

MỘT SỐ KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC TOÀN DIỆN TRẺ DỊ TẬT KHE HỒ MÔI VÀM MIỆNG BẨM SINH

ĐẶNG HANH BIÊN
Bệnh viện hữu nghị Việt Nam Cu Ba

TÓM TẮT:

Khe hở môi vòm miệng (KHMVM) là một loại dị tật bẩm sinh hay gặp nhất vùng hàm mặt. Với kinh nghiệm nhiều năm điều trị cho trẻ KHMVM tại bệnh viện Việt Nam Cuba, chúng tôi trình bày một số kinh nghiệm và các vấn đề gặp phải trong điều trị và chăm sóc trẻ KHMVM.

Từ khóa: Khe hở môi vòm miệng, dị tật bẩm sinh

SUMMARY

Cleft lip/palate (CLP) is one of most common birth defect in the face defects.. With some experimental in more years treatment for CLP at Việt Nam Cu Ba hospital, we present some experiment and problems should be in treated and takecare for CLP.

Keywords: Cleft lip/palate, birth defect

TỔNG QUAN:

KHM,VM (hay còn được gọi là sứt môi, hở hàm ếch) là một loại dị tật bẩm sinh hay gặp vùng hàm mặt. Theo nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, cứ khoảng

600 trẻ sinh ra có 1 trẻ bị KHM, VM.

1. Khái niệm dị tật khe hở môi vòm miệng (KHM, VM):



Bản chất khe hở môi (KHM) và vòm miệng (KHVM) là sự không liên tục được giữa các phần của môi và vòm miệng do các phần này không gắn kết được với nhau trong thời kỳ phát triển của thai nhi (khoảng tuần thứ 5 đến tuần thứ 12 trong quá trình mang thai). Trẻ sinh ra có thể có KHM, hoặc KHVM, hoặc cả hai.

2. KHM,VM và tâm lý mặc cảm:

Nhiều bậc cha mẹ cảm thấy mặc cảm khi sinh con ra bị KHM, VM và thấy buồn rầu, xấu hổ khi phải giới thiệu con với người thân và hàng xóm xung quanh. Nhưng khi có con bị KHM, VM, bạn hãy chia sẻ với bạn bè và người thân để được giúp đỡ. Khi mọi người xung quanh chưa biết bệnh KHM, VM là gì mọi người có thể đặt ra những câu hỏi khiến bạn cảm thấy tổn thương hoặc có những thành kiến không đúng về bệnh của trẻ, bạn cần phải tự tin và khẳng định với mọi người rằng đây chỉ là một loại dị tật hay gặp, Trả lời trẻ khi trẻ lớn và biết hỏi về dị tật của trẻ một cách cởi mở, thành thật là một cách giúp trẻ ý thức được giá trị của bản thân, và không xa lánh cộng đồng. Đồng thời, trẻ cũng sẽ học được cách trả lời những câu hỏi của các trẻ cùng lứa, giáo viên,... và tránh được sự kỳ thị của người khác.

3. Các vấn đề của trẻ KHMVM

* Dinh dưỡng: ăn uống khó, sặc, trớ, thiếu dinh dưỡng.

* Tai mũi họng và thính lực: viêm mũi họng, viêm tai giữa xuất tiết.

* Phát âm: giọng mũi hở, thoát hơi mũi, biến giọng, nhần mặt khi phát âm, âm thay thế.

* Hô hấp: hay bị viêm nhiễm đường hô hấp

* Răng miệng: sâu răng, lệch lạc răng và hàm.

* Phát triển xương hàm: thay đổi và mất cân đối.

* Thẩm mỹ, Tâm lý và hòa nhập xã hội.

4. Chăm sóc cho trẻ ăn và dinh dưỡng của trẻ

Khi bú trẻ có thể tạo được vòng miệng kín quanh vú thì trẻ sẽ bú được tốt. Khi có KHMVM, khe hở này sẽ làm giảm áp lực được tạo ra trong khoang miệng lúc trẻ bú khiến cho trẻ bú ít hiệu quả. Nếu con bạn không bú được, bạn phải cho trẻ ăn qua bình sữa. Bình sữa cần phải làm từ nhựa mềm để có thể bóp được một cách nhẹ nhàng theo nhịp trẻ mút vào. Đầu vú cao su phải có lỗ rộng hơn bình thường để làm tăng lượng sữa chảy ra. Chúng ta sẽ rạch hoặc cắt cho lỗ ở đầu vú cao su to hơn. Khi cho ăn, bạn nên bế trẻ ở tư thế nửa ngồi nửa nằm để giúp trẻ nuốt dễ dàng hơn. Tư thế này còn giúp làm giảm lượng dịch sặc lên mũi và khả năng bị nghẹn, nôn ọe. Khi trẻ chưa được phẫu thuật vòm, chúng ta nên dùng máng bịt chỉnh hình để tránh thức ăn lên gây tổn thương khoang mũi.

5. KHM,VM và hiện tượng rối loạn ngôn ngữ

Quá trình tập nói của trẻ bắt đầu từ khi trẻ có khả năng nhận biết về âm thanh và âm sắc. Trẻ dần đoán và phân biệt được ý nghĩa lời nói của người thân và đáp ứng lại bằng cười, khóc và các âm thanh đơn giản nhằm diễn đạt ý trẻ muốn nói. Được củng cố qua thời gian và được lặp đi lặp lại nhiều lần, trẻ dần phát âm được những từ đơn giản như: bố, bà, mẹ, ăn, không,... Vì thế tuy trẻ không hiểu được các từ, các câu được cấu tạo như thế nào nhưng có khả năng hiểu và diễn đạt các từ, các câu một cách rất tự nhiên. Các trẻ KHM, VM có khả năng hiểu được các từ như các trẻ bình thường nhưng gặp khó khăn trong việc diễn đạt do có hiện tượng thoát khí lên mũi qua khe hở. Vì thế trẻ KHM, VM sẽ tránh nói những từ nhất định và khi buộc phải sử dụng những từ này trẻ sẽ có những lỗi phát âm ở các mức độ khác nhau. Không chỉ vậy, hiện tượng rối loạn ngôn ngữ này ở trẻ KHM, VM còn khiến người đối thoại khó hiểu nên giao tiếp của trẻ KHM, VM bị hạn chế rất nhiều.

Vi vậy phẫu thuật đóng KHM cho trẻ cần được tiến hành sớm để phục hồi cơ vòm miệng, tạo điều kiện cho trẻ tập nói về sau. Sau khi đã được phẫu thuật khe hở trên vòm miệng đã được đóng lại nhưng để phát âm được đúng, phần vòm mềm (phần có lưỡi gà) phải có khả năng nâng lên và di chuyển để chạm được vào vách phía sau của họng để ngăn cách khoang mũi và khoang miệng hoàn toàn. Ở một số trẻ sau mổ tuy khe hở đã đóng kín nhưng cơ vòm mềm yếu không có khả năng đóng kín khi cần thiết nên vẫn tiếp tục có hiện tượng khí thoát qua mũi khi nói. Lúc này, trẻ rất cần sự giúp đỡ từ cha mẹ. Cha mẹ nên tăng cường trò chuyện với trẻ, khuyến khích trẻ tập nói chậm nhưng đúng. Điều này sẽ tránh cho trẻ có những thói quen phát âm sai và giúp trẻ có thể giao tiếp bình thường.

6. Chăm sóc răng miệng

Như những trẻ bình thường khác con của bạn cần được chăm sóc răng miệng ngay từ khi răng bắt đầu mọc. Phần lớn các trẻ hai răng của dưới sẽ mọc khi trẻ được 6 đến 9 tháng, hai răng của trên sẽ mọc không lâu sau đây, khi trẻ được 8 đến 10 tháng. Khi răng đã mọc, bạn cần lau răng của trẻ bằng một khăn ẩm sau mỗi lần cho trẻ ăn vì đường trong sữa mẹ hoặc sữa bột có thể làm cho trẻ bị sâu răng.

Khi trẻ được 1 tuổi, hầu hết các trẻ đều đã có 4 răng cửa (2 răng cửa hàm trên, 2 răng cửa hàm dưới), 2 răng cửa bên ở hàm trên, 2 răng nanh ở hàm dưới, và có thể có 2 răng hàm đầu tiên ở hàm dưới. Khi bị khe hở, trẻ thường có tất cả các răng trên nhưng có thể bị mọc thiếu răng vĩnh viễn tại nơi có khe hở (thường là răng cửa bên và răng nanh). Khi đó gia đình nên đưa trẻ đi khám bác sĩ nha khoa để có lời khuyên và phương hướng điều trị phù hợp với trẻ.

7. Điều trị toàn diện KHM, VM

Việc điều trị toàn diện KHM,VM cần bắt đầu ngay từ khi trẻ sinh ra cho đến khi trẻ đã trưởng thành. Với sự phối hợp của một nhóm: Bs Nhi khoa/dinh dưỡng/tr vấn di truyền.- Phẫu thuật viên: hàm mặt - tạo hình, chỉnh hình xương.- KTV điều trị phát âm.

- Bs Tai mũi họng Nha sỹ/Bs chỉnh nha.Bs tâm lý, . Quá trình điều trị hoàn thiện cho trẻ gồm rất nhiều bước như phẫu thuật đóng khe hở môi, vòm miệng; vệ sinh răng miệng, ghép xương ổ răng, chỉnh nha, khám và điều trị các bệnh về tai kèm theo; trị liệu ngôn ngữ, tạo hình mũi,... Với mỗi trẻ cần có một liệu trình điều trị khác nhau, phụ thuộc vào dị tật cụ thể của trẻ. .

Phẫu thuật đóng KHM

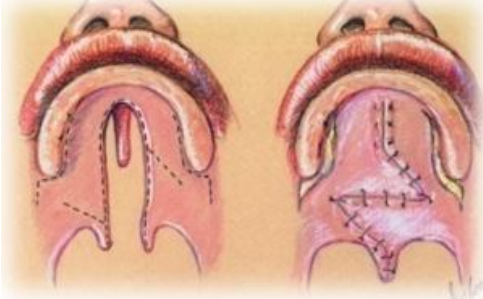


Mục đích của phẫu thuật là đóng kín KHM với một đường sẹo nhỏ và không ảnh hưởng đến sự phát triển

mặt của trẻ.

Phẫu thuật đóng KHM sẽ được tiến hành khi trẻ được 6 tháng tuổi, nặng trên 6 kg và hiện không mắc các bệnh khác như sốt, viêm phổi, bệnh tim,...

Phẫu thuật đóng KHVM



Mục đích của phẫu thuật là đóng kín KHVM để trẻ có thể ăn, uống và tập nói được như trẻ bình thường.

Phẫu thuật đóng KHVM sẽ được tiến hành khi trẻ được 18 tháng tuổi, nặng trên 10 kg và hiện không mắc các bệnh nhiễm trùng, tim mạch,...

BÀN LUẬN:

Điều trị và chăm sóc trẻ KHVM là một quá trình phức tạp lâu dài và toàn diện. Đòi hỏi sự phối hợp của một nhóm: Bs Nhi khoa/dinh dưỡng/tư vấn di truyền, Phẫu thuật viên hàm mặt - tạo hình, chỉnh hình xương, KTV điều trị phát âm, Bs Tai mũi họng Nha sỹ/Bs chỉnh nha, Bs tâm lý. Việc phối hợp giữa Bác

sỹ, Cha mẹ, nhà trường, chuyên gia tâm lý là rất quan trọng trong quá trình phục hồi chức năng toàn diện cho trẻ về thẩm mỹ, giọng nói, tâm lý, giúp cho trẻ hòa nhập hoàn toàn vào cuộc sống xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Parker SE, Mai CT, Canfield MA, Rickard R, Wang Y, Meyer RE, et al; for the National Birth Defects Prevention Network. Updated national birth prevalence estimates for selected birth defects in the United States, 2004-2006. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2010;88(12):1008-16.
2. Little J, Cardy A, Munger RG. Tobacco smoking and oral clefts: a meta-analysis. Bull World Health Organ. 2004 Mar;82(3):213-8.
3. Honein MA, Rasmussen SA, Reefhuis J, Romitti P, Lammer EJ, Sun L, et al. Maternal smoking, environmental tobacco smoke, and the risk of oral clefts. Epidemiology 2007;18(2):226-33.
4. Correa A, Gilboa SM, Besser LM, et al. Diabetes mellitus and birth defects. Am J Obstet Gynecol 2008;199(3): 237.e1-9.
5. American Cleft Palate-Craniofacial Association. Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. Revised edition, Nov 2009. Chapel Hill, NC. P. 1-34.
6. Yazdy MM, Autry AR, Honein MA, Frias JL. Use of special education services by children with orofacial clefts. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2008;82:147-54.