1. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận mạn

Không dựa vào lâm sàng: không đặc hiệu và trễ.

⇒ Dựa vào xét nghiệm: đo độ lọc cầu thận (GFR).

→ Dùng creatinine huyết thanh để ước đoán GFR (eGFR).

■ phân biệt với AKI

* Nếu lâm sàng, bn nặng phải nhập viện: kiểm tra Bun, creatinine sau 24-48h: loại trừ AKI
* Nếu bệnh nhân không triệu chứng:
* Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng toàn diện
* Kiểm soát các bệnh lý đang hiện hữu
* THA ? ĐTĐ ?
* Bệnh lý cấp? suy tim, tiêu chảy mất nước
* Thuốc đang dùng
* Ngưng các thuốc có thể độc cho thận
* Uống nhiều nước (> 2.5 L/ngày)
* Kiểm tra Bun, creatinine HT sau 5-7 ngày, sau 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng.

Bất kỳ tiêu chuẩn nào sau đây tồn tại kéo dài > 3 tháng

1- Dấu chứng của tổn thương thận

* Albumine niệu > 30mg/24 giờ, hoặc ACR > 30mg/g
* Cặn lắng nước tiểu bất thường
* Điện giải và bất thường khác do bệnh lý ống thận
* Bất thường mô bệnh học (sinh thiết thận)
* Bất thường cấu trúc thận dựa vào hình ảnh học
* Tiền căn có ghép thận

2- Giảm GFR < 60 ml/min/1.73 m2 (G3a–G5)

**Phân biệt suy thận cấp và mạn trên CLS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Suy thận mạn | Suy thận cấp |
| TC bệnh thận, THA, ĐTĐ, viêm cầu thận ... | Có | Không |
| Kích thước 2 thận nhỏ | Có | Không |
| Trụ rộng/nước tiểu | Có | Không |
| Hồi phục chức năng thận về bình thường | Không | Có |
| Tăng kali máu, toan chuyển hóa, thiếu máu  Tăng phosphate máu  HC ure máu cao | Có | Có |

1. Phân loại giai đoạn CKD

Dựa vào: 1- Độ thanh lọc creatinine ước đoán hoặc eGFR

2- Albumine niệu/creatinine niệu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Giai đoạn | eGFR | Biểu hiện LS và CLS |
| 5 | <15 | Suy thận mạn |
| 4 | 15-29 | Giảm nặng GFR |
| 3 | 30-59 | Giảm GFR trung bình |
| 2 | 60-89 | Tiểu albumine và giảm nhẹ GFR |
| 1 | >90 | Tiểu albumine và GFR bình thường hoặc tăng |

Giai đoạn 5 không tương đương với suy thận mạn giai đoạn cuối

1. Nguyên nhân CKD

|  |  |
| --- | --- |
| **Bệnh lý** | **Loại chính** |
| Bệnh thận do đái tháo đường | ĐTĐ type 1 và 2 |
| Bệnh thận không do đái tháo đường | Bệnh cầu thận (do hậu nhiễm, bệnh tự miễn, thuốc, ung thư, nguyên phát) |
| Bệnh mạch máu (THA, bệnh mạch máu lớn, bệnh vi mạch thận) |
| Bệnh ống thận mô kẽ (nhiễm trùng tiểu, sỏi niệu, bệnh thận tắc nghẽn, bệnh thận do ngộ dộc thuốc) |
| Bệnh nang thận (thận đa nang, thận nhiều nang) |
| Bệnh thận ghép | Thải ghép mạn |
| Ngộ dộc thuốc (ức chế calcineurin) |
| Bệnh thận tái phát trên thận ghép |
| Bệnh thận ghép |

1. Biến chứng của CKD

Hội chứng ure máu cao

* THA: vừa là nguyên nhân, và biến chứng của bệnh thận mạn. THA làm tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch trên BN bệnh thận mạn.
* 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 albumine huyết thanh, cân nặng, bảng điểm đánh giá dinh dưỡng toàn diện chủ quan, chế độ dinh dưỡng.
* Rối loạn chuyển hóa calcium và phospho: giảm calcium, tăng phospho, tăng PTH huyết thanh gây cường tuyến cận giáp thứ phát, giảm vitamin D, tổn thương xương.
* Bệnh lý thần kinh: ngoại biên, trung ương, thần kinh vận động, cảm giác, hệ thàn kinh thực vật.
* Biến chứng tim mạch.

1. Yếu tố thúc đẩy bệnh thận mạn
2. Nhóm nguy cơ không thay đổi được

* Tuổi: số nephron chức năng giảm dần theo tuổi, do quá trình lão hóa tự nhiên.
* Giới tính: nam tiến triển bệnh thận nhanh hơn nữ.
* Chủng tộc: da đen ĐTĐ nguy cơ suy thận mạn giai đoạn cuối tăng gấp 2-3 lần nhiều hơn người da trắng.
* Yếu tố di truyền và chức năng thận nền tảng lúc phát hiện bệnh.

1. Nhóm nguy cơ có thể thay đổi được

* Mức độ tiểu đạm: tiểu đạm càng nhiều thì tốc độ suy thận càng nhanh.
* Bệnh thận nguyên căn: ĐTĐ, bệnh cầu thận có diễn tiến suy thận nhanh hơn THA, bệnh ống thận mô kẽ.
* Mức độ lan tỏa của tổn thương ống thận mô kẽ trên mẫu sinh thiết thận.
* Tăng lipid máu.
* Hút thuốc lá.
* **Tình huống: BN nữ 35t không có tiền căn lần này đi khám creatinin 180 micromol/L. Cần khai thác và cần làm gì tiếp đó**
  1. Cần tìm bằng chứng của suy thận cấp
     + Creatinin trước đó
     + Triệu chứng: thiểu niệu, vô niệu, triệu chứng ure máu tăng (nôn, buồn nôn, chán ăn, lơ mơ, ngủ gà, rung vẫy, HC chân không yên,…)
     + Gợi ý nguyên nhân
       - Dấu hiệu giảm thể tích: nôn ói, tiêu chảy, xuất huyết, da khô, khát nước, lượng nhập ít.
       - Thuốc: lợi tiểu, ức chế men chuyển, NSAIDs, amphotericin B, thuốc ức chế thụ thể angiotensin, thuốc cản quang, kháng sinh...
       - Nhiễm trùng, tiếp xúc độc chất, tán huyết, ly giải cơ vân.
       - Tắc nghẽn sau thận: tiểu khó, sỏi (đau hông lưng, tiểu máu,…), thuốc anticholinergic,…
  2. Bằng chứng suy thận mạn
     + Tiểu đêm kéo dài, phù tái phát, tiểu máu, sỏi niệu.
     + TC dùng thuốc giảm đau, thảo dược.
     + THA, ĐTĐ.
     + Thiếu máu.
     + HC ure huyết cao: ngứa, nôn, buồn nôn, mệt mỏi, chán ăn, vị KL trong miệng, HC chân không yên, run vẫy.
     + TC gia đình.
  3. Cận lâm sàng
     + TPTNT (đạm, máu).
     + Soi tươi cặn lắng nước tiểu (tìm trụ, tế bào).
     + BUN, creatinin (theo dõi nhiều ngày tiếp theo).
     + CTM (có thiếu máu hay không).
     + Điện giải đồ (có hạ Ca, tăng K, tăng P không).
     + Siêu âm thận (kích thước? phân biệt vỏ tủy? nang?)
     + Điện tâm đồ (tăng K)