

## BỆNH THẬN MẠN

*BS Phan Thanh Hằng - BS Phạm Thị Diễm Thảo*

*Khoa Thận - Thận Nhân Tạo*

### 1. Định nghĩa

Bệnh thận mạn (chronic kidney disease, CKD) được định nghĩa theo KDOKI 2002

1.1. Tổn thương về cấu trúc và chức năng thận kéo dài trên 3 tháng, kèm hoặc không kèm giảm độ lọc cầu thận (GFR), được biểu hiện bởi:

- Bất thường bệnh học mô thận (sinh thiết thận).
- Dấu chứng tổn thương thận qua xét nghiệm máu, nước tiểu, xét nghiệm hình ảnh.

1.2. Giảm độ lọc cầu thận (GFR) < 60ml/ph/1,73 m<sup>2</sup> da kéo dài trên 3 tháng kèm hoặc không kèm tổn thương thận.

### 2. Chẩn đoán

#### 2.1. Chẩn đoán bệnh thận mạn

$$ClCr(ml/ph) = \frac{k \cdot (140 - \text{tuổi}) \cdot \text{trọng lượng cơ thể(kg)}}{\text{creatinin}(\mu\text{mol/l})}$$

k=1,23 (nam)

k=1,04 (nữ)

- Công thức Cockcroft - Gault tính độ lọc cầu thận
- Lâm sàng: Tiền căn bệnh thận, creatinine máu tăng và kéo dài > 3 tháng.  
Thiếu máu, tăng huyết áp, phù.
- Cận lâm sàng:
  - + Máu: huyết đồ, ion đồ
  - + Nước tiểu: Tổng phân tích nước tiểu  
Nước tiểu 24 giờ: hàm lượng protein, creatinin niệu 24 giờ.
- Chẩn đoán hình ảnh:
  - + Echo bụng: Giảm kích thước 2thận, nhu mô thận mỏng.
  - + X quang hệ niệu: giảm kích thước thận đều cả 2 bên.

#### 2.2. Chẩn đoán giai đoạn bệnh thận mạn theo KDOQI 2002

GIAI ĐOẠN	MÔ TẢ	GFR (ml/phút/1.73 m <sup>2</sup> )	VIỆC CẦN LÀM
1	Tổn thương thận với GFR bình thường hay tăng	≥ 90	Chẩn đoán và điều trị bệnh căn nguyên. Giảm yếu tố nguy cơ gây suy thận cấp. Làm chậm tiến triển bệnh thận. Điều trị các yếu tố nguy cơ tim mạch
2	Tổn thương thận với GFR giảm nhẹ	60 – 89	Đánh giá sự tiến triển bệnh thận
3	GFR giảm trung bình	30 – 59	Đánh giá và điều trị các biến chứng
4	GFR giảm nặng	15 – 29	Chuẩn bị cho điều trị thay thế thận
5	Suy thận	< 15 lọc máu	Điều trị hay thế thận (nếu có hội chứng urê máu cao)

(\*) Giai đoạn sau vẫn tiếp tục làm công việc của giai đoạn trước

#### 2.3. Chẩn đoán nguyên nhân bệnh thận mạn:

Nguyên nhân thường gặp: đái tháo đường và tăng huyết áp.

Những nguyên nhân khác:

- Bệnh thận và nhiễm trùng: thận đa nang, viêm đài bể thận, viêm cầu thận.
- Hẹp động mạch thận.
- Dùng thuốc độc thận như kháng sinh, giảm đau NSAIDs...

### 3. Điều trị

#### 3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị bệnh thận căn nguyên
- Điều trị yếu tố làm giảm độ lọc cầu thận cấp tính có thể hồi phục được
- Điều trị làm chậm tiến triển của bệnh thận mạn đến suy thận mạn giai đoạn cuối
- Điều trị các biến chứng của bệnh thận mạn
- Chuẩn bị các phương pháp điều trị thay thế thận

#### 3.2. Điều trị cụ thể

- a. Điều trị bệnh thận căn nguyên
- b. Điều trị yếu tố làm giảm độ lọc cầu thận cấp tính có thể hồi phục được
- c. Điều trị làm chậm tiến triển của bệnh thận mạn đến suy thận mạn giai đoạn cuối
  - Kiểm soát huyết áp: < 130/80 mmHg nếu đạm niệu < 1g/24h  
< 125/75 mmHg nếu đạm niệu > 1g/24h

Biện pháp:

- Tiết chế muối Na < 2, 4g/ngày hoặc < 6g NaCl/ngày,
  - Chọn lựa phối hợp thuốc hạ áp: ACEI, ARB, lợi tiểu Thiazide nếu GFR > 25ml/phút, lợi tiểu quai nếu GFR < 25 ml/phút, thuốc ức chế calci, thuốc chẹn beta, kháng adrenergic trung ương, nhóm nitrate.
  - Nhóm lợi tiểu và liều dùng
    - Hydrochlorothiazide (Thiazifar) 25 - 50mg × 2 lần /ngày
    - Furosemide 40mg × 1 - 2 lần/ ngày.
  - Nhóm ức chế kênh Ca<sup>2+</sup> và liều dùng: nên chọn nhóm Dihydropyridine (DHP)
    - Amlordipine (Amlor) 5 - 10mg × 1lần/ ngày
    - Felodipine (Plendil) 5 - 10mg × 1lần/ ngày
    - Nifedipine (Adalate LA) 30 - 60mg × 1 - 2lần/ ngày
  - Nhóm chẹn beta và liều dùng
    - Carvedilol (Carca) 12,5 - 25mg × 1 - 2lần/ ngày
    - Bisoprolol (Concor) 2,5 - 10mg × 1lần/ ngày
    - Metoprolol (Betoloc zok) 50 - 100mg × 1 - 2lần/ ngày
  - Nhóm kháng adrenergic trung ương và liều dùng
    - Methyldopa (Domepa) 250mg 1 - 3lần/ ngày
  - Nhóm nitrat và liều dùng
    - Isosorbid mononitrat (Imdur) 30 - 60mg × 1lần/ ngày
  - Nhóm hydralazin và liều dùng
    - Hydralazin (Hydrapress) 20mg × 2 - 4lần/ ngày
  - Giảm tiêu đạm: Mục tiêu: đạm niệu < 0,5g/24 giờ
- Biện pháp:
- Tiết chế đạm 0, 6 - 0, 8g/kg/ngày.

- ACEI/ARB làm giảm đạm niệu và bảo vệ tim mạch. Dùng liều thấp tăng dần, thận trọng khi GFR < 30ml/phút, tăng kali máu. Không dùng trên bệnh nhân suy thận cấp, tăng kali máu chưa kiểm soát hoặc suy thận đang tiến triển, hẹp động mạch thận, bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Bệnh nhân đã điều trị thay thế thận thì sử dụng ACEI với mục tiêu bảo vệ tim mạch. Bệnh nhân ĐTĐ type 2 có tiểu albumin vi lượng và proteine: sử dụng ACEI/ARB
- Nhóm ACEI và liều dùng
  - Lisinopril(Zestril) 2,5 - 40mg × 1lần/ ngày
  - Imidapril(Tanatril) 5 - 40mg × 1lần/ ngày
  - Perindopril(Coversyl) 2,5 - 10mg × 1lần/ ngày
- Nhóm ARB và liều dùng
  - Losartan(Cozaar) 50 - 100mg × 1lần/ ngày
  - Telmisartan(Micardis) 40 - 20 - 80 mg × 1lần/ ngày
- Kiểm soát đường huyết: mục tiêu HbA1C < 6,5 - 7g%, đường huyết đói 90 - 126mg/dl.
- Kiểm soát lipid máu: LDL - c < 100mg% hay < 70mg% trên bệnh nhân tim mạch
- Nhóm Fibrate: Fenofibrate cần giảm liều. Bệnh thận giai đoạn cuối, ưu tiên Gemfibrozil.
- Nhóm statin và cách dùng
  - Atorvastatin (Rebure) 10 - 80mg × 1lần/ ngày
- Ngưng hút thuốc lá
- Giảm cân đến cân nặng lý tưởng, chế độ ăn ít năng lượng, tập thể dục.
- Keto acid (Ketosteril) 3 - 4 viên/lần x 3 lần/ngày trong các bữa ăn (1 viên/5 kg thể trọng/ngày)
- d. Điều trị các biến chứng
  - Điều chỉnh nước và điện giải
  - Điều trị suy tim sung huyết: thận trọng với tích tụ và ngộ độc Digoxin.
  - Điều trị thiếu máu: Hb đạt 11-12 g/dl (Hct 33 - 36%), sắt nguyên tố tối thiểu 200 mg/ngày, Erythropoietin tiêm dưới da 80-120 UI/kg/tuần chia làm 2 - 3 liều, acid Folic 5 mg/ngày.
  - Điều trị rối loạn chuyển hóa calci phospho: điều trị tăng phosphate huyết tương, hạ calci huyết tương, cường tuyến cận giáp thứ phát.

Mục tiêu

Giai đoạn CKD	GFR (ml/phút/1,73 m <sup>2</sup> )	PHOSPHOR (mg/dl)	CALCI (mg/dl)	Ca x P	PThi (pg/ml)
3	30 - 59	2,7 - 4,6	8,4 - 10,2		35 - 70
4	15 - 29	2,7 - 4,6	8,4 - 10,2		70 - 110
5	< 15, lọc máu	3,5 - 5,5	8,4 - 9,5	< 55	150 -

					300
--	--	--	--	--	-----

Biện pháp: bổ sung calci từ thức ăn, Vitamin D.

- Cải thiện tình trạng dinh dưỡng
- Điều chỉnh liều thuốc trên bệnh nhân suy thận: ưu tiên thuốc thải qua gan.
- Phòng ngừa bệnh thận do thuốc cản quang
- Chích ngừa tích cực: viêm gan siêu vi B, phế cầu, cúm. Nếu được, chích ngừa viêm gan siêu vi A, uốn ván, Varicella, Haemophilus influenzae
- e. Điều trị thay thế thận:
  - Mục tiêu: điều trị hội chứng urê huyết cao, kiểm soát cân bằng nước, điện giải, kiềm toan
  - Chỉ định: khi GFR < 10 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da và GFR < 15ml/ph/1,73m<sup>2</sup> da ở bệnh nhân đái tháo đường.
  - Các phương pháp: ghép thận (renal transplantation), thẩm phân phúc mạc (peritoneal dialysis), chạy thận nhân tạo định kỳ (hemodialysis).