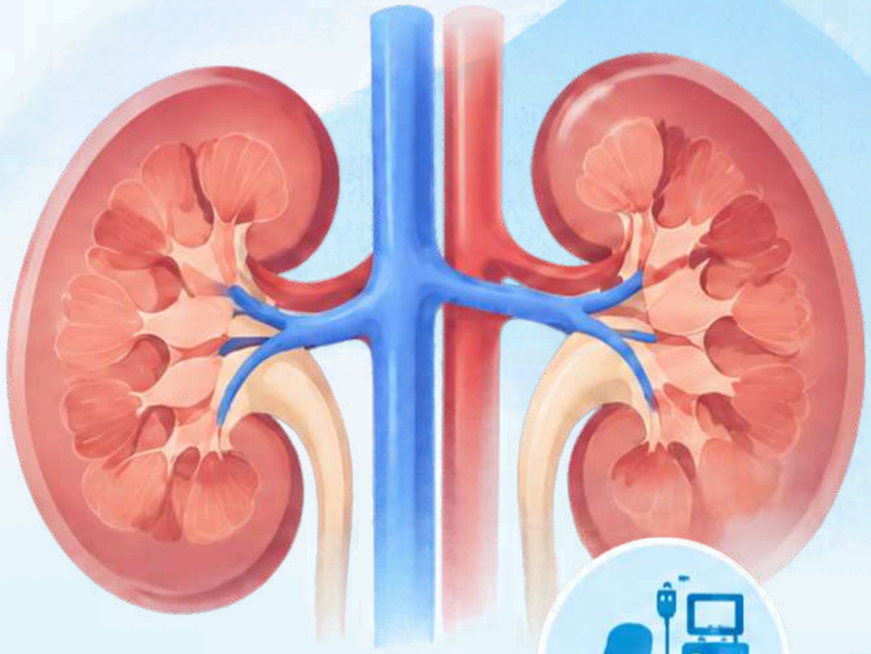
Chẩn đoán, điều trị và quản lý Bệnh thận mạn

Bs Phạm Minh Thành, Khoa Tim mạch - Lão học

Quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 12/8/2024 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận"











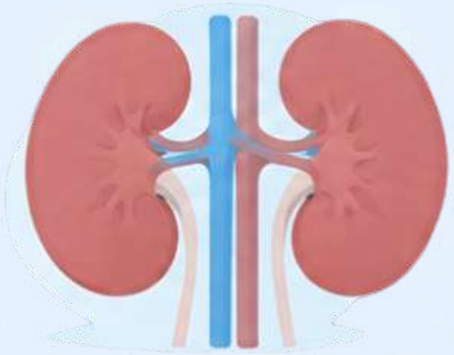


NỘI DUNG

01

Đại cương & chẩn đoán

Nguyên nhân, sàng lọc, tiêu chuẩn, phân giai đoạn



02

Điều trị bảo tồn

HA, đường máu, lipid, thiếu máu, CKD-MBD, Kali



03

Tiền lọc máu & thay thế thận

Chuyển tuyến, chuẩn bị, TNT, LMB, ghép thận



04

Tim mạch & an toàn thuốc

Suy tim, mạch vành, chỉnh liều, cản quang, vắc xin

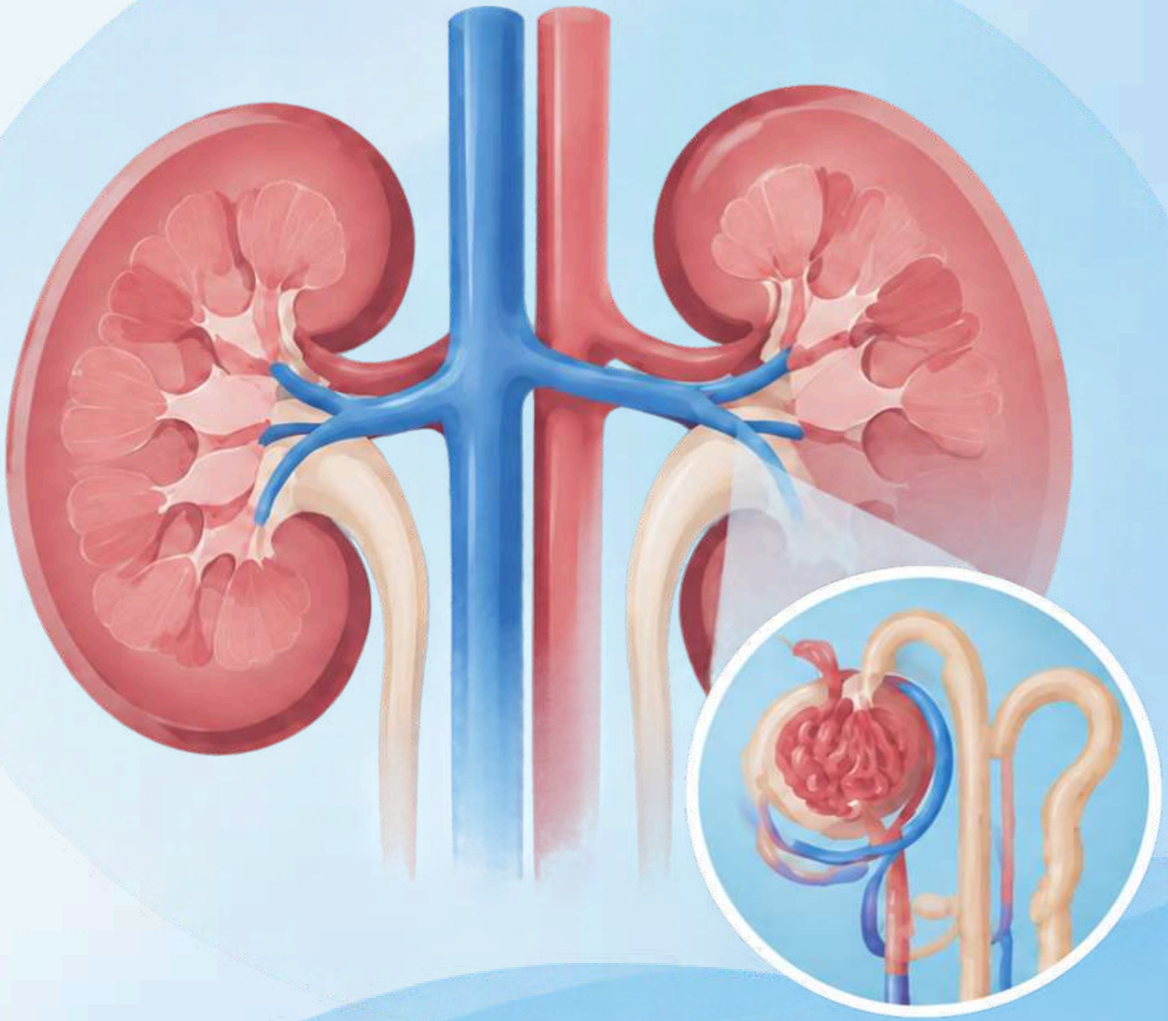


1.1 Định nghĩa và gánh nặng

Bệnh thận mạn là bất thường cấu trúc hoặc chức năng thận kéo dài ít nhất 3 tháng và ảnh hưởng sức khỏe.

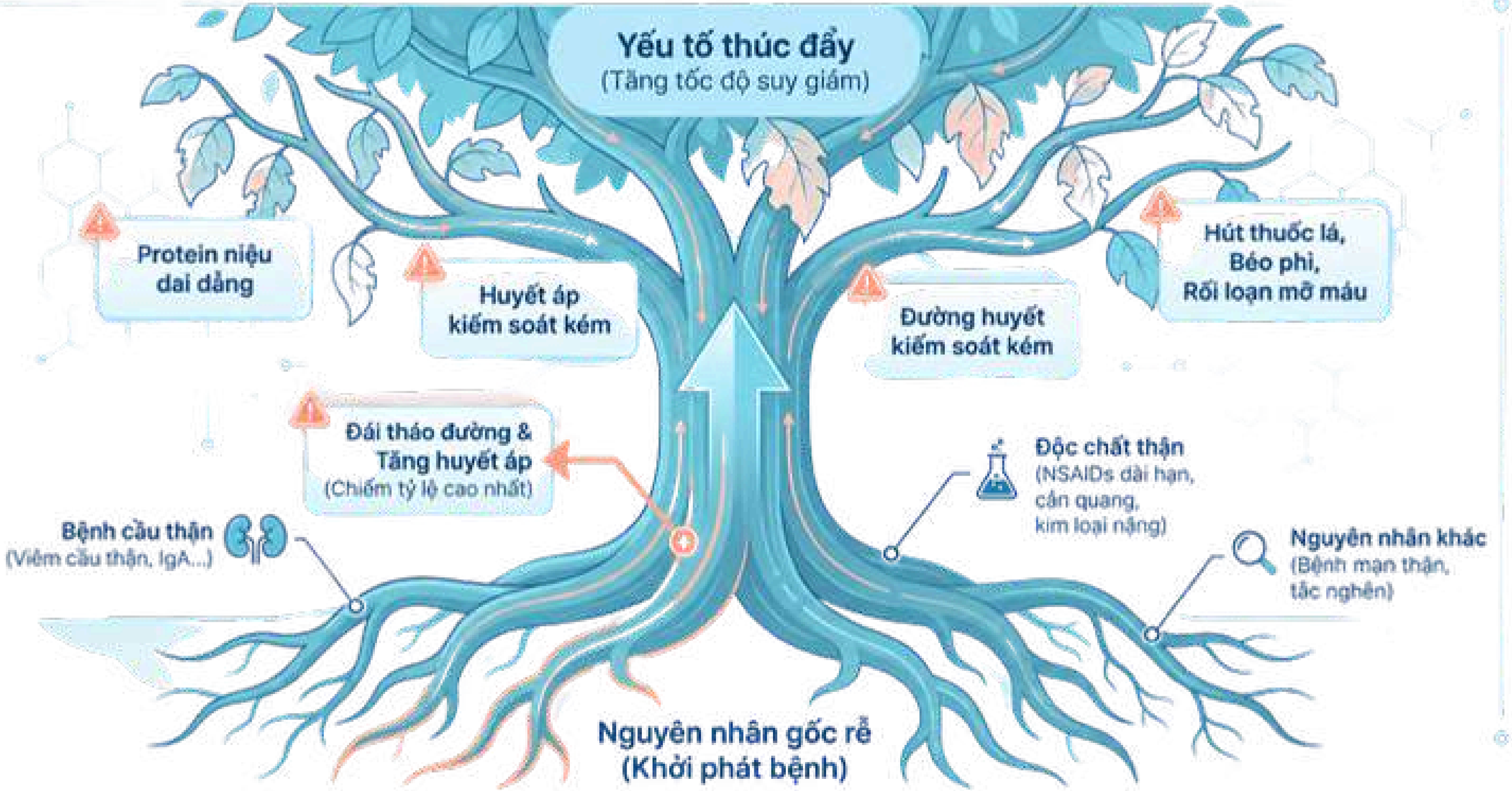
Tiêu chí gồm eGFR dưới 60 mL/phút/1,73 m^2 hoặc dấu hiệu tổn thương thận kéo dài.

Bệnh làm tăng nguy cơ suy thận, biến cố tim mạch, nhập viện và tử vong.



KDIGO 2024

1.2 Căn nguyên và Yếu tố thúc đẩy BTM



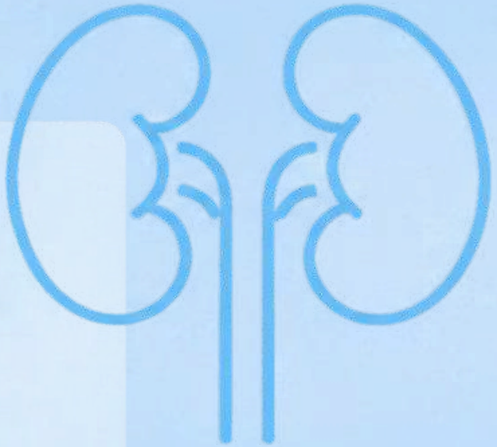
1.3 Tầm soát chủ động cho ai và bằng gì

Đối tượng cần tầm soát:

- Đái tháo đường, tăng huyết áp
- Bệnh tim mạch, béo phì
- Tiền sử gia đình bệnh thận
- Tiền sử tổn thương thận cấp, dùng thuốc độc thận kéo dài

Cần tầm soát gì

- uACR – tỉ số albumin/creatinine niệu mẫu nước tiểu buổi sáng
- eGFR – ước tính từ creatinine máu (CKD-EPI)
- Kèm tổng phân tích nước tiểu, siêu âm thận... khi có chỉ định



1.4 Các bước & xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán

1 Đánh giá eGFR



Đo creatinin máu
(xét nghiệm cơ bản)



Công thức CKD-EPI 2021
(áp dụng cho người trưởng thành)



Kết hợp creatinin + cystatin C để tính eGFR
(khi có sẵn xét nghiệm)

2 Đánh giá albumin / protein niệu



Lấy mẫu nước tiểu đầu tiên buổi sáng, giữa dòng
(mẫu sạch, đúng kỹ thuật)



UACR là ưu tiên
(tỷ lệ albumin/creatinin niệu)



UPCR là lựa chọn thay thế
khi UACR ≥700 mg/g
(≥70 mg/mmol)

3 Hình ảnh & sinh thiết



Siêu âm thận
Đánh giá:
kích thước thận
bề dày vỏ thận
sỏi thận
nang thận
tắc nghiện dường tiểutiểu



Sinh thiết thận
Khi không rõ nguyên nhân suy thận hoặc protein niệu hội chứng thận hư.



Diễn giải kết quả cùng bệnh cảnh; xác nhận tính kéo dài ≥3 tháng khi chẩn đoán bệnh thận mạn.

Công thức tổng quát

$$eGFR = 142 \times \min(SCr/k, 1)^{a} \times \max(SCr/k, 1)^{-1.200} \times 0.9938^{Tuổi} \times SexFactor$$

eGFR: mL/min/1.73m^2

SCr (Creatinine huyết thanh): mg/dL

Tuổi: năm

Nữ giới	Nam giới
κ = 0.7	κ = 0.9
α = −0.241	α = −0.302
SexFactor = 1.012	SexFactor = 1.0

1.5 Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định bệnh thận mạn

Tổn thương thận hoặc eGFR <60 mL/phút/1,73 m^2 kéo dài ≥3 tháng

Albumin / protein niệu:
UACR >30 mg/g hoặc
UAE >30 mg/24 giờ

UPCR >150 mg/g
hoặc protein niệu
>150 mg/24 giờ

Cặn lắng nước tiểu bất thường:
hồng cầu biến dạng, trụ hồng cầu, trụ tế bào

Bất thường cấu trúc trên hình ảnh:
thận nhỏ, tăng âm, nang thận, ứ nước

Bất thường mô bệnh học trên sinh thiết thận

Rối loạn điện giải hoặc bất thường do bệnh lý ống thận

Tiền sử đã ghép thận

Cần chứng minh tính kéo dài từ 3 tháng trở lên; diễn giải trong bối cảnh lâm sàng.

1.6 Phân loại CGA

C

C — Nguyên nhân:
đái tháo đường, tăng huyết áp, viêm cầu thận, di truyền hoặc tắc nghẽn.

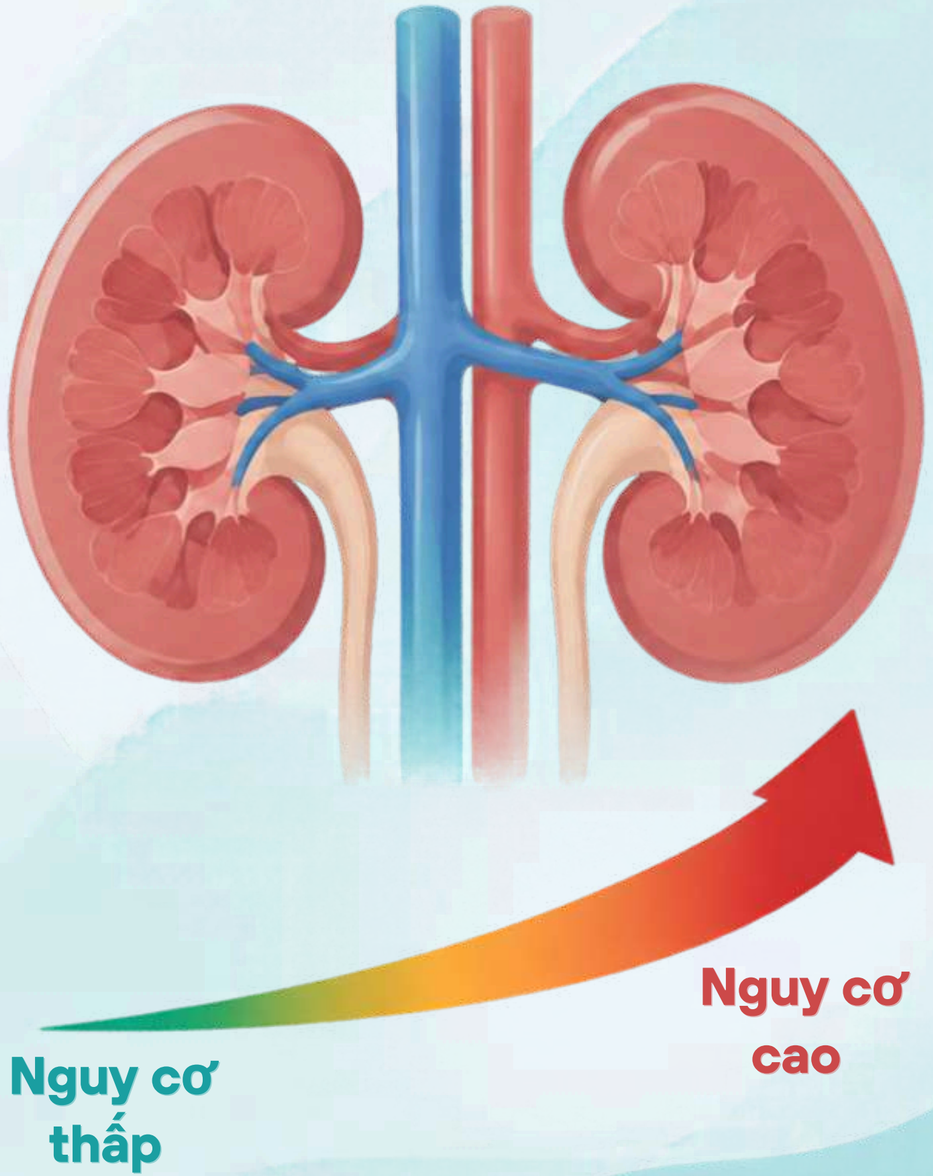
G

G — eGFR:
G1 ≥90; G2 60–89;
G3a 45–59; G3b 30–44;
G4 15–29; G5 <15.

A

A — Albumin niệu:
A1 <30mg/g;
A2 30–300 mg/g;
A3 >300 mg/g.

Nguy cơ tăng khi eGFR giảm và albumin niệu tăng.



Phân giai đoạn theo eGFR – Nhóm G



G1	G2	G3a	G3b	G4	G5
>90 mL/phút/1,73 m^2	60–89 mL/phút/1,73 m^2	45–59 mL/phút/1,73 m^2	30–44 mL/phút/1,73 m^2	15–29 mL/phút/1,73 m^2	<15 mL/phút/1,73 m^2
Bình thường hoặc tăng	Giảm nhẹ	Giảm nhẹ đến trung bình	Giảm trung bình đến nặng	Giảm nặng	Suy thận / giai đoạn cuối

Phân nhóm G cần được diễn giải cùng nguyên nhân bệnh thận và mức albumin niệu (nhóm A).

Phân giai đoạn theo albumin niệu — Nhóm A



A1

UACR <30 mg/g

(<3 mg/mmol)

Bình thường đến tăng nhẹ



A2

UACR 30–300 mg/g

(3–30 mg/mmol)

Tăng trung bình

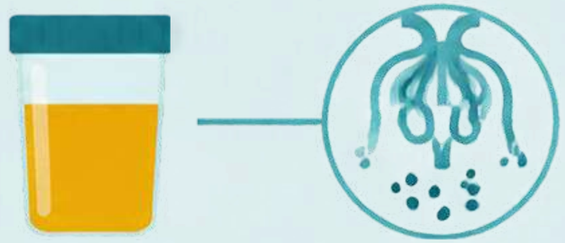


A3

UACR >300 mg/g

(>30 mg/mmol)

Tăng nặng



UACR được diễn giải cùng eGFR và nguyên nhân bệnh thận để phân tầng nguy cơ.

Phân tầng nguy cơ & tần suất tái khám hàng năm (G × A) - KDIGO

GFR (mL/phút/1,73 m^2)	A1 — Bình thường / tăng nhẹ UACR <30 mg/g	A2 — Tăng trung bình UACR 30–300 mg/g	A3 — Tăng nặng UACR >300 mg/g
G1 (>90)	**Nguy cơ thấp** Tái khám: 1 lần/năm	**Nguy cơ vừa** Tái khám: 1 lần/năm	**Nguy cơ cao** Tái khám: ≥2 lần/năm
G2 (60–89)	**Nguy cơ thấp** Tái khám: 1 lần/năm	**Nguy cơ vừa** Tái khám: 1 lần/năm	**Nguy cơ cao** Tái khám: ≥2 lần/năm
G3a (45–59)	**Nguy cơ vừa** Tái khám: 1 lần/năm	**Nguy cơ cao** Tái khám: ≥2 lần/năm	**Nguy cơ rất cao** Tái khám: ≥3 lần/năm
G3b (30–44)	**Nguy cơ cao** Tái khám: ≥2 lần/năm	**Nguy cơ rất cao** Tái khám: ≥3 lần/năm	**Nguy cơ rất cao** Tái khám: ≥3 lần/năm
G4 (15–29)	**Nguy cơ rất cao** Tái khám: ≥3 lần/năm	**Nguy cơ rất cao** Tái khám: ≥3 lần/năm	**Nguy cơ cao nhất** Tái khám: ≥4 lần/năm
G5 (<15)	**Nguy cơ cao nhất** Tái khám: ≥4 lần/năm	**Nguy cơ cao nhất** Tái khám: ≥4 lần/năm	**Nguy cơ cao nhất** Tái khám: ≥4 lần/năm

Hướng dẫn phân tuyến quản lý và điều trị lâm sàng

NGUY CƠ THẤP
G1A1, G2A1

Nếu không có chỉ dấu tổn thương thận khác: chưa xếp vào BTM. Theo dõi 1 lần/năm như người khỏe mạnh; bác sĩ không chuyên khoa Thận quản lý.

NGUY CƠ TRUNG BÌNH
G1A2, G2A2, G3aA1

Khám và xét nghiệm tối thiểu 1 lần/năm. Bác sĩ không chuyên khoa Thận quản lý và điều trị bảo tồn.

NGUY CƠ CAO
G1A3, G2A3, G3aA2, G3bA1

Khám và xét nghiệm tối thiểu 2 lần/năm. Có thể do bác sĩ không chuyên khoa Thận quản lý; chuyển chuyên khoa nếu UACR tăng nhanh hoặc eGFR giảm, nhất là người dưới 70 tuổi.

NGUY CƠ RẤT CAO
G3aA3, G3bA2, G3bA3, G4A1, G4A2

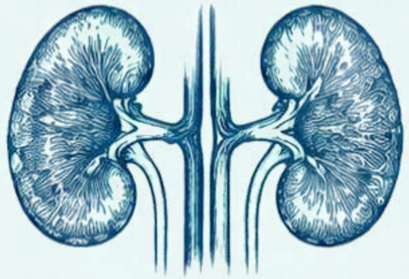
Khám và xét nghiệm tối thiểu 3 lần/năm. Bắt buộc do bác sĩ Chuyên khoa Thận theo dõi và quản lý điều trị.

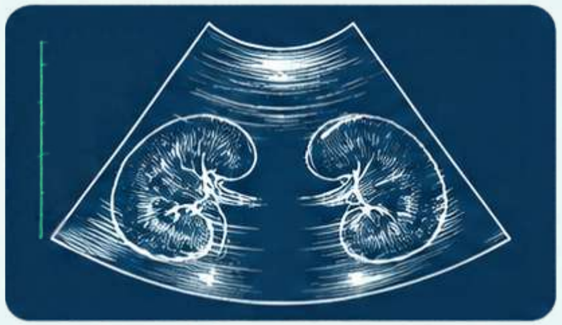
NGUY CƠ CAO NHẤT
G4A3, G5A1-3

Khám và xét nghiệm tối thiểu 4 lần/năm, mỗi 3 tháng/lần. Bác sĩ Chuyên khoa Thận quản lý chuyên sâu, chuẩn bị kế hoạch điều trị thay thế thận (tiền lọc máu).

1.6 Chẩn đoán phân biệt

Bệnh thận mạn tính (CKD)





Thận nhỏ, vỏ mỏng

1

Xét nghiệm creatinine/eGFR nền:

Xem lại các kết quả trước đó

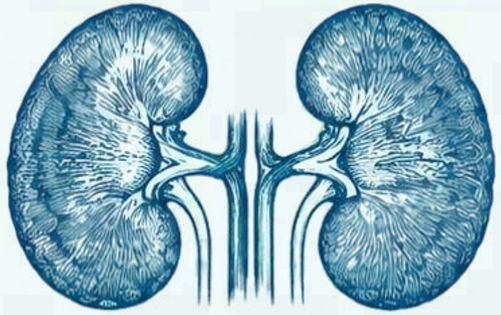
2

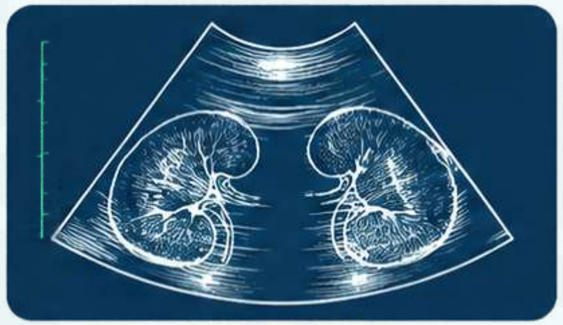
Siêu âm thận:
Bệnh thận mạn thường có thận nhỏ, vỏ mỏng; ngoại lệ: bệnh thận do đái tháo dưỡng, bệnh thận đa nang

3

Động học creatinine:
Đánh giá mức thay đổi trong 48 giờ đến 7 ngày

AKI / Tổn thương thận cấp trên nền bệnh thận mạn

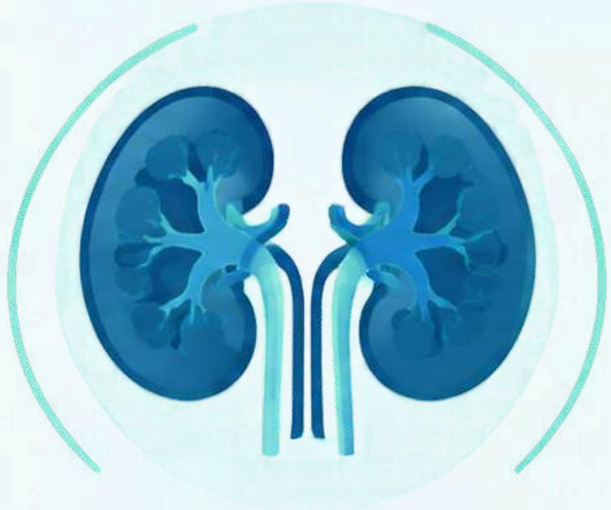




Thận kích thước bình thường hoặc to lên

Kết luận cần dựa trên diễn tiến, biểu hiện lâm sàng và các xét nghiệm lặp lại; không chỉ dựa vào một giá trị creatinine.

2.1 Nguyên tắc điều trị & Mục tiêu chung



BẢO TỒN CHỨC NĂNG
THẬN CÒN LẠI

- Làm chậm giảm eGFR
- Kiểm soát đạm niệu
- Kiểm soát nguy cơ tim mạch
- Ngăn ngừa / điều trị biến chứng ure máu cao

CHIẾN LƯỢC TIẾP CẬN

Không dùng thuốc
thay đổi lối sống, dinh dưỡng

→

Điều trị dùng thuốc

→

Chuẩn bị sớm điều trị thay thế thận ở giai đoạn tiến triển

Phối hợp chặt chẽ, cá thể hóa và theo dõi liên tục

2.2 Điều trị không dùng thuốc

Thay đổi lối sống & dinh dưỡng

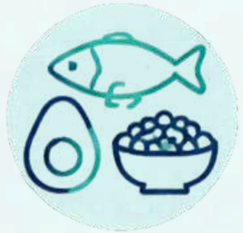


CHẾ ĐỘ ĂN GIẢM MUỐI

NaCl < 5 g/ngày

(< 2 g natri/ngày)

Hỗ trợ kiểm soát huyết áp và giảm quá tải thể tích



HẠN CHẾ ĐẠM (PROTEIN)

BTM giai đoạn 3–5, **chưa lọc máu:**

0,55–0,60 g/kg/ngày

Rất giảm đạm:

0,28–0,43 g/kg/ngày

+ keto-acid

Tránh > 1,3 g/kg/ngày



NĂNG LƯỢNG

25–35

kcal/kg/ngày

Điều chỉnh theo thể trạng và độ tuổi



TẬP LUYỆN & LỐI SỐNG

Cường độ vừa:

30–60 phút/ngày, 4–7 ngày/tuần

Tối thiểu: **150 phút/tuần**

Ngưng hút thuốc lá •
Duy trì BMI lý tưởng

2.3 Điều trị thuốc làm chậm tiến triển BTM

(4 trụ cột chính)



1 ƯCMC / ƯCTT

- BTM + tăng huyết áp + UACR ≥30 mg/g
- Dùng liều tối đa dung nạp
- Theo dõi creatinin và kali sau 2–4 tuần



2 SGLT2i

- Dapagliflozin, Empagliflozin
- Khởi trị khi eGFR ≥20 mL/phút/1,73 m^2
- Duy trì khi eGFR <20 đến khi lọc máu hoặc ghép thận



3 ns-MRA – Finerenone

- ĐTĐ týp 2 + eGFR ≥25 mL/phút/1,73 m^2
- Kali máu bình thường, UACR ≥30 mg/g
- Bổ sung khi đã tối ưu ƯCMC/ƯCTT và SGLT2i

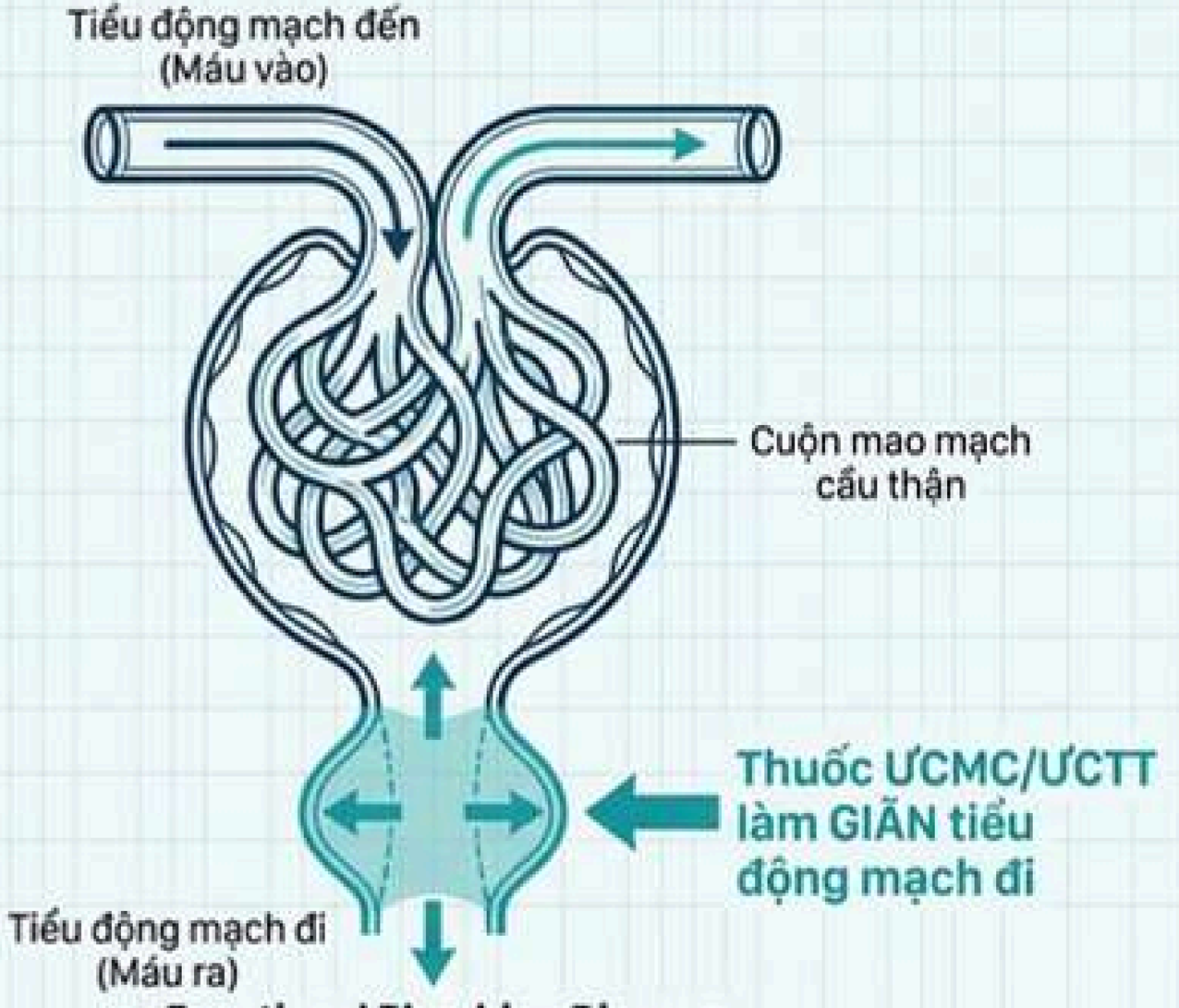


4 GLP-1 RA tác dụng kéo dài

- ĐTĐ týp 2 + BTM chưa đạt mục tiêu đường máu
- Giảm đạm niệu, bảo vệ tim mạch, hỗ trợ giảm cân

Ưu tiên lựa chọn theo chỉ định, khả năng dung nạp và theo dõi xét nghiệm định kỳ

Trụ cột Nội khoa 1: Ức chế hệ RAS (ƯCMC / ƯCTT)



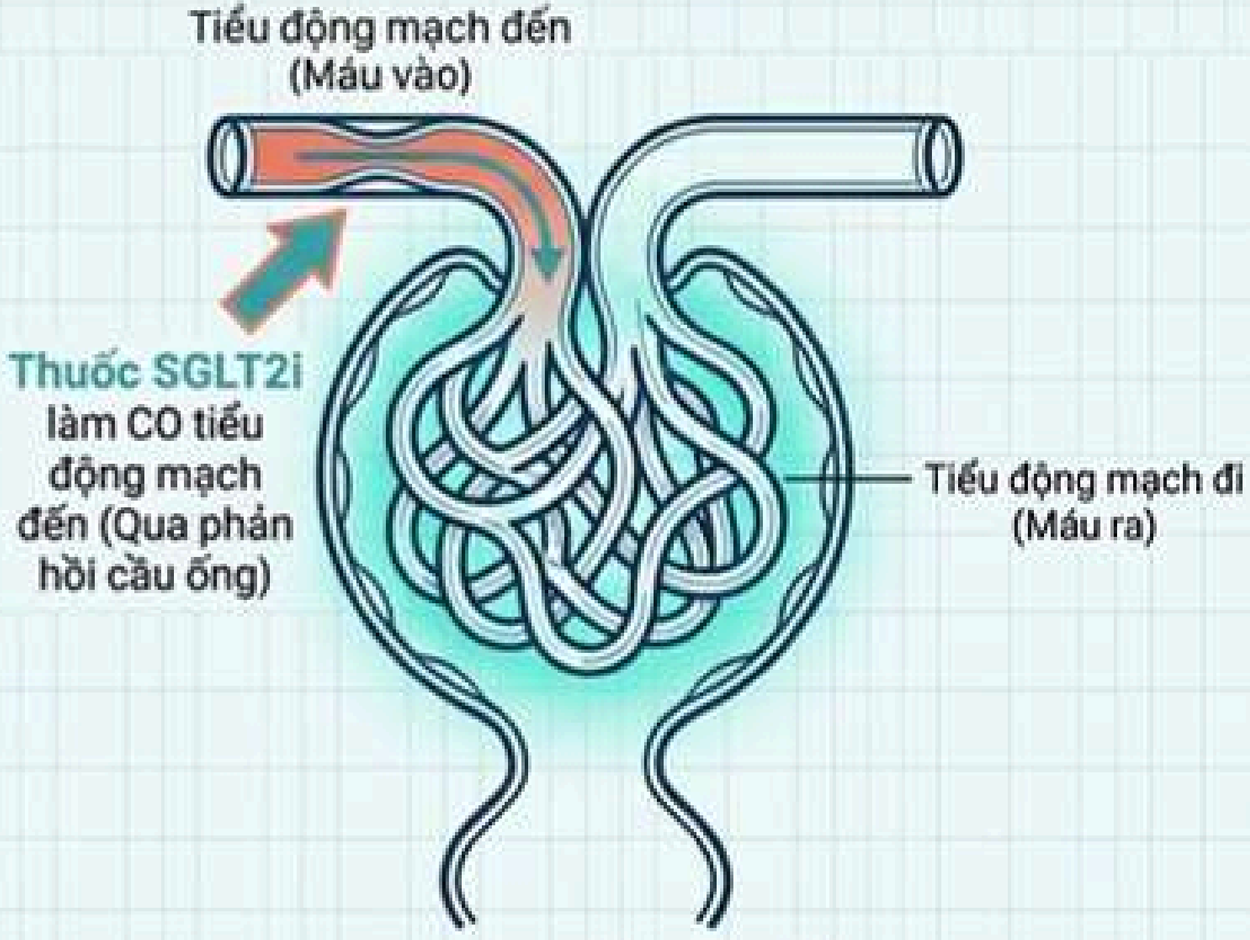
Functional Plumbing Diagram

1. **Cơ chế:** Giãn tiểu động mạch đi, dòng chảy thoát ra dễ dàng hơn.
2. **Huyết động:** Giảm áp lực thủy tĩnh nội cầu thận.
3. **Kết quả lâm sàng:** Giảm rò rỉ Protein niệu, bảo tồn cầu thận dài hạn.

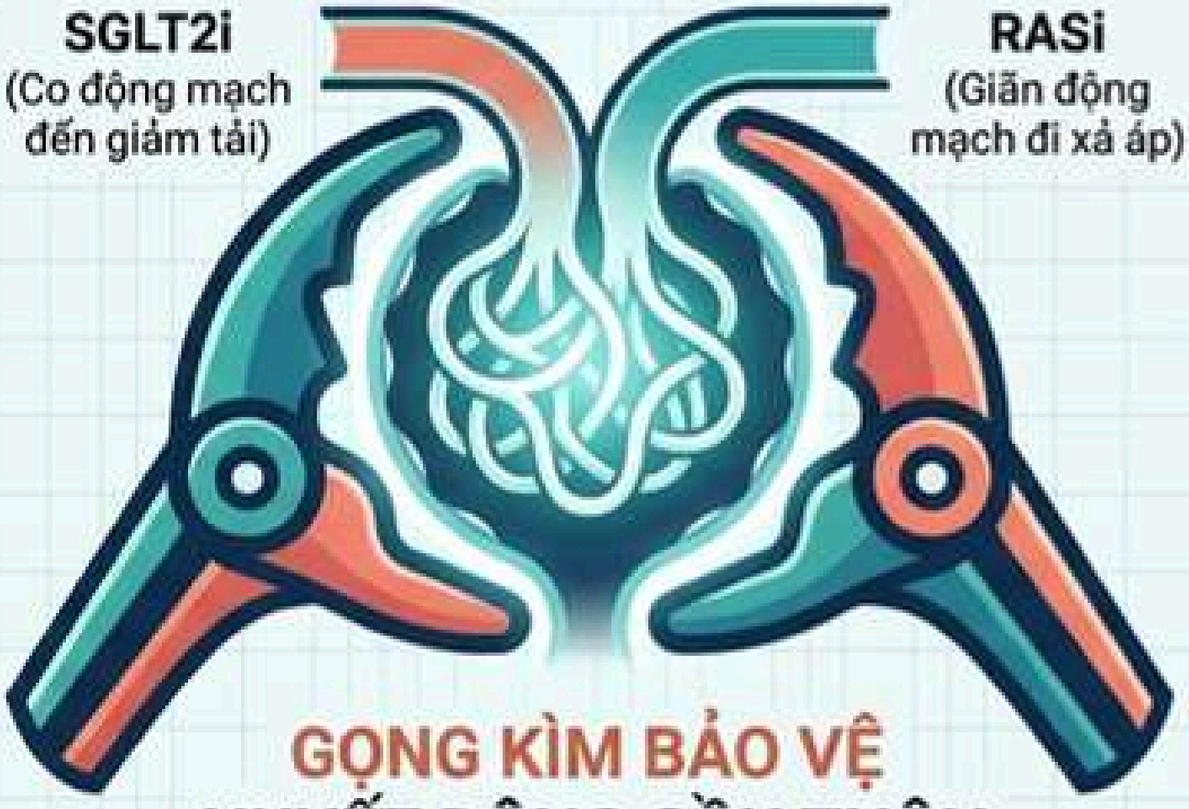
Rx Clinical Pearl Box

Chỉ định bắt buộc: Bệnh nhân có THA, ĐTĐ hoặc Protein niệu tăng. Tạm ngưng nếu eGFR giảm > 30% sau khởi trị hoặc Kali máu tăng không kiểm soát.

Trụ cột Nội khoa 2: Thuốc Ức chế SGLT2 (SGLT2i)



Kết quả: Giảm lượng máu dồn vào quá mức, giảm áp lực siêu lọc.



GỌNG KÌM BẢO VỆ
HUYẾT ĐỘNG CẦU THẬN

Áp lực cầu thận được kiểm soát tối đa, bảo vệ cấu trúc màng lọc dài hạn.

Vũ khí tối tân cho BTM kèm Đái tháo đường Týp 2

Sử dụng kết hợp trên nền tảng cơ bản (ƯCMC/ƯCTT + SGLT2i) để tối ưu hóa bảo vệ.

Nhắm trúng đích Xơ hóa & Viêm

ns-MRA (Finerenone)

Cơ chế: Ức chế thụ thể Mineralocorticoid không steroid, cắt đứt phản ứng viêm và xơ hóa mô kẽ.

Chỉ định: BTM do ĐTĐ có eGFR ≥ 25 và Albumin niệu dai dẳng dù đã dùng tối đa RASi.



Nhắm trúng đích Chuyển hóa & Tim mạch

GLP-1 RA

Cơ chế: Kiểm soát đường huyết, giảm cân nặng mạnh mẽ, chống xơ vữa động mạch.

Chỉ định: BTM kèm béo phì, cần giảm HbA1c thêm hoặc có bệnh lý tim mạch xơ vữa đi kèm.



Gemini Notebook

2.4 Kiểm soát biến chứng & các bệnh lý đồng mắc



KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP

<130/80 mmHg

Hoặc HATT <120 mmHg theo KDIGO 2024 nếu bệnh nhân dung nạp tốt



KIỂM SOÁT ĐƯỜNG MÁU

HbA1c cá thể hóa 6,5–8,0%

Thường <7%

Ưu tiên Metformin (chỉnh liều theo eGFR, ngừng khi eGFR <30) + SGLT2i



KIỂM SOÁT THIẾU MÁU

Hb khi dùng ESA: 10–12 g/dL

Tối ưu 11–12 g/dL

Bù sắt trước hoặc đồng thời với ESA

Ferritin 100–500 µg/L (chưa lọc máu), TSAT >20%

2.4 Kiểm soát biến chứng & các bệnh lý đồng mắc

Rối loạn chuyển hóa và nguy cơ cấp cứu



CKD-MBD: Rối loạn xương & khoáng xương

- Hạn chế phosphate trong chế độ ăn
- Thuốc gắn phosphate • Vitamin D hoạt tính
- Kiểm soát PTH theo giai đoạn



Tăng Kali máu

- Hạn chế Kali trong chế độ ăn
- Nhựa / polymer gắn Kali đường uống

CẤP CỨU: K+ > 7 mmol/L hoặc biến đổi ECG

Canxi Gluconate IV • Glucose + Insulin • Salbutamol khí dung



Toan chuyển hóa

HCO_3 - < 18 mmol/L

- Bổ sung Natri Bicarbonate uống

Mục tiêu HCO_3^- ≥ 22 mmol/L



Rối loạn Lipid máu

- Statin hoặc Statin + Ezetimibe

LDL-C <70 mg/dL: nguy cơ cao

LDL-C <55 mg/dL: nguy cơ rất cao

2.5 Điều trị thay thế thận

Giai đoạn cuối – G5

Khi điều trị bảo tồn không còn đủ hiệu quả

eGFR 5–7 mL/phút/1,73 m^2 hoặc triệu chứng ure máu cao nghiêm trọng



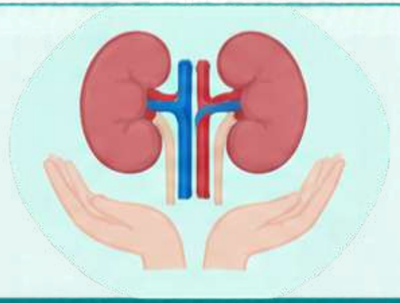
THẬN NHÂN TẠO (HD)

- Lọc máu chu kỳ tại cơ sở y tế
- Thường 3 lần/tuần, 4 giờ/lần



LỌC MÀNG BỤNG (PD)

- Lọc máu liên tục tại nhà
- Thông qua catheter ổ bụng



GHÉP THẬN

- Phương pháp điều trị tối ưu nhất
- Cải thiện chất lượng sống và thời gian sống thêm

Lựa chọn phương pháp dựa trên chỉ định, ưu tiên cá thể hóa và quyết định cùng người bệnh

TIÊU CHUẨN CHỈ ĐỊNH THẬN NHÂN TẠO / LỌC MÁU TRONG BỆNH THẬN MẠN

1. THEO EGFR

EGFR 5–7
mL/phút/1,73 m²

Chỉ định thường quy

Lập kế hoạch AVF:
EGFR <30

Bắt buộc chuẩn bị:
EGFR <15

2. LÂM SÀNG & BIẾN CHỨNG

Hội chứng ure máu cao:
Chán ăn, nôn mửa, suy dinh dưỡng; lú lẫn, co giật; xuất huyết

Quá tải thể tích:
Phù nặng, tăng huyết áp kháng trị, doạ suy tim / phù phổi cấp

Tim mạch:
Viêm màng ngoài tim do ure máu cao

Chuyển hóa:
Tăng Kali máu hoặc nhiễm toan chuyển hóa không kiểm soát nội khoa

Khi eGFR <15 mL/phút/1,73 m²

⚠ 3. LỌC MÁU CẤP CỨU — XỬ TRÍ NGAY

K*

Tăng Kali máu nặng:
K^+ >6,5–7,0 mmol/L + biến đổi ECG hoặc kháng điều trị nội khoa

Phù phổi cấp:
Quá tải dịch gây suy hô hấp cấp, không đáp ứng lợi tiểu quai liều cao

PH

Toan chuyển hóa nặng:
pH <7,10 hoặc HCO_3^- <8–10 mmol/L

2.4.1 Thiếu máu ở Bệnh nhân bệnh thận mạn

CHẨN ĐOÁN THIẾU MÁU

Nam:
Hb <13,0 g/dL

Nữ:
Hb <12,0 g/dL

THIẾU SẮT TUYỆT ĐỐI

TSAT <20% và **Ferritin <100 µg/L**
(chưa lọc máu) hoặc **<200 µg/L**
(đang lọc máu)

LIỆU PHÁP BÙ SẮT — NỀN TẢNG BẮT BUỘC

Mục tiêu: TSAT >20%

Ferritin 100–500 µg/L
(chưa lọc máu) hoặc **200–500 µg/L**
(lọc máu)

Tránh Ferritin >800 µg/L

SẮT UỐNG

BTM chưa lọc máu hoặc lọc màng bụng (PD)

SẮT TIÊM TĨNH MẠCH

BTM lọc thận nhân tạo (HD) hoặc thiếu sắt nặng

2.4.1 Thiếu máu ở Bệnh nhân bệnh thận mạn

THUỐC KÍCH THÍCH TẠO HỒNG CẦU (ESA)

CHỈ DÙNG SAU KHI ĐÃ BÙ ĐỦ SẮT
TSAT >20%, Ferritin ≥100 pg/L

Mục tiêu Hb:
10–12 g/dL

Khởi trị khi	Hb <10 g/dL
Duy trì Hb tăng ≥	1–2 g/dL/thầng
Liều dùng	Epoetin alfa/beta: 50–100 U/kg Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta: 0,6 mcg/kg mỗi 2–4 tuần

KHỐI HỒNG CẦU



CHỈ TRUYỀN KHI CẦN THIẾT

Xuất huyết cấp hoặc thiếu máu nặng không đáp ứng ESA

Tránh tạo kháng thể gây cân trở ghép thận

THUỐC HIF-PHI

THẾ HỆ MỚI

Roxadustat và các thước cũng nhóm

Thuốc uống kích thích tạo EPO nội sinh

2.4.2 Chỉ định và nguyên tắc sử dụng đạm thận (Keto-Acid) Trong bệnh thận mạn

1. ĐỐI TƯỢNG CHỈ ĐỊNH

BTM GIAI ĐOẠN 3-5 CHƯA LỌC MÁU

Chuyển hóa ổn định

PHỐI HỢP BẮT BUỘC: VLPD

Đạm từ thức ăn:
0,28-0,43 g/kg/ngày
(đưới 0,4 g/kg/ngày)

Sau bổ sung Keto-acid:
0,55-0,60 g/kg/ngày

2. MỤC ĐÍCH & NĂNG LƯỢNG

Tái sử dụng nito dư thừa để tổng hợp acid amin thiết yếu

Giảm ure máu • Làm chậm tiến triển BTM • Phòng suy dinh dưỡng đạm-năng lượng

25-35 kcal/kg/ngày

Tránh dị hóa protein nội sinh

3. LƯU Ý & CHỐNG CHỈ ĐỊNH

KHÔNG ÁP DỤNG KHI ĐÃ ĐIỀU TRỊ THAY THẾ THẬN

Thận nhân tạo / Lọc màng bụng:
cần chế độ ăn giàu đạm

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tăng canxi máu
- Suy dinh dưỡng nặng
- Nhiễm trùng cấp tính

CẦN CHỈ ĐỊNH VÀ GIÁM SÁT CHUYÊN MÔN CỦA BÁC SĨ THẬN / DINH DƯỠNG

Luật Vàng: Chức năng màng lọc giảm = Đào thải giảm. Phải **GIẢM LIỀU** hoặc **KÉO DÀI KHOẢNG CÁCH LIỀU.**

Nguyên tắc Chỉnh liều Thuốc: Tránh ngộ độc thận



Kháng sinh thải trừ qua thận

Tuyệt đối tính độ thanh thải **Creatinin (CrCl)** trước khi kê toa Aminoglycoside, Vancomycin, Penicillin.

Thuốc cản quang tĩnh mạch

Đánh giá rủi ro CI-AKI. Bù dịch đầy đủ (Nước muối sinh lý) trước và sau khi chụp nếu **eGFR < 45**.

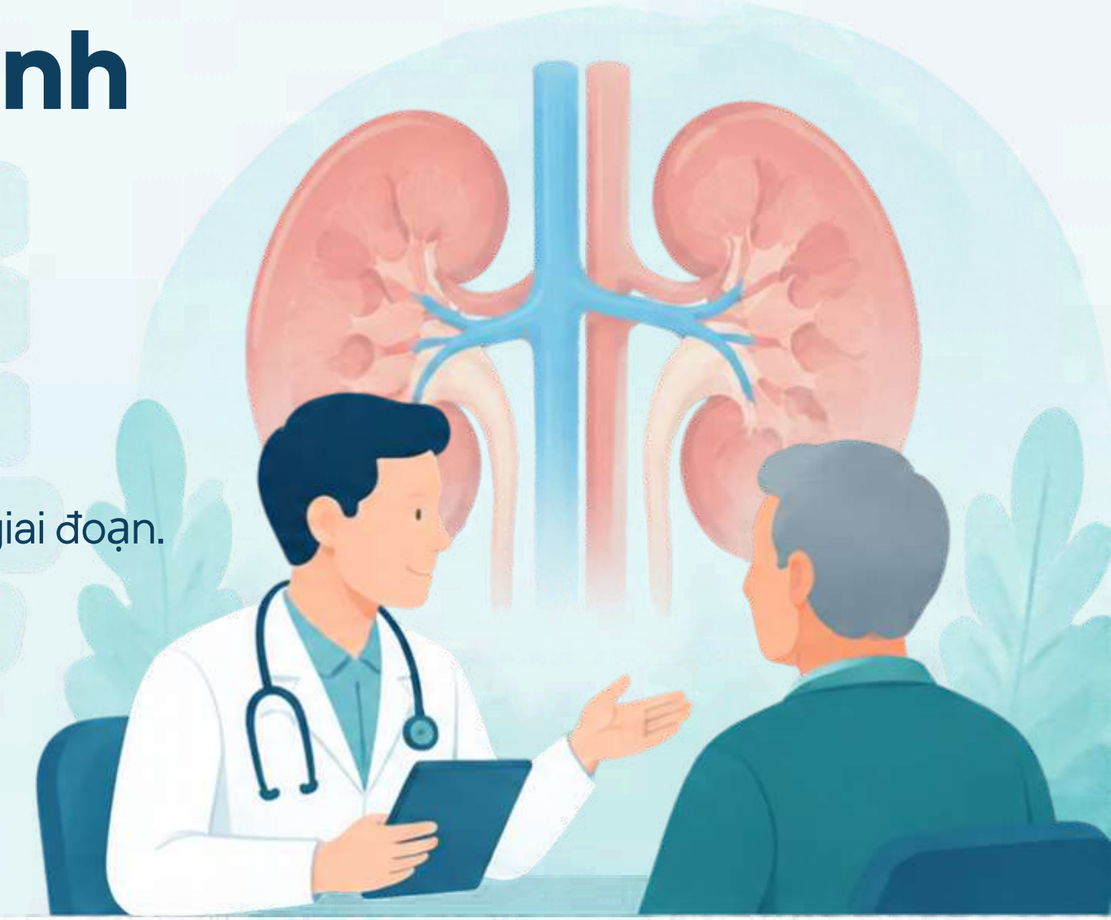
NSAIDs (Thuốc giảm đau chống viêm)

CHỐNG CHỈ ĐỊNH sử dụng dài hạn. Gây co thắt tiểu động mạch đến, làm sụp đổ áp lực lọc cầu thận.

Gemini Notebook

Mô hình chăm sóc thực hành

1. Theo dõi eGFR, UACR và xu hướng thay đổi.
2. Đánh giá huyết áp, cân nặng, phù và triệu chứng ure huyết.
3. Rà soát đường huyết, lipid và nguy cơ tim mạch.
4. Theo dõi kali, bicarbonate, huyết sắc tố, sắt và CKD-MBD theo giai đoạn.
5. Rà soát thuốc, liều thuốc và việc dùng NSAID.
6. Đánh giá dinh dưỡng, vận động và thuốc lá.
7. Lập kế hoạch chuyển tuyến và điều trị thay thế thận.





5 Điểm then chốt trong Thực hành Lâm sàng (QĐ 2388)

1

Chẩn đoán bằng Nước tiểu

Đánh giá UACR là chìa khóa phát hiện tổn thương sớm khi eGFR vẫn > 60.



2

Phân tầng Màu KDIGO

Kết hợp eGFR & Albumin để lập lịch tái khám (1-4 lần/ năm) và quyết định chuyển tuyến.



3

Gọng kìm Huyết động

ƯCMC/ƯCTT và SGLT2i là nền tảng bắt buộc để làm chậm tiến triển BTM.



4

Bảo vệ Tim là Tối thượng

Bệnh nhân thường tử vong tim mạch trước khi suy thận. Quản lý HA, Lipid cực kỳ chặt chẽ.



5

Luật "Do No Harm"

Chỉnh liều thuốc theo eGFR hiện tại. Tuyệt đối thận trọng NSAIDs và kháng sinh độc thận.



Cập nhật theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị BTM (QĐ 2388/QĐ-BYT năm 2024)