

TỈ LỆ SUY DINH DƯỠNG THẤP CÒI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ BỊ HỘI CHỨNG THẬN HƯ

Nguyễn Thị Thu Hậu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) thấp còi và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhi bị hội chứng thận hư (HCTH) đang điều trị tại khoa Thận - Nội tiết Bệnh viện Nhi Đồng 2 (BVNĐ2).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 53 bệnh nhi được chẩn đoán mắc HCTH đang điều trị tại khoa Thận – Nội tiết BVNĐ2 từ 25/4 đến 26/6 năm 2022.

Kết quả: Tỷ lệ SDD thấp còi là 34%, mức độ vừa là 20,8% , mức độ nặng 13,2%. Tỷ lệ thiếu chiều cao: 30,2%. Có mối liên hệ giữa SDD thấp còi với các yếu tố: chẩn đoán kháng corticoid (OR=3,96, p<0.001), albumin huyết thanh giảm (OR=8,03, p=0,003), số lần nhập viện trước đây > 2 lần từ khi mắc HCTH (OR=1,09, p=0,035), đáp ứng calci từ khẩu phần ăn >50% nhu cầu (OR=0,28, p = 0,001)

Kết luận: SDD thấp còi và thiếu chiều cao thường gặp ở trẻ mắc HCTH. Những trẻ có kháng corticoid, giảm albumin và nhập viện nhiều lần nên được can thiệp sớm để giảm tỉ lệ thấp còi. Cần truyền thông, tư vấn cho gia đình và cả trẻ về chế độ dinh dưỡng hợp lý, tăng cung cấp đủ canxi từ khẩu phần ăn hàng ngày.

Từ khóa: hội chứng thận hư, thấp còi, chế độ ăn điều trị, cung cấp canxi.

SUMMARY

PREVALENCE OF STUNTING AND RELATED FACTORS IN CHILDREN WITH NEPHROTIC SYNDROME

Objective: To determine the prevalence of malnutrition and stunting and related factors among pediatric nephrotic syndrome patients undergoing treatment at the Department of Nephrology - Endocrinology at Children's Hospital 2 (CH2).

Subjects and Methods: A cross-sectional study was conducted on 53 pediatric patients diagnosed with nephrotic syndrome at the Department of Nephrology - Endocrinology, CH2, from April 25 to June 26, 2022.

Results: The prevalence of stunting was 34%, with moderate stunting at 20.8% and severe stunting at 13.2%. The rate of height deficiency was 30.2%. There was a significant association between malnutrition and stunting with several factors: resistance to corticosteroids (OR=3.96, p<0.001), decreased serum albumin (OR=8.03, p=0.003), more than two prior hospital admissions since nephrotic syndrome diagnosis (OR=1.09, p=0.035), and calcium intake from diet >50% of the requirement (OR=0.28, p=0.001).

Conclusion: Malnutrition and stunting are common in children with nephrotic syndrome. Those with corticosteroid resistance, decreased albumin levels, and frequent hospital admissions should be targeted early for interventions to

¹Bệnh viện Nhi đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hậu

ĐT: 0913724799

Email: thuhaunt@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/6/2024

Ngày phản biện khoa học: 17/6/2024

Ngày duyệt bài: 27/6/2024

reduce stunting rates. Communication and dietary counseling for both the family and children are essential to ensure adequate daily dietary calcium intake.

Keywords: nephrotic syndrome, stunting, dietary regimen, calcium supplementation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư (HCTH) là bệnh lý thận phổ biến nhất ở trẻ em hiện nay. Trẻ em mắc HCTH được điều trị trong thời gian dài bởi thuốc và thay đổi chế độ ăn sẽ có nguy cơ ảnh hưởng lên chiều cao của trẻ dẫn đến tình trạng SDD thấp còi ở trẻ.

Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về tình trạng SDD chiều cao ở bệnh nhi HCTH tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ SDD thấp còi và khảo sát 1 số yếu tố liên quan ở bệnh nhi HCTH đang điều trị tại khoa Thận - Nội tiết bệnh viện Nhi Đồng 2, làm tiền đề cho các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn và là cơ sở cho việc xây dựng các hướng dẫn dinh dưỡng phù hợp hơn để cải thiện tình trạng SDD thấp còi ở trẻ HCTH.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng nghiên cứu: trẻ mắc HCTH điều trị tại khoa Thận Nội tiết BVND 2

2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu: tất cả trẻ mắc HCTH điều trị tại khoa Thận Nội tiết BVND 2, gia đình chấp thuận tham gia nghiên cứu, kí vào bảng đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ dị dạng cột sống, dị dạng xương, không đo được chiều cao. Bệnh nhân có các bệnh lý nền nặng khác như bệnh tim, gan mật, ung bướu huyết học.

2.4. Cỡ mẫu: tính theo công thức ước lượng 1 tỉ lệ

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

α : sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$: trị số từ phân phối chuẩn,

Z: độ tin cậy 95%

p: trị số suy dinh dưỡng thấp còi theo y văn là 14.75% (tỉ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ HCTH theo nghiên cứu của Adaobi U Solarin) [1] → chọn p = 0,1475

d: sai số của ước lượng, chọn d = 0,1

n=49. Cỡ mẫu là 49 bệnh nhi.

2.5. Thu thập và xử lý số liệu:

Phỏng vấn trực tiếp người giám hộ của trẻ bằng bộ câu hỏi nghiên cứu.

Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiDATA 3.1 và phần mềm Eiyokun

Xử lý và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Stata 16.0, sử dụng phần mềm Who anthro/Who anthro plus để xử lý kết quả nhân trắc, tính tỷ lệ SDD thấp còi

- Biến mô tả: Đối với biến số nhị giá, thứ tự, danh định: báo cáo phân bố tần số và tỉ lệ phần trăm. Đối với biến số định lượng có phân phối bình thường: báo cáo trung bình và độ lệch chuẩn. Đối với biến số định lượng có phân phối không bình thường: báo cáo trung vị và khoảng tứ phân vị.

- Biến phân tích:

Biến phụ thuộc của nghiên cứu: Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi, tính bằng chỉ số chiều cao theo tuổi và giới (CC/T)

Các biến số độc lập bao gồm: Tuổi, Nhóm tuổi, Giới tính, Chiều cao, số lần tái phát, số đợt nhập viện trước đây từ khi bị HCTH, thời gian phát hiện bệnh, chỉ số albumin huyết thanh, tăng huyết áp, phù, có kháng corticoid, có suy thận mạn, lượng

calci từ khẩu phần ăn, ăn lạt, ăn hạn chế cholesterol.

Sử dụng kiểm định Chi bình phương để xét mối liên quan giữa giới tính, nhóm tuổi, chẩn đoán kháng corticoid, chẩn đoán suy thận mạn, albumin huyết thanh, số đợt nhập viện trước đây từ khi bị HCTH, thời gian mắc bệnh, mức đáp ứng nhu cầu calci với tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi. Nếu trên 20% tổng số các ô vọng trị nhỏ hơn 5 hoặc có 1 ô giá trị < 1 thì sử dụng kiểm định Fisher. Ước lượng mối liên quan bằng tỉ số tỉ lệ hiện mắc (PR – Khoảng tin cậy 95%).

Sử dụng hồi quy Poisson để xét mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi với các biến số định lượng: số đợt nhập viện trước đây từ khi bị HCTH, thời gian mắc bệnh, lượng calci trung bình trong khẩu phần ăn một ngày và từ lượng thuốc bổ sung, phần

trăm đáp ứng nhu cầu calci ở trẻ. Ước lượng mối liên quan bằng tỉ số tỉ lệ hiện mắc (PR – Khoảng tin cậy 95%).

Chọn mức ý nghĩa thống kê là $\alpha = 0,05$, đồng nghĩa giá trị p của các kiểm định rằng $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

2.6. Y đức: Giấy chấp thuận đề cương nghiên cứu số 409/GCN-BVNĐ 2 ngày 31/5/2022 của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của BVNĐ2

Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị của bệnh nhân.

Người giám hộ trẻ được giải thích về mục đích và quá trình tiến hành nghiên cứu, được thông báo về những lợi ích, nguy cơ và bất lợi từ nghiên cứu.

Thông tin định danh bệnh nhân được mã hóa và bảo mật hoàn toàn. Dữ liệu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện lấy mẫu từ 25/4 đến 26/6 năm 2022, thu thập được 53 mẫu

3.1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm của dịch tễ học đối tượng nghiên cứu (n=53)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Giới tính		
Nữ	16	30,2
Nam	37	69,8
Tuổi của trẻ	$8,89 \pm 3,85 (0 - 15) *$	
Nhóm tuổi		
<1 tuổi	1	1,9
1-5 tuổi	11	20,8
6-10 tuổi	19	33,9
>10 tuổi	22	41,5

*Trung bình \pm Độ lệch chuẩn (Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất)

Trẻ nam chiếm 69,8% cao hơn trẻ nữ. Trẻ trong độ tuổi trên 10 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (41,5%), trẻ dưới 1 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (1,9%).

3.2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi

Bảng 2: Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ hội chứng thận hư (n=53)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
SDD thấp còi (n = 53)		
Bình thường (CC/T > -1SD)	19	33,9
Thiếu chiều cao (-2SD ≤ CC/T < -1SD)	16	30,2
SDD vừa (-3SD ≤ CC/T < -2SD)	11	20,8
SDD nặng (CC/T < -3SD)	7	13,2

3.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng SDD thấp còi của trẻ

Bảng 3: Mối liên quan giữa đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu với tình trạng SDD thấp còi (n=53)

Đặc điểm	SDD thấp còi		P	PR (KTC 95%)
	Có SDD Tần số (%) n = 18	Không SDD Tần số (%) n = 35		
Chẩn đoán kháng corticoid				
Không	5 (15,6)	27 (84,4)	<0,001	3,96 (1,81 – 8,67)
Có	13 (61,9)	8 (38,1)		
Chẩn đoán suy thận mạn				
Không	16 (31,4)	35 (68,6)	0,111 ^f	3,19 (1,02– 9,98)
Có	2 (100)	0 (0)		
Albumin huyết thanh				
Bình thường	1 (5,9)	16 (94,1)	0,003	8,03 (2 – 32,21)
Dưới mức trung bình	17 (47,2)	19 (52,8)		
Số lần nhập viện trước đây từ khi mắc HCTH (lần)	4,5 (2 – 7) **	3 (1 – 5) **	0,035 ^h	1,09 (1,01 – 1,17)
≤ 2 lần	7 (29,2)	17 (70,8)	0,502	1,3 (0,6 - 2,83)
>2 lần	11 (37,9)	18 (62,1)		
Thời gian mắc bệnh (tháng)	46,5 (14 – 84) **	32 (8 - 48) **	0,047 ^h	1,01 (1,00 – 1,02)
≤ 2 năm	7 (31,8)	15 (68,2)	0,781	1,12 (0,51 – 2,43)
>2 năm	11 (35,5)	14 (64,5)		
Cung cấp >50% nhu cầu canxi qua chế độ ăn				
Không đạt	7 (87,5)	1 (12,5)	0,001	0,28 (0,14 – 0,58)
Đạt	11 (24,4)	34 (75,6)		

**Trung vị (Khoảng tứ phân vị),

^f: Kiểm định chính xác Fisher, ^h: hồi quy Poisson

Trẻ kháng corticoid có tỷ lệ SDD thấp còi bằng 3,96 lần so với trẻ không có chẩn đoán kháng corticoid, với KTC 95% (1,81 – 8,67), p < 0,001. Trẻ có mức albumin huyết thanh thấp dưới mức trung bình có tỷ lệ SDD thấp

còi bằng 8,03 lần so với trẻ có mức albumin bình thường, với KTC 95% (2 – 32,21), p = 0,003. Giữa 2 trẻ có số lần nhập viện được chẩn đoán mắc HCTH trước đây hơn kém nhau 1 lần thì trẻ có số lần nhập viện lớn hơn

sẽ có tỉ số tỉ lệ hiện mắc SDD thấp còi bằng 1,09 lần so với trẻ có số lần nhập viện ít hơn với KTC 95% (1,01 – 1,17), $p = 0,035$. 2 bệnh nhi có thời gian mắc bệnh hơn kém nhau 1 tháng thì bệnh nhi có thời gian mắc bệnh lớn hơn sẽ có tỉ số tỉ lệ hiện mắc suy dinh dưỡng thấp còi bằng 1,01 lần so với bệnh nhi có thời gian mắc bệnh nhỏ hơn, với PR = 1,01 KTC 95% (1,00 – 1,02), $p = 0,047$. Đáp ứng trên 50% nhu cầu calci từ chế độ ăn ở nhóm trẻ SDD thấp còi bằng 0,28 lần trẻ không thấp còi với KTC 95% (0,14 – 0,58), $p = 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Tuổi trung bình của trẻ trong nghiên cứu là $8,89 \pm 3,85$ tuổi, tương tự tác giả Vũ Thị Chi và cs (2020 – 2021) ^[1] thực hiện trên 52 trẻ em điều trị tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh với tuổi trung bình là 6,75 tuổi, tác giả Nguyễn Ngọc Rạng và cộng sự (2018) cũng cho thấy tuổi mắc bệnh trung bình là $7,75 \pm 3,7$ tuổi ^[2] và kết quả của Adaobi và cộng sự (2018) thực hiện trên 61 bệnh nhi tại phòng khám chuyên khoa thận của Bệnh viện Giảng dạy Đại học Bang Lagos, Ikeja với tuổi trung bình là $6,73 \pm 3,52$ tuổi ^[5]

Tỷ lệ HCTH ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam chiếm tới 69,81% (tỷ lệ nam/nữ là 2,31/1). Trong nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Chi và cs (2020 – 2021) là 2,05/1 (với 17 nữ và 35 nam), của Zhonghua Er Ke Za Zhi (2014) tại Trung Quốc là 3,2/1, của Adaobi (2018) là 2,05/1 (với 41 trẻ nam và 20 trẻ nữ) ^[1,3,5].

4.2. Tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ bị HCTH điều trị nội trú tại Nhi đồng 2

Trẻ mắc HCTH dễ bị thiếu cả chất dinh dưỡng vi lượng và chất dinh dưỡng đa lượng, có nguy cơ tăng trưởng kém, suy giảm khối

lượng cơ và chậm tăng chiều cao. SDD trong HCTH xảy ra do quá trình bệnh, chế độ ăn uống kém và liệu pháp steroid, góp phần làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ mắc HCTH

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ SDD thấp còi là 33,96%, cao hơn so với nghiên cứu của Adaobi và cộng sự (2018) là 14,75% do đối tượng của chúng tôi đa số là bệnh nhân nhập viện, có nhiều trường hợp tái phát hay có biến chứng nên nặng hơn bệnh nhi ngoại trú. Nghiên cứu của Gertruida van Biljon trên 358 bệnh nhi tại Nam Phi với 24,6 % trẻ bị SDD thể thấp còi, nghiên cứu của Njugunah E, vào năm 2012 trên 62 trẻ phòng khám Thận Bệnh viện Quốc gia Kenyatta ghi nhận trên bệnh nhi ngoại trú t tỷ lệ thấp còi là 24,4% với tỷ lệ thấp còi nặng là 8%. Nghiên cứu của Miliete và cộng sự (2019), trong 174 bệnh nhi tại Ethiopia, thấp còi chiếm 26,4% và trẻ bị SDD có nguy cơ tái phát HCTH cao hơn 3,44 lần so với những trẻ không bị SDD ^[5]. Husein Albar và cộng sự tại Indonesia báo cáo tỷ lệ SDD thấp còi trong tổng số 142 trẻ HCTH là 43,7%. Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ SDD thấp còi từ nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi cao hơn so với hầu hết các nghiên cứu ở các nước châu Âu, châu Phi và châu Mỹ, tuy nhiên có tỷ lệ thấp hơn so với kết quả của nghiên cứu tại Indonesia, điều này có thể lý giải do đặc điểm về chủng tộc ở người châu Á so với người châu Âu, châu Phi, châu Mỹ, cùng với chế độ ăn khác biệt giữa người châu Á với các nước khác, như chưa có thói quen tiêu thụ sản phẩm giàu calci từ như sữa và các sản phẩm từ sữa, dẫn đến thiếu hụt Calci từ thức ăn, trong khi bản thân ở bệnh nhi HCTH đã có thiếu hụt canxi trong máu. Tác giả Nguyễn Thị Lê Thủy và

cs năm 2018 báo cáo 74,5% trẻ HCTH bị giảm canxi máu. Giảm canxi máu trong HCTH được ghi nhận do mất protein ra nước tiểu cũng như giảm hấp thu canxi ở ruột, cùng với thiếu hụt do cung cấp. Người ta thấy có hiện tượng tăng đáp ứng của hormon cận giáp trong thận hư và có sự giảm nồng độ của 25(OH)D₃; 1,25(OH)₂D₃ và 24,25(OH)₂D₃ trong huyết thanh mà người ta cho rằng do mất qua nước tiểu. [4,6,7]

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ thiếu chiều cao ($-2SD \leq CC/T < -1SD$) chiếm 30,2%, khá cao so với toàn bộ trẻ HCTH, nên cần được chú ý và dự phòng phù hợp. Đây là những trẻ có nguy cơ chuyển biến thành SDD thấp còi nếu không được chú ý phát hiện và can thiệp tư vấn kịp thời để giúp các bé trở lại mức chiều cao bình thường. Việc ghi nhận tỷ lệ trẻ thiếu chiều cao sẽ giúp cho các bác sỹ chuyên môn cũng như chuyên gia tư vấn phát hiện sớm, kịp thời tình trạng của trẻ và có phương pháp dự trừ, phòng ngừa cho tình trạng chuyển biến xấu ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhi, giúp cho bệnh nhi phát triển ổn định, quay trở lại với mức tăng trưởng bình thường và sức khỏe bình thường về sau.

4.3. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ SDD thấp còi

Trẻ kháng corticoid có tỉ lệ SDD thấp còi bằng 3,96 lần so với trẻ không có chẩn đoán kháng corticoid, với KTC 95% (1,81 – 8,67), $p < 0,001$. Trẻ có mức albumin huyết thanh thấp dưới mức trung bình có tỉ lệ SDD thấp còi bằng 8,03 lần so với trẻ có mức albumin bình thường, với KTC 95% (2 – 32,21), $p = 0,003$. Giữa 2 trẻ có số lần nhập viện được chẩn đoán mắc HCTH trước đây hơn kém nhau 1 lần thì trẻ có số lần nhập viện lớn hơn sẽ có tỉ số tỉ lệ hiện mắc SDD thấp còi bằng 1,09 lần so với trẻ có số lần nhập viện ít hơn

với KTC 95% (1,01 – 1,17), $p = 0,035$. 2 bệnh nhi có thời gian mắc bệnh hơn kém nhau 1 tháng thì bệnh nhi có thời gian mắc bệnh lớn hơn sẽ có tỉ số tỉ lệ hiện mắc suy dinh dưỡng thấp còi bằng 1,01 lần so với bệnh nhi có thời gian mắc bệnh nhỏ hơn, với PR = 1,01 KTC 95% (1,00 – 1,02), $p = 0,047$. Đây là những yếu tố liên quan đến thời gian mắc bệnh, đáp ứng điều trị kém và kháng điều trị với corticoid. Bệnh nặng và dai dẳng là yếu tố bất lợi về tinh thần, sinh hoạt, tăng phản ứng viêm dai dẳng, thay đổi chuyển hóa cơ thể, cũng như gây ra nhiều biến chứng, ảnh hưởng đến việc cung cấp dinh dưỡng, do đó gây ra tăng tỉ lệ thấp còi. Tác giả Nguyễn Thị Lệ Thủy và cs năm 2018 cho thấy có sự khác biệt giữa nồng độ Ca⁺⁺ máu ở HCTH tiến triển, trong đó Ca⁺⁺ máu giảm nặng ở nhóm HCTH tái phát. Bình thường, canxi trong huyết thanh 80% gắn với albumin, 20% còn lại gắn với globulin. Sự gắn kết của calci với albumin huyết tương bị ảnh hưởng bởi nồng độ ion H⁺ trong máu. Khi nồng độ ion H⁺ trong máu tăng lên sẽ làm giảm sự gắn kết calci với albumin huyết tương. Lượng calci không khuếch tán cũng phụ thuộc vào nồng độ protein toàn phần trong máu, khi lượng protein toàn phần trong máu giảm thì nồng độ calci toàn phần trong máu giảm. Ở thể HCTH tái phát, nồng độ albumin giảm nhiều đồng thời khi điều trị corticoid kéo dài, Ca⁺⁺ bị ảnh hưởng bởi giảm nồng độ albumin và tác dụng phụ của thuốc dẫn đến giảm calci máu, cũng là nguyên nhân còi xương nhiều hơn [4].

Đáp ứng trên 50% nhu cầu calci hàng ngày từ chế độ ăn ở nhóm trẻ SDD thấp còi bằng 0,28 lần trẻ không thấp còi (0,14 – 0,58), $p = 0,001$. Như vậy, cung cấp đủ canxi từ khẩu phần sẽ giúp trẻ ít bị thấp còi hơn. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lệ Thủy

và báo cáo 74,5% trẻ HCTH bị giảm canxi máu, do mất protein ra nước tiểu cũng như giảm hấp thu canxi ở ruột, cùng với thiếu hụt do cung cấp ^[4]. Do đó, để giảm thiểu việc thiếu canxi, về lâu dài ảnh hưởng đến hoạt động của thần kinh, cơ và phát triển xương, ngoài việc kiểm soát bệnh lý, thì việc cung cấp đầy đủ canxi từ chế độ ăn cũng như vitamin D là rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

SDD thấp còi và thiếu chiều cao thường gặp ở trẻ mắc HCTH. Có mối liên hệ giữa SDD thấp còi với các yếu tố: chẩn đoán kháng corticoid (OR=3,96, p<0.001), albumin huyết thanh giảm (OR=8,03, p=0,003), số lần nhập viện trước đây > 2 lần từ khi mắc HCTH (OR=1,09, p=0,035), đáp ứng calci từ khẩu phần ăn >50% nhu cầu (OR=0,28, p = 0,001)

Những trẻ có kháng corticoid, giảm albumin và nhập viện nhiều lần nên được can thiệp sớm để giảm tỉ lệ thấp còi.

Cần truyền thông, tư vấn cho gia đình và cả trẻ về chế độ dinh dưỡng hợp lý, tăng cung cấp đủ canxi từ khẩu phần ăn hàng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **T. Chi, T. T. T. Phuong, P. T. Kien** (2021) "Kết quả điều trị hội chứng thận hư tiên phát trẻ em tại bệnh viện sản nhi bắc ninh". Tạp Chí Y học Cộng đồng, 62 (5) trang 23-31
2. **Nguyễn Ngọc Rạng, Nguyễn Thị Tuyết Trinh** (2023). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ gây tái phát trong hội chứng thận hư tiên phát tại bệnh viện nhi đồng cần thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 30, 188-194.
3. **Trần Thị Hồng Minh, Nguyễn Văn Sơn** (2023) "Đánh giá kết quả điều trị hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em tại thái nguyên". Tạp chí Y học Việt Nam, 16(5), trang 23-31
4. **Lê Thị Lệ Thủy và cs** (2018). Nhận xét về các rối loạn điện giải ở hội chứng thận hư trẻ em. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. Tập 22, số 4, trang 50-55
5. **Adaobi U Solarin, Motunrayo O Adekunle, Olanike A Olutekunbi et al** (2018) "Nutritional assessment of children with nephrotic syndrome in a tertiary institution: A case controlled study". Tropical Journal of Nephrology 13 No 2, 97-103.
6. **Choi DH, Clin DK, Lee JB, et al** (1987) "Calcium metabolism in nephrotic syndrome of children". Korean J Nephrol, 6, 311-319.
7. **Azizul Hossain, Golam Mostafa, Kazi Abdul Mannan, Kiriti Prosad Deb, Mohammed Monir Hossain, Sarah Alam** (2016). "Correlation between serum albumin level and ionized calcium in idiopathic nephrotic syndrome in children". Urology & Nephrology Open Access Journal, 3 (2) - Volume 3(2), 111-115