

TÌM HIỂU NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU Ở BỆNH NHÂN SAU GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị An Thủy¹, Nghiêm Trung Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Khảo sát nồng độ Acid uric máu ở bệnh nhân sau ghép thận tại Bệnh viện Bạch Mai. **(2)** Tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ Acid uric máu với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 346 bệnh nhân sau ghép thận tại phòng khám ghép thận ngoại trú - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 04/2022 đến tháng 10/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng AU máu ở 346 người bệnh sau ghép thận theo dõi tại phòng khám Ghép thận ngoại trú - Bệnh viện Bạch Mai là 49.4%. Tỷ lệ này ở nữ tương đương nam giới. Lứa tuổi thường gặp tăng AU máu là 30 – 39 tuổi. Tình trạng tăng AU máu gặp với tỷ lệ cao hơn ở nhóm có thời gian sau ghép thận từ 1-3 năm (chiếm 62.5%, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm ghép dưới 1 năm hoặc trên 3 năm). Tỷ lệ tăng AU máu ở nhóm có RL lipid máu và nhóm không dùng thuốc UCMC/UCTT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có RL lipid máu và nhóm dùng thuốc nhóm UCMC/UCTT tương ứng. MLCT trung bình ở nhóm tăng AU máu thấp hơn nhóm không tăng AU máu có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). **Kết luận:** Việc quan tâm đánh giá và điều trị tình trạng tăng Acid uric máu ở bệnh nhân sau ghép thận là một yếu tố quan trọng góp phần giữ chức năng thận ghép ổn định lâu dài. **Từ khóa:** Acid uric máu, ghép thận.

SUMMARY

STUDY OF SERUM ACID URIC LEVEL IN KIDNEY TRANSPLANTATION PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: (1) Evaluation of serum acid uric (AU) level in renal transplantation patients at Bach Mai hospital. **(2)** Study of the relationship between serum acid uric level with some clinical and subclinical factors at this group patient. **Subjects and Methods:** a cross-sectional descriptive of 346 patients after kidney transplantation at the outpatient kidney transplant clinic- at Bach Mai Hospital from April 2022 to October 2022. **Results:** The percentage of hyperuricemia in 346 patients after kidney transplantation followed up at the Outpatient Kidney Transplant clinic- at Bach Mai Hospital was 49.4%. This ratio in woman is similar to men. The most common age group to increase serum AU level is 30 – 39 years old. The status of increased serum AU level was seen at a higher rate in the group with a time of 1-3 years after kidney transplant (62.5%, statistically significant difference compared

with the transplant group less than 1 year or more than 3 years). The rate of increased serum AU level in the group with dyslipidemia and the group without ACE/ARB was statistically significantly higher than in the group without dyslipidemia and the ACE/ARB group respectively. The mean GFR in the group with hyperuricemia was statistically significantly lower than that in the group with normal serum AU levels ($p < 0.05$). **Conclusion:** Attention to assessment and treatment of hyperuricemia in patients after kidney transplantation is an important factor contributing to maintaining stable long-term kidney transplant function. **Keywords:** Acid uric level, kidney transplantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có rất nhiều nguyên nhân có thể ảnh hưởng đến đời sống của thận ghép. Ngày nay, với sự phát triển của y học ngày càng tiến bộ đã có những cải thiện đáng kể đối với tiên lượng sống ngắn hạn bằng các thuốc ức chế miễn dịch mới nhưng đời sống dài hạn của thận ghép vẫn chưa có nhiều cải thiện. Nhiều nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh vai trò của Acid uric (AU) máu trong sự tiến triển của các bệnh lý tim mạch và bệnh thận. Tăng AU máu đã chỉ ra là yếu tố nguy cơ của THA và tiến triển của bệnh thận mạn do tạo ra tình trạng viêm, gốc stress oxy hóa trong thận và rối loạn hoạt động hệ RAAS [1] [2].

Ở bệnh nhân ghép thận, tăng AU máu sau ghép khá phổ biến với tần suất từ 15.5% đến 84% tùy nghiên cứu [2]. Tăng AU máu sớm bắt đầu sau ghép 3 tháng đã chỉ ra là làm tăng nguy cơ dẫn đến suy chức năng thận ghép trong các nghiên cứu đa trung tâm. Đồng thời, việc điều trị tăng AU máu không triệu chứng lại giúp làm cải thiện bệnh nhân và sự sống sót của mô ghép. Trái lại, trong các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đã báo cáo rằng nồng độ AU máu không phải là yếu tố nguy cơ độc lập với suy thận ghép. Từ đó cho thấy kết quả về vai trò của AU trong cơ chế bệnh sinh của rối loạn chức năng thận ghép dao động và không rõ ràng. Sự cần thiết của điều trị tăng AU máu ở BN ghép thận cũng có nhiều ý kiến trái chiều. Vấn đề đặt ra là có mối liên quan giữa tăng AU máu và chức năng thận ghép hay không? Tăng AU máu có thể gây giảm MLCT ở người nhận thận ghép hay không? Liệu có thể dùng AU máu làm yếu tố nguy cơ đánh giá tiên lượng thận ghép dài hạn được không?

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Trung Dũng

Email: nghiemitrungdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 346 BN ghép thận đang được theo dõi điều trị tại phòng khám ghép thận ngoại trú- Bệnh viện Bạch Mai. Loại khỏi nghiên cứu những người bệnh: ghép hơn 1 cơ quan hoặc đang trong một đợt bệnh lý cấp tính hoặc tài thời điểm nghiên cứu nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, từ tháng 04/2022 đến tháng 10/2022.

2.2.2. Các bước tiến hành: Tất cả các BN nghiên cứu được tiến hành theo các bước thống nhất, thu thập các số liệu về:

- Hỏi bệnh: tuổi, giới, trình độ học vấn, ngày ghép thận, tiền sử THA, ĐTĐ, hút thuốc, các nhóm thuốc đang dùng, các bệnh đồng mắc.

- Khám lâm sàng: đo HA, chỉ số BMI, phát hiện các bệnh lý bất thường hiện tại.

- Xét nghiệm cận lâm sàng:

+ Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

+ Sinh hóa máu: nồng độ Ure, Creatinin, tính MLCT theo công thức CKD-EPI 2009 trên phần mềm có sẵn, Glucose, Acid uric, Cholesterol TP, Triglycerid, HDL-C, LDC-C, Tacrolimus.

2.2.3. Xử lý số liệu: số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0

2.2.4. Một số tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng AU máu: Người bệnh được chẩn đoán là tăng AU máu khi đang sử dụng thuốc hạ AU máu hoặc thỏa mãn tiêu chuẩn tăng AU máu của KDIGO 2009 khi nồng độ AU máu >420 $\mu\text{mol/l}$ đối với nam và >360 $\mu\text{mol/l}$ đối với nữ [3].

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp: theo JNC 8 năm 2014 [4].

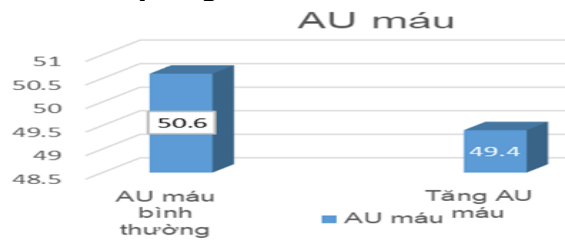
- Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường: theo ADA 2020 [5].

- Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lipid máu: khi đang dùng thuốc điều trị rối loạn lipid máu hoặc theo tiêu chuẩn của ATP III 2001 [6].

- Tiêu chuẩn chẩn đoán đa hồng cầu: theo KDIGO 2022 [7].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ tăng AU máu



Hình 3.1: Tỷ lệ tăng AU máu ở người bệnh sau ghép thận (n=346)

Nhận xét: Tỷ lệ tăng AU máu ở người bệnh sau ghép thận là 49.4 %.

3.2. Tình trạng tăng AU máu theo giới

Bảng 3.1. Tình trạng tăng AU máu theo giới

| Yếu tố | Tổng (n=346) | | Không tăng AU (n=175) | | Tăng AU (n=171) | | p | |
|--------|--------------|-------|-----------------------|-------|-----------------|-------|-------|-------|
| | n | Tỉ lệ | n | Tỉ lệ | n | Tỉ lệ | | |
| Giới | Nam | 247 | 71.4% | 125 | 50.6% | 122 | 49.4% | 0.986 |
| | Nữ | 99 | 28.6% | 50 | 50.5% | 49 | 49.5% | |

Nhận xét: Tỷ lệ tăng AU máu ở hai giới khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3. Tình trạng tăng AU máu theo giới và phân tầng theo nhóm tuổi.

Bảng 3.2. Tình trạng tăng AU máu theo giới và phân tầng theo nhóm tuổi

| Nhóm tuổi | Tổng (n=364) | Nữ | | Nam | | p |
|-----------|--------------|---------------------|---------------|---------------------|---------------|-------------|
| | | Không tăng AU n (%) | Tăng AU n (%) | Không tăng AU n (%) | Tăng AU n (%) | |
| ≤29 | 77 | 15 (50%) | 15 (50%) | 15 (31.9%) | 32 (68.1%) | 0.113 |
| 30 – 39 | 151 | 12 (35.3%) | 22 (64.7%) | 66 (56.4%) | 51 (43.6%) | 0.03 |
| 40 – 49 | 72 | 18 (72%) | 7 (28%) | 25 (53.2%) | 22 (46.8%) | 0.121 |
| 50 – 59 | 36 | 4 (57.1%) | 3 (42.9%) | 13 (44.8%) | 16 (55.2%) | 0.684 |
| ≥ 60 | 10 | 1 (33.3%) | 2 (66.7%) | 6 (85.7%) | 1 (14.3%) | 0.183 |

Nhận xét: Tỷ lệ tăng AU máu thường gặp trong nhóm từ 30 – 39 tuổi ($p < 0.05$).

3.4. Tình trạng tăng AU máu và thời gian sau ghép thận

Bảng 3.3. Tình trạng tăng AU máu và thời gian sau ghép thận

| Yếu tố | Tổng (n=346) | | Không tăng AU (n = 175) | | Tăng AU (n = 171) | | p |
|------------|--------------|-------|--------------------------|-------|--------------------|-------|--------------|
| | n | Tỉ lệ | n | Tỉ lệ | n | Tỉ lệ | |
| ≤ 12 tháng | 19 | 100% | 14 | 73.7% | 5 | 26.3% | 0.004 |

| | | | | | | |
|----------------------|-----|------|-----|-------|-----|--------------|
| 13-36 tháng | 88 | 100% | 33 | 37.5% | 55 | 62.5% |
| > 36 tháng | 239 | 100% | 128 | 53.6% | 111 | 46.4% |

Nhận xét: Tình trạng tăng AU máu gặp với tỉ lệ cao hơn ở nhóm có thời gian sau ghép thận từ 1-3 năm (chiếm 62.5%) khác biệt so với 2 nhóm còn lại với $p < 0.05$.

3.5. Tình trạng tăng AU máu và một số bệnh đồng mắc

Bảng 3.4. Tình trạng tăng AU máu và một số bệnh đồng mắc

| Bệnh đồng mắc | | Tổng (N = 346) | | Không tăng AU (n = 175) | | Tăng AU (n = 171) | | p |
|--------------------|-------|----------------|-------|-------------------------|-------|-------------------|-------|--------------|
| | | n | Tỉ lệ | n | Tỉ lệ | n | Tỉ lệ | |
| Tăng huyết áp | Có | 223 | 100% | 116 | 52% | 107 | 48% | 0.471 |
| | Không | 123 | 100% | 59 | 48% | 64 | 52% | |
| Rối loạn lipid máu | Có | 126 | 100% | 53 | 42.1% | 73 | 57.9% | 0.017 |
| | Không | 220 | 100% | 122 | 55.5% | 98 | 44.5% | |
| Đái tháo đường | Có | 32 | 100% | 18 | 56.2% | 14 | 43.8% | 0.501 |
| | Không | 314 | 100% | 157 | 50% | 157 | 50% | |
| Đa hồng cầu | Có | 22 | 100% | 11 | 50% | 11 | 50% | 0.955 |
| | Không | 324 | 100% | 164 | 50.6% | 160 | 49.4% | |

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tăng AU máu giữa nhóm bệnh nhân có và không có tình trạng rối loạn lipid máu với $p < 0.05$.

3.6. Tình trạng tăng AU máu và một số nhóm thuốc đang dùng

Bảng 3.5. Tình trạng tăng AU máu và một số nhóm thuốc đang sử dụng

| Thuốc/Nhóm thuốc | Có dùng | | Không dùng | | p |
|------------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|--------------|
| | Không tăng AU | Tăng AU | Không tăng AU | Tăng AU | |
| MMF/MPA | 171 (50.1%) | 170 (49.9%) | 4 (80%) | 1 (20%) | 0.372 |
| UCMC/UCTT | 59 (60.8%) | 38 (39.2%) | 116 (46.6%) | 133 (53.4%) | 0.017 |
| Losartan | 7 (41.2%) | 10 (58.8%) | 168 (51.1%) | 161 (48.9%) | 0.427 |
| Chẹn kênh calci | 65 (56%) | 51 (44%) | 110 (47.8%) | 120 (52.2%) | 0.149 |
| Statin | 3 (75%) | 1 (25%) | 172 (50.3%) | 170 (49.7%) | 0.623 |

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tăng AU máu giữa nhóm bệnh nhân có dùng và không dùng thuốc nhóm UCMC/UCTT với $p < 0.05$.

3.7. Tình trạng tăng AU máu và eGFR

Bảng 3.6. Tình trạng tăng AU máu và eGFR

| Chỉ số | n | Tổng ($\bar{x} \pm SD$) | Không tăng AU ($\bar{x} \pm SD$) | Tăng AU ($\bar{x} \pm SD$) | p |
|---------------------------------|-----|---------------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------|
| eGFR | 346 | 73.78 \pm 20.91 | 80.38 \pm 18.74 | 67.02 \pm 20.89 | <0.001 |
| eGFR \geq60 | 259 | 82.70 \pm 15.26 | 85.26 \pm 15.20 | 79.17 \pm 14.68 | 0.001 |
| eGFR <60 | 87 | 47.21 \pm 10.07 | 51.11 \pm 8.35 | 45.64 \pm 10.33 | 0.021 |

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ eGFR trung bình giữa hai nhóm tăng AU máu và không tăng AU máu với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Khảo sát nồng độ AU máu ở BN sau ghép thận. Tỉ lệ tăng AU máu sau ghép thận ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là 49.4 % (Hình 3.1). Nghiên cứu của tác giả Lê Việt Thăng trên 115 bệnh nhân sau ghép thận tại BV Quân Y 103 cũng cho thấy tỉ lệ tăng AU máu chiếm 47% [8]. Tác giả Sang Il Min và cs trong nghiên cứu trên 281 người nhận thận ghép cũng cho thấy tỉ lệ tăng AU máu là 43.1% [9]. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ tăng AU máu ở người nhận thận ghép từ 19% - 55% ở những bệnh nhân dùng thuốc UCMD không bao gồm Cyclosporin A (CsA) và từ 30% - 84% ở

những bệnh nhân điều trị với CsA [10].

Khi đánh giá tình trạng tăng AU máu theo giới, kết quả từ bảng 3.1 cho thấy tỉ lệ tăng AU máu ở hai giới nam và nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong đó, tỉ lệ tăng AU máu ở nam và nữ là tương đương nhau 49.4% và 49.5%. Kết quả này tương tự so với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Duy Thái nghiên cứu trên 485 bệnh nhân tại Bệnh viện Việt Đức cho thấy tỉ lệ tăng AU máu ở hai giới nam và nữ khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$ [11]. Về tình trạng tăng AU máu theo nhóm tuổi, kết quả từ bảng 3.2 cho thấy tỉ lệ tăng AU máu trong nhóm từ 30 - 39

tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$, trong đó tỉ lệ bệnh nhân nữ tăng AU máu cao hơn nam tăng AU máu (64.7% so với 43.6%) ở lứa tuổi này. Kết quả này khác biệt so với kết quả của tác giả Hoàng Duy Thái nghiên cứu trên 485 bệnh nhân tại Bệnh viện Việt Đức cho thấy lứa tuổi thường gặp gây tăng AU máu là nam giới (chiếm 90 – 95%) trong độ tuổi 30- 50 [11]. Điều này có thể lý giải do độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu của tác giả cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Lứa tuổi thường gặp có tình trạng tăng AU máu trong nghiên cứu của chúng tôi thường gặp là 30 – 39 tuổi, đây là lứa tuổi lao động chính, do đó phù hợp với nguyên nhân gây tăng AU máu liên quan đến chế độ ăn nhiều đạm, lạm dụng rượu bia, ...

Nhằm đánh giá thời gian sau ghép có liên quan đến việc bệnh nhân bị tăng AU máu hay không? Kết quả từ bảng 3.3 cho thấy nhóm có thời gian sau ghép từ 1-3 năm có tỉ lệ BN tăng AU máu cao hơn 2 nhóm còn lại (62.5% so với 26.3 và 46.4%). Kết quả này có thể là do khoảng thời gian 1-3 sau ghép người bệnh nhận thấy chức năng thận ghép ổn định nên chế độ ăn uống sinh hoạt thoải mái hơn. Bên cạnh đó, nhóm có thời gian sau ghép trên 3 năm cũng có tỉ lệ tăng AU máu cũng khá cao, chiếm 46.4%. Kết quả này cũng tương tự kết quả trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Duy Thái cho thấy tỉ lệ tăng AU máu sau ghép 3 năm chiếm 46.1% [6]. Điều này có thể do thời gian ghép thận lâu hơn dẫn đến sự tích lũy lâu dài các tổn thương lên thận ghép dẫn đến giảm eGFR như là một quá trình tự nhiên của bệnh thận mạn.

4.2. Tình trạng tăng AU máu và một số yếu tố liên quan ở BN sau ghép thận. Tăng AU máu được xem như một trong những bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp trên lâm sàng, do đó chúng tôi cũng tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng tăng AU máu với một số bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp. Kết quả từ bảng 3.4 cho thấy nhóm có RLLM có 57.9% BN tăng AU máu, trong khi đó nhóm không có RLLM có 44.5% BN tăng AU máu. Tỉ lệ tăng AU máu giữa 2 nhóm bệnh nhân có và không có tình trạng THA, ĐTĐ, Đa hồng cầu khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của Saggiani F và Dilati S (1986) cho thấy 31.2% người bệnh có tăng lipid máu kèm theo tăng AU máu. Phần lớn người bệnh có nồng độ Triglycerides $> 2.3 \mu\text{mol/L}$ thường có nồng độ AU máu tăng.

Tìm hiểu tình trạng tăng AU máu với một số thuốc thường dùng sau ghép thận có thể mang lại những ích lợi cho thực hành lâm sàng. Đặc

biệt nhóm Losartan đã được nghiên cứu cho thấy hiệu quả làm giảm AU máu trong điều trị do cơ chế ức chế sự tái hấp thu AU tại ống lượn gần tương tự Probenecid. Kết quả từ bảng 3.5 cho thấy nhóm BN có dùng thuốc UCMC/UCTT thì tỉ lệ BN có tăng AU máu thấp hơn (39.2% so với 60.8%) và trong nhóm BN không dùng thuốc UCMC/UCTT thì tỉ lệ BN tăng AU máu cao hơn (53.4% so với 46.6%). Tuy nhiên, tỉ lệ tăng AU máu giữa 2 nhóm bệnh nhân có dùng và không dùng thuốc Losartan khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Kết quả này có thể do số lượng bệnh nhân dùng Losartan trong nghiên cứu của chúng tôi không nhiều (chỉ có 17/346 BN) do đó chưa thể thấy rõ được sự khác biệt về nồng độ AU máu khi dùng thuốc Losartan này.

Tại thận, AU được lọc hoàn toàn ở cầu thận đồng thời bài tiết và tái hấp thu ở ống thận, khi eGFR suy giảm sẽ làm tăng nồng độ AU máu của người bệnh. Do đó, ở người bệnh ghép thận, tình trạng này cũng không phải là ngoại lệ. Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.6) cũng cho thấy nhóm tăng AU máu có MLCT (eGFR) trung bình thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tăng AU máu (67.02 ± 20.89 so với 80.38 ± 18.74). Điều đó cho thấy khi MLCT càng giảm thì tỉ lệ người bệnh có tăng AU máu càng cao. A.Haririan và cs trong nghiên cứu trên 488 BN ghép thận cũng cho kết quả tương tự và cho thấy AU máu có mối liên quan độc lập với tăng nguy cơ của mất tạng ghép ($p = 0.003$), tác giả cũng quan sát thấy mối liên quan đáng kể giữa nồng độ AU máu và sự sống sót của tạng ghép. Đáng chú ý là tác giả nhận thấy cứ tăng thêm 1 md/dl của AU máu sẽ tăng thêm 15% nguy cơ mất tạng ghép với eGFR quanh giá trị 25 ml/ph [1]. Sang Il Min và cs trong nghiên cứu trên 281 người nhận thận ghép cho thấy tăng AU máu từ trung bình đến nặng khởi phát sớm là yếu tố nguy cơ đáng kể của bệnh thận ghép mạn tính ($p = 0.035$) và chức năng thận ghép tồi hơn ($p = 0.026$). Từ đó các tác giả đều nhận thấy tăng AU máu khởi phát sớm mức độ từ trung bình đến nặng có thể là 1 marker của rối loạn chức năng thận ghép dài hạn, thậm chí là suy thận ghép [4].

V. KẾT LUẬN

Tăng Acid uric máu sau ghép là khá phổ biến ở người bệnh sau ghép thận, đặc biệt là thời điểm từ 1 – 3 năm sau ghép. Từ mối liên quan giữa tăng AU máu và eGFR cho thấy tăng AU máu là yếu tố nguy cơ đáng kể của bệnh thận ghép mạn tính và suy chức năng thận ghép. Do đó, quan tâm đánh giá và điều trị tình trạng tăng

Acid uric máu ở bệnh nhân sau ghép thận là một yếu tố quan trọng góp phần giữ chức năng thận ghép ổn định lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Haririan A, Metireddy M, Cangro C, et al.** Association of Serum Uric Acid With Graft Survival After Kidney Transplantation: A Time-Varying Analysis: Uric Acid and Kidney Transplantation. *American Journal of Transplantation*. 2011; 11(9):1943-1950.
2. **Isakov O, Patibandla BK, Shwartz D, Mor E, Christopher KB, Hod T.** Can uric acid blood levels in renal transplant recipients predict allograft outcome? *Renal Failure*. 2021; 43(1):1240-1249.
3. **Special Issue:** KDIGO Clinical Practice Guideline for the Care of Kidney Transplant Recipients. *American Journal of Transplantation*. 2009; 9(s3):S1-S155.
4. **James PA, Oparil S, Carter BL, et al.** 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014; 311(5):507-520.
5. **American Diabetes Association.** 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*. 2020; 43(Suppl 1):S14-S31.
6. **Fedder DO, Koro CE, L'Italien GJ.** New National Cholesterol Education Program III guidelines for primary prevention lipid-lowering drug therapy: projected impact on the size, sex, and age distribution of the treatment-eligible population. *Circulation*. 2002; 105(2):152-156.
7. **KDIGO Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease Guideline Summary.** Accessed March 18, 2022. <https://www.guidelinecentral.com/guideline/25092/>
8. **Lê Việt Thắng, Nguyễn Đức Lộc, Đào Bùi Quý Quyền.** Khảo sát yếu tố độc lập tiên lượng tăng nồng độ CRP-hs và Acid uric huyết tương ở bệnh nhân sau ghép thận. *Tạp chí Nội khoa Việt Nam*. 2020;18:38-43.
9. **Min SJ, Yun JI, Kang JM, et al.** Moderate-to-severe early-onset hyperuricaemia: a prognostic marker of long-term kidney transplant outcome. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2009; 24(8):2584-2590.
10. **Stamp LK, Day RO, Yun J.** Allopurinol hypersensitivity: investigating the cause and minimizing the risk. *Nat Rev Rheumatol*. 2016; 12(4):235-242.

TỈ LỆ SUY DINH DƯỠNG Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI DÂN TỘC S'TIÊNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI XÃ NGHĨA BÌNH, HUYỆN BÙ ĐĂNG, TỈNH BÌNH PHƯỚC NĂM 2022

Phạm Thị Vân Phương¹, Trần Văn Nhi¹, Nguyễn Duy Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ suy dinh dưỡng (SDD) và các yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi dân tộc S'Tiêng xã Nghĩa Bình, huyện Bồ Đăng, tỉnh Bình Phước năm 2022. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 283 trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc S'Tiêng tại xã Nghĩa Bình, huyện Bồ Đăng, tỉnh Bình Phước năm 2022. Dữ liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp dựa vào bộ câu hỏi soạn sẵn bao gồm các thông tin về đặc điểm nhân trắc của trẻ, đặc điểm của mẹ và thực hành chăm sóc trẻ của mẹ. **Kết quả:** Tỉ lệ SDD thể nhẹ cân là 21,7%, SDD thể thấp còi chiếm 24,7% và SDD thể gầy còm là 37,5%. Các yếu tố có liên quan đến SDD ở trẻ là tháng tuổi của trẻ, tuổi của mẹ, học vấn của mẹ, thu nhập gia đình, thời điểm ăn dặm, số bữa ăn dặm, thực phẩm ăn dặm, bú mẹ trong giờ đầu, bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, uống vitamin A, xổ giun định kì ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỉ lệ SDD của trẻ dưới 5 tuổi dân

tộc S'Tiêng là khá cao. Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ và chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ của bà mẹ là những yếu tố cần được quan tâm can thiệp nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng ở trẻ.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, trẻ em dưới 5 tuổi, dân tộc S'Tiêng

SUMMARY

MALNUTRITION RATE IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD S'TIENG ETHNIC GROUP AND RELATED FACTORS IN NGHIA BINH COMMUNE, BU DANG DISTRICT, BINH PHUOC PROVINCE IN 2022

Objectives: To determine the prevalence of malnutrition and related factors in children under 5 years old of the S'Tieng ethnic group in Nghia Binh commune, Bu Dang district, Binh Phuoc province in 2022. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted on 283 children under 5 years old of the S'Tieng ethnic group in Nghia Binh commune, Bu Dang district, Binh Phuoc province in 2022. Data were collected by face-to-face interviews based on a set of prepared questionnaires including information on the child's anthropometric characteristics, mother's characteristics and mother's child care practices. **Results:** The rate of underweight

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Vân Phương

Email: phamphuong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023