

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỶ SỐ TRIGLYCERIDE/HDL-CHOLESTEROL VÀ ALBUMIN NIỆU Ở BỆNH NHÂN THẬN MẠN

Trần Hải Hà^{1*}, Nguyễn Thị Lệ², Lê Quốc Tuấn^{2,**}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả mối liên quan giữa tỷ số Triglyceride/HDL-Cholesterol và lượng albumin niệu ở bệnh nhân thận mạn đang điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 152 bệnh nhân bệnh thận mạn đang điều trị tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2016 đến tháng 7/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ các bệnh nhân có tỷ số triglycerid/HDL-C dưới 4 và trên 4 ở các bệnh nhân thận mạn có nồng độ albumin niệu <30mg/g lần lượt là 19,8% và 23,9%, từ 30-300mg/g lần lượt là 48,1% và 32,4%, >300mg/g lần lượt là 32,1% và 43,7%. Tỷ số triglyceride/HDL-Cholesterol (TG/HDL-C) tương quan thuận với lượng albumin niệu (thông qua tỷ số ACR) ở bệnh nhân bệnh thận mạn, mức tương quan vừa ($R = 0,34$; $p < 0,01$). **Kết luận:** tỷ số TG/HDL-C tăng có liên quan đến việc tăng lượng protein niệu ở bệnh nhân bệnh thận mạn.

Từ khóa: tỷ số TG/HDL-C, bệnh thận mạn, độ lọc cầu thận, albumin niệu, ACR.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (Chronic Kidney Disease: CKD) là một vấn đề y tế toàn cầu và là một yếu tố nguy cơ chính gây suy thận tiến triển và bệnh thận mạn giai đoạn cuối, chiếm tỷ lệ tử vong cao [8]. Năm 1990 bệnh thận mạn xếp thứ 27 nhưng năm 2010 thì xếp thứ 18 trong các nguyên nhân tử vong [5]. Bệnh thận mạn có thể gây ra nhiều biến chứng như tăng huyết áp, thiếu máu mạn, suy dinh dưỡng, rối loạn chuyển hóa canxi và phospho, rối loạn lipid máu...diễn tiến nặng nhất dẫn đến suy thận mạn giai đoạn cuối [8]. Do đó, việc xác định và quản lý yếu tố nguy cơ liên quan đến các giai đoạn suy thận từ nhẹ đến nặng là chiến lược tốt nhất để ngăn chặn và trì hoãn kết quả tiến triển của suy

thận giai đoạn cuối [7]. Chuyển hóa lipoprotein bất thường đã được xác định là một trong những nguyên nhân của bệnh thận mạn [9], và bệnh thận mạn thường có liên quan với tình trạng tăng nồng độ triglycerid (TG) và giảm HDL-C (HDL-C: High Density Lipoprotein Cholesterol) [9], trong đó tỷ số triglyceride/HDL-C (TG/HDL-C) được nhiều tác giả quan tâm nghiên cứu.

Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu và bệnh thận mạn vẫn còn gây tranh cãi [10]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu đã cho thấy có một vòng lẩn quẩn giữa mất chức năng thận và rối loạn chuyển hóa lipid máu trong bệnh thận mạn và góp phần dẫn đến bệnh tim mạch và các nguyên nhân tử vong khác [11], [12]. Gần đây, nghiên cứu của Lee và cộng sự tại Đài Loan (2013): nghiên cứu về mối liên quan giữa tỷ số TG/HDL-C với albumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 cho thấy việc sử dụng tỷ số TG/HDL-C là một dấu hiệu hữu ích cho bất thường protein niệu [12]. Nghiên cứu của Kazuhiko Tsuruya và cộng sự tại Nhật Bản năm 2014 cho thấy tỷ lệ suy thận, eGFR thấp và protein niệu có mối liên quan với việc tăng tỷ số TG/HDL-C ở cả hai giới [2].

Hiện nay, có rất ít thông tin về sự liên quan giữa tỷ số TG/HDL-C với bệnh thận mạn ở

¹Bộ môn Sinh lý học, Khoa Y Dược, Trường Đại Học Trà Vinh

²Bộ môn Sinh Lý Học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

* Tác giả thực hiện chính:

Trần Hải Hà

** Tác giả chịu trách nhiệm khoa học:

Lê Quốc Tuấn

Email: tuan_lqc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15/10/2018

Ngày phản biện: 18/10/2018

Ngày chấp nhận đăng: 2/3/2019

Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả mối liên hệ giữa tỷ số TG/HDL-C và lượng albumin niệu ở bệnh nhân bệnh thận mạn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân bệnh thận mạn đến khám tại phòng khám Nội Thận Bệnh Viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2016 đến tháng 7/2017.

- Ước lượng cỡ mẫu theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 [px(1-p)/d^2] \times [p \times (1-p)]/d^2$$

Với $p = 0,031$ ($p = 3,1\%$ là tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tại Việt Nam theo nghiên cứu của Do Gia Tuyen và cộng sự được thực hiện năm 2008) [6]. Với: $d = 0,03$: sai số cho phép là 3%; $\alpha = 0,05$: khoảng tin cậy là 95% $\rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. Vậy ta có cỡ mẫu tối thiểu là 129 đối tượng. Trên thực tế nghiên cứu được tiến hành trên 152 đối tượng.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh thận mạn theo tiêu chuẩn của KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes).

+ Bệnh nhân có bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận kéo dài ≥ 3 tháng, biểu hiện bằng: tổn thương thận (kèm hoặc không kèm giảm GFR), có ít nhất 1 dấu hiệu sau đây: Albumin niệu (albumin niệu ≥ 30 mg/24 giờ, tỉ lệ albumin/creatinine ≥ 30 mg/g hoặc 3

mg/mmol); Bất thường tổng phân tích nước tiểu (tiểu protein); Rối loạn điện giải hoặc các bất thường khác do bệnh lý ống thận; Bất thường phát hiện bằng mô học (sinh thiết thận); Bất thường về cấu trúc thận phát hiện bằng hình ảnh học; Bệnh nhân có tiền sử ghép thận; Và/hoặc độ lọc cầu thận <60 ml/ph/1,73 m² da kéo dài ≥ 3 tháng [1], [8]

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có các bệnh lý có thể làm sai lệch kết quả ước đoán eGFR theo MDRD hoặc kết quả đo nồng độ protein trong nước tiểu như: suy dinh dưỡng, đoạn chi, loạn dưỡng cơ, teo cơ, phụ nữ mang thai, nhiễm trùng tiểu, u bướu đường niệu... hoặc bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm:

+ Thông tin cơ bản của bệnh nhân: được điều tra bằng phiếu phỏng vấn trực tiếp.

+ Nồng độ triglycerid, HDL-C, huyết tương eGFR (được đo ước tính từ nồng độ creatinin huyết tương): lấy mẫu máu trước khi ăn, lấy 2ml, cho vào ống có chứa chất chống đông heparin, sau đó ly tâm lấy huyết tương và thực hiện bằng máy xét nghiệm hóa sinh Olympus 2700 (Nhật Bản).

+ Tỷ số triglycerid/HDL-C được tính bằng công thức:

$$\text{Tỷ số TG/HDLC} = \text{nồng độ triglycerid (mg/dL)} / \text{nồng độ HDL-C (mg/dL)}$$

Tỷ số này được phân loại thành từ 4 trở lên và dưới 4 (theo Shimizu [3])

+ Lượng protein niệu, albumin niệu, creatinin niệu: lấy mẫu nước tiểu

24 giờ, đo lượng creatinin (mg), sau đó ly tâm lấy cặn Addis, đo lượng protein, albumin (gam) trong mẫu này.

+ Tỷ số albumin/creatinin niệu: tỷ số được tính bằng công thức sau
albumin/creatinin niệu (tỷ số ACR)

$$\text{Tỷ số ACR} = [\text{lượng albumin niệu 24h (gam)}/\text{creatinin niệu 24h (mg)}]$$

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng phép kiểm t test để so sánh các trung bình, phép kiểm chi bình phương để so sánh các tỷ lệ, lập tỷ số TG/HDL-C; mối tương quan giữa tỷ số TG/HDL-C và tỷ số ACR sử dụng tương quan Spearman, mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân theo các quy định của y đức trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. Các đối tượng được biết rõ về mục tiêu và phương pháp nghiên cứu. Các đối tượng có thể từ bỏ nghiên cứu bất cứ lúc nào. Thông tin cá nhân chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và không được dùng với mục đích khác.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam 55%, bệnh nhân nữ 45%. Không có sự khác biệt về tuổi, BMI ở hai giới. Cholesterol ở bệnh nhân nữ cao hơn ở bệnh nhân nam ($p < 0,05$). Điều này cũng tương tự như nghiên cứu của Kazuhiko Tsuruya tại Nhật Bản năm 2014 [2]. Không có sự khác

biệt về triglyceride, HDL-C, LDL-C, GFR, tỷ số ACR và tỷ số TG/HDL-C ở hai giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi giá trị BMI trung bình của bệnh nhân là $23,45 \pm 3,07$ (kg/m^2). Cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thừa cân và béo phì chiếm khá cao ở bệnh nhân bệnh thận mạn 54% (bảng 3.1).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giữa tỷ số TG/HDL-C và tỷ số ACR có hệ số tương quan thuận, mức độ trung bình $R = 0,341$; có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$). Như vậy, việc tăng tỷ số TG/HDL-C có liên quan với việc tăng lượng protein niệu ở bệnh nhân bệnh thận mạn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Lee và cộng sự (2013) nghiên cứu về mối liên quan giữa tỷ số TG/HDL-C và albumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2, kết quả có 123 đối tượng có mức bài xuất albumin niệu bình thường ($< 30 \text{ mg/g}$) và 39 đối tượng có bất thường bài xuất albumin niệu ($\geq 30 \text{ mg/g}$). Như vậy, việc tăng triglyceride và giảm HDL-C đều liên quan với bất thường bài xuất albumin niệu. Sử dụng tỷ TG/HDL-C là một dấu hiệu hữu ích cho việc chẩn đoán sớm bất thường bài xuất albumin niệu [12] (bảng 3.2)

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nam n = 84	Nữ n = 68	P
Giới tính	55%	45%	
Tuổi (năm)	$57,35 \pm 15,98$	$58,99 \pm 15,39$	$>0,05$
BMI (kg/m^2)	$23,50 \pm 3,16$	$23,39 \pm 2,98$	$>0,05$
Cholesterol (mg/dl)	$183,83 \pm 52,78$	$203,87 \pm 63,37$	$<0,05$
Triglyceride (mg/dl)	$191,38 \pm 114,76$	$229,26 \pm 166,24$	$>0,05$
HDL-C (mg/dl)	$46,33 \pm 15,97$	$48,32 \pm 14,95$	$>0,05$
LDL-C (mg/dl)	$114,80 \pm 42,50$	$128,66 \pm 45,91$	$>0,05$
Triglyceride/HDL-C	$4,70 \pm 3,48$	$5,58 \pm 5,04$	$>0,05$
eGFR (ml/phút/1,73m ² da)	$50,99 \pm 18,04$	$54,36 \pm 24,17$	$>0,05$
Tỷ số ACR (mg/g)	$488,96 \pm 106,09$	$748,91 \pm 208,20$	$>0,05$

Bảng 3.2. Mối tương quan giữa các chỉ số lipid máu và tỷ số ACR

Thông số	Hệ số tương quan với tỷ số ACR	p
Cholesterol	R = 0,22	p < 0,01
Triglyceride	R = 0,38	p < 0,01
HDL-C	R = -0,05	p > 0,05
LDL-C	R = 0,21	p < 0,05
Triglyceride/HDL-C	R = 0,34	p < 0,01

Bảng 3.3. Nồng độ cholesterol, triglyceride, HDL-C, LDL-C, eGFR, tỷ số ACR ở 2 nhóm đối tượng có tỷ số TG/HDL-C khác nhau

Giá trị	Tỷ số Triglyceride/HDL-C		P
	< 4 (n = 81)	≥ 4 (n = 71)	
Cholesterol	193,33 ± 57,18	192,18 ± 60,21	P > 0,05
Triglyceride	123,60 ± 43,10	304,99 ± 151,44	P < 0,01
HDL-C	54,48 ± 15,58	38,94 ± 8,60	P < 0,01
LDL-C	120,80 ± 44,91	121,23 ± 44,23	P > 0,05
eGFR	59,38 ± 19,33	44,65 ± 20,16	P < 0,01
Tỷ số ACR	397,50 ± 103,30	842,27 ± 201,54	P < 0,05

Bảng 3.4. Sự phân bố tỷ số Triglyceride/HDL-C theo lượng protein niệu ở bệnh nhân bệnh thận mạn

Lượng protein niệu (mg/g)	Tỷ số Triglyceride/HDL-C		P
	< 4	≥ 4	
< 30	16 (19,8%)	17 (23,9%)	p < 0,05
30 - 300	39 (48,1%)	23 (32,4%)	
> 300	26 (32,1%)	31 (43,7%)	
Tổng cộng	81 (100%)	71 (100%)	

Bảng 3.5. Sự phân bố tỷ số Triglyceride/HDL-C theo mức độ nguy cơ bệnh thận mạn

Nhóm nguy cơ	Tỷ số Triglyceride/HDL-C		P
	< 4	≥ 4	
Nguy cơ trung bình	34 (42%)	19 (28,6%)	p < 0,05
Nguy cơ cao	23 (28,4%)	14 (19,7%)	
Nguy cơ rất cao	24 (29,6%)	38 (53,5%)	
Tổng cộng	81 (100%)	71 (100%)	

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: ở nhóm có tỷ số TG/HDL-C ≥ 4 thì tỷ số ACR trung bình cao hơn ở nhóm có tỷ số TG/HDL-C < 4. Sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê (với $p < 0,05$). Ngoài ra eGFR cũng khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm đối tượng có tỷ số TG/HDL-C < 4 và TG/HDL-C ≥ 4 . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu khác : theo nghiên cứu của Miguel A. Salinero-Fort và cộng sự tại Tây Ban Nha [13] về tỷ lệ mắc bệnh thận mạn tính (giai đoạn 3-5) trong 5 năm và các yếu tố nguy cơ liên quan đã ghi nhận yếu tố nguy cơ cao nhất của suy thận giai đoạn 3-5 là albumin niệu ≥ 300 mg/g. Ngoài ra, còn các yếu tố khác như tuổi trên 74, có tiền căn tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim, rối loạn lipid máu, mắc bệnh đái tháo đường ≥ 10 năm và huyết áp tâm thu > 149 mmHg. Albumin niệu ≥ 300 mg/g và độ tuổi trên 74 là các yếu tố nguy cơ liên quan chặt chẽ với quá trình suy thận (giai đoạn 3-5). Nghiên cứu cho thấy kiểm soát huyết áp, lipid và albumin niệu có thể làm giảm tỷ lệ mắc bệnh thận mạn [22] (bảng 3.3).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ số TG/HDL-C < 4 chiếm đa số ở những bệnh nhân có lượng protein niệu < 300 mg/g; tỷ số TG/HDL-C ≥ 4 chiếm ưu thế ở những bệnh nhân có lượng protein niệu > 300 mg/g. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $P < 0,05$). Điều này cho thấy việc tăng tỷ số TG/HDL-C sẽ liên quan đến việc tăng lượng protein niệu ở bệnh nhân bệnh thận mạn (bảng 3.4). Tỷ số triglyceride/HDL-C < 4 chiếm đa số ở những bệnh nhân có bệnh thận tiến triển nguy cơ trung bình; tỷ số Triglyceride/HDL-C ≥ 4 chiếm đa số ở những bệnh nhân có bệnh thận tiến triển nguy cơ rất cao. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy tỷ số Triglyceride/HDL-C rất có giá trị trong theo dõi bệnh thận mạn và đánh giá nguy cơ tiến triển của bệnh thận mạn (bảng 3.5). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của các tác giả khác. Nghiên cứu của Yuji Shimizu và cộng sự [4] cho thấy những đối tượng bệnh thận mạn có

tỷ số TG/HDL cao hơn đáng kể so với những đối tượng không mắc. Hơn nữa, nghiên cứu của Yuji Shimizu và cộng sự đã nghiên cứu cho thấy giá trị TG/HDL-C liên quan đến sự gia tăng xơ vữa mạch máu ở bệnh nhân thận mạn [4]. Theo nghiên cứu về mối tương quan giữa tỷ số TG/HDL-C và nguy cơ bệnh thận mạn trên một mẫu lớn dân số ở Nhật Bản năm 2014 của Kazuhiko Tsuruya cho thấy tỷ lệ bệnh thận mạn, eGFR giảm và tăng protein niệu có liên quan đến việc tăng tỷ số TG/HDL-C ở cả hai giới (với $P < 0,001$). Những người trong nhóm có tỷ số TG/HDL-C cao có nguy cơ bệnh thận mạn lớn hơn ở những đối tượng có tỷ số này thấp hơn [2].

Cùng với các nghiên cứu khác, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị lâm sàng của tỷ số TG/HDL-C liên quan với tăng lượng protein niệu và mức độ tiến triển của bệnh thận mạn.

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy:

- Tỷ lệ các bệnh nhân có tỷ số triglycerid/HDL-C dưới 4 và trên 4 ở các bệnh nhân thận mạn có lượng protein niệu < 30 mg/g lần lượt là 19,8% và 23,9%, từ 30-300mg/g lần lượt là 48,1% và 32,4%, > 300 mg/g lần lượt là 32,1% và 43,7%.

- Tỷ số triglyceride/HDL-Cholesterol tương quan thuận với lượng albumin niệu (thông qua tỷ số ACR) ở bệnh nhân bệnh thận mạn, mức tương quan vừa ($R = 0,34$; $p < 0,01$).

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, các bác sĩ tại phòng khám Nội Thận (Bệnh Viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh) đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Chất (2015), Bệnh thận, NXB Y Học, Hà Nội.

2. **Ho CI et al (2014)**, Relationship between TG/HDL-C ratio and metabolic syndrome risk factors with chronic kidney disease in healthy adult population". Elsevier Ltd and European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, p.1-7.
3. **Tsuruya K, Yoshida H, Nagata M et al (2014)**, Association of the triglycerides to high- density lipoprotein cholesterol ratio with the risk of chronic kidney disease: Analysis in a large Japanese population. *Atherosclerosis* 233: 260-267.
4. **Shimizu Y, Sato S, Koyamatsu J et al (2014)**, Association of Chronic Kidney Disease and Diabetes with Triglycerides to-HDL Cholesterol Ratio for a Japanese Population: The Nagasaki Islands Study. *Trans Med*, 4(1): 1-4.
5. **Garcia-Garcia G, Jha V, Iseki K et al (2013)**, Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*, 382: 260-272.
6. **Do Gia Tuyen, Jun Ito (2008)**, Impact and Perspective on Chronic Kidney Disease in an Asian Developing Country: A Large-Scale Survey in North Vietnam. *Nephron Clin Pract*, 109: 25-32.
7. **Kim HJ, Jee SH, Lee SJ et al (2009)**, The association of serum lipids with renal function: The Korea Medical Institute Study. *Eu J of Car Prev and Rehab*, 16: 60-65.
8. **KDIGO Kidney Disease Improving Global Outcomes (2012)**, Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. 3 Ed.
9. **Wanner C, Ritz E (2006)**, Lipid changes and statin in chronic renal insufficiency. *J Am Soc Nephrol*, 17: 226-230.
10. **Wiebe N, Sandhu S, Fried LF et al (2006)**, Statin for improving renal outcome: a meta analysis. *J Am Soc Nephrol*, 17: 16-17.
11. **Navab M, Vaziri ND, Fogelman AM et al (2010)**, HDL metabolism and activity in chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol*, 96: 286-287.
12. **Targher G, Zoppini G, Negri C et al (2010)**, Usefulness of the triglyceride to high density lipoprotein cholesterol ratio for predicting mortality risk in type 2 diabetes: role of kidney dysfunction. *Atherosclerosis* 212: 287-291.
13. **Lee IT, Wang CY, Huang CN et al (2013)**, High triglyceride-to-HDL cholesterol ratio associated with albuminuria in type 2 diabetic subjects. *J of Dia and Its Compli* 27: 243-247.
14. **Salinero-Fort MA, San Andrés-Rebollo FJ, Burgos-Lunar C et al (2015)**, Five-Year Incidence of Chronic Kidney Disease (Stage 3-5) and Associated Risk Factors in a Spanish Cohort: The Madiabetes Study. *PLOS ONE* 1-17.

SUMMARY

THE SURVEY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN TRIGLYCERIDE TO HIGH DENSITY LIPOPROTEIN CHOLESTEROL RATIO AND ALBUMINURIA IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

H.H.Tran¹, L.T.Nguyen², T.Q.Le²

¹Department of Physiology, Faculty of Medicine and Pharmacy, Tra Vinh University, Tra Vinh City, Vietnam;

²Department of Physiology, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, Vietnam

Objective: determining the relationship between triglyceride to HDL cholesterol ratio and albuminuria in patients treated with chronic kidney disease. **Methods:** A cross – sectional prospective study was performed over 136 patients treated with chronic kidney disease at Ho Chi Minh city university Hospital from November 2016 to July 2018. **Results:** The rate of patients who have ratio triglycerid/HDL-C under 4 and over 4 in chronic kidney disease, in group of urine protien concentration <30mg/g are alternatively 19,8% và 23,9%, from 30-300mg/g are alternatively 48,1% và 32,4%, > 300mg/g are alternatively 32,1% và 43,7%. Triglyceride/HDL cholesterol ratio (TG/HDL-C) was positively correlated with urine albumine concentration (through ratio ACR) in patients with chronic kidney disease ($R = 0,34$; $p < 0.01$). **Conclusion:** An elevated TG/HDL-C is associated with albuminuria increased in chronic kidney disease patients.

Keywords: Triglyceride to HDL cholesterol ratio (TG/HDL-C), chronic kidney disease (CKD), glomerular filtration rate (GFR), albuminuria, Albumin to creatinin ratio (ACR).