

EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN YOUNG ADULTS: A NARRATIVE REVIEW IN 2025

Nguyen Pham Nhat Vi*, Dang Quoc Toan

Vo Truong Toan University - 1A Thanh Xuan, Can Tho City, Vietnam

Received: 05/02/2026

Revised: 18/05/2026; Accepted: 26/07/2026

ABSTRACT

Objective: To summarize and update global data on the prevalence and risk factors of CKD in young adults up to 2025.

Subject and method: This narrative review included international studies published between 2015 and 2025 retrieved from PubMed, Google Scholar, and Web of Science, focusing on individuals aged 18–39 years.

Results: The prevalence of CKD among young adults ranged from 3% to 6%, lower than in the general population (9–10%), and most cases were at early stages (stages 1–2). The burden was higher in Asia and Latin America. Major risk factors included metabolic disorders-particularly hypertension, diabetes mellitus, and obesity-followed by glomerular diseases, genetic predisposition, chronic infections, and environmental or toxic exposures. Early-life factors such as prematurity and low birth weight also contributed to increased susceptibility to CKD.

Conclusion: The prevalence of chronic kidney disease among young adults aged 18 to 39 years is approximately 3%–6%, with most cases occurring in the early stages (stages 1–2). The principal risk factors include metabolic disorders, particularly hypertension, diabetes mellitus, and obesity. Other important contributors include glomerular diseases, genetic factors, chronic infections, and environmental or toxic exposures.

Keywords: Chronic kidney disease, young adults, epidemiology, risk factors.

*Corresponding author

Email: hukhahi510@gmail.com **Phone:** (+84) 384244513 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD11.6089

DỊCH TỄ HỌC VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ MẮC BỆNH THẬN MẠN Ở NGƯỜI TRẺ: TỔNG QUAN TƯỜNG THUẬT NĂM 2025

Nguyễn Phạm Nhật Vĩ*, Đặng Quốc Toàn

Trường Đại học Võ Trường Toản - 1A Thạnh Xuân, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận: 05/02/2026

Ngày sửa: 18/05/2026; Ngày đăng: 26/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng hợp và cập nhật dữ liệu về tỷ lệ hiện mắc và các yếu tố nguy cơ của BTM ở người trẻ trên phạm vi toàn cầu đến năm 2025

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bài viết là tổng quan tường thuật các nghiên cứu quốc tế giai đoạn 2015–2025 được truy xuất từ PubMed, Google Scholar và Web of Science, tập trung vào nhóm 18–39 tuổi.

Kết quả: Tỷ lệ hiện mắc BTM ở người trẻ dao động 3–6%, thấp hơn so với dân số chung (9–10%) và chủ yếu ở giai đoạn sớm (giai đoạn 1-2). Gánh nặng cao hơn tại châu Á và Mỹ Latin. Các yếu tố nguy cơ chủ yếu gồm rối loạn chuyển hóa (tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì), bệnh cầu thận, yếu tố di truyền, nhiễm trùng mạn, và phơi nhiễm môi trường. Ngoài ra, các yếu tố sớm trong đời sống như sinh non hoặc nhẹ cân cũng góp phần vào nguy cơ BTM sớm.

Kết luận: Tỷ lệ hiện mắc bệnh thận mạn ở người trẻ (từ 18 đến 39 tuổi) khoảng 3–6% và đa số ở giai đoạn sớm (giai đoạn 1-2). Các yếu tố nguy cơ chính là rối loạn chuyển hóa (tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì), bên cạnh đó là bệnh cầu thận, yếu tố di truyền, nhiễm trùng mạn và phơi nhiễm môi trường/độc chất.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, người trẻ, dịch tễ học, yếu tố nguy cơ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo các nghiên cứu Gánh nặng bệnh tật toàn cầu, bệnh thận mạn (BTM) hiện nằm trong nhóm những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới và là một trong số ít các bệnh không lây mà tỷ lệ tử vong vẫn gia tăng trong hai thập kỷ qua. Số người mắc BTM toàn cầu ước tính khoảng 700–800 triệu (chiếm khoảng 9–10% dân số). Đáng báo động hơn, thứ hạng của BTM trong các nguyên nhân gây mất năm sống đã tăng từ hạng 36 năm 1990 lên hạng 13 năm 2016 và 12 năm 2017. Nếu xu hướng này tiếp tục, dự báo BTM sẽ trở thành nguyên nhân đứng thứ 5 vào năm 2040 [4], [12].

Mặc dù BTM thường được xem là bệnh của người lớn tuổi, tình trạng BTM ở người trẻ (dưới 40 tuổi) đang thu hút sự quan tâm ngày càng nhiều. Những thay đổi về lối sống và dịch tễ (gia tăng béo phì, đái tháo đường (ĐTĐ) tip 2 khởi phát sớm, tăng huyết áp (THA) ở người trẻ đã làm tăng nguy cơ bệnh thận mạn ở nhóm tuổi dưới 40 [9]. Đồng thời, ở một số khu vực, đặc biệt là các vùng nhiệt đới đã ghi nhận các ổ dịch BTM không rõ nguyên nhân ở người trẻ lao động nặng, cho thấy nhiều yếu tố môi trường có thể góp phần gây BTM sớm [10]. Việc hiểu rõ dịch tễ học BTM ở người trẻ – bao gồm tỷ lệ mắc, phân bố theo địa dư, giai đoạn bệnh – và các yếu tố nguy cơ đặc thù là cấp thiết nhằm định hướng các chiến lược dự phòng và can thiệp y tế công cộng hiệu quả. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện bài báo cáo tổng quan này nhằm cập nhật

dữ liệu về dịch tễ học và các yếu tố nguy cơ BTM ở độ tuổi từ 18 đến 39 trên phạm vi toàn cầu, cập nhật các số liệu đến năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bài viết được thực hiện dưới dạng tổng quan tường thuật nhằm tổng hợp và phân tích các tài liệu đã công bố liên quan đến dịch tễ học và các yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn ở người trẻ trên phạm vi toàn cầu trong giai đoạn 2015–2025. Trong bài viết này, người trẻ được xác định theo nghĩa thao tác là nhóm tuổi từ 18 đến 39. Tài liệu được tìm kiếm có định hướng trên các cơ sở dữ liệu PubMed, Google Scholar, Web of Science. Bài viết ưu tiên các nghiên cứu quần thể, khảo sát quốc gia, nghiên cứu đoàn hệ, các báo cáo gánh nặng bệnh tật và các bài tổng quan có liên quan. Khi có nhiều tài liệu cùng đề cập đến một vấn đề, chúng tôi ưu tiên các nghiên cứu có tính đại diện quần thể cao hơn, thời gian cập nhật gần hơn và nội dung phù hợp hơn với mục tiêu tổng quan. Các tài liệu được lựa chọn nhằm làm rõ tỷ lệ hiện mắc, phân bố giai đoạn bệnh và các yếu tố nguy cơ nổi bật của bệnh thận mạn ở người trẻ. Dữ liệu được tổng hợp bằng phương pháp mô tả và phân tích tường thuật, không thực hiện phân tích gộp

*Tác giả liên hệ

Email: hukhahi510@gmail.com Điện thoại: (+84) 384244513 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD11.6089

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của các nghiên cứu được sử dụng trong bài tổng quan

Tác giả (Năm)	Quốc gia/ khu vực	Thiết kế nghiên cứu	Cỡ mẫu/ nguồn dữ liệu	Nhóm tuổi	Tiêu chí xác định BTM	Kết quả chính
Hill NR (2016) [6]	Toàn cầu	Phân tích gộp	100 nghiên cứu; 6.908.440 người	Dân số chung	ACR >30 mg/g và/ hoặc eGFR <60 mL/phút/1,73 m ²	Tỷ lệ hiện mắc BTM toàn cầu khoảng 11–13%; phần lớn là giai đoạn 3.
Hệ thống giám sát bệnh thận mạn của CDC / NHANES [4]	Hoa Kỳ	Cắt ngang	NHANES 2003–2020	≥18 tuổi	ACR >30 mg/g và/ hoặc eGFR <60 mL/phút/1,73 m ²	Tỷ lệ BTM ở nhóm 18–39 là 6,2%; chủ yếu là giai đoạn 1 (5,3%), giai đoạn 2 là 0,6%, giai đoạn 3a là 0,2%.
Poudyal A (2022) [12]	Nepal	Cắt ngang	12.109 người trưởng thành	Người lớn	UACR ≥30 mg/g và/ hoặc eGFR <60 mL/phút/1,73 m ²	Tỷ lệ hiện mắc BTM là 6,0%; liên quan độc lập với THA, ĐTĐ, cholesterol toàn phần cao và tăng tỷ số Eo/mông.
Wang L (2023) [16]	Trung Quốc	Cắt ngang	176.874 người trưởng thành	≥18 tuổi	ACR >30 mg/g và/ hoặc eGFR <60 mL/phút/1,73 m ²	Tỷ lệ hiện mắc BTM ở người trẻ dao động từ 3,4% ở nhóm 18–29 tuổi đến 4,9% ở nhóm 30–39 tuổi.
Sun P (2024) [13]	Toàn cầu, 204 quốc gia/vùng lãnh thổ	Phân tích GBD 2019	Toàn cầu	15-39 tuổi	ACR >30 mg/g hoặc eGFR <60 mL/phút/1,73 m ²	Tỷ lệ mắc mới theo tuổi của bệnh thận mạn khởi phát sớm trên toàn cầu tăng từ 25,04 trên 100.000 dân vào năm 1990 lên 32,21 trên 100.000 dân vào năm 2019 ở nhóm tuổi 15–39
Bello (2024) [2]	Toàn cầu	Tổng quan tài liệu phân tích tổng hợp	161–162 quốc gia/ vùng lãnh thổ	Nhiều nhóm tuổi trong dân số chung	ACR >30 mg/g và/ hoặc eGFR <60 mL/phút/1,73 m ²	Tỷ lệ hiện mắc BTM trung vị toàn cầu là 9,5% (IQR 5,9–11,7); cao nhất ở Đông và Trung Âu (12,8%).
Bae (2021) [1]	Hàn Quốc	Nghiên cứu đoàn hệ	3.030.884 người trẻ không có bệnh thận mạn lúc ban đầu	20–39 tuổi	ACR >30 mg/g và/ hoặc eGFR <60 mL/phút/1,73 m ²	Béo phì liên quan tăng nguy cơ BTM mới mắc (OR 1,320); béo bụng cũng tăng nguy cơ (OR 1,208); nguy cơ cao nhất ở nhóm vừa béo vừa béo bụng.
Tsur (2024) [15]	Israel	Nghiên cứu đoàn hệ quốc gia, theo dõi dọc	Đoàn hệ thanh thiếu niên theo dõi đến tuổi trưởng thành trẻ	Theo dõi BTM sớm ở tuổi <45	Kết cục là bệnh thận mạn sớm; phơi nhiễm là chỉ số khối cơ thể ở tuổi vị thành niên	BMI cao ở tuổi vị thành niên liên quan với bệnh thận mạn sớm ở tuổi trưởng thành trẻ
Crump (2019) [5]	Thụy Điển	Nghiên cứu đoàn hệ quốc gia	4.186.615 trẻ	Theo dõi từ thời thơ ấu đến trung niên	Kết cục là bệnh thận mạn; phơi nhiễm là sinh non	Sinh non liên quan tăng nguy cơ bệnh thận mạn từ thời thơ ấu đến tuổi trưởng thành.
Itoku (2024) [7]	Gốc Phi	Tổng quan	Tổng quan	Thanh thiếu niên và người trẻ	Biến thể nguy cơ APOL1	Bệnh thận liên quan APOL1 thường biểu hiện từ tuổi thiếu niên đến giai đoạn người trẻ.

BTM: bệnh thận mạn; ACR/UACR: tỷ số albumin/creatinin niệu; eGFR: mức lọc cầu thận ước tính; NHANES: Khảo sát Kiểm tra Sức khỏe và Dinh dưỡng Quốc gia Hoa Kỳ; GBD: Gánh nặng bệnh tật toàn cầu; THA: tăng huyết áp; ĐTĐ: đái tháo đường; BMI: chỉ số khối cơ thể; OR: odds ratio; APOL1: apolipoprotein L1.

3.2. Tỷ lệ mắc bệnh thận mạn ở người trẻ

Kết quả thu thập được từ các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hiện mắc BTM toàn cầu ở người trưởng thành khoảng 9–10%, nhưng ở nhóm dưới 40 tuổi thấp hơn rõ rệt, dao động 3–6% tùy khu vực và phương pháp đánh giá [8], [1]. Dữ liệu gộp từ các quần thể đa quốc gia cho thấy độ tuổi 20–39 có khoảng 4% dân số mắc BTM, so với hơn 30% ở nhóm trên 60 tuổi [12]. Ở châu Á và Mỹ Latin, tỷ lệ BTM trong dân số chung cao hơn trung bình toàn cầu (Nam Á

khoảng 13%, Trung Mỹ khoảng 12%), song ở nhóm dưới 40 tuổi, tỷ lệ chỉ quanh mức 5%. Châu Phi ghi nhận tỷ lệ thấp nhất, khoảng 4–5% trong dân số chung và dưới 3% ở người trẻ (dưới 18 tuổi). Tại châu Âu và Bắc Mỹ, tỷ lệ BTM dao động 10–14% ở toàn dân, song ở nhóm trẻ chỉ khoảng 4–6% [1], [9].

Tỷ lệ BTM tăng dần theo tuổi ngay trong nhóm dưới 40. Nhiều nghiên cứu cho thấy nhóm 30–39 tuổi có tỷ lệ cao gấp khoảng 1,5 lần so với nhóm 18–29. Một nghiên cứu

khảo sát bệnh mạn tính lần thứ 6 tại Trung Quốc giai đoạn 2018–2019 ghi nhận tỷ lệ mắc 3,4% ở nhóm 18–29 tuổi và 4,9% ở nhóm 30–39 tuổi [16]. Tại Mỹ, dữ liệu NHANES 2015–2016 cho thấy tỷ lệ BTM giai đoạn 1–4 là 5,6% ở nhóm 20–39 tuổi, trong khi nhóm 18–29 chỉ 1,5–2% và nhóm 40–59 lên tới 16% [3]. Một phân tích toàn cầu cho thấy tỷ lệ mắc tăng tuyến tính theo tuổi, từ 13,7% ở nhóm 30–40 lên đến 27,9% ở nhóm 70–80. Tuy nhiên, các nghiên cứu này tính cả trường hợp microalbumin niệu nhẹ, nên nếu chỉ xét BTM giai đoạn ≥ 3 (độ lọc cầu thận ước tính < 60 mL/phút/1,73 m²), tỷ lệ ở người dưới 40 chỉ khoảng 0,2–0,7% [6].

Phần lớn các trường hợp BTM ở người trẻ thuộc giai đoạn 1–2, với giảm chức năng nhẹ hoặc chỉ biểu hiện albumin niệu [3], [17]. Dữ liệu từ Trung Quốc cho thấy hơn 90% người mắc BTM ở độ tuổi 18–39 thuộc giai đoạn sớm, chỉ một tỷ lệ nhỏ có eGFR < 60 . Cụ thể, ở nhóm 18–29 tuổi, 3,2% có albumin niệu với eGFR bình thường và chỉ 0,2% giảm độ lọc cầu thận ước tính; nhóm 30–39 có 4,0% albumin niệu và 0,6% độ lọc cầu thận ước tính < 60 [16].

3.3. Các yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn ở người trẻ

Yếu tố chuyển hóa

Nhóm yếu tố chuyển hóa bao gồm THA, ĐĐT và béo phì là các nguy cơ chính dẫn đến BTM khởi phát sớm [10]. Dữ liệu từ Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu 2019 cho thấy đây là ba yếu tố đóng góp nhiều nhất vào tổng số năm sống mất đi do bệnh tật của BTM ở nhóm 15–39 tuổi. Trong đó, THA, đặc biệt là huyết áp tâm thu cao, chiếm khoảng 28% gánh nặng BTM sớm, tiếp theo là tăng đường huyết lúc đói và chỉ số khối cơ thể cao [13]. Ở Hoa Kỳ, BTM giai đoạn 3–4 được phát hiện ở khoảng 24,5% người mắc ĐĐT và 36% người THA, so với 4–5% ở người không mắc các rối loạn này [6]. Xu hướng gia tăng béo phì và tiền ĐĐT ở độ tuổi 20–40 tại nhiều quốc gia châu Á góp phần làm tăng tỷ lệ BTM sớm [1], [9]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ĐĐT ước tính hơn 5,8 triệu người và đang tiếp tục tăng, dự báo sẽ làm gia tăng nhanh gánh nặng BTM trong thập kỷ tới [11].

Yếu tố về bệnh cầu thận và di truyền

Ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, đặc biệt tại châu Á và châu Phi, viêm cầu thận mạn vẫn là nguyên nhân hàng đầu của BTM ở người trẻ. Các bệnh cầu thận như viêm cầu thận IgA, viêm cầu thận sau nhiễm liên cầu hoặc lupus thận thường khởi phát ở tuổi 20–40. Bệnh thận đa nang di truyền trội cũng góp phần đáng kể, với tỷ lệ ước tính 5–10% trong các trường hợp bệnh thận giai đoạn cuối ở châu Âu [16]. Ngoài ra, các bệnh nhiễm trùng mạn tính như HIV, lao thận hoặc viêm gan B và C có thể gây tổn thương cầu thận, đặc biệt ở khu vực cận Sahara và Đông Nam Á [10].

Yếu tố lối sống và môi trường

Các thói quen sinh hoạt không lành mạnh góp phần đáng kể vào nguy cơ BTM ở người trẻ. Hút thuốc, chế độ ăn nhiều muối hoặc thịt đỏ, lạm dụng thuốc giảm đau (đặc biệt thuốc giảm đau không steroid) và sử dụng thảo dược không kiểm soát có thể gây tổn thương thận mạn tính [14]. Tiêu thụ rượu bia quá mức cũng làm THA và thúc đẩy xơ vữa thận. Bên cạnh đó, các yếu tố môi trường như phơi nhiễm nhiệt kéo dài, mất nước trong lao động nặng và tiếp xúc hóa chất (chì, cadmium, thuốc trừ sâu, dung môi hữu cơ) đã được ghi nhận liên quan đến hội chứng BTM không rõ nguyên nhân ở người trẻ [10], [13].

Yếu tố giới tính và di truyền chủng tộc

Một số khảo sát ghi nhận nữ giới có tỷ lệ BTM giai đoạn sớm cao hơn nam giới, tuy nhiên bệnh thường tiến triển nhanh hơn ở nam giới, có thể do ảnh hưởng của lối sống (hút thuốc, kiểm soát huyết áp kém) và nội tiết tố androgen [8]. Ở một số quần thể, các biến thể gen như

APOL1 ở người gốc Phi làm tăng nguy cơ BTM sớm, song sự khác biệt giữa các chủng tộc còn chịu tác động mạnh của yếu tố kinh tế – xã hội [8].

Yếu tố khởi nguồn từ thời thơ ấu

Các bằng chứng gần đây cho thấy những yếu tố sớm trong đời sống có thể làm tăng nguy cơ BTM khi trưởng thành. Trẻ sinh non hoặc nhẹ cân thường có số lượng nephron thấp, dễ bị suy giảm chức năng thận sớm [10]. Ngoài ra, dinh dưỡng kém và phơi nhiễm chì ở trẻ nhỏ cũng có thể để lại tổn thương thận mạn tính tích lũy. Dù số liệu còn hạn chế, mối liên hệ này đặc biệt quan trọng tại các nước thu nhập thấp – nơi tình trạng suy dinh dưỡng và bệnh nhiễm trùng ở trẻ em vẫn phổ biến [8].

4. BÀN LUẬN

Trong giai đoạn 2015–2025, các dữ liệu dịch tễ học cho thấy gánh nặng BTM ở người trẻ có xu hướng gia tăng trên toàn cầu, dù mức độ tăng không đồng đều giữa các khu vực. Phân tích Gánh nặng bệnh tật toàn cầu 2019 ghi nhận tỷ suất mắc mới BTM ở nhóm 15–39 tuổi đã tăng khoảng 29% từ năm 1990 đến 2019 [13]. Sự gia tăng này chủ yếu liên quan đến sự bùng phát của các yếu tố nguy cơ chuyển hóa ở lớp trẻ, bao gồm béo phì, THA và ĐĐT tip 2 khởi phát sớm. Một số quốc gia điển hình như Trung Quốc cho thấy tỷ lệ BTM chung có xu hướng giảm từ năm 2009 đến 2019, có thể do thay đổi phương pháp sàng lọc, song tỷ lệ BTM do ĐĐT lại tăng nhanh, hiện chiếm gần 40% nguyên nhân. [16] Các nước Nam Á và Đông Nam Á cũng ghi nhận xu hướng tương tự, với tỷ lệ người trẻ mắc ĐĐT và bệnh thận do ĐĐT ngày càng nhiều [1], [9]. Ngược lại, những chiến lược y tế cộng đồng như giảm tiêu thụ muối và kiểm soát huyết áp đã giúp một số quốc gia hạn chế phần nào tốc độ tăng BTM [8]. Ngoài ra, việc mở rộng các chương trình tầm soát và nâng cao nhận thức cộng đồng tại Mỹ, Trung Quốc và nhiều nước khác góp phần phát hiện bệnh sớm hơn [3], [9], [13].

Sự khác biệt về tỷ lệ BTM ở người trẻ giữa các khu vực phản ánh những giai đoạn dịch tễ và mô hình nguy cơ khác nhau. Ở các quốc gia phát triển như Bắc Mỹ, Tây Âu hay Nhật Bản, BTM chủ yếu liên quan đến các bệnh chuyển hóa tích lũy theo tuổi nên tỷ lệ ở nhóm dưới 40 tuổi tương đối thấp, dao động khoảng 4–6% [1], [9]. Trong khi đó, ở nhiều nước đang phát triển, BTM ở người trẻ còn bắt nguồn từ nhiễm trùng hoặc yếu tố môi trường. Ở châu Phi cận Sahara, HIV và viêm cầu thận hậu nhiễm là những nguyên nhân thường gặp [10]. Tại Nam và Đông Nam Á, viêm cầu thận do liên cầu hoặc lupus xuất hiện phổ biến ở người trẻ. Tại Trung Mỹ, các trường hợp bệnh thận không rõ nguyên nhân liên quan đến lao động nặng và điều kiện nhiệt đới được ghi nhận ngày càng nhiều [1]. Những khác biệt này tạo nên hai mô hình BTM trẻ song song tồn tại: mô hình kiểu phương Tây gắn với rối loạn chuyển hóa và mô hình kiểu nhiệt đới liên quan đến yếu tố nghề nghiệp, nhiễm trùng và độc chất môi trường [10]. Dù khác về cơ chế, cả hai đều góp phần làm tăng tổng gánh nặng BTM khởi phát sớm.

Sự gia tăng BTM ở người trẻ mang nhiều hệ lụy nghiêm trọng về sức khỏe và kinh tế. Ngay cả các giai đoạn sớm (1–2), bệnh vẫn làm tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh tim mạch, nhồi máu cơ tim và đột quỵ [1]. Người trẻ mắc BTM thường đối mặt với nguy cơ tàn tật, giảm năng suất lao động và tử vong sớm do biến chứng tim mạch. Khi bệnh tiến triển đến giai đoạn cuối, nhu cầu chạy thận hoặc ghép thận kéo theo chi phí điều trị rất lớn. Tại Việt Nam, chi phí điều trị một bệnh nhân BTM đã vượt mức GDP bình quân đầu người, và những trường hợp khởi bệnh từ trẻ sẽ gánh chi phí suốt hàng chục năm [8], [13]. Ngoài ra, BTM ở phụ nữ trẻ làm tăng nguy cơ biến chứng thai kỳ và sinh con nhẹ cân, qua đó ảnh hưởng đến sức khỏe thế hệ sau [10].

Dựa trên các nguy cơ đã xác định việc phòng ngừa và quản lý BTM ở người trẻ từ sớm là vô cùng quan trọng. Kiểm soát sớm các yếu tố nguy cơ chuyển hóa thông qua thay đổi lối sống - giảm muối, tăng vận động, bỏ thuốc lá - và quản lý y tế tích cực đối với THA, tiền ĐTĐ hay béo phì là chiến lược nền tảng. Đồng thời, cần tăng cường tầm soát định kỳ ở người có yếu tố nguy cơ và nâng cao nhận thức rằng BTM không chỉ là bệnh của người lớn tuổi.

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được lưu ý khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, đây là một bài tổng quan tường thuật nên mặc dù đã thực hiện tìm kiếm tài liệu có định hướng và ưu tiên các nguồn dữ liệu có giá trị dịch tễ học, chúng tôi không tiến hành phân tích gộp định lượng hay đánh giá chính thức chất lượng phương pháp luận của từng nghiên cứu. Thứ hai, các tài liệu được đưa vào có sự không đồng nhất về quần thể nghiên cứu, nhóm tuổi, tiêu chí xác định bệnh thận mạn, công thức ước tính độ lọc cầu thận và tiêu chuẩn albumin niệu, do đó các tỷ lệ hiện mắc và yếu tố nguy cơ giữa các nghiên cứu không thể so sánh trực tiếp một cách tuyệt đối. Thứ ba, mặc dù bài viết tập trung vào nhóm người trẻ 18–39 tuổi, một số tài liệu chỉ cung cấp dữ liệu ở các nhóm tuổi lân cận, vì vậy việc tổng hợp vẫn cần được diễn giải thận trọng. Cuối cùng, sự khác biệt về mức độ sẵn có của dữ liệu giữa các khu vực, đặc biệt tại các nước thu nhập thấp và trung bình, có thể làm hạn chế tính đại diện toàn cầu của bức tranh dịch tễ học được trình bày trong bài tổng quan này.

5. KẾT LUẬN

Qua tổng hợp các nghiên cứu đa khu vực, ngày càng có nhiều bằng chứng gợi ý gánh nặng bệnh thận mạn ở người trẻ đang gia tăng với tỷ lệ hiện mắc ước 3–6% và chủ yếu ở giai đoạn sớm. Các yếu tố nguy cơ nổi bật bao gồm rối loạn chuyển hóa – đặc biệt là tăng huyết áp, đái tháo đường và béo phì – đóng vai trò trung tâm trong khởi phát sớm bệnh thận mạn. Ngoài ra, các yếu tố bệnh cầu thận, di truyền, nhiễm trùng mạn tính và phơi nhiễm môi trường hoặc độc chất cũng góp phần đáng kể vào tiến trình tổn thương thận ở người trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bae EH, Lim SY, Jung JH, et al. Obesity, Abdominal Obesity and Chronic Kidney Disease in Young Adults: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *J Clin Med*. 2021;10(5):1065. doi:10.3390/jcm10051065
- [2] Bello AK, Okpechi IG, Levin A, et al. An update on the global disparities in kidney disease burden and care across world countries and regions. *Lancet Glob Health*. 2024;12(3):e382–e395. doi:10.1016/S2214-109X(23)00570-3.
- [3] Centers for Disease Control and Prevention. Chronic Kidney Disease (CKD) Surveillance System. Updated 2021. Accessed October 15, 2025. <https://nccd.cdc.gov/ckd/default.aspx>.
- [4] Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of CKD stages among U.S. adults, 2003–March 2020, by age categories. *Kidney Disease Surveillance System*. Accessed March 21, 2026. <https://www.cdc.gov/KDSS/detail.aspx?Qnum=Q801>.
- [5] Crump C, Sundquist J, Winkleby MA, Sundquist K. Preterm birth and risk of chronic kidney disease from childhood into mid-adulthood: national cohort study. *BMJ*. 2019;365:l1346. doi:10.1136/bmj.l1346
- [6] Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158765. doi:10.1371/journal.pone.0158765.
- [7] Itoku A, Isaac J, Wilson S, Reidy K, Kaskel F. APOL1 Nephropathy Risk Variants Through the Life Course: A Review. *Am J Kidney Dis*. 2024;84(1):102-110. doi:10.1053/j.ajkd.2023.12.014
- [8] Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl* (2011). 2022;12(1):7-11. doi:10.1016/j.kisu.2021.11.003.
- [9] Makmun A, Satirapoj B, Tuyen DG, et al. The burden of chronic kidney disease in Asia region: a review of the evidence, current challenges, and future directions. *Kidney Res Clin Pract*. 2025;44(3):411-433. doi:10.23876/j.krccp.23.194.
- [10] Mallamaci F, Tripepi G. Risk Factors of Chronic Kidney Disease Progression: Between Old and New Concepts. *J Clin Med*. 2024;13(3):678. doi:10.3390/jcm13030678.
- [11] Nguyen TV, Pham TTX, Burns MJ, Nguyen TN. Frailty in Older Patients with End-Stage Renal Disease and Undergoing Chronic Haemodialysis in Vietnam. *Diabetology*. 2023; 4(3):312-322. doi: 10.3390/diabetology4030027.
- [12] Poudyal A, Karki KB, Shrestha N, et al. Prevalence and risk factors associated with chronic kidney disease in Nepal: evidence from a nationally representative population-based cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022;12(3):e057509. Published 2022 Mar 21. doi:10.1136/bmjopen-2021-057509.
- [13] Sun P, Ming X, Song T, et al. Global burden of chronic kidney disease in adolescents and young adults, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2024;15:1389342. Published 2024 Sep 18. doi:10.3389/fendo.2024.1389342.
- [14] Sorensen C, Garcia-Trabanino R. A New Era of Climate Medicine - Addressing Heat-Triggered Renal Disease. *N Engl J Med*. 2019;381(8):693-696. doi:10.1056/NEJMp1907859.
- [15] Tsur AM, Akavian I, Landau R, et al. Adolescent Body Mass Index and Early Chronic Kidney Disease in Young Adulthood. *JAMA Pediatr*. 2024;178(2):142-150. doi:10.1001/jamapediatrics.2023.5420
- [16] Wang L, Xu X, Zhang M, et al. Prevalence of Chronic Kidney Disease in China: Results From the Sixth China Chronic Disease and Risk Factor Surveillance. *JAMA Intern Med*. 2023;183(4):298-310. doi:10.1001/jamainternmed.2022.6817.
- [17] Wang T, Pan R, Li C, Qin Y, Song C. A epidemiological trend of chronic kidney disease due to hypertension among adolescents and young adults: global burden and future 2035 projections. *Front Public Health*. 2025;13:1618416. doi:10.3389/fpubh.2025.1618416.