

Suy thận cấp tính trước thận

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

MẤT FLUID INTRAVASCULAR ĐÚNG

- HEMORRHAGE
- GI MẤT — tiêu chảy, nôn mửa
- THUỐC GIẢM CÂN - lợi tiểu, thẩm thấu
- MẤT DA - tăng tổn thương không thể nhận thấy, đổ mồ hôi, bỏng

MẠCH LƯU THÔNG HIỆU QUẢ ĐÃ ĐƯỢC QUYẾT ĐỊNH

DỊCH

- SUY TIM
- HYPOALBUMINEMIA — bệnh ruột mất protein, thận hư, xơ gan, suy dinh dưỡng
- KHÔNG GIAN THỨ BA
- SEPSIS

ALTERED RENAL HEMODYNAMICS

- ẢNH HƯỞNG - hẹp động mạch thận (RAS), loạn sản cbromuscular, ASA, NSAID, cyclosporin, tacrolimus, cocaine, tăng calci huyết

(co thắt mạch)

- HIỆU QUẢ — Thuốc ức chế men chuyển, ARB, tĩnh mạch thận huyết khối

SINH LÝ HỌC

CÁC YẾU TỐ RỦI RO — bệnh nhân tuổi cao,
tăng huyết áp, bệnh thận mãn tính, động mạch thận
hẹp, hoặc dùng thuốc (NSAID, thuốc ức chế men chuyển, ARB) đặc biệt dễ bị
thiếu máu cục bộ
xúc phạm do điều chỉnh tự động bị suy giảm

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC, dung dịch kiềm, urê, Cr, Ca, phân tích nước tiểu, nước tiểu
dung dịch kiềm, Cr nước tiểu
- VI SINH VẬT — C&S máu, C&S nước tiểu

ĐẶC BIỆT

- CÔNG TÁC ĐIỀU KHIỂN NGHỆ THUẬT RENAL — Doppler thận,
Chụp mạch thận CT / MR (sử dụng thận trọng trong
suy thận), cải tạo captopril (ít sử dụng hơn
thường xuyên do độ nhạy thấp hơn và
speciccity)

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN

DỊCH TỄ HỌC BỆNH KIDNEY CHRONIC

THUỘC TÍNH (CKD-EPI)

- GFR DỰ KIẾN = $141 \times \text{phút (creatinine huyết thanh trong mg / dL / kappa, 1) alpha} \times \text{max (creatinine huyết thanh tính bằng mg / dL / kappa, 1) -1,209} \times 0,993 \text{ Tuổi} \times \text{giới tính} \times \text{chủng tộc}$

- Đối với nam, giới tính = 1, alpha = -0,411, kappa = 0,7; vì nữ, giới tính = 1,018, alpha = -0,329, kappa = 0,7.

Race = 1.159 nếu bệnh nhân là người da đen

- LƯU Ý - chỉ có giá trị ở trạng thái ổn định creatinine và không có giá trị đối với trọng lượng quá mức

CÔNG THỨC COCKCROFT – GAULT (ít thường xuyên hơn được sử dụng ngày nay)

- CREATININE CLEARANCE (SI ĐƠN VỊ) —CrCl = $(140 - \text{tuổi}) \times (\text{trọng lượng tính bằng kg}) / (\text{Cr tính bằng } \mu\text{mol / L}), \text{ nhân bằng } 1,2 \text{ nếu nam}$

- CREATININE CLEARANCE (US UNITS) —CrCl = $(140 - \text{tuổi}) \times (\text{trọng lượng tính bằng lbs} \times 0,37) / (\text{Cr tính bằng mg / dL} \times 88,4), \text{ nhân với } 1,2 \text{ nếu nam}$

- LƯU Ý - creatinine được sử dụng để ước tính GFR, nhưng 5% creatinine được tiết ra và do đó đánh giá quá cao GFR. Ở GFR thấp, tỷ lệ creatinine tiết ra trở nên cao hơn, vì vậy đánh giá quá cao thậm chí nhiều hơn

CÁC ĐẶC ĐIỂM GỢI Ý NGUYÊN NHÂN TRƯỚC KHI PHẢI CHẴNG

- UREA: CR RATIO— (urê tính bằng $\text{mmol} / \text{L} \times 10$) > Cr in $\mu\text{mol} / \text{L}$ (hoặc theo đơn vị Hoa Kỳ: [urê tính bằng $\text{mg} / \text{dL} / 20$] > Cr tính bằng mg / dL). Sự tái hấp thu urê tăng lên trong thời gian suy thận trước, dẫn đến nồng độ urê huyết thanh cao không cân xứng
- 10–20–30 QUY TẮC — Na nước tiểu + 30 mmol / L
- FENA— $(\text{UNa} / \text{PNa}) / (\text{UCr} / \text{PCr}) \times 100\%$, <1%
- PHÂN TÍCH URINALYSIS — nhạt nhẽo, trọng lực đặc biệt cao

SỰ QUẢN LÝ

ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN HIỂU BIẾT — hồi sức cấp tốc (cân nhắc 0,5–1 L tiêm tĩnh mạch trong 2–4 giờ, sau đó

100–200 mL / h với đánh giá lại thể tích thường xuyên; tinh thể lỏng buffered nên được ưu tiên sử dụng nếu không có chống chỉ định vì điều này

đã được chứng minh là làm giảm nguy cơ AKI)

THAY THỂ THAY THỂ — lọc máu (phức tạp, chạy thận nhân tạo). Nếu cần, thường là tạm thời

CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ

CHỈ ĐỊNH ACUTE ĐỂ PHÂN TÍCH

★ AEIOU ★

- ACIDOSIS — dai dẳng mặc dù y tế

sự đối xử

- ELECTROLYTES — tăng kali huyết nghiêm trọng dai dẳng

mặc dù điều trị y tế

- SỰ HẤP THU — ASA, Li, methanol, ethylene glycol, hoặc các chất độc có thể thẩm tách khác

- OVERLOAD — quá tải acid liên tục mặc dù

điều trị y tế

- UREMIA — viêm màng ngoài tim, bệnh não