

với tỷ lệ 37,5%, tiếp theo đó là độ 1 (31,2%), độ 3 (18,8%), ít gặp nhất là độ 2 với 12,5%.^{4,6} Kết quả khác biệt có thể giải thích bằng việc cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn, qua đây có thể thấy một số triệu chứng lâm sàng như đau đầu, gáy cứng, dấu kernig rất có giá trị trong chẩn đoán chảy máu dưới nhện

Co thắt mạch phát hiện bằng siêu âm doppler xuyên sọ là cao nhất ở lần 2 được thực hiện trong vòng 6-8 ngày sau triệu chứng khởi phát với tỷ lệ là 50%. Co thắt mạch phát hiện ở lần siêu âm thứ nhất là 18,7%, lần siêu âm thứ ba là 12,5%. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước.^{4,7}

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng của bệnh rất đa dạng, triệu chứng toàn phát đau đầu gặp trong tất cả bệnh nhân (100%), bên cạnh đó, buồn nôn và nôn (75%), gáy cứng và dấu hiệu kernig (68,8%), rối loạn ý thức (31,2%). Các triệu chứng đau đầu, nôn, gáy cứng và dấu kernig rất có giá trị trong chẩn đoán chảy máu dưới nhện. Thang điểm Hunt và Hess đánh giá mức độ nặng trên lâm sàng thường gặp nhất là 2, tuy nhiên không tương đồng với mức độ nặng trên cận lâm sàng đánh giá bằng thang điểm Fisher thường gặp nhất là 4, qua đó có thể thấy mức độ chảy máu không tương đồng với mức độ trầm trọng biểu hiện lâm sàng. Co thắt mạch phát hiện bằng

siêu âm doppler xuyên sọ là cao nhất ở lần 2 được thực hiện trong vòng 6-8 ngày sau triệu chứng khởi phát với tỷ lệ là 50%. Co thắt mạch phát hiện ở lần siêu âm thứ nhất là 18,7%, lần siêu âm thứ ba là 12,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rowland LP, Pedley TA. Merritt's Neurology. 12th Edition.; 2010.
2. Kowalski RG, Claassen J, Kreiter KT, et al. Initial Misdiagnosis and Outcome After Subarachnoid Hemorrhage. JAMA. 2004;291(7):866-869. doi:10.1001/jama.291.7.866
3. Rabinstein AA, Friedman JA, Weigand SD, et al. Predictors of Cerebral Infarction in Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. Stroke. 2004;35(8):1862-1866. doi:10.1161/01.STR.0000133132.76983.8e
4. Khôi VH. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh Doppler xuyên sọ và cắt lớp vi tính 64 dãy ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện. Luận án Tiến sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2012.
5. Thịnh LV. Hình ảnh Doppler xuyên sọ trong chẩn đoán co thắt mạch máu não do chảy máu dưới nhện. Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai năm 2002. 2002;(2):310-313.
6. Thịnh LV, Khôi VH. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng, Nguyên Nhân và Hướng Xử Trí Một Số Biến Chứng Của Chảy Máu Dưới Nhện. 2010.
7. Sekhar LN, Wechsler LR, Yonas H, Luyckx K, Obrist W. Value of transcranial Doppler examination in the diagnosis of cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage. Neurosurgery. 1988;22(5):813-821. doi:10.1227/00006123-198805000-00002.

TÌNH TRẠNG THIẾU VITAMIN D Ở TRẺ ĐẸ NON TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Quỳnh Nga*, Phan Thị Huyền Ninh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu vitamin D ở trẻ đẻ non. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, bao gồm 132 trẻ sơ sinh đẻ non dưới 32 tuần được xét nghiệm nồng độ 25-(OH)D huyết thanh lúc 3 đến 4 tuần tuổi tại Trung tâm sơ sinh – Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2022. Tất cả trẻ trong đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: nhóm đủ vitamin D (nồng độ 25-(OH)D \geq 50nmol/l) và nhóm không đủ

vitamin D (nồng độ 25-(OH)D <50nmol/l). **Kết quả:** Tỷ lệ không đủ vitamin D là 54,5%. Có sự khác biệt giữa nồng độ Calci toàn phần, Phospho và Alkaline Phosphatase (ALP) trong máu giữa 2 nhóm nghiên cứu. Tuổi thai không liên quan đến tình trạng không đủ vitamin D. Nồng độ 25-(OH)D thấp hơn đáng kể ở các nhóm có mẹ mắc bệnh lý, nhiễm nấm, loạn sản phế quản phổi, vấn đề tại đường tiêu hóa và suy giáp. **Kết luận:** Tỷ lệ không đủ vitamin D ở trẻ đẻ non còn tương đối cao. Bệnh lý của mẹ trong thời kỳ mang thai, nhiễm nấm, loạn sản phế quản phổi, vấn đề tại đường tiêu hóa và suy giáp làm tăng nguy cơ thiếu vitamin D ở trẻ đẻ non.

Từ khóa: Thiếu vitamin D, trẻ đẻ non, 25-hydroxyvitamin D.

SUMMARY

VITAMIN D DEFICIENCY IN PRETERM INFANTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

*Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Huyền Ninh

Email: Phanhuyenninh1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2022

Ngày duyệt bài: 27.9.2022

Objectives: This study aimed to describe clinical and subclinical characteristics and evaluate some factors related to vitamin D deficiency in preterm infants. **Subjects and Method:** A prospective, cross-sectional descriptive study. The serum concentrations of 25-(OH)D were measured from the blood of 132 preterm infants (<32 weeks of gestation) at 3-4 weeks of post-conceptual age at the National Hospital of Pediatrics from July 1, 2021, to July 31, 2022. All patients in the present study were divided into 2 groups: vitamin D sufficiency (serum 25-(OH)D concentrations ≥ 50 nmol/l) and vitamin D insufficiency (serum 25-(OH)D concentrations <50nmol/l). **Results:** The percentage of vitamin D insufficiency was 54.5%. There were differences in the concentrations of serum calcium, phosphorous, magnesium, and alkaline phosphatase (ALP) between the two groups. The gestational age was not significantly correlated to vitamin D insufficiency. The serum 25-(OH)D concentrations were significantly lower in the infants with abnormal maternal history, fungal infections, dysplasia, gastrointestinal problems, and hypothyroidism. **Conclusion:** The prevalence of vitamin D insufficiency in preterm infants is relatively high. Diseases of mothers during pregnancy, fungal infections, dysplasia, gastrointestinal problems, and hypothyroidism increase the risk of vitamin D deficiency.

Key words: Vitamin D deficiency, preterm infants, 25- hydroxyvitamin D.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vitamin D là một chất dinh dưỡng thiết yếu đóng vai trò quan trọng trong việc cân bằng nội môi canxi và chất lượng của hệ xương, đồng thời tham gia vào hệ thống miễn dịch bẩm sinh, tăng sinh tế bào và các chức năng thần kinh cơ. Thiếu vitamin D là một vấn đề thường gặp ở đơn vị chăm sóc tích cực sơ sinh. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng thiếu vitamin D ở trẻ đẻ non, bao gồm nồng độ vitamin D thấp trong thai kỳ, thiếu tiếp xúc với ánh sáng mặt trời khi nhập viện, khó khăn trong đảm bảo đủ dinh dưỡng qua đường ruột và các bệnh lý toàn thân.

Mặc dù các chính sách bổ sung thực phẩm ở nhiều nước và các khuyến nghị bổ sung vitamin D cho các nhóm có nguy cơ đã được công bố, tình trạng thiếu vitamin D và còi xương ở trẻ em nói chung và trẻ sơ sinh nói riêng, vẫn là những thách thức lớn đối với sức khỏe cộng đồng ở nhiều nước phát triển và đang phát triển. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra tình trạng thiếu vitamin D là phổ biến hơn ở trẻ sơ sinh đẻ non với tỉ lệ mắc lên tới 98.9% ở Hàn Quốc, 90% ở Indonesia và 60% ở Kuwait.¹⁻⁴ Tại Việt Nam, việc nghiên cứu về tình trạng thiếu vitamin D ở trẻ sơ sinh còn hạn chế, đặc biệt là trẻ đẻ non dưới 32 tuần, đây là nhóm trẻ có nguy cơ thiếu vitamin D rất cao. Xuất phát từ vấn đề này,

chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Tình trạng thiếu vitamin D ở trẻ đẻ non dưới 32 tuần tại Bệnh viện Nhi Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ đẻ non dưới 32 tuần đang điều trị tại Trung tâm sơ sinh, Bệnh viện Nhi Trung ương đã làm xét nghiệm 25-(OH)D huyết thanh từ 01/07/2021 đến 30/07/2022 được đưa vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả trẻ đẻ non dưới 32 tuần được làm 25-(OH)D huyết thanh lúc 3 đến 4 tuần tuổi. Đánh giá tình trạng thiếu vitamin D như sau:

- Trẻ có đủ vitamin D khi nồng độ 25-(OH)D từ 50 nmol/l
- Trẻ không đủ vitamin D khi nồng độ 25-(OH)D dưới 50 nmol/l
- Trẻ thiếu vitamin D khi nồng độ 25-(OH)D dưới 30 nmol/l

Tiêu chuẩn loại trừ. Những trẻ có bất thường bẩm sinh nặng, bất thường nhiễm sắc thể, cường giáp, cường cận giáp tiên phát, trẻ có sử dụng thuốc Glucocorticoid.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện
- Tất cả trẻ đẻ non dưới 32 tuần vào Trung tâm sơ sinh được định lượng 25-(OH)D huyết thanh lúc 3 đến 4 tuần tuổi

- Mỗi trẻ này được thu thập số liệu về các đặc điểm chung như giới, tuổi thai, cân nặng lúc sinh, số lượng thai, bệnh của mẹ, tình trạng nhiễm trùng, nhiễm nấm máu, loạn sản phế quản phổi, các vấn đề về đường tiêu hóa (thủng ruột, tắc ruột, viêm ruột hoại tử), các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (Calci toàn phần, Magie, Phospho, ALP)

- Xét nghiệm định lượng vitamin D là định lượng chất chuyển hóa 25- hydroxyvitamin D (25-(OH)D), đây là dạng lưu hành chủ yếu của vitamin D trong cơ thể và là thông số tốt nhất thể hiện tình trạng vitamin thực sự của bệnh nhân. Xét nghiệm được thực hiện bằng phương pháp miễn dịch kiểu cạnh tranh, sử dụng công nghệ điện hóa quá (ECLIA) trên máy miễn dịch tự động Cobas e601 tại Khoa Sinh hóa, Bệnh viện Nhi Trung ương

- Tình trạng nhiễm trùng được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn SIRS trên khám lâm sàng, tăng các chỉ số nhiễm trùng trên xét nghiệm, định danh được vi khuẩn gây bệnh

- Nấm máu được chẩn đoán khi định danh được nấm trên bệnh phẩm máu hoặc các dịch vô khuẩn (dịch nội khí quản, dịch não tủy)

- Loạn sản phế quản phổi ở trẻ sơ sinh đẻ non dưới 32 tuần được xác định khi trẻ cần thời gian hỗ trợ oxy (>21%) ít nhất 28 ngày hoặc đến 36 tuần tuổi hiệu chỉnh hoặc đến khi trẻ xuất viện.

2.3.Xử lý và phân tích số liệu. Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0.

Các biến định lượng được tính theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, giá trị trung vị, Max, Min. Biến định tính được tính theo tỷ lệ. So sánh 2 trung bình sử dụng kiểm định Mann-whitney U cho biến không chuẩn, so sánh 2 tỷ lệ sử dụng test Khi bình phương. Tìm các mối liên quan, sử dụng tỷ suất chênh OR.

2.4.Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức Bệnh viện Nhi Trung ương và Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và chấp nhận. Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị hay làm chậm quá trình điều trị của bệnh nhân. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và tôn trọng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 07/2021 đến 07/2022 có 132 trẻ được đưa vào nghiên cứu. Tuổi thai trung bình là 28.63±1.67 tuần, cân nặng lúc sinh trung bình là 1186.36±304.49 gram, tỷ lệ nam/nữ là 1,54.

Các đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu được mô tả chi tiết ở bảng 1

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

	Yếu tố	Giá trị	
Đặc điểm lâm sàng	Giới tính (nam, n, %)	80(60.6)	
	Tuổi thai (tuần, $\bar{x}\pm SD$)	28.67±1.63	
	Cân nặng lúc sinh (gram, $\bar{x}\pm SD$)	1211.82±304.59	
	Số lượng thai		
	Đơn thai	87(65.9)	
	Đa thai	45(34.1)	
	Dinh dưỡng		
	Nuôi dưỡng tĩnh mạch (n,%)	102(77.3)	
	Sữa mẹ (n,%)	30(22.7)	
	Bệnh của mẹ (có bệnh, n,%)	66(50)	
Cận lâm sàng	Calci (mmol/l, $\bar{x}\pm SD$)	2.31±0.24	
	Phospho (mmol/l, $\bar{x}\pm SD$)	1.16±0.53	
	Magie (mmol/l, $\bar{x}\pm SD$)	0.89±0.57	
	ALP (IU/l, $\bar{x}\pm SD$)	530.33±236.20	
	Phân loại theo 25-(OH)D (nmol/l, $\bar{x}\pm SD$)	Đủ	73.31±17.38
		Không đủ	35.04±10.54
Thiếu		20.54±6.46	

Tỉ lệ trẻ có nồng độ 25-(OH)D không đủ và thiếu lần lượt là 54.5% và 14.4%. Nồng độ 25-(OH)D trung bình ở nhóm không đủ vitamin D là 35,04±10,54 nmol/l, thấp nhất là 7,5 nmol/l.

Bảng 2. So sánh đặc điểm lâm sàng của nhóm đủ vitamin D và nhóm không đủ vitamin D

Yếu tố	25-(OH)D máu (nmol/l)		Giá trị p
	<50	≥50	
Giới (nam, n, %)	44(61.1)	36(60)	0.896
Tuổi thai (tuần, $\bar{x}\pm SD$)	28.69±1.65	28.55±1.76	0.784
Cân nặng lúc sinh (gram, $\bar{x}\pm SD$)	1172.50±308.69	1197±302.62	0.703
Đa thai (n, %)	24(33.3)	21(35)	0.841
Bệnh của mẹ (n,%)	44(61.1)	22(36.7)	0.005
Nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn (n,%)	53(73.6)	49(81.7)	0.271
Calci toàn phần (mmol/l, $\bar{x}\pm SD$)	2.26±0.28	2.36±0.18	0.003
Magie (mmol/l, $\bar{x}\pm SD$)	0.91±0.83	0.86±0.51	0.359
Phospho (mmol/l, $\bar{x}\pm SD$)	1.07±0.53	1.27±0.51	0.027
ALP (UI/l, $\bar{x}\pm SD$)	579.91±270	471.22±174.63	0.013

Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi thai, cân nặng lúc sinh và số lượng thai và tình trạng nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn. Bệnh của mẹ có liên quan đến tình trạng không đủ vitamin D. Nồng độ Calci toàn phần, Phospho máu cao hơn đáng kể ở nhóm đủ vitamin D tương ứng với p = 0.003 và p = 0.027. Nồng độ ALP máu cũng có sự khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm nghiên cứu với p<0.05, CI 95%.

Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến tình trạng không đủ vitamin D

	OR	Khoảng tin cậy 95%	Giá trị p
Tuổi thai cực non (<28 tuần)	1.095	0.491-2.441	0.824
Cân nặng lúc sinh <1000 gram	1.273	0.540-3.002	0.581
Bệnh của mẹ	2.714	1.338-5.506	0.005
Vấn đề tại đường tiêu hóa	6.390	1.381-29.574	0.008
Loạn sản phế quản phổi	2.518	1.118-5.669	0.024

Tình trạng nhiễm trùng	1.616	0.777-3.363	0.198
Nhắm máu	4.677	0.983-22.255	0.036
Suy giáp	8.429	1.036-68.573	0.019

Kết quả bảng 3 chỉ ra tuổi thai cực non (<28 tuần), cân nặng lúc sinh rất thấp (<1000 gram) và tình trạng nhiễm trùng không có mối liên quan đến tình trạng thiếu vitamin D. Ở nhóm trẻ có bà mẹ mắc bệnh lý trong thời kỳ mang thai, tỉ lệ không đủ vitamin D tăng 2.7 lần so với nhóm có mẹ không mắc bệnh. Loạn sản phế quản phổi, bất thường đường tiêu hóa, nhiễm nấm máu và suy giáp là các yếu tố liên quan đến tình trạng không đủ vitamin D.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hơn một nửa số trẻ đẻ non dưới 32 tuần không đủ vitamin D, chiếm 54.5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sang² với 49% trẻ sinh non dưới 1500gram không đủ vitamin D. Tỉ lệ này thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu khác ở trong và quanh khu vực Đông Nam Á với cùng ngưỡng chẩn đoán (<50nmol/l)¹⁻⁴. Đông Nam Á được thống kê là khu vực có tỉ lệ thiếu vitamin D ở trẻ sơ sinh cao nhất thế giới³. Trẻ sơ sinh ở Indonesia có tỉ lệ thiếu vitamin D cao gần gấp đôi so với nghiên cứu của chúng tôi (90% so với 54.5%) trong một nghiên cứu năm 2020⁴. Điều này có thể do sự khác biệt về gánh nặng bệnh tật ở trẻ em, trình độ văn hóa có thể ảnh hưởng đến tình trạng vitamin D trong dân số bao gồm thói quen tắm nắng và bổ sung vitamin D trong thai kỳ của người mẹ, bệnh phẩm xét nghiệm 25-(OH)D là máu cuống rốn giúp đánh giá trực tiếp tình trạng thiếu vitamin D của thai nhi. Điều này phản ánh một hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là sự khó khăn trong việc đánh giá mối tương quan giữa tình trạng thiếu vitamin D của trẻ khi sinh và sản phụ do thiếu các thông tin về vấn đề bổ sung vitamin D của mẹ trong thai kỳ.

Trong nghiên cứu của Park¹ phần lớn trẻ có nồng độ Calci toàn phần, Phospho và ALP trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa nhóm thiếu và không thiếu vitamin D. Nghiên cứu của chúng tôi đưa ra kết quả ngược lại, cả ba chỉ số sinh hóa nói trên đều có sự khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Trẻ đẻ non có nhiều nguy cơ không đủ thời gian nhận nguồn dự trữ vitamin D từ mẹ trong ba tháng cuối thai kỳ, đặc biệt ở những người mẹ không đủ vitamin D trong thai kỳ. Nồng độ 25-(OH)D thấp của người mẹ trong thai kỳ làm tăng nguy cơ đẻ non, đái tháo đường thai kỳ và tiền sản giật. Thật vậy, tỉ lệ không đủ vitamin D

trong nghiên cứu của chúng tôi tăng 2.7 lần ở nhóm trẻ có mẹ mắc bệnh lý như dọa đẻ non, tiền sản giật, đái tháo đường, nhiễm SAR-Cov2 trong 3 tháng cuối thai kỳ ($p < 0.01$). Mặc dù nguy cơ thiếu vitamin D tăng lên ở trẻ đẻ non đã được chứng minh⁵, mối liên quan giữa tuổi thai và tình trạng thiếu vitamin D vẫn chưa thực sự rõ ràng^{1,2}. Nghiên cứu của chúng tôi cũng không tìm thấy bất kỳ mối tương quan nào giữa tuổi thai và tình trạng thiếu vitamin D hoặc nồng độ 25-(OH)D ở trẻ đẻ non dưới 32 tuần. Các chỉ số nhân khẩu học khác đều không có khác biệt giữa nhóm đủ và không đủ vitamin D.

Chúng tôi cũng xem xét ảnh hưởng giữa hậu quả của quá trình sinh non đối với tình trạng thiếu vitamin D. Bên cạnh vai trò của vitamin D trong hệ xương, thiếu vitamin D gây ảnh hưởng đến chuyển hóa, suy giảm miễn dịch và tăng nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội. Nhiễm nấm cơ hội và suy giáp đều là những vấn đề phổ biến ở trẻ sơ sinh đẻ non nằm viện kéo dài. Theo hiểu biết của chúng tôi, hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá mối liên quan giữa các bệnh lý này và tình trạng thiếu vitamin D ở trẻ sơ sinh. Trong nghiên cứu này, mặc dù chúng tôi không tìm thấy mối liên quan thực sự giữa tình trạng nhiễm trùng nói chung và nồng độ 25-(OH)D nhưng tỉ lệ không đủ vitamin D tăng 4.6 lần khi trẻ nhiễm nấm cơ hội và 8.4 lần khi mắc suy giáp kèm theo.

Vitamin D có vai trò quan trọng trong sự phát triển phổi thời kỳ chu sinh⁶. Sự thiếu hụt vitamin D góp phần gia tăng các vấn đề về đường hô hấp ở trẻ em như hen suyễn, khò khè kéo dài, nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Người ta cũng không phủ nhận vai trò của dinh dưỡng trong điều trị loạn sản phế quản phổi. Năm 2015, Certinkaya⁷ lần đầu công bố nồng độ 25-(OH)D là một yếu tố có ý nghĩa dự báo loạn sản phế quản phổi ở trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, các nghiên cứu sau đó đều không tìm thấy bất kỳ mối liên quan giữa tình trạng thiếu vitamin D và loạn sản phế quản phổi ở trẻ sơ sinh. Gần đây, Park HW⁸ đưa ra kết quả nghiên cứu trên 909 trẻ sơ sinh, cho thấy có mối tương quan giữa hai tình trạng bệnh lý nói trên. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ủng hộ kết luận này, mối liên quan giữa tình trạng thiếu vitamin D ở trẻ đẻ non và sự phát triển loạn sản phế quản phổi là có ý nghĩa thống kê với $p = 0.024$.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ 25-(OH)D là một chỉ số sinh hóa rất quan trọng nhằm đánh giá tình trạng thiếu vitamin D ở trẻ đẻ non. Tỷ lệ không đủ vitamin D ở trẻ đẻ non dưới 32 tuần còn tương đối cao. Các chỉ số xét nghiệm liên quan đến tình trạng thiếu vitamin D có sự biến đổi rõ ràng. Các yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu vitamin D bao gồm: bệnh của mẹ trong thời kỳ mang thai, vấn đề tại đường tiêu hóa, loạn sản phế quản phổi, nhiễm nấm cơ hội và suy giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Park SH, Lee GM, Moon JE, Kim HM.** Severe vitamin D deficiency in preterm infants: maternal and neonatal clinical features. *Korean J Pediatr.* 2015;58(11):427-433.
2. **Cho SY, Park HK, Lee HJ.** Efficacy and safety of early supplementation with 800 IU of vitamin D in very preterm infants followed by underlying levels of vitamin D at birth. *Italian Journal of Pediatrics.* 2017;43(1):45.
3. **Saraf R, Morton SMB, Camargo CA, Grant CC.** Global summary of maternal and newborn vitamin D status – a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2015;12(4):647-668.
4. **Oktaria V, Graham SM, Triasih R, et al.** The prevalence and determinants of vitamin D deficiency in Indonesian infants at birth and six months of age. *PLoS One.* 2020;15(10):e0239603.
5. **Burris HH, Van Marter LJ, McElrath TF, et al.** Vitamin D status among preterm and full-term infants at birth. *Pediatr Res.* 2014;75(1-1):75-80.
6. **Lykkedegn S, Sorensen GL, Beck-Nielsen SS, Christesen HT.** The impact of vitamin D on fetal and neonatal lung maturation. A systematic review. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 2015;308(7):L587-602.
7. **Çetinkaya M, Çekmez F, Erener-Ercan T, et al.** Maternal/neonatal vitamin D deficiency: a risk factor for bronchopulmonary dysplasia in preterms? *J Perinatol.* 2015;35(10):813-817.
8. **Park HW, Lim G, Park YM, Chang M, Son JS, Lee R.** Association between vitamin D level and bronchopulmonary dysplasia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2020; 15(7): e0235332.

GIÁO DỤC GIỚI TÍNH VÀ TÌNH DỤC TOÀN DIỆN CHO HỌC SINH TRONG TRƯỜNG HỌC: THỰC TRẠNG, KHOẢNG TRỐNG VÀ MỘT SỐ KHUYẾN NGHỊ

Lê Minh Thi*

TÓM TẮT

Giáo dục giới tính và tình dục toàn diện là một trong các chương trình hành động quan trọng nhằm thúc đẩy bình đẳng giới và hướng tới mục tiêu phát triển bền vững năm 2030. Nghiên cứu rà soát chương trình đào tạo chính khóa tại các trường phổ thông từ tiểu học, trung học cơ sở và trung học phổ thông về giáo dục giới tính và tình dục toàn diện (GDGTTDTD) theo khung khuyến nghị của Liên hợp quốc nhằm tìm ra khoảng trống kiến thức và bằng chứng cho can thiệp GDGTTDTD tại Việt Nam. Kết quả cho thấy nội dung chương trình đào tạo chính khóa hiện hành về GDGTTDTD còn ít, chưa đề cập nhiều về các nội dung quan trọng và thiết yếu của GDGTTDTD. Chương trình chính khóa (trước cải cách khối 1 năm 2020) còn có khoảng trống GDGTTDTD ở nhóm học sinh khối 6 và 7 là nhóm tuổi bước vào giai đoạn dậy thì và có nhu cầu cao tìm hiểu thông tin giới tính và tình dục. Nghiên cứu khuyến nghị tăng cường hợp tác giữa ngành y tế và giáo dục trong lồng ghép nội dung GDGTTDTD vào chương trình đào tạo cho học sinh nhằm phổ cập kiến thức chăm sóc sức khỏe sinh sản toàn diện cho trẻ em

và vị thành niên, bao gồm cả các nhóm dễ bị tổn thương, nhóm khuyết tật và các nhóm yếu thế khác. Kết nối giữa y tế trường học và hệ thống chuyển gửi cho hệ thống y tế chuyên biệt cũng cần được thiết lập nhằm đạt hiệu quả cao cho chương trình.

Từ khóa: Giáo dục giới tính tình dục toàn diện, học sinh, chương trình đào tạo, chăm sóc sức khỏe học đường.

SUMMARY

COMPREHENSIVE SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH CARE FOR SCHOOL STUDENTS: A STUDY REVIEW OF OFFICIAL TRAINING PROGRAM AND SOME RECOMMENDATIONS

Research and review the mainstream comprehensive reproductive and sexual health on current curriculum at primary schools, middle schools and high schools according to United Nation recommendations. Research shows the mainstream comprehensive reproductive and sexual health on current curriculum is still limited, not mentioning many important and essential contents of comprehensive reproductive and sexual health. The main program (before the reform 2020) still has gaps, students have not received comprehensive reproductive and sexuality health education, especially in grades 6th and 7th which are the age groups starting transition to puberty, and students had a very high need for comprehensive reproductive health and sexuality

*Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Thi

Email: lmt@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2022

Ngày duyệt bài: 27.9.2022