. Chỉnh liều theo GFR

B. Chia nhỏ liều, dùng nhiều lần trong ngày

C. ...

D. ..

- + Dùng 1 ngày / lần : vẫn đảm bảo hiệu quả
- + Bù đủ nước
- + Giảm liều khi suy thận
- + Kiểm tra creatinine **ngày thứ 5**

Chú ý: phát hiện sớm: kiểm tra nồng độ thuốc sau 48

giờ

29. Dự phòng STC sau dùng thuốc cản quang, không dùng: lợi tiêu để thải thuốc cản quang

phòng ngừa sau phòng ngừa ...

- + Acetylcystein: ngày hôm trước/ 1-2 ngày sau tiêm
- + Bù đủ dịch: Bù nước là nền tảng trong phòng ngừa
Bù dịch sau chụp quang trọng hơn trước chụp : truyền NaCl
- + Ngưng truyền metformin 48 giờ trước và sau thủ thuật

30. Biện chứng của suy thận cấp lên TM ?

31. Bệnh nhân sốt 40 oC, tiểu 500 mL/ngày, ói 300 mL/ngày. Tính lượng dịch bù cho BN? 2000ml $500+300+ (500-600) + (40-37) \times 100 = 1600-1700 \text{ mL} \# 2000 \text{ mL}$

32. Chẩn đoán tổn thương thận theo KDIGO 2012, cần các thông số

A. Lượng nước tiểu 6,12,24h

B. Creatinine và tính độ lọc cầu thận

C. Phù mắt, 2 chân

D. A,B đúng

E. A,B, C đúng

a. Có phải AKI ?

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán KDIGO 2012, khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Tăng creatinin huyết thanh $\geq 0,3 \text{ mg/dL}$ ($26,5 \mu \text{mol/L}$) trong vòng 48 giờ
- Tăng creatinin huyết thanh $\geq 1,5$ lần mức creatinin nền trong 7 ngày
- Thể tích nước tiểu $< 0,5 \text{ ml/kg/giờ}$ kéo dài trong 6 tiếng

Chú ý số lượng nước tiểu không nhận biết (500-600 ml/ngày) sẽ tăng thêm ở bệnh nhân sốt cao, khó thở. Cứ sốt thêm 1°C so với nhiệt độ cơ thể là 37°C sẽ mất thêm 100 ml/ngày (ví dụ bệnh nhân sốt 40°C lượng nước tiểu không nhận biết sẽ là 500-600 ml kèm thêm 300 ml, tổng cộng 800-900 ml/ngày).

Hết sức thận trọng khi sử dụng các thuốc

nặng nhất)

Giai đoạn	Creatinin huyết thanh	Thể tích nước tiểu
1	Tăng 1.5 – 1.9 lần so với creatinin nền Hoặc Tăng ≥ 0,3mg/dL (26,5umol/L)	< 0,5ml/kg/giờ kéo dài 6 – 12 giờ
2	Tăng 2 – 2.9 so với creatinin nền	< 0,5ml/kg/giờ kéo dài > 12 giờ
3	Tăng 3 lần so với creatinin nền Hoặc Tăng ≥ 4 mg/dL (353 umol/L) Hoặc Được điều trị thay thế thận	< 0,3ml/kg/giờ kéo dài ≥ 24 giờ hoặc vô niệu ≥ 12 giờ

Theo RIFLE: Khác KDIGO là có thêm đánh giá GFR

RISK	Creatinine máu x 1.5; độ lọc cầu thận giảm > 25%	Thể tích nước tiểu < 0.5ml/kg/h trong 6h
INJURY	Creatinine máu x 2 ; độ lọc cầu thận giảm > 50%	Thể tích nước tiểu < 0.5ml/kg/h trong 12h
FAILURE	Creatinine máu x 3; độ lọc cầu thận giảm > 75% hay creatinine máu ≥ 4mg/dl	Thiếu niệu thể tích nước tiểu < 0.3ml/kg/h trong 24h hay vô niệu 12h
LOSS	Mất chức năng thận > 4 tuần	
ERSD	Bệnh thận giai đoạn cuối	