

Bệnh thận mãn tính

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

NGUYÊN NHÂN CỦA VIỆC THẤT BẠI TIỀN ÍCH TIỀN NGHI — tiền thận, thận, sau thận (xem ACUTE RENAL FAILURE trang 83)

BỆNH KIDNEY CHRONIC

- BỆNH TÁI TẠO — xơ vữa động mạch, bệnh thận tăng huyết áp, xơ vữa cầu thận (với tuổi)

BỆNH TIỂU ĐƯỜNG — protein niệu

- GLOMERULONEPHRITIS

- BỆNH THẬN ĐA NANG

- BỆNH ĐA U TỬY

- NEPHROTOXINS — NSAID

SINH LÝ HỌC

ĐỊNH NGHĨA CỦA CHRONIC KIDNEY

BỆNH -> 3 tháng chức năng thận bất thường, cho thấy thành phần không thể phục hồi

GIAI ĐOẠN CỦA BỆNH KIDNEY CHRONIC

GIAI ĐOẠN GLOMERULAR

- GIAI ĐOẠN GI (GFR ≥ 90 mL / phút / 1,73 m², protein niệu) - quan sát, cân nhắc dùng thuốc ức chế men chuyển nếu albumin niệu > 30 mg / mmol hoặc đái tháo đường

- GII GIAI ĐOẠN (GFR 60–89 mL / phút / 1,73 m²) - cân nhắc thuốc ức chế men chuyển nếu albumin niệu > 30

mg / mmol hoặc bệnh tiểu đường

- GIIIa GIAI ĐOẠN (GFR 45–59 mL / phút / 1,73 m²) -

xem xét statin nếu trên 50 tuổi hoặc

nguy cơ cao (ví dụ: tiểu đường), xem phần dưới đây về ACE

chỉ dẫn

- GIIIb GIAI ĐOẠN (GFR 30–44 mL / phút / 1,73 m²) -

xem xét statin nếu trên 50 tuổi hoặc

nguy cơ cao (ví dụ: tiểu đường), xem phần dưới đây về ACE

chỉ dẫn

- GIAI ĐOẠN GIV (GFR 15–29 mL / phút / 1,73 m²) - cân nhắc statin nếu trên 50 tuổi hoặc cao

nguy cơ mắc bệnh tiểu đường, xem bên dưới để biết các chỉ định ACE

- GIAI ĐOẠN GV (GFR <15 mL / phút / 1,73 m²) - chạy thận nhân tạo

(nếu có chỉ định chạy thận nhân tạo. Hầu hết không

bắt đầu trên GFR 5–10 mL / phút / 1,73 m²

mặc dù không có GFR cuto`), cấy ghép hoặc giảm nhẹ

GIAI ĐOẠN ALBUMINURIA

- GIAI ĐOẠN AI (tỷ lệ albumin-trên-creatinine [ACR] <3

mg / mmol)

- GIAI ĐOẠN AII (ACR 3–30 mg / mmol) —chất ức chếACE

đối với bệnh tiểu đường, hãy xem xét statin

- GIAI ĐOẠN AIII (ACR> 30 mg / mmol) —chất ức chếACE

đối với tất cả, chất ức chế SGLT2 cho bệnh tiểu đường, hãy xem xét statin

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ĐỐI VỚI SỰ PHÁT TRIỂN VÀ TIẾN TRIỂN CỦA BỆNH KIDNEY CHRONIC — tuổi già, tăng huyết áp, protein niệu (không

chỉ là một dấu hiệu đại diện), chế độ ăn giàu protein, rối loạn lipid máu, hút thuốc

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG CỦA BỆNH KIDNEY CHRONIC

- QUÁ KHỐI LƯỢNG
- ELECTROLYTE / ACID – CÂN BẰNG CƠ BẢN — tăng kali huyết
- TAI NẠN KIM LOẠI
- THIẾU MÁU
- CÂN BẰNG CALCIUM / PHOSPHATE— ↓ 1,25 (OH) 2 tổng hợp vitamin D3 ở thận, ↑ PO4 do

giảm độ bám → ↓ Ca → ↑ PTH → mất tính

bệnh thận-bệnh xương khoáng (mô tả bệnh lý bao gồm viêm xương Ibrosa

với tăng tiêu xương do cường cận giáp thứ phát; nhuyễn xương với

giảm tiêu xương và không phân hóa

xương do sử dụng chất kết dính nhôm [bây giờ

không phổ biến]; bệnh xương adynamic với

giảm tiêu xương do quá mức cung cấp PTH; loạn dưỡng xương do urê máu hỗn hợp, chu chuyển xương cao hoặc thấp với

khoáng hóa bất thường)

- TRIỆU CHỨNG UREMIC

- CONSTITUTIONAL - mệt mỏi, tổng quát

yếu đuối

- NEUROLOGIC — giảm trí nhớ và khả năng tập trung, nói chậm và nói lắp, giật cơ, co giật, khửu giác và vị giác bị thay đổi,

bệnh thần kinh ngoại biên, rối loạn giấc ngủ,

hội chứng chân không yên

- GASTROINTESTINAL — chán ăn, buồn nôn và

nôn mửa, viêm dạ dày

- HÓA HỌC — thiếu máu, rối loạn chức năng tiểu cầu và chảy máu

- BỆNH VIÊM KHỚP - rối loạn xương, bệnh khớp, chuột rút cơ

- CHỮA BỆNH - ngứa, sưng giá urê huyết,

cây bụi mọc

- TÌNH DỤC — vô kinh, rối loạn chức năng tình dục,

khô khan

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC, dung dịch kiềm, urê, Cr, glucose, HbA1C,

Ca, PO₄, Mg, PTH, albumin, lipid profile lúc đói, phân tích nước tiểu, thu thập albumin niệu 24 giờ, thu thập protein niệu 24 giờ

ĐẶC BIỆT

- MYELOMA WORKUP — điện di protein huyết thanh, điện di protein niệu, xem xét các chuỗi ánh sáng tự do trong huyết thanh

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN

CÁC ĐẶC ĐIỂM NỔI BẬT GIỮA

CHRONIC VÀ BỆNH NHÂN KIDNEY ACUTE—

creatinin trước đó (> 3 tháng tăng creatinin gợi ý suy thận), thiếu máu, thận nhỏ do

thận Hoa Kỳ (ngoại trừ bệnh tiểu đường, bệnh amyloidosis, bệnh to cực, huyết khối tĩnh mạch thận, bệnh thận HIV),

loạn dưỡng xương do thận phù hợp với suy thận. Thận

sinh thiết cũng hữu ích

SỰ QUẢN LÝ

TIẾN TRÌNH CHẬM

- GIỚI HẠN PROTEIN INTAKE — 0,8–1 g / kg / ngày
- ỨNG DỤNG ACE — kiểm soát huyết áp và protein niệu (ramipril 1,25–10 mg PO mỗi ngày),
bảo vệ (xem bên dưới) được chỉ định cho
bệnh nhân tiểu đường hoặc bệnh nhân mãn tính

bệnh thận với albumin niệu lớn hơn

300 mg / ngày hoặc 500 mg / ngày hoặc protein niệu toàn phần

- KIỂM SOÁT LIPID

- TRÁNH NEPHROTOXINS

- HÚT THUỐC LÁ

- DIABETES MELLITUS — Thuốc ức chế SGLT2 cho

bệnh nhân có GFR > 30 ml / phút / 1,73 m² và

> 300 mg / ngày albumin niệu (giai đoạn A3).

- ĐIỀU TRỊ HYPERTENSION — xem Tăng huyết áp: Cấp tính

và Quản lý dài hạn (trang 70)

XỬ LÝ KHIẾU NẠI

- QUÁ KHỐI LƯỢNG — chế độ ăn ít natri, thuốc lợi tiểu

- HYPERKALEMIA (K > 5,5 mmol / L) - chế độ ăn ít kali, hydrochlorothiazide 12,5 mg PO

hàng ngày (nếu GFR > 30 mL / phút / 1,73 m²), furosemide

20 mg PO mỗi ngày (nếu GFR dưới 30

mL / phút / 1,73m²), kayexalate 30 g PO mỗi ngày,

giảm chất ức chế ACE, xem xét tiểu thuyết mới hơn

chất kết dính kali (natri zirconium xyclosilicat, chất tạo gỉ)

- TAI NẠN KIM LOẠI - xem xét NaHCO₃ nếu thấp

pH hoặc HCO₃

- ANEMIA (Hb <95 g / L [Hb <9.5 g / dL]) - epoetin

alfa 50–200 U / kg / tuần SC / IV div 2–3 × / tuần,

darbepoetin alfa 0,45 μg / kg SC mỗi tuần,
ferrous fumarate 600 mg PO hàng đêm, mục tiêu
giữ Hb 95–115 g / L [9,5–11,5 g / dL]. Chắc chắn
rằng các cửa hàng sắt có đầy đủ trước khi bắt đầu
erythropoietin

• CALCIUM / PHOSPHATE BALANCE — giữ Ca ở mức bình thường,

$\text{PO}_4 < 1,5 \text{ mmol} / \text{L}$ [$< 4,6 \text{ mg} / \text{dL}$], $\text{PTH} < 2-3 \times$

bình thường, hạn chế phốt phát trong chế độ ăn uống, chất kết dính phốt phát
 CaCO_3 500 mg PO TID, calcitriol

0,25–1 μg PO mỗi ngày, cắt tuyến cận giáp

THAY THỂ THAY THỂ — lọc máu (phúc mạc,
chạy thận nhân tạo tại nhà và / hoặc tại trung tâm), thận
cấy

CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ

TIÊU CHÍ PHÂN TÍCH TRONG CHRONIC

BỆNH KIDNEY — triệu chứng urê huyết, bất kỳ
chỉ định cấp tính, $\text{GFR} < 6 \text{ mL} / \text{phút} / 1,73 \text{ m}^2$

ACE INHIBITORS IN RENAL THẤT BẠI — ACE

sự ức chế dẫn đến giãn mạch của các tiểu động mạch chưa đến $\rightarrow \downarrow$ áp lực trong
cầu thận $\rightarrow \downarrow$ lâu dài

tu sửa / căng thẳng $\rightarrow$ chậm tiến triển của mãn tính

bệnh thận. Các tác động tích cực khác của sự ức chế ACE bao gồm ↓ huyết áp, ↓ protein niệu, và

↓ chất trung gian của phì đại ống cầu thận

và bệnh fibrosis. Nên bắt đầu ở tất cả bệnh nhân với

bệnh thận mãn tính ± tăng huyết áp ± protein niệu. Nếu creatinine tăng <30% sau khi bắt đầu dùng ACEI

chất ức chế, nên tiếp tục vì lợi ích lâu dài

quan trọng. Mong đợi GFR trở về mức cơ bản trước thuốc ức chế ACE sau 3–4 tháng do quá trình tái cấu trúc

QUYỀN LỢI CỤ THỂ

BỆNH THẬN TIỂU ĐƯỜNG

- sTAGE AI ALBUMINURIA (<30 mg / ngày) —lasts

8–10 tuổi, điều trị bằng đường huyết / máu

kiểm soát áp suất / lipid, cai thuốc lá

- sTAGE AII ALBUMINURIA (30–300 mg / ngày) —lasts

5–10 năm, điều trị tương tự như trên cộng với ACE

chất ức chế, hạn chế protein

- sTAGE AIII ALBUMINURIA (> 300 mg / ngày) —CrCl

giảm 2–20 mL / phút / năm, điều trị tương tự như trên, thêm chất ức chế SGLT2

- PERCENTAGES — 25–40% bệnh nhân tiểu đường loại 1 hoặc 2

phát triển bệnh thận: 99% bệnh nhân tiểu đường loại 1

với bệnh thận mãn tính có liên quan đến bệnh tiểu đường, trong khi điều này chỉ đúng với 30% loại 2

bệnh nhân tiểu đường