

SUY THẬN MÃN

I. ĐỊNH NGHĨA

Suy thận mãn là tình trạng giảm độ thanh lọc cầu thận kéo dài từ 3 – 6 tháng. (GFR < 30 ml/1.73 m²), nguyên nhân gây ra thường gặp ở trẻ em là do các dị tật bẩm sinh đường tiết niệu, bệnh lý cầu thận, nhiễm trùng tiểu. Suy thận mãn có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Tần suất bệnh mới của suy thận mãn ở trẻ em dưới 16 tuổi là 1.5-3/ 1 triệu trẻ.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a) Hỏi bệnh:

- Bệnh thận đã có như: hội chứng thận hư, viêm cầu thận, lupus có tổn thương thận, nhiễm trùng tiểu tái phát.
- Dị tật đường tiết niệu: thận ứ nước, thận đôi...
- Bệnh lý thận có tính gia đình: thận đa nang, sỏi thận, bệnh lý ống thận.
- Chán ăn, mệt mỏi, xanh xao, nhức đầu, buồn nôn, tiểu nhiều, rối loạn đi tiểu, chậm phát triển

b) Khám lâm sàng: tìm các dấu hiệu:

- Thiếu máu.
- Suy dinh dưỡng, gầy yếu.
- Chậm phát triển, còi xương.
- Cao huyết áp.
- Suy tim, tràn dịch màng tim.
- Tiểu máu.
- Phù.

c) Đề nghị xét nghiệm:

* Xét nghiệm thường qui:

- Urê, creatinine, lon đồ.
- Công thức máu.
- Xét nghiệm nước tiểu.
- Siêu âm bụng khảo sát kích thước thận, cấu trúc của vỏ và tủy thận, các dị dạng tiết niệu.
- X quang phổi & ECG.

* Xét nghiệm tìm nguyên nhân:

- Xét nghiệm máu: C3, C4, kháng thể kháng nhân khi nghi đến bệnh tự miễn.
- Chụp xạ hình thận DMSA, DTPA khảo sát chức năng thận còn lại.
- UIV khi nghi ngờ có bất thường hệ niệu trên siêu âm.
- Sinh thiết thận: chỉ cho phép quan sát sang thương ban đầu khi GFR > 40 ml/1.73 m²/phút.

Ước lượng độ thanh lọc cầu thận bằng creatinine máu với công thức Schwartz

$$\text{Độ thanh lọc cầu thận} = \frac{\text{Hệ số K} \times \text{Chiều cao BN (cm)}}{\text{Creatinine máu (micromol/l)}}$$

Creatinine máu (micromol/l) = Creatinine máu (mg%) x 88.4.

Với hệ số K như sau:

Tuổi & giới	Hệ số K
1 – 6 tháng	39
7 – 12 tháng	44
13 tháng – 12 tuổi	47
trẻ nữ > 12 tuổi	44
trẻ nam > 12 tuổi	48

ĐỘ THANH LỌC BÌNH THƯỜNG THEO TUỔI:

TUỔI	GFR (ml/1.73 m ² /phút)
Sơ sinh đủ tháng	
2 – 8 ngày	39
4 – 28 ngày	47
Trẻ 1 – 6 tháng	77
Trẻ 6 – 12 tháng	103
Trẻ 12 – 19 tháng	127
Trẻ 2 – 12 tuổi	127

CÁC MỨC ĐỘ SUY GIẢM CHỨC NĂNG THẬN:

GFR (ml/1.73 m ² /phút)		
Giảm chức năng thận	80 – 50	Không triệu chứng
Suy thận giai đoạn đầu	50 – 30	Rối loạn chuyển hóa
		Chậm tăng trưởng
Suy thận mãn	30 – 10	Biểu hiện lâm sàng
Suy thận giai đoạn cuối	< 10	Thảm phân phức
mặc		Thận nhân tạo

2. Chẩn đoán xác định:

Lâm sàng với thiếu máu mãn + biểu hiện lên một số cơ quan + tiền căn bệnh thận mãn + siêu âm kích thước thận nhỏ, mất cấu trúc vỏ và tủy thận + độ lọc cầu thận giảm.

3. Chẩn đoán phân biệt:

Cần phân biệt giữa suy thận cấp và đợt cấp của suy thận mãn.

Các biểu hiện	Suy thận cấp	Đợt cấp suy thận mãn
Thiếu máu mãn	Không có	Có
Ảnh hưởng lên các cơ quan (tim, xương)	Không có	Có
Siêu âm bụng	Kích thước thận: BT hoặc to Cấu trúc chủ mô thận thay đổi nhẹ.	Kích thước thận: teo nhỏ. Mất cấu trúc chủ mô thận.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị nguyên nhân gây suy thận mãn.
- Cung cấp một tình trạng dinh dưỡng tối ưu.
- Giảm và điều trị các biến chứng.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Dinh dưỡng:

Nguyên tắc chung :

- Đảm bảo đầy đủ năng lượng
- Hạn chế protein: chỉ cần khi GFR < 20 ml/1.73 m²/ phút.
- Chế độ ăn giàu canxi, ít phosphate.
(Xem bài chế độ ăn bệnh lý).

2.2. Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải:

- Nếu suy thận chưa đến giai đoạn cuối thì hạn chế muối nước hiếm khi cần thiết. Hạn chế muối nước khi bệnh nhân có phù, cao huyết áp, suy tim. Có thể dùng lợi tiểu Furosemide 1 – 4 mg/kg/ngày nếu không đáp ứng với hạn chế muối.
- Nếu giảm Natri do mất qua đường tiểu sẽ bù Natri theo nhu cầu và theo dõi sát cân nặng, huyết áp, phù và lượng Natri bài tiết qua nước tiểu.
- Thường không cần điều chỉnh Kali nhiều. Nếu có tăng Kali sẽ điều trị tăng Kali máu (xem bài rối loạn nước và điện giải)

2.3. Điều trị bệnh lý xương do thận:

- Khi mức phosphat máu > 5mEq/l sẽ hạn chế phosphat trong chế độ ăn và dùng thuốc giảm phosphate sau các bữa ăn như: Calcium carbonate, Calcium acetate.
- Nếu canxi còn giảm mặc dù phosphate bình thường sẽ bổ sung Canxi nguyên tố 10-20mg/kg/ngày hay 500 –1000mg/ ngày
- Nếu canxi máu còn thấp với cách điều trị trên hay có biểu hiện loãng xương trên Xquang sẽ dùng 1,25-dihydroxy – vitamine D (Calcitriol) với liều bắt đầu 0.15/kg/ngày.

2.4. Điều trị toan chuyển hóa:

Khi Bicarbonat <20mEq/l có chỉ định bù Bicarbonat đường uống.

2.5. Điều trị cao huyết áp (xem bài cao huyết áp)

- Nguyên tắc điều trị giống như những trường hợp cao huyết áp khác.
- Khuyến cáo dùng hai loại hạ áp : ức chế men chuyển, ức chế calcium.

2.6. Điều trị thiếu máu

- Chỉ định truyền máu rất hạn chế, chỉ truyền khi lâm sàng có triệu chứng thiếu máu nặng và thật thận trọng khi truyền. Chỉ truyền hồng cầu lắng và khi Hb < 6g%.
- Erythropoietin được chỉ định khi có triệu chứng thiếu máu mãn với liều: 50 đơn vị/ kg x 3 lần/ tuần, tiêm dưới da hay tĩnh mạch. Cần phải thận trọng khi dùng thuốc.

2.7. Dùng thuốc:

Không dùng những thuốc có độc thận, khi dùng các thuốc bài tiết qua thận phải điều chỉnh liều

IV. THEO DÕI và TÁI KHÁM:

- Tái khám định kỳ mỗi 2 tuần – 1tháng hay khi có biến chứng nặng.
Theo dõi: creatinin, ion đồ, Hct.
- Hướng dẫn thân nhân cách chăm sóc tại nhà.

Vấn đề	Mức độ chứng cứ
Bệnh nhân suy thận mãn cần duy trì Hct 33%-36%	II National Kidney Foundation 1997