

nhóm người bệnh có đáp ứng. Với độc tính và tác dụng phụ của thuốc khá thường gặp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lai Thị Thanh Thảo, Huỳnh Hồng Hoa. (2015)**, "Báo cáo các trường hợp rối loạn sinh tủy được điều trị bằng Decitabine tại bệnh viện Chợ Rẫy", Y học thành phố Hồ Chí Minh, (1), pp. tr.1.
2. **Huỳnh Thị Bích Huyền, Lê Phương Thảo, Nguyễn Hữu Nhân, et al**, Chẩn đoán, phân loại và tiên lượng loạn sinh tủy theo WHO 2016 tại bệnh viện Truyền máu Huyết học thành phố Hồ Chí Minh, 2019: Sở y tế, bệnh viện Truyền máu Huyết học. pp. tr.34.
3. **Nguyễn Quang Hào, Trần Tuấn Anh, Lưu Thị Thu Hương. (2021)**, "Kết quả điều trị loạn sinh tủy bằng decitabine tại viện Huyết học - Truyền máu Trung ương", Tạp chí nghiên cứu y học, pp. tr.1-9.
4. **Cheson Bruce D, Greenberg Peter L, Bennett John M, et al. (2006)**, "Clinical application and proposal for modification of the International Working Group (IWG) response criteria in myelodysplasia", Blood, 108 (2), pp. pp.419-425.
5. **Kenneth Kaushansky Marshall A. Lichtman, et al. (2016)**, "Myelodysplastic syndromes", Williams Hematology, 9th, Mc Graw Hill, New York Chicago San Francisco Athens London Madrid Mexico City Milan New Delhi Singapore Sydney Toronto, pp. pp.1341.
6. **NCCN. (version 3.2021)**, "Myelodysplastic Syndromes".
7. **Kantarjian Hagop, Issa Jean-Pierre J, Rosenfeld Craig S, et al. (2006)**, "Decitabine improves patient outcomes in myelodysplastic syndromes: results of a phase III randomized study", Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society, 106 (8), pp. 1794-1803.
8. **Saba Hussain, Rosenfeld Craig, Issa Jean-Pierre, et al**, First report of the phase III North American trial of decitabine in advanced myelodysplastic syndrome (MDS), 2004, American Society of Hematology.
9. **Steensma David P. (2018)**, "Myelodysplastic syndromes current treatment algorithm 2018", Blood cancer journal, 8 (5), pp. 1-7.

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG CỦA BỆNH THIẾU VITAMIN D Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI TRƯỜNG THỌ, AN LÃO, HẢI PHÒNG, NĂM 2017

Nguyễn Thị Ngọc Yến\*, Vũ Thị Thủy\*, Đinh Văn Thức\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ thiếu vitamin D ở trẻ dưới 5 tuổi tại Trường Thọ, An Lão năm 2017 và mô tả 1 số triệu chứng lâm sàng của bệnh còi xương ở đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng:** là trẻ em ≤ 60 tháng sinh ra và có hộ khẩu thường trú tại xã Trường Thọ huyện An Lão. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và hồi cứu. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ trẻ trai là 54,8% cao hơn trẻ gái là 45,2%, tỷ lệ trai/gái là 1,2. Lứa tuổi từ 24- 60 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 75,44%. Tỷ lệ thiếu/hụt Vitamin D ở trẻ là 93,86%, trong đó trẻ trai là 54,21% cao hơn trẻ gái là 45,79%. Tỷ lệ trẻ thiếu/hụt Vitamin D cao nhất là ở lứa tuổi từ 24- 60 tháng (76,17%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi khám sàng lọc dựa vào các triệu chứng lâm sàng đã phát hiện 123 trẻ có biểu hiện quấy khóc (53,95%), trẻ có dấu hiệu ngủ không yên giấc, giật mình là 124 trẻ (54,39%), trẻ có dấu hiệu vã mồ hôi, rụng tóc là 124 trẻ (54,39%).

**Từ khóa:** Thiếu vitamin D, hụt vitamin D, còi xương.

### SUMMARY

#### THE INCIDENCE, SYMPTOM OF VITAMIN D

\*Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

\*\*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Yến

Email: bsyenbvte@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 2.8.2021

Ngày duyệt bài: 9.8.2021

### DEFICIENCY IN CHILDREN UNDER 5 IN TRUONG THO, AN LAO, HAI PHONG IN 2017

**Objectives:** estimate the prevalence of vitamin D deficiency in children under 5 at Truong Tho, An Lao, in 2017 and describe some clinical signs of rickets in these participants. **Population:** included 228 children under 5 who were born in Truong Tho, An Lao. **Method:** It was a cross sectional study. **Results and Conclusions:** More males (54.8%) than females (45.2%) participated in the study, male/female ratio was 1.2. 24- 60 group represented the highest rate 75.44%. The prevalence of Vitamin D insufficiency and deficiency were 93.86% and among them, 54.21% males and 45.79% females. The Vitamin D insufficiency and deficiency was the highest in 24- 60 months group (76.17%). There were 123 children with crying (53.95%), not well sleeping, startle (54.39%), sweating and hair loss (54.39%).

**Keywords.** Insufficiency, Deficiency, ricket.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ thế kỷ 19 vitamin D được biết đến như là một hoạt chất có ảnh hưởng đến sự phát triển và duy trì xương. Các phát hiện này cũng đã chỉ ra thiếu hụt vitamin D không chỉ làm tăng nguy cơ mắc bệnh loãng xương, tim mạch, cao huyết áp, đái tháo đường, vẩy nến, viêm đường ruột, viêm khớp, viêm gan, nhiễm trùng, lao phổi, v.v... mà còn tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư. Người thiếu vitamin D thường hay bị đau nhức

cơ bắp, hay bị té ngã và dễ bị gãy xương [4]. Trẻ em thiếu vitamin D sẽ gây bệnh còi xương, khả năng miễn dịch kém và dễ bị viêm đường hô hấp.

Thiếu vitamin D là bệnh phổ biến ở các nước đang phát triển, tỷ lệ mắc bệnh tùy từng vùng lãnh thổ, thay đổi từ 30 - 90%. Trung Quốc và Mông Cổ là hai quốc gia có tỷ lệ bệnh cao (50%). Theo số liệu của Peterlik M và cộng sự [7] xem xét từ 46 nghiên cứu ở châu Âu, Bắc Mỹ, Đông Nam Á và Nam Thái Bình Dương thấy rằng 30-80% dân số có nồng độ vitamin D thấp.

Ở nước ta, còn ít nghiên cứu đánh giá về tình trạng thiếu vitamin D của trẻ em trong cộng đồng và những biện pháp can thiệp triệt để trong phòng chống thiếu vitamin D. Kết quả một số công trình nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thiếu vitamin D trong cộng đồng còn khá cao. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu

1. Xác định tỷ lệ thiếu vitamin D ở trẻ dưới 5 tuổi tại Trường Thọ, An Lão năm 2017

2. Mô tả 1 số triệu chứng lâm sàng của bệnh còi xương ở đối tượng nghiên cứu

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** là trẻ em  $\leq 5$  tuổi, được sinh ra và có hộ khẩu thường trú tại xã Trường Thọ huyện An Lão, được bố mẹ đồng ý tham gia vào nghiên cứu và đủ các tiêu chuẩn lựa chọn.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

\*Chẩn đoán sàng lọc trẻ thiếu vitamin D:

### - Lâm sàng

. Triệu chứng toàn thân: cân nặng, chiều cao, hạch ngoại vi, tuyến giáp, da và niêm mạc, lông tóc móng, tổ chức dưới da, ra mồ hôi trộm, ngủ không yên giấc (hay giật ình, quấy khóc ban đêm, rụng tóc sau gáy)

. Triệu chứng ở xương: xương đầu (hình dạng, kích thước, kích thước thóp trước), xương lồng ngực (chuối hạt sườn, ngực gà, ngực hình chuông), xương chi (vòng cổ tay, vòng cổ chân), xương cột sống (gù vẹo cột sống).

. Triệu chứng ở hệ cơ và dây chằng: trương lực cơ và cơ lực.

- **Cận lâm sàng:** Định lượng vitamin D trong máu bằng xét nghiệm miễn dịch điện hóa quang.

Hàm lượng 25 (OH) D huyết thanh	Tình trạng vitamin D
> 30ng/mL	Đủ vitamin D
20 – 30 ng/mL	Hụt vitamin D
< 20 ng/mL	Thiếu vitamin D

- **Xử lý số liệu** theo phương pháp thống kê Y học

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Tỷ lệ thiếu vitamin D ở trẻ dưới 5 tuổi tại Trường Thọ, An Lão năm 2017

3.1.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu  
**Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới**

Giới	Số trẻ điều tra (n)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trai	420	125	29,76
Gái	378	103	27,25
<b>Tổng số</b>	<b>798</b>	<b>228</b>	<b>28,57</b>

**Nhận xét:** Nhóm nghiên của chúng tôi có 125 trẻ trai (29,76%) và có 103 trẻ gái (27,25%)

3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo lứa tuổi

Tuổi	Số trẻ điều tra(n)	Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)
< 6 tháng	66	1	1,52
6 – 12 tháng	75	5	6,67
12- <18 tháng	51	22	43,14
18 –< 24 tháng	27	27	100
24 tháng-5tuổi	579	173	29,88
<b>Tổng số</b>	<b>798</b>	<b>228</b>	<b>28,57</b>

**Nhận xét:** Lứa tuổi có biểu hiện thiếu Vitamin D cao nhất là 18-24 tháng tuổi (100%), lứa tuổi từ 12-dưới 18 tháng gặp 43,14%

### 3.1.2. Tỷ lệ thiếu vitamin D

**Bảng 3.3. Tỷ lệ thiếu vitamin D**

Tỷ lệ thiếu hụt vitamin D	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường( $\geq 30$ ng/mL)	14	6.14
Hụt (20 – 30 ng/mL)	130	57.02
Thiếu(< 20 ng/mL)	84	36.84
<b>Tổng số</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Số trẻ trong nhóm nghiên cứu có tỷ lệ thiếu/hụt Vitamin D chiếm tỷ lệ cao 93,86%. Chỉ có 6,17% trẻ có định lượng Vitamin D ở mức bình thường.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ thiếu hụt vitamin D theo giới**

Giới	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trai	116	54,21
Gái	98	45,79
<b>Tổng số</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ thiếu/ hụt Vitamin D ở trẻ trai cao hơn trẻ gái (54,21% và 45,79%)

**Bảng 3.5. Tỷ lệ thiếu/ hụt vitamin D theo tuổi**

Tuổi	Số trẻ thiếu/hụt vitamin D(n)	Tỷ lệ (%)
< 6 tháng	1	0,47
6 tháng-12 tháng	5	2,34

12- <18 tháng	21	9,81
18 -< 24 tháng	24	11,21
24 tháng – 5 tuổi	163	76,17
<b>Tổng số</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trẻ thiếu/hụt Vitamin D gặp cao nhất ở nhóm tuổi 24 – 60 tháng (76,17%). Nhóm tuổi từ 6 tháng đến 24 tháng chỉ gặp từ 2,34% đến 11,21%.

### 3.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh còi xương ở đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.6: Triệu chứng lâm sàng toàn thân biểu hiện thiếu vitamin D ở đối tượng nghiên cứu**

Biểu hiện thiếu/hụt vitamin D	Không có triệu chứng		Có triệu chứng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Da niêm mạc hồng	0	0	214	100
Quấy khóc	124	57,94	90	42,06
Ngủ không yên giấc, giật mình	124	57,94	90	42,06
Ra mồ hôi trộm	124	57,94	90	42,06
Rụng tóc sau gáy	124	57,94	90	42,06

**Nhận xét:** Tỷ lệ trẻ có biểu hiện quấy khóc (57,94%), trẻ có dấu hiệu ngủ không yên giấc, giật mình là 124 trẻ (57,94%), trẻ có dấu hiệu vã mồ hôi, rụng tóc là 124 trẻ (57,94%).

**Bảng 3.7: Triệu chứng lâm sàng ở hệ xương biểu hiện thiếu vitamin D ở đối tượng nghiên cứu**

Cơ quan	Biểu hiện thiếu/hụt vitamin D	Không có triệu chứng		Có triệu chứng	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xương sọ	Mềm xương sọ	214	93,86	0	0
	Thóp rộng	180	78,9	34	14,9
	Bờ thóp mềm	180	78,9	34	14,9
	Cổ bướu trán	214	93,86	0	0
	Biến dạng xương hàm	214	93,86	0	0
	Răng mọc lộn xộn	214	93,86	0	0
Xương lồng ngực	Lồng ngực biến dạng	214	93,86	0	0
	Chuôi hạt sườn	214	93,86	0	0
	Ngực gà	214	93,86	0	0
	Ngực hình chuông	214	93,86	0	0
Xương chi	Vòng cổ tay	214	93,86	0	0
	Vòng cổ chân	214	93,86	0	0
	Chân vòng kiềng	189	82,9	25	10,9
Xương cột sống	Gù vẹo cột sống	214	93,86	0	0
	Xương chậu hẹp	214	93,86	0	0
Hệ cơ và dây chằng	Trương lực cơ giảm	214	93,86	0	0
	Teo cơ	214	93,86	0	0

**Nhận xét:** Trong 228 trẻ nghiên cứu của chúng tôi có 214 trẻ có biểu hiện thiếu/hụt Vitamin D tuy nhiên 100% số trẻ này đều không có các biểu hiện muộn của còi xương thiếu Vitamin D như mềm xương sọ, có bướu trán, biến dạng xương hàm, răng mọc lộn xộn... Chỉ có 14,9% trẻ có biểu hiện thóp rộng và bờ thóp mềm, có 25 trẻ có biểu hiện chân vòng kiềng chiếm tỷ lệ 10,9%.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã thực hiện với 228 trẻ xã Trường Thọ, Huyện An Lão, Hải phòng. Trong số nhóm trẻ nghiên cứu, số trẻ nam là 125 chiếm 55,1%, trẻ nữ là 103 chiếm 44,9%. Số trẻ ở độ tuổi 18 – 24 tháng là 28 trẻ chiếm 12,8%, trẻ từ 24 – 60 tháng là 172 trẻ chiếm 75,44% (bảng 3.1).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng ngưỡng chẩn đoán thiếu vitamin D khi hàm lượng 25(OH)D < 20ng/ml, và hàm lượng vitamin

D huyết thanh thấp khi 25(OH)D trong huyết thanh >20ng/ml và <30ng/ml, đây là ngưỡng mà đa số tác giả trên thế giới hiện nay thừa nhận. Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ thiếu vitamin D ở trẻ trong nhóm nghiên cứu là 214 trẻ chiếm tỷ lệ 93,86%, trong đó trẻ có lượng Vitamin từ 20- 30ng/ml chiếm tỷ lệ 57,02%, tỷ lệ trẻ có hàm lượng vitamin D huyết thanh dưới 20ng/ml là 36,84%.

Với cùng ngưỡng chẩn đoán, thì tỷ lệ thiếu vitamin D ở trẻ em Qatar 0- 5 tuổi là 19,5%

thấp hơn kết quả của chúng tôi [5]. Tác giả Jonathal nghiên cứu tình trạng vitamin D huyết thanh ở trẻ em từ 1 đến 11 tuổi ở Mỹ cho thấy trẻ từ 1- 5 tuổi có hàm lượng vitamin D thấp chiếm 63%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Trẻ em trong độ tuổi từ 1- 5 năm có nồng độ vitamin D huyết thanh trung bình là 70nmol/l. Kết quả của tác giả cho thấy nồng độ vitamin D huyết thanh trung bình thấp dần ở nhóm tuổi lớn hơn và tỷ lệ thiếu vitamin D cũng tăng dần theo tuổi [8].

Kết quả bảng 3.5 cho thấy, trong số 214 trẻ thiếu/hụt Vitamin D, trẻ có lứa tuổi từ 24- 60 tháng là 163 trẻ chiếm tỷ lệ 76,17%, trẻ từ 18- 24 tháng là 24 trẻ chiếm tỷ lệ 11,21%, số trẻ dưới 6 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất 0,47%, lứa tuổi từ 6 đến dưới 18 tháng chỉ chiếm từ 2,34% đến 9,81%. Nghiên cứu ở Trung Quốc cho thấy tỷ lệ thiếu vitamin D ở trẻ từ 12 đến 24 tháng là 65,3%, cao hơn kết quả trong bảng 3.5. Như vậy, tỷ lệ thiếu vitamin D ở đối tượng nghiên cứu cao hơn trẻ cùng độ tuổi ở Quatar [5], thấp hơn so với trẻ ở Mỹ [8] và Trung Quốc [9].

Bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ thiếu/hụt vitamin D huyết thanh ở nhóm trẻ 12- dưới 18 tháng là 9,81%, nhóm trẻ 18- dưới 24 tháng là 11,24%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ thiếu vitamin D giữa hai nhóm tuổi,  $p > 0,05$ . Trong kết quả bảng 3.4, tỷ lệ thiếu vitamin D của trẻ trai cao hơn trẻ gái (54,21% và 45,79%), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê,  $p > 0,05$ . Nhóm trẻ trai có nguy cơ bị thiếu vitamin D huyết thanh cao hơn nhóm trẻ gái. So với những nghiên cứu trước của tác giả Vũ Thị Thu Hiền và cộng sự thì tỷ lệ thiếu vitamin D ở trẻ 12-36 tháng (49%) cao hơn trẻ 1-6 tháng trong kết quả của tác giả (23,6%)[1]. Kết quả về tỷ lệ thiếu vitamin D này của chúng tôi tương đương với trẻ 6- 11 tuổi (48%-53%) trong kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Nguyễn Bảo Khanh.

So sánh với kết quả nghiên cứu tại Việt Nam năm 2013 ở trẻ em từ 6 tháng đến 6 tuổi của 19 tỉnh trên toàn quốc thì thấy có sự tương đương về tỷ lệ trẻ có nồng độ vitamin D < 20ng/ml là 50% [3], kết quả của chúng tôi là 36,84%, nhưng lại khác nhau về tỷ lệ trẻ có nồng độ vitamin D < 30mg/ml là 89,0% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi (57,02%). Theo các tài liệu cho thấy, nghiên cứu này là một trong các dữ liệu báo cáo đầu tiên về tình trạng vitamin D ở trẻ em tại Việt Nam. Hơn nữa, rất ít dữ liệu về tình trạng thiếu hụt vitamin D ở trẻ em ở châu Á đã được báo cáo [3].

Thiếu vitamin D là nguyên nhân chính gây

bệnh còi xương dinh dưỡng ở trẻ nhỏ. Triệu chứng lâm sàng của bệnh còi xương cấp bao gồm trẻ hay bị kích thích thần kinh, ra mồ hôi trộm, ở trẻ nhỏ có thóp rộng, liền chậm, răng mọc chậm, tóc rụng, điển hình là tóc rụng hình vành khăn... Nếu không được điều trị, trẻ bị còi xương kéo dài dẫn đến biến dạng chi, chân hình chữ X, Y. Đầu có bướu, xương sườn biến dạng, có rãnh sườn, chuỗi hạt sườn, vòng cổ tay, cổ chân... Hậu quả lâu dài sẽ làm trẻ chậm tăng trưởng chiều cao. Các dấu hiệu cận lâm sàng có phosphatase kiềm tăng, hình ảnh X quang có cốt hóa đầu xương chậm, biến dạng xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi khám sàng lọc dựa vào các triệu chứng lâm sàng đã phát hiện 123 trẻ có biểu hiện quấy khóc (53,95%), trẻ có dấu hiệu ngủ không yên giấc, giật mình là 124 trẻ (54,39%), trẻ có dấu hiệu vã mồ hôi, rụng tóc là 124 trẻ (54,39%). Trong 228 trẻ nghiên cứu của chúng tôi có 214 trẻ có biểu hiện thiếu/hụt Vitamin D tuy nhiên 100% số trẻ này đều không có các biểu hiện muộn của còi xương thiếu Vitamin D như mềm xương sọ, có bướu trán, biến dạng xương hàm, răng mọc lộn xộn... Chỉ có 14,9% trẻ có biểu hiện thóp rộng và bờ thóp mềm, có 25 trẻ có biểu hiện chân vòng kiềng chiếm tỷ lệ 10,9%.

Trong nghiên cứu tại Trung Quốc có kết quả bệnh còi xương chẩn đoán chỉ dựa vào dấu hiệu lâm sàng đã xác định tỷ lệ còi xương là 41,6% vào mùa xuân. Qua thời gian mùa hè, tỷ lệ này đã giảm xuống còn 17,0% vào mùa thu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,004$ . Nghiên cứu cho thấy nếu chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh Xquang và cả phosphatase kiềm thì tỷ lệ của bệnh còi xương đang hoạt động là 3,7%. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Sơn nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ còi xương dinh dưỡng ở trẻ em dưới 3 tuổi tại một số vùng miền núi phía Bắc và hiệu quả điều trị bằng vitamin D liều thấp cho thấy tỷ lệ còi xương chung khoảng 14,4%. Tỷ lệ còi xương tuổi 13-18 tháng là 18,5%, 19 -24 tháng là 12,4 %, 25 - 36 tháng là 7,6%. Tỷ lệ còi xương theo tác giả thấp dần ở các nhóm tuổi cao hơn [2].

## V. KẾT LUẬN

### 1. Xác định tỷ lệ thiếu vitamin D ở trẻ dưới 5 tuổi tại Trường Thọ, An Lão năm 2017:

- Tỷ lệ trẻ trai là 54,8% cao hơn trẻ gái là 45,2%, tỷ lệ trai/gái là 1,2.
- Lứa tuổi từ 24- 60 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 75,44%.

- Tỷ lệ thiếu/hụt Vitamin D ở trẻ là 93,86%, trong đó trẻ trai là 54,21% cao hơn trẻ gái là 45,79%

- Tỷ lệ trẻ thiếu/hụt Vitamin D cao nhất là ở lứa tuổi từ 24- 60 tháng (76,17%).

## 2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh còi xương ở đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng:

- 123 trẻ có biểu hiện quấy khóc (53,95%), trẻ có dấu hiệu ngủ không yên giấc, giật mình là 124 trẻ (54,39%), trẻ có dấu hiệu vã mồ hôi, rụng tóc là 124 trẻ (54,39%).

- Trong 228 trẻ nghiên cứu của chúng tôi có 214 trẻ có biểu hiện thiếu/hụt Vitamin D tuy nhiên 100% số trẻ này đều không có các biểu hiện muộn của còi xương thiếu Vitamin D như mềm xương sọ, có bướu trán, biến dạng xương hàm, răng mọc lộn xộn... Chỉ có 14,9% trẻ có biểu hiện thóp rộng và bờ thóp mềm, có 25 trẻ có biểu hiện chân vòng kiềng chiếm tỷ lệ 10,9%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Thu Hiền và cộng sự (2012)**, "Tỷ lệ thiếu Vitamin D và một số yếu tố liên quan ở trẻ em 1 đến 6 tháng tuổi tại Hà Nội", Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 8 (4), tr. 8 - 16.
2. **Nguyễn Văn Sơn (2000)**, Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ còi xương dinh dưỡng ở trẻ em dưới 3

tuổi tại một số vùng miền núi phía Bắc và hiệu quả điều trị bằng vitamin D liều thấp, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. **Arnaud Laillou et al (2013)**, "Hypovitaminosis D and Mild Hypocalcaemia Are Highly Prevalent among Young Vietnamese Children and Women and Related to Low Dietary Intake", PLoS ONE. 8(5): e63979. (doi:10.1371/journal.pone.0063979).
4. **N. Binkley, R. Ramamurthy và D. Krueger (2012)**, "Low vitamin D status: definition, prevalence, consequences, and correction", Rheum Dis Clin North Am. 38(1), tr. 45-59.
5. **Bener A; Al-Ali M and Hoffmann GF (2009)**, "Vitamin D deficiency in healthy children in a sunny country: associated factors", Int J Food Sci Nutr. 60 (5): 60-70( doi: 10.1080/09637480802400487).
6. **M. Hewison (2012)**, "Vitamin D and the immune system: new perspectives on an old theme", Rheum Dis Clin North Am. 38(1), tr. 125-39.
7. **M. Peterlik và các cộng sự. (2009)**, "Vitamin D and calcium insufficiency-related chronic diseases: an emerging world-wide public health problem", Int J Environ Res Public Health. 6(10), tr. 2585-607.
8. **Jonathan M, Mansbach và Adit A (2009)**, "Serum 25-Hydroxyvitamin D Levels Among US Children Aged 1 to 11 Years: Do Children Need More Vitamin D", Pediatrics. 124;1404-1410.
9. **Strand MA et al (2007)**, "Diagnosis of rickets and reassessment of prevalence among rural children in northern China", Pediatr Int. 49 (2): 202- 209.

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH BẠCH CẦU CẤP ĐÒNG LYMPHO B Ở TRẺ EM CÓ ĐỘT BIẾN CHUYỂN ĐOẠN t(1;19)

Đinh Gia Khánh\*, Huỳnh Nghĩa\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá đặc điểm sinh học, hiệu quả điều trị lâu dài, thời gian sống còn và biến chứng điều trị bạch cầu cấp lympho B (BCCLB) trẻ em có đột biến t(1;19) bằng phác đồ FRALLE 2000. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca, hồi cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** 38 bệnh nhân (BN) thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu với tuổi trung vị là 5 tuổi, được điều trị bằng phác đồ FRALLE 2000 tại khoa Huyết học Trẻ em 1 và Huyết học trẻ em 2 - Bệnh viện Truyền máu Huyết học từ 2010 - 2020. **Kết quả:** Đột biến sinh học phân tử khác kèm theo là khá phổ biến (39,5%). Đa số không có kiểu hình miễn dịch bất thường (LAIPs) theo dõi tồn lưu tế bào ác tính (MRD)

(89,5%). Toàn bộ BN đạt lui bệnh sau giai đoạn tấn công của phác đồ, chúng tôi ghi nhận thời gian sống toàn bộ (OS) và thời gian sống không sự kiện (EFS) sau 5 năm lần lượt là 84,4% và 70,9%. Tỷ lệ tái phát tích lũy là 27,1%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa OS, EFS giữa nhóm t(1;19) đơn độc và nhóm t(1;19) kèm bất thường khác. MRD dương tính sau tấn công là yếu tố tiên lượng mạnh mẽ nhất, cho EFS khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,01$ ). Biến chứng nổi bật là nhiễm trùng, gặp trong mọi giai đoạn của điều trị. Một trường hợp (2,6%) tử vong trong điều trị do liệt ruột và sốc nhiễm trùng. **Kết luận:** MRD dương tính sau tấn công làm tăng nguy cơ tái phát bệnh. Tuy nhiên BCCLB ở trẻ em có t(1;19) đa số không có LAIPs để theo dõi MRD bằng kỹ thuật dòng chảy tế bào (Flow cytometry), công cụ sinh học phân tử là trung tâm để theo dõi sau điều trị. Với phác đồ FRALLE 2000 được áp dụng tại bệnh viện Truyền máu - Huyết học, hiệu quả điều trị khá tốt, tương đương với điều trị BCCLB trẻ em nói chung. Cho thấy chuyển đoạn t(1;19) không phải là yếu tố tiên lượng xấu.

**Từ khóa:** Bạch cầu cấp lympho, chuyển đoạn t(1;19), tổ hợp gen E2A-PBX1

\*Đại Học Y Dược TP. HCM, Bệnh viện Truyền máu Huyết học TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Gia Khánh

Email: gkhanh94@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2021

Ngày duyệt bài: 10.8.2021