

CLINICAL CHARACTERISTICS OF VITAMIN D DEFICIENCY RICKETS IN CHILDREN FROM 2-36 MONTHS OLD AT THE PEDIATRIC CENTER, THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Dinh Van Binh*, Nguyen Van Son

*Thai Nguyen University of Medicine And Pharmacy -
284 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen City, Thai Nguyen Province, Vietnam*

Received: 15/10/2024

Revised: 20/10/2024; Accepted: 25/10/2024

ABSTRACT

Objectives: Describe the clinical characteristics of vitamin D deficiency rickets in children from 2-36 months old at the Pediatric Center, Thai Nguyen Central Hospital.

Materials and methods: Cross-sectional descriptive study of 141 children from 2-36 months diagnosed with vitamin D deficiency rickets treated at the Pediatric Center, Thai Nguyen Central Hospital.

Results: Among the 141 children participating in the study, boys accounted for more (58.9%) than girls (41.1%); the age group over 6 to 12 months (31.9%) was the most and the age group 2-6 months (12.1%) was the least; Kinh ethnicity (56%) was more than other ethnicities (44%); rural (58.9%) was more than urban (41.1%); normal nutritional status accounted for (63.8%) and (36.2%) were malnourished. Regarding clinical characteristics, the most common symptom was night sweats (98.6%) followed by restless sleep (63.8%), nape hair loss (47.5%), delayed tooth growth (39.7%) and the rarest was wrist and ankle girdle (4.3%).

Conclusions: Night sweats and restless sleep are the most common clinical signs of vitamin D deficiency rickets in children aged 2-36 months.

Keywords: Rickets, vitamin D deficiency, children.

*Corresponding author

Email: dinhbinh190296@gmail.com **Phone:** (+84) 329710364 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65i6.1703**



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH CÒI XƯƠNG THIẾU VITAMIN D Ở TRẺ TỪ 2-36 THÁNG TUỔI TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Đinh Văn Bình*, Nguyễn Văn Sơn

Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, Tp. Thái Nguyên, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 20/10/2024; Ngày duyệt đăng: 25/10/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh còi xương thiếu vitamin D ở trẻ từ 2-36 tháng tuổi tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 141 trẻ từ 2-36 tháng được chẩn đoán còi xương thiếu vitamin D điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Kết quả: Trong số 141 trẻ tham gia nghiên cứu, trẻ nam (58,9%) nhiều hơn nữ (41,1%); nhóm tuổi trên 6 đến 12 tháng (31,9 %) là nhiều nhất và ít nhất là nhóm 2-6 tháng (12,1%); dân tộc Kinh (56%) nhiều hơn các dân tộc khác (44%); trẻ ở nông thôn (58,9%) nhiều hơn ở thành thị (41,1%); tình trạng dinh dưỡng bình thường chiếm 63,8% và 36,2% suy dinh dưỡng. Về đặc điểm lâm sàng, triệu chứng thường gặp nhất là ra mồ hôi trộm (98,6%), sau đó là ngủ không yên giấc (63,8%), rụng tóc gáy (47,5%), chậm mọc răng (39,7%) và hiếm gặp nhất là vòng cổ tay cổ chân (4,3%).

Kết luận: Ra mồ hôi trộm và ngủ không yên giấc là những dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất trong bệnh còi xương thiếu vitamin D ở trẻ em từ 2-36 tháng tuổi.

Từ khóa: Còi xương, thiếu vitamin D, trẻ em.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Còi xương là bệnh do sự thất bại của quá trình khoáng hóa xương có liên quan đến rối loạn cân bằng nội môi canxi, phospho và ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe, sự tăng trưởng và phát triển của trẻ em và thanh thiếu niên. Còi xương được chia thành 3 loại, trong đó còi xương thiếu vitamin D là dạng còi xương phổ biến nhất ở trẻ em. Còi xương thiếu vitamin D hay còi xương dinh dưỡng chủ yếu gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Bệnh ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển thể chất của trẻ, làm tăng tần suất mắc các bệnh nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm khuẩn đường hô hấp. Biểu hiện của bệnh rất đa dạng, phong phú, thay đổi theo từng lứa tuổi với các dấu hiệu như: Rối loạn thần kinh thực vật, co giật, chậm phát triển vận động, giảm trương lực cơ, mềm xương, biến dạng xương... Trần Thị Oanh nghiên cứu bệnh nhân còi xương tại Bệnh viện Bạch Mai nhận thấy 100% số trẻ có ra mồ hôi trộm và rụng tóc gáy, 88,5% trẻ ngủ không yên giấc, 31,2% vòng đầu tăng và 8,2% mềm xương sọ [1]. Nghiên cứu của Elwerfally H.M và cộng sự tại Lybia cho thấy có 10,5% chậm mọc răng và 17% chậm biết đi [2]. Mặt khác, bệnh nhân còi xương thường đến

viện khám không vì triệu chứng của bệnh còi xương mà vì triệu chứng của các bệnh khác, vì vậy mà các thầy thuốc dễ bỏ sót chẩn đoán bệnh lý còi xương của trẻ.

Việc nhận biết các đặc điểm lâm sàng của bệnh còi xương rất quan trọng, góp phần vào việc chăm sóc sức khỏe trẻ em một cách đầy đủ và toàn diện. Xuất phát từ những thực tế nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh còi xương thiếu vitamin D ở trẻ từ 2-36 tháng tuổi điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện

*Tác giả liên hệ

Email: dinhbinh190296@gmail.com Điện thoại: (+84) 329710364 [Https://doi.org/10.52163/yhc.v65i6.1703](https://doi.org/10.52163/yhc.v65i6.1703)

Trung ương Thái Nguyên.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2023 đến tháng 6/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi được chẩn đoán còi xương thiếu vitamin D điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Chẩn đoán còi xương thiếu vitamin D theo tiêu chuẩn của sách giáo khoa Nhi khoa, bao gồm: Tiền sử bệnh, yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng và vitamin D giảm [3].

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Trẻ từ 2-36 tháng tuổi.

+ Mẹ hoặc người chăm sóc chính đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Trẻ mắc các bệnh như chậm phát triển tinh thần, vận động, bại não, rối loạn chuyển hóa bẩm sinh, còi xương không phải do thiếu vitamin D...

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức xác định cỡ mẫu cho nghiên cứu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{pq}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu cần đạt trong nghiên cứu.

$\alpha = 0,05$ (mức ý nghĩa thống kê).

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (hệ số tin cậy).

$p = 0,943$ (dựa theo tỷ lệ 94,3% bệnh nhi có triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Sơn năm 2000) [9].

$q = 1 - p$

$d = 0,05$.

Áp dụng công thức ta có:

$$n = 1,96^2 (0,943 \times 0,057) / 0,05^2 = 82,59593$$

Tính được cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là $n = 83$, thực tế chúng tôi chọn được 141 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

2.5. Chỉ số nghiên cứu

2.5.1. Chỉ số chung liên quan đến đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo tuổi.
- Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo giới.
- Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo địa dư.
- Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo dân tộc.
- Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo tình trạng dinh dưỡng.

2.5.2. Chỉ số liên quan đến đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

- Đặc điểm triệu chứng thần kinh thực vật theo nhóm tuổi.
- Đặc điểm triệu chứng co giật theo nhóm tuổi.
- Đặc điểm triệu chứng tại cơ, xương theo nhóm tuổi.
- Đặc điểm triệu chứng chậm phát triển vận động theo nhóm tuổi.

2.6. Công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Công cụ thu thập số liệu gồm: Bệnh án nghiên cứu, bệnh án điều trị, dụng cụ khám trẻ, dụng cụ ghi lại kết quả. ...
- Quy trình thu thập số liệu: Học viên và các bác sỹ nhi khoa trực tiếp thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn ngay sau khi trẻ nhập viện điều trị. Tìm hiểu triệu chứng/dấu hiệu thông qua hỏi bệnh và khám bệnh.

- Các xét nghiệm được làm tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu thu thập được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và tiến hành thực hiện nhập liệu 2 lần có so sánh để hạn chế sai sót trong quá trình nhập liệu.
- Số liệu được nhập bằng phần mềm SPSS 25.0.
- Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê trong y sinh học dựa trên phần mềm SPSS 25.0.
- Tính tần suất và tỷ lệ % đối với các biến định tính.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý và phê duyệt của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên và được sự cho phép của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 141)

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	83	58,9
	Nữ	58	41,1
Tuổi	2-6 tháng	17	12,1
	Trên 6 tháng đến 12 tháng	45	31,9
	Trên 12 tháng đến 24 tháng	39	27,7
	Trên 24 tháng đến 36 tháng	40	28,4
Địa dư	Thành thị	58	41,1
	Nông thôn	83	58,9
Dân tộc	Kinh	79	56,0
	Khác	62	44,0
Tình trạng dinh dưỡng	Bình thường	90	63,8
	Suy dinh dưỡng nhẹ cân	32	22,7
	Suy dinh dưỡng thấp còi	15	10,6
	Suy dinh dưỡng gầy còm	4	2,8

Nhận xét: Trong tổng số 141 trẻ còi xương thiếu vitamin D, trẻ nam chiếm nhiều hơn trẻ nữ lần lượt là 58,9% và 41,1%, trong đó nhóm trẻ trên 6 tháng đến 12 tháng tuổi thường gặp nhất (31,9%), nhóm trẻ 2-6 tháng tuổi ít gặp nhất (12,1%), trẻ sống ở nông thôn (58,9%) nhiều hơn ở thành thị (41,1%), dân tộc Kinh (56%) nhiều hơn các dân tộc khác (44%). Trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường chiếm 63,8%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh còi xương

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng bệnh còi xương theo tuổi

Tháng tuổi / Triệu chứng	2-6 (n = 17)	Trên 6-12 (n = 45)	Trên 12-24 (n = 39)	Trên 24-36 (n = 40)	Tổng (n = 141)
Ra mồ hôi trộm					
Có	17 (100%)	44 (97,8%)	38 (97,4%)	39 (97,5%)	139 (98,6%)
Không	0	1 (2,2%)	1 (2,6%)	1 (2,5%)	2 (1,4%)
Rụng tóc gáy					
Có	15 (88,2%)	26 (57,8%)	16 (41,0%)	10 (30,0%)	67 (47,5%)
Không	2 (11,8%)	19 (42,2%)	23 (59,0%)	30 (70,0%)	74 (52,5%)

Tháng tuổi / Triệu chứng	2-6 (n = 17)	Trên 6-12 (n = 45)	Trên 12-24 (n = 39)	Trên 24-36 (n = 40)	Tổng (n = 141)
Ngủ không yên giấc					
Có	12 (70,6%)	33 (73,3)	20 (51,3%)	25 (62,5%)	90 (63,8%)
Không	5 (29,4)	12 (26,7)	19 (48,7)	15 (37,5)	51 (36,2)
Co giật					
Có	1 (5,9%)	4 (8,9%)	2 (5,1%)	3 (7,5%)	10 (7,1%)
Không	16 (94,1%)	41 (91,1%)	37 (94,9%)	37 (92,5%)	131 (92,9%)
Chậm vận động					
Có	2 (11,8%)	11 (24,4%)	14 (35,9%)	10 (25,0%)	37 (26,2%)
Không	15 (88,2%)	34 (75,6%)	25 (64,1%)	30 (75,0%)	104 (73,8%)
Trương lực cơ giảm					
Có	7 (41,2%)	11 (24,4%)	1 (2,6%)	0	19 (13,5%)
Không	10 (58,8%)	34 (75,6%)	38 (97,4%)	40 (100%)	122 (86,5%)
Vòng cổ tay, cổ chân					
Có	0	0	2 (5,1%)	4 (10,0%)	6 (4,3%)
Không	17 (100%)	45 (100%)	37 (94,9%)	36 (90,0%)	135 (95,7%)
Bướu đầu					
Có	0	4 (8,9%)	11 (28,2%)	14 (35,0%)	29 (20,6%)
Không	17 (100%)	41 (91,1%)	28 (71,8%)	26 (65,0%)	112 (79,4%)
Vòng đầu tăng					
Có	2 (11,8%)	7 (15,6%)	15 (38,5%)	18 (45,0%)	42 (29,8%)
Không	15 (88,2%)	38 (84,4%)	24 (61,5%)	22 (55,0%)	99 (70,2%)
Mềm xương sọ					
Có	5 (29,4%)	4 (8,9%)	0	0	9 (6,4%)
Không	12 (70,6%)	41 (91,1%)	39 (100%)	40 (100%)	132 (93,6%)
Biến dạng chi dưới					
Có	0	1 (2,2%)	8 (20,5%)	13 (32,5%)	22 (15,6%)
Không	17 (100%)	44 (97,8%)	31 (79,5%)	27 (67,5%)	119 (84,4%)
Chậm mọc răng					
Có	0	22 (48,9%)	20 (51,3%)	14 (35,0%)	56 (39,7%)
Không	17 (100%)	23 (51,1%)	19 (48,7%)	26 (65,0%)	85 (60,3%)

Nhận xét:

- Triệu chứng thường gặp nhất là ra mồ hôi trộm (98,6%), ngủ không yên giấc (63,8%), rụng tóc gáy (47,5%) và ít gặp nhất là vòng cổ tay, cổ chân (4,3%).

- Triệu chứng ra mồ hôi trộm, rụng tóc gáy gặp nhiều nhất ở nhóm 2-6 tháng với lần lượt chiếm 100% và 88,2%. Triệu chứng bướu đầu, vòng đầu tăng, biến dạng chi dưới, vòng cổ tay cổ chân gặp nhiều nhất ở nhóm trên 24 đến 36 tháng tuổi với lần lượt chiếm 35%, 45%, 32,5% và 10%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ nam chiếm nhiều hơn trẻ nữ lần lượt là 58,9% và 41,1%, nhóm trẻ trên 6 đến 12 tháng hay gặp nhất (31,9%) sau đó là nhóm trẻ trên 24 đến 36 tháng tuổi (28,4%), nhóm trẻ trên 12 đến 24 tháng (27,7%) và nhóm trẻ ít gặp nhất là nhóm từ 2-6 tháng (12,1%). Tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương (2019) về đặc điểm lâm sàng trẻ còi xương 6-36 tháng tại Viện Dinh dưỡng Quốc gia cũng cho thấy nhóm trẻ 6-12 tháng tuổi chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 48,9%, nam (56,5%) nhiều hơn nữ (43,5%) [4].

Khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi, một nghiên cứu của của Strand M.A và cộng sự tại vùng nông thôn miền Bắc Trung Quốc (2007) thấy rằng nhóm trẻ còi xương 12-24 tháng chiếm 65,3% [5]. Sự khác biệt này có thể do điều kiện chăm sóc, địa dư cũng như chủng tộc khác nhau.

Về tình trạng dinh dưỡng, 63,8% trẻ còi xương có tình trạng dinh dưỡng bình thường và 36,2% trẻ còi xương có tình trạng suy dinh dưỡng ở các thể loại và mức độ khác nhau. Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Đẹp ở Hải Phòng [6].

Về địa dư và dân tộc trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ sống ở nông thôn chiếm nhiều hơn trẻ ở thành thị (lần lượt là 58,9% và 41,1%), dân tộc Kinh (56%) chiếm nhiều hơn các dân tộc khác (44%). Khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi, Trần Thị Oanh (2016) nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy nhóm trẻ ở thành thị (60,7%) nhiều hơn ở nông thôn (39,3%) [1]. Sự khác biệt này có thể do địa điểm nghiên cứu khác nhau, hơn nữa Thái Nguyên là một tỉnh miền núi và điều kiện chăm sóc y tế cũng như bổ sung vitamin D ở vùng nông thôn thường không đầy đủ bằng khu vực thành phố, đây có thể là nguyên nhân dẫn đến tình trạng trên.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng về thần kinh chiếm tỷ lệ cao nhất, đó là biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật như ra mồ hôi trộm (98,6%) và ngủ không yên giấc (63,8%), sau đó là rụng tóc gáy (47,5%)

và thấp nhất là co giật (7,1%). Tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Trần Thị Oanh (2016) trên trẻ còi xương dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ triệu chứng ra mồ hôi trộm, ngủ không yên giấc và vòng cổ tay cổ chân lần lượt là 100% và 88,5% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Yên và cộng sự (2021) trên trẻ dưới 5 tuổi ở An Lão, Hải Phòng cũng cho thấy tỷ lệ rụng tóc gáy là 54,39% [7]. Nghiên cứu của Vũ Thị Minh Hiền (2010) tại Bệnh viện Nhi Trung ương trên trẻ còi xương dưới 3 tuổi cho thấy triệu chứng co giật chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,9%) trong các triệu chứng về thần kinh [8]. Đặc biệt trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Sơn (2000) cho thấy triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật là 94,3% ở nhóm trước khi tiến hành can thiệp điều trị [9].

Triệu chứng thần kinh thực vật tập trung nhiều nhất là lứa tuổi dưới 1 tuổi, đặc biệt là trẻ 2-6 tháng vì đây là lứa tuổi hệ thần kinh trẻ còn non yếu, dễ bị ảnh hưởng bởi tình trạng thiếu vitamin D. Ngoài ra, đây cũng là lứa tuổi trẻ chưa biết bò, biết đi, tư thế chủ yếu là nằm, vì vậy dễ dẫn đến rụng tóc gáy, đặc biệt là ở những trẻ ra nhiều mồ hôi trộm. Các nghiên cứu hiện nay tập trung chủ yếu vào nhóm dưới 2 tuổi và dưới 3 tuổi đã cho thấy nhóm dưới 2 tuổi các triệu chứng thần kinh thực vật chiếm tỷ lệ rất cao như đã đề cập trong nghiên cứu của Trần Thị Oanh ở trên [1].

Triệu chứng tại xương trong nghiên cứu của chúng tôi thường gặp nhất là chậm mọc răng (39,7%), tiếp sau đó là vòng đầu tăng (29,8%), bướu đầu (20,6%), biến dạng chi dưới (15,6%), mềm xương sọ (6,4%) và thấp nhất là vòng cổ tay, cổ chân (4,3%). Nghiên cứu của Vũ Thị Minh Hiền (2010) trên trẻ còi xương dưới 3 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương cũng cho thấy tỷ lệ triệu chứng về xương cao nhất là chậm mọc răng (59,9%), sau đó là bướu đầu (42,3%). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này thấp hơn, có thể do số lượng mẫu trong 2 nghiên cứu khác nhau, với nghiên cứu của Vũ Thị Minh Hiền là 52 trẻ còi xương thiếu vitamin D còn trong nghiên cứu của chúng tôi là 141 trẻ [8]. Nghiên cứu của Trần Thị Oanh (2016) trên trẻ còi xương dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ các triệu chứng về xương như: Mềm xương sọ (8,2%), biến dạng chi dưới (3,3%), vòng cổ tay cổ chân (3,3%) đều chiếm tỷ lệ thấp tương tự như nghiên cứu của chúng tôi [1]. Triệu chứng về chậm vận động chiếm (26,2%) và trương lực cơ giảm (13,5%), tương tự kết quả nghiên cứu của Elwerfally H.M và cộng sự nghiên cứu tại Lybia (2021) thấy rằng có 17% chậm biết đi và trương lực cơ giảm chiếm 9,2% [2].

Triệu chứng mềm xương sọ và trương lực cơ giảm ở lứa tuổi 2-6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất, tương ứng là 29,4% và 41,2%. Đây cũng là lứa tuổi xương sọ còn chưa phát triển hoàn thiện, thóp còn chưa liền, xương sọ mềm và hệ thần kinh cũng như hệ cơ trẻ còn non yếu hơn, vì vậy có thể dễ phát hiện các triệu chứng mềm xương sọ, giảm trương lực cơ trong giai đoạn này. Triệu chứng chậm mọc răng gặp nhiều nhất ở lứa tuổi trên 6 đến 12 tháng và trên 12 đến 24 tháng với tỷ lệ lần lượt là 48,95% và

51,3%. Còi xương ảnh hưởng đến sự phát triển của các xương, trong đó có sự mọc răng. Vì vậy, nếu thấy trẻ có biểu hiện chậm mọc răng thì cần phải kiểm tra xem trẻ có bị còi xương không. Ngược lại với triệu chứng chậm mọc răng và mềm xương sọ, các triệu chứng biến dạng xương sọ như vòng đầu tăng, bướu vùng đầu, biến dạng chi dưới thì xuất hiện muộn hơn, chiếm tỷ lệ cao ở giai đoạn trên 24 đến 36 tháng, cụ thể là vòng đầu tăng (45%), bướu đầu (35%), biến dạng chi dưới (32,5%), vòng cổ tay cổ chân (10%). Trong một nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Thanh (2002) tại Bệnh viện Nhi Trung ương về còi xương kháng vitamin D cho thấy tỷ lệ biến dạng xương sọ ở nhóm trẻ trên 3 tuổi cao hơn so với nhóm dưới 3 tuổi lần lượt là 50% và 37,5% [10]. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với các triệu chứng biến dạng xương sọ chiếm ưu thế ở những trẻ lớn hơn. Biến dạng về xương, cụ thể là xương sọ, xương chi như bướu vùng đầu, tăng kích thước vòng đầu hay vòng cổ tay cổ chân thường là các biến chứng của tình trạng còi xương do thiếu nguyên liệu tạo xương dẫn tới sự phát triển bất thường về kích thước của xương dẹt và tạo thành các bướu bất thường, phì đại đầu xương cổ tay, cổ chân dẫn tới vòng cổ tay cổ chân. Các dấu hiệu này thường xuất hiện muộn, đi kèm với sự phát triển của các xương qua các giai đoạn, thường gặp ở những bệnh nhân còi xương nặng, tiến triển đã lâu. Hơn nữa, triệu chứng biến dạng các xương chi cũng thường thấy ở những bệnh nhân còi xương do kháng vitamin D.

5. KẾT LUẬN

Còi xương thiếu vitamin D gặp nhiều nhất ở trẻ nam (58,9%), nhóm tuổi trên 6 đến 12 tháng (31,9%) và kèm theo suy dinh dưỡng (36,2%).

Các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật như: Ra mồ hôi trộm, ngủ không yên giấc, rụng tóc gáy hay gập nhất. Các biểu hiện ở xương thường gặp là: Chậm mọc răng, tăng kích thước vòng đầu, bướu xương sọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Thị Oanh, Mối liên quan giữa nồng độ vitamin D huyết thanh với các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ dưới 2 tuổi bị còi xương, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [2] H.M, Alferjani M.M, Evaluation of Clinical features and treatment Outcome of Rickets Cases-Benghazi, Scholars Journal of Applied Medical Sciences, 2021, 9(6): 763-778.
- [3] Nguyễn Văn Sơn, Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, 2016, Hà Nội, tr. 146-156.
- [4] Phạm Thị Thu Hương, Nguyễn Trọng Hưng, Trần Thị Trà Phương, Đặc điểm lâm sàng của bệnh còi xương ở trẻ 6-36 tháng tuổi đến khám tại Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Tạp chí Y học Việt Nam, 2019, 1&2: 99-102.
- [5] Strand M/A, Perry J, Jin M, Tracer D/P, Fischer P/R, Zhang P et al, Diagnosis of rickets and reassessment of prevalence among rural children in Northern China, Pediatrics international, 2007, 49(2): 202-209.
- [6] Nguyễn Văn Đẹp, Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã huyện Vĩnh Bảo, Hải Phòng năm 2020, Tạp chí Y học Việt Nam, 2021, số đặc biệt: 157-164.
- [7] Nguyễn Thị Ngọc Yên, Vũ Thị Thùy, Đinh Văn Thức, 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, Tạp chí Y học Việt Nam, 2021, 505(2): 184-8.
- [8] Vũ Thị Minh Hiền, Nghiên cứu nồng độ vitamin D3 huyết thanh ở trẻ còi xương điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2010.
- [9] Nguyễn Văn Sơn, Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ còi xương dinh dưỡng ở trẻ dưới 3 tuổi tại một số vùng miền núi phía Bắc và hiệu quả điều trị bằng vitamin D liều thấp, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2000.
- [10] Nguyễn Thị Hồng Thanh, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh còi xương kháng vitamin D ở trẻ em, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2002.