

GIẢI ĐÁP CKD - 1 Q&A

GIẢI ĐÁP TÌNH HUỐNG CKD

1. Có chạy thận nhân tạo không?

- Em ở tuyến nào, có CTNT không, thời gian kết nối đến CTNT là bao lâu, trong thời gian đó có nguy cơ tử vong không.

1. Tăng K máu

- Ở đây tăng K máu dù con số mức độ nhẹ nhưng nếu có thay đổi ECG thì tăng 1 mức là trung bình. Nhiều ca K máu tăng không nhiều mà vô block AV luôn. Ví dụ ở đây 12 tiếng đồng hồ, em xử lý Ca, acrip, kayexalat, lợi tiểu hết rồi đó. Trong thời gian đó liên hệ CTNT, nói cho họ hiểu những khó khăn và thuận lợi như thế nào. Nếu lập lại ion đồ, ECG không cải thiện thì chạy thận. Phải cho bên CTNT cần thời gian chuẩn bị, set máy, 1 ca chạy là 4h. Ở CR thường set up 5 ca/ ngày.
- Ca này nếu chỉ định CTNT chỉ nhìn tăng K là chưa đủ.
- Bệnh cảnh phù phổi cấp ca này hông có. Chỉ có phim XQ bóng tim to, sung huyết phổi, chưa rõ cánh bướm. Theo dõi suy tim vì LS không có nhưng CLS có nghi ngờ.
- Nhưng ở đây có sung huyết phổi cũng đóng góp vô chỉ định chạy thận nhân tạo. → tóm lại tăng K máu và sung huyết phổi là chỉ định chạy thận nhân tạo
- O, E, A: 3 cái này không đáp ứng điều trị nội mới chạy thận.
- BUN, Cre ở đây chưa đạt ngưỡng ure huyết cao nhưng phải chú ý nhiều trường hợp nó tăng ít mà rơi vô dị hoá đạm, nếu viêm phổi rơi vào dị hoá đạm thì BUN, Cre chưa cao cũng chạy, đánh giá khối cơ, sụt cân, nếu BUN, Cre không cao mà suy dinh dưỡng, sụt cân, gầy thì không đòi BUN > 100, Cre > 10 mới chạy được.
- Cách dự đoán liệu trong 12 h sắp tới mình điều trị sung huyết phổi, tăng K máu có cải thiện hay không:
 - Mình dùng lợi tiểu thì coi sau 30p nước tiểu có tăng lên hay không, XQ thì hơi khó, nghe phổi có ran không, tư thế khó thở. → nước tiểu gia tăng, giảm ran ở phổi, giảm khó thở là có đáp ứng.

- Đoán giảm K không, thì phải coi ECG, nguyên nhân tăng K mình giải quyết được chưa. (Phải coi thận suy gì: nước tiểu vẫn thải được, nhưng BUN Cre cao, thải K thì mình hông biết)
- Hạ K: ngưng thuốc có thể làm tăng K, coi chừng viêm phổi làm nhiễm trùng huyết → toan chuyển hoá → tăng K máu nặng hơn
- → Nhiễm trùng trên XQ là có dù BC bình thường. → làm CRP đơn giản, rẻ tiền hơn procalcitonin (chi phí và BHYT nếu không chứng minh được nghi nhiễm trùng huyết thì nó quất em à).
 - Cố gắng lấy đàm, thụ động hoặc cấy dịch rửa phế quản. Tới mức đó luôn nếu mình nghi ngờ nhiễm trùng nặng.
 - Nhiễm trùng huyết thì phải cấy máu.
 - Nếu mà thấy được toan CH thì làm lactate máu, khí máu động mạch.
- Phải coi suy thận này với xét nghiệm có match với nhau không vd STMGD cuối mà Hb 4 là không phù hợp, phải đi tìm nguyên nhân khác. Hay nếu GD 5 mà thử HCO_3^- có 10 thì toan CH này không phải do BTM (Bình thường bệnh thận mạn nó giảm nhưng nó > 15).
- Nếu em không dùng kháng sinh trị viêm phổi trên ca này thì điều trị tăng K máu không thành công. Nếu em cho CTNT liền mà không trị VP thì đúng là K về bình thường nhưng không khống chế được nguồn tăng K trong cơ thể chắc chắn thử K trong những ngày sau lại tăng, nếu em nghĩ do thận thì nó lại vô cái vòng lẩn quẩn.
- Suy thận vô giai đoạn cuối hầu hết không có tăng K, 1 số trường hợp tăng mà người ta hay quy chụp cho suy thận thì nó là thái độ không hợp lý.

1. THA này để riêng hay do biến chứng bệnh thận mạn

- Nếu em soi đáy mắt có bằng chứng tổn thương trên mm nhỏ thì ok biến chứng bệnh thận mạn. Còn nếu mình chưa tầm soát thì nên tách THA ra nếu mình không chắc quan hệ nhân quả. Thì mình có thể tách ra tìm nguyên nhân do THA ở người trẻ rồi biện luận, làm xét nghiệm tìm nguyên nhân gì đó.

1. Chẩn đoán.

- Ca này nếu để AKI trước BTM thì nó không ổn. trừ khi em chứng minh được nguyên nhân AKI trước thận vd như ăn kém kéo dài, LS có dấu thiếu dịch rõ thì mới được.

- Bệnh thận mãn giai đoạn gì hay suy thận mãn giai đoạn cuối chứ không dùng suy thận giai đoạn mấy nha. CKD nha.
- Chỉ nhắc lại từ PCR chỉ là ước tính protein 24h chứ không suy ra nha.
- Ca này chưa biết Glucose chưa biết có ĐTĐ không mà thử HBA1c chi.
- Kayexalat +sorbitol đúng là có nguy cơ hoại tử ruột nhưng mà mình đưa lên bàn cân, nó chỉ là có nguy cơ hoại tử thôi → sau 12 h kiểm tra lại ion đồ, KMĐM được rồi. Sorbitol để đẩy phân ra nếu không nó gây hiện tượng rebound, 1 số nơi dùng duphalac để tránh phân ứ đọng quá lâu. Kiểm tra tối thiểu là 12h, cái này xài 24h thì không sợ nguy cơ hoại tử ruột nhưng mà biến chứng đó nó rất là thấp.
- Đặt Fistula chỉ 6-8 tuần là có thể sử dụng rồi. Ở đây đặt catheter TM cảnh nhưng để lâu dài thì có thể gây hẹp, dù không tối ưu nhưng chưa có chạy thận vĩnh viễn thì phải xài. Mà ca này K cao như vậy thì chỉ có đặt catheter TM đùi chạy thận NT 1 thời gian rồi mới chuyển lên TM cảnh, luồng ống thông dưới da có CUSS nó ngăn cản được chuyện nhiễm trùng.