

## Bệnh thận mãn tính

### Sự định nghĩa

- bất thường tiến triển của chức năng thận trong  $\geq 3$  tháng, với một trong hai

■ GFR  $< 60$  mL / phút / 1,73 m<sup>2</sup>; hoặc

■ dấu hiệu tổn thương thận, bao gồm:

■ tiểu máu, tiểu đạm, hoặc bất thường giải phẫu

### Đặc điểm lâm sàng

- tim mạch: HTN, CHF (quá tải thể tích, HTN và thiếu máu), viêm màng ngoài tim (urê huyết)

- GI: N / V, biếng ăn

- thần kinh: hôn mê, lú lẫn, bệnh thần kinh, co giật, rối loạn nhịp tim, tăng tiết, hội chứng chân không yên,

bệnh não (nhiễm độc niệu)

- huyết học: thiếu máu nhiễm sắc thể không tế bào (giảm EPO), chảy máu do rối loạn chức năng tiểu cầu

(nhiễm độc niệu)

- nội tiết / chuyển hóa: rối loạn Ca<sup>2+</sup>, PO<sub>4</sub><sup>3-</sup>, tăng phosphat máu, hạ canxi máu, thứ phát

cường cận giáp, giảm sản xuất 1,25-dihydroxy vitamin D ở thận, chứng loãng xương /

loãng xương

- tình dục / sinh sản: rối loạn tuyến yên vùng dưới đồi, vô sinh

- ngứa: nguyên nhân đa yếu tố

## Kiểm soát bệnh thận mãn tính

- chế độ ăn

- ngăn chặn HTN và quá tải âm lượng

- chế độ ăn ít protein với lượng calo đầy đủ để hạn chế dị hóa protein nội sinh.

Không nên dùng cho trẻ em vì protein cần thiết cho sự phát triển. Văn học được kết luận liên quan đến

sử dụng hạn chế protein trong một số quần thể khác

- Hạn chế Na + (<2 g / ngày) nếu có HTN, CHF hoặc thiếu niệu

- Hạn chế K + (40-60 mmol / ngày), phosphate (1 g / ngày) và magiê (tránh dùng thuốc kháng axit; ngăn ngừa

urê huyết và có khả năng trì hoãn sự suy giảm GFR) lượng hấp thụ

- Y khoa

- điều chỉnh liều lượng của các thuốc thải trừ qua thận

- HTN: UCMC (mục tiêu 140/90 mmHg khi không có DM và 130/80 mmHg có DM), thuốc lợi tiểu quai khi

GFR <25 mL / phút

- rối loạn lipid máu: statin (LDL mục tiêu <2 mmol / L)

- rối loạn canxi và phốt phát

- xem xét vitamin D và calcitriol (1,25-dihydroxy-vitamin D) nếu hạ calci huyết, nhưng giữ lại nếu

tăng phốt phát (làm giảm PTH)

- sevelamer (chất kết dính phốt phát) nếu cả tăng canxi huyết và tăng phốt phát huyết

- cinacalcet điều trị cường tuyến cận giáp (làm nhạy cảm tuyến cận giáp với  $\text{Ca}^{2+}$ , làm giảm PTH)

- nhiễm toan chuyển hóa: natri bicarbonat
- thiếu máu: tiêm erythropoietin cho Hb <90 g / L (9 g / dL) và Hb mục tiêu trong khoảng 90-115g / L (9-10,5 g / dL). Sử dụng sắt IV cần thiết để có hiệu quả cung cấp sắt
- bất thường về đông máu: DDAVP nếu bệnh nhân có chảy máu lâm sàng hoặc các thủ thuật xâm lấn (có tác dụng đảo ngược rối loạn chức năng tiểu cầu)
- lọc máu (xem Chỉ định Lọc máu trong Bệnh thận mãn tính, NP42)
- ghép thận cho bệnh thận giai đoạn cuối

Ngăn chặn sự tiến triển

- như trên
- kiểm soát HTN, DM (HbA1c <7%), các yếu tố nguy cơ tim mạch (ví dụ: cai thuốc lá, thể chất hoạt động, giảm cân)
- tránh các chất độc thận như NSAID, COXIB, thuốc cản quang qua đường tĩnh mạch ở những bệnh nhân có eGFR <60 mL / phút / 1,73 m<sup>2</sup>
- giải quyết các nguyên nhân có thể khắc phục được của AKI