

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM DỊ TẬT BẨM SINH KHE HỞ MÔI - VÒM MIỆNG VÀ THỂ LỰC CỦA TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2011

PHẠM THANH HẢI, VŨ QUANG HƯNG, PHẠM VĂN LIỆU

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định đặc điểm dị tật và thể lực của trẻ bị dị tật khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang. Phân tích dữ liệu của 96 ca dị tật bẩm sinh khe hở môi và vòm miệng điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2011.

Kết quả: Các kết quả của nghiên cứu này như sau:

- Đặc điểm của trẻ bị dị tật khe hở môi- vòm miệng:
 - + Khe hở môi đơn thuần chiếm 31,2% (nhóm I: 93,3%; nhóm II: 6,7%).
 - + Khe hở vòm miệng đơn thuần chiếm 18,8% (nhóm I: 33,3%; nhóm II: 66,7%).
 - + Khe hở môi-vòm miệng kết hợp chiếm 50% (nhóm I: 62,5%; nhóm II: 37,5%).
 - + Nhóm I gặp nhiều nhất chiếm 66,7%; nhóm II: 33,3%
 - + Trẻ nam bị dị tật gặp nhiều hơn nữ (chiếm 70,8%).
- Tình trạng phát triển thể lực của trẻ bị dị tật khe hở môi-vòm miệng:
 - + Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng chung trong nhóm đối tượng nghiên cứu khá cao chiếm 29,2%.
 - + Tỷ lệ trẻ bị suy dinh dưỡng ở nhóm trẻ có khe hở môi đơn thuần: 20%;
 - Nhóm khe hở vòm miệng chiếm 22,2%; Nhóm khe hở môi- vòm miệng chiếm 37,5%.
 - + Tỷ lệ nhóm I bị suy dinh dưỡng cao hơn nhiều so với nhóm II (chiếm 78,6%).

Kết luận:

Tỷ lệ các loại hình thái khe hở môi- vòm miệng: Khe hở môi đơn thuần chiếm tỷ lệ 31,2%; Khe hở vòm miệng đơn thuần chiếm tỷ lệ 18,8%; Khe hở môi phối hợp với khe hở vòm miệng chiếm 50%; trẻ trai gặp nhiều hơn trẻ gái (70,8%); nhóm dưới 2 tuổi gặp nhiều hơn nhóm trên 2 tuổi (66,7%);

Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ dị tật bẩm sinh khe hở môi- vòm miệng khá cao chiếm 29,2%; Trong đó tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ dị tật môi vòm miệng phối hợp chiếm 64,28% cao hơn các dị tật đơn thuần khác; Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ dưới 2 tuổi cao hơn trẻ trên 2 tuổi (chiếm 78,6% trong tổng số trẻ bị suy dinh dưỡng).

Từ khóa: thể lực, hở môi, vòm miệng bẩm sinh.

SUMMARY

Objectives: the objective of this study was to determine the percentages of cleft lip and cleft palate and physical strength

Method: the study was cross- sectional and descriptive. The records of 96 cases were operated at HaiPhong Medical University Hospital in 2011.

Result: The outcomes of this reseach were as follows:

- The percentages of all types of cleft lips and cleft palates: Cleft lip alone accounted for 31,2% (Group under 2 ages (I): 93,3%; Group uper 2 ages (II): 6,7%). Cleft palate alone accounted for 18,8% (Group I: 33,3%; Group II: 66,7%); Cleft lip and cleft palate were 50% (Group I: 62,5%; Group II: 37,5%). The

percentages of cleft lips and cleft palates of male make up more than 70%. Group of under 2 ages got 66,7%.

- Physical strength: The percentages of malnutrition in this research make up more than 29%. Malnutrition of cleft lip alone group was 20%; Malnutrition of cleft palate alone: 22,2% and malnutrition of cleft lips and palates accounted of 37,5%. The percentages of malnutrition in under 2 ages group make up more than uper 2 ages group (accounted for 78,6%).

Conclusion:

- Cleft lip alone account for 31,2%.. Cleft palate alone account for 18,8%. Cleft lip and cleft palate accounts for 50%. The percentages of cleft lips and cleft palates of male make up more than female account for 70%. Group of under 2 ages accounted for 66,7%.

- The percentages of malnutrition in this research make up more than 29%. (The percentages of malnutrition of cleft lips and palates accounted of 64,28%). The percentages of malnutrition in under 2 ages group make up more than uper 2 ages group (accounted for 78,6%).

Keywords: cleft lip, cleft palate, physical strength.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi và vòm miệng là loại dị tật bẩm sinh khá phổ biến trong các dị tật bẩm sinh nói chung. Theo các tác giả nước ngoài thì KHMVM chiếm tỉ lệ 1/750 đến 1/1000 trẻ sơ sinh đứng hàng thứ hai sau tật vẹo bàn chân. Ở Việt Nam, theo các thống kê khác nhau, tỉ lệ này thay đổi từ 1/500 đến 1/800 trẻ sơ sinh.

Những khuyết tật môi và vòm miệng gây ảnh hưởng rõ về sức khỏe, đặc biệt dinh dưỡng kém, dễ mắc các bệnh tai mũi họng... Đồng thời khe hở môi-vòm miệng có thể gây rối loạn phát âm, khó ăn uống, ảnh hưởng đến quá trình mọc răng và thẩm mỹ của khuôn mặt, vì vậy trẻ sẽ mặc cảm, thiếu tự tin khi hòa nhập với xã hội. Phương pháp điều trị duy nhất dị tật KHMVM là phẫu thuật tạo hình. Chỉ định phẫu thuật sớm trả lại thẩm mỹ cho khuôn mặt, nâng cao sức khỏe và trả lại sự tự tin cho trẻ. Tuy nhiên, ở trẻ dị tật KHMVM càng dễ mắc các bệnh trên hơn vì vậy việc đánh giá tình trạng sức khỏe của trẻ trước phẫu thuật là rất cần thiết để đảm bảo thành công cho phẫu thuật tạo hình môi và vòm miệng.

Với những lý do trên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu "Nghiên cứu đặc điểm và thể lực của trẻ bị dị tật khe hở môi-vòm miệng bẩm sinh được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2011" với các mục tiêu sau:

Nghiên cứu đặc điểm dị tật khe hở môi, vòm miệng ở trẻ em được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2011.

Nhận xét thể lực của nhóm trẻ bị dị tật KHMVM nghiên cứu trên.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 96 trẻ được điều trị tại BV Đại học Y Hải Phòng 2010.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang và phân tích, dựa vào hồi cứu hồ sơ bệnh án.

Thu thập số liệu: dữ liệu nghiên cứu được thu thập từ bệnh án hậu phẫu của 96 bệnh nhân đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

Xử lý và phân tích số liệu: sau khi thu thập đầy đủ dữ liệu, các dữ liệu được mã hóa. Sử dụng phần mềm SPSS 11.5 để nhập và xử lý dữ liệu.

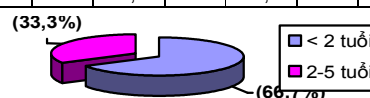
KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

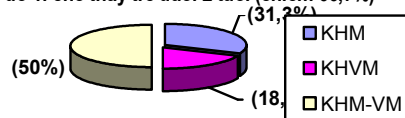
1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và loại dị tật

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và loại dị tật

Loại dị tật	Tuổi < 2 tuổi		2 – 5 tuổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
KHM đơn thuần	28	93,3	2	6,7	30	31,2
KHVM đơn thuần	6	33,3	12	66,7	18	18,8
KHM-VM kết hợp	30	62,5	18	37,5	48	50,0
Cộng	64	66,7	32	33,3	96	100



Biểu đồ 1: cho thấy trẻ dưới 2 tuổi (chiếm 66,7%)



Biểu đồ 2: Trong tổng số 96 trẻ KHMVM nghiên cứu thì KHM chiếm tỉ lệ 31,2%; KHVM chiếm 18,8% và 50% là KHM-VM phối hợp

1.2. Phân bố theo giới của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới và loại dị tật

Loại dị tật	Trai		Gái		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
KHM đơn thuần	22	73,3	8	26,7	30	31,25
KHVM đơn thuần	14	77,8	4	22,2	18	18,75
KHM-VM kết hợp	32	66,7	16	33,3	48	50,00
Dị tật chung	68	70,8	28	29,2	96	100

Tỉ lệ trẻ trai chiếm đa số chiếm tới 70,8%; tỉ lệ trẻ gái chỉ chiếm 29,2%

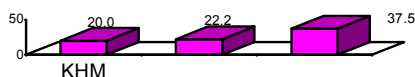
2. Đặc điểm thể lực của trẻ bị dị tật KHM-VM

Để đánh giá tình trạng phát triển thể lực của trẻ dị tật KHMVM chúng tôi dựa vào tỉ lệ % của cân nặng theo tuổi đạt theo giá trị trung bình của quần thể tham khảo. Trẻ bị SDD khi cân nặng theo tuổi chỉ còn 80% trở xuống so với cân nặng của trẻ bình thường.

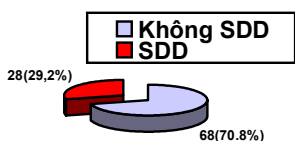
Bảng 3: Tình trạng phát triển thể lực của các nhóm KHM-VM

Loại dị tật	SDD		Không SDD		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
KHM đơn thuần	6	20,0	24	80,0	30	31,25
KHVM đơn thuần	4	22,2	14	77,8	18	29,17
KHM-VM kết hợp	18	37,5	30	62,5	48	50,00
Dị tật chung	28	29,2	68	70,8	96	100

Bảng 3: cho thấy tỉ lệ SDD chiếm tới 29,2% trong tổng số 96 trẻ.



Biểu đồ 3: Tỉ lệ suy dinh dưỡng của các loại KHMVM



Biểu đồ 4: Phân bố tỉ lệ SDD và không SDD ở trẻ KHMVM

Bảng 4: So sánh tỉ lệ SDD của nhóm < 1 tuổi và nhóm 1-5 tuổi.

Tuổi	Dinh dưỡng		SDD		Không SDD		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 2 tuổi	22	34,4	42	65,6	64	66,67		
2 – 5 tuổi	6	18,8	26	81,3	32	33,33		
Tổng	28	29,2	68	70,8	96	100		

BÀN LUẬN

Nghiên cứu về trẻ bị dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y thành phố Hải Phòng với mục tiêu là mô tả các hình thái dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng ở trẻ em và nhận xét thực trạng thể lực của đối tượng này.

Trong nghiên cứu này, những dữ liệu thu thập được xử lý và phân loại một cách tỉ mỉ, vì vậy những kết quả trình bày sẽ phản ánh được hiện thực đối với các mục tiêu đề ra.

Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm tuổi và loại dị tật: Nghiên cứu của chúng tôi gồm 96 trẻ bị dị tật bẩm sinh KHMVM dưới 5 tuổi, trong đó 64 trẻ dưới 2 tuổi (chiếm 66,7%) và 32 trẻ trên 2 tuổi (chiếm 33,3%). Lứa tuổi dưới 5 tuổi là tuổi dễ mắc các bệnh về dinh dưỡng và suy dinh dưỡng, thiếu máu thiếu sắt, còi xương... Những trẻ bị dị tật môi và vòm miệng không những ảnh hưởng lớn tới thẩm mỹ, tâm thần của trẻ mà còn gây khó khăn nhiều vấn đề cho trẻ ăn uống. Đồng thời KHMVM cũng làm trẻ dễ mắc các bệnh liên quan dinh dưỡng hơn. Tuổi thuận lợi cho trẻ dị tật mổ môi là 6 tháng và tuổi phẫu thuật KHVM là 18 tháng. Tuy nhiên do điều kiện gia đình, điều kiện sức khỏe của trẻ,... nhiều trẻ được phẫu thuật muộn hơn. Nhìn chung trẻ tập trung đến khám và phẫu thuật trước tuổi đi học (6 tuổi). Do những lý do nói trên, chúng tôi quyết định lựa chọn đối tượng nghiên cứu dưới 5 tuổi.

Qua bảng 1 cho thấy, trong nhóm KHM đơn thuần thì chủ yếu là trẻ dưới 2 tuổi (chiếm tới 93,3%) vì trẻ dị

tật KHM có tuổi có thể phẫu thuật sớm hơn (6 tháng bắt đầu có thể mổ nếu trẻ đủ sức khỏe), cũng ít ảnh hưởng tới sức khỏe của trẻ hơn nên sau 2 tuổi thì trẻ bị KHM đơn thuần hầu hết đã được phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Chỉ còn 6,7% số trường hợp đến khám KHM trên 2 tuổi. Nhóm KHVM đơn thuần tỉ lệ trẻ trên 2 tuổi là chủ yếu 66,7% và còn lại 33,3% trẻ dưới 2 tuổi do trẻ bị dị tật KHVM tuổi phẫu thuật muộn hơn (18 tháng có thể bắt đầu mổ) đồng thời chúng thường ốm yếu hơn nên thời gian đến khám để làm phẫu thuật cũng muộn hơn. Trong số 48 trẻ bị dị tật phối hợp KHM-VM thì có 62,5% trẻ trên 2 tuổi và 37,5% dưới 2 tuổi. Trẻ bị dị tật phối hợp thường đến khám và làm phẫu thuật môi trước nên đối tượng này tập trung dưới 2 tuổi. Do những lý do trên nhóm dị tật hàm mặt chung này chủ yếu tập trung dưới 2 tuổi chiếm 66,7% (Biểu đồ 1).

Trong tổng số 96 trẻ KHMVM nghiên cứu thì KHM chiếm tỉ lệ 31,2%; KHVM chiếm 18,8% và 50% là KHM-VM phối hợp (Biểu đồ 2).

Đặc điểm về giới và loại dị tật: Trong nghiên cứu này, tỉ lệ trẻ trai chiếm đa số chiếm tới 70,8%; tỉ lệ trẻ gái chỉ chiếm 29,2%. Trong từng loại dị tật, tỉ lệ trẻ trai luôn chiếm đa số: Tỉ lệ trẻ trai trong nhóm KHM đơn thuần chiếm 73,3%; nhóm KHVM đơn thuần là 77,8% và nhóm dị tật kết hợp 66,7% (Bảng 2). Tỉ lệ này cũng phù hợp với báo cáo của Nguyễn Thanh Hòa, Vũ Thị Hạnh (2009) và các nghiên cứu trên thế giới, người ta cũng cho rằng dị tật vùng hàm mặt chung này xuất hiện ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ, tuy nhiên chưa có sự giải thích nào phù hợp với sự khác biệt này.

Tình trạng thể lực của trẻ bị dị tật KHMVM.

Để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cộng đồng thường dựa theo chỉ số cân nặng/ tuổi, cân nặng/ chiều cao và chiều cao/ tuổi.

Ở nghiên cứu này chúng tôi đánh giá dựa theo chỉ tiêu cân nặng/ tuổi, sử dụng quần thể tham khảo N.C.H.S để đánh giá theo thang phân loại của WHO.

Hiện nay tỉ lệ SDD ở trẻ em dưới 5 tuổi ở các nước đang phát triển có xu hướng giảm. Ở nước ta những năm gần đây nhờ những nỗ lực vượt bậc, chúng ta đã đạt được những thành tựu to lớn trong phòng chống SDD ở trẻ em. Số liệu nghiên cứu có quy mô lớn nhất cho thấy: Năm 1985 tỉ lệ SDD của trẻ dưới 5 tuổi là 51,1%; năm 1990 là 41,8%; năm 1997 là 40,6%; năm 1998 là 39,0% và năm 2000 còn 28,4%. Nghiên cứu của Lê Bạch Mai (1995) tỉ lệ SDD của trẻ dưới 5 tuổi là 18,9%. Theo nghiên cứu của Trường Sơn (1999), tỉ lệ này ở ngoại thành Hồ Chí Minh là 19,7%. Tỉ lệ trẻ SDD không có sự khác biệt giữa trai và gái.

Trong nghiên cứu nhóm trẻ dị tật KHMVM, tỉ lệ SDD chiếm tới 29,2% (Biểu đồ 4). So sánh kết quả điều tra với một số nghiên cứu gần đây thấy rằng tỉ lệ SDD của trẻ bị dị tật KHMVM cao hơn so với tỉ lệ SDD của trẻ bình thường. Qua bảng 3 cho thấy tỉ lệ SDD của nhóm KHM đơn thuần là 20% thấp hơn nhóm KHVM đơn thuần (22,2%) và cao nhất nhóm kết hợp KHM-VM (37,5%). Nguyên nhân là do KHM là loại dị tật xấu về thẩm mỹ nhưng ít ảnh hưởng đến ăn uống so với KHVM, còn KHVM trẻ ăn uống thường xuyên bị

sạch, trở nên tỉ lệ SDD thường cao hơn. Nhóm trẻ bị KHM-VM đương nhiên sẽ có tỉ lệ SDD cao nhất.

Tỉ lệ SDD của trẻ dị tật KHM-VM dưới 2 tuổi là 34,4% và nhóm trên 2 tuổi là 18,8% (Bảng 4). So sánh với những điều tra khác trên trẻ bình thường thì có sự tương đồng: Tỉ lệ SDD của trẻ dưới 2 tuổi thường cao hơn trẻ trên 2 tuổi. Các nghiên cứu ở nước ta cũng cho thấy trẻ ở giai đoạn dưới 2 tuổi có nguy cơ cao nhất để bị SDD. Đây là giai đoạn đầu tiên của trẻ thích nghi với cuộc sống, trẻ phải tập ăn các loại thức ăn khác nhau và cần có một chế độ chăm sóc hợp lý. Giai đoạn này nguồn sữa mẹ cũng giảm dần, nguồn miễn dịch mẹ truyền cho con cũng giảm sút nên trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm trùng dẫn tới khả năng SDD càng cao. Ở trẻ bị dị tật KHM-VM ngoài những yếu tố trên thì dị tật hàm mặt khiến cho trẻ ăn uống khó khăn hơn dễ sạch và trở hơn, dễ viêm nhiễm đường hô hấp hơn...nên nguy cơ trẻ bị SDD càng cao hơn.

Như vậy, sự phát triển về thể trạng của trẻ bị dị tật môi và vòm miệng ở trẻ dưới 5 tuổi kém hơn so với trẻ bình thường. Nguyên nhân khác biệt này có lẽ là khó khăn trong vấn đề nuôi dưỡng và sức khỏe trẻ bị dị tật KHM-VM.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 96 đối tượng trẻ dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng tại Bệnh viện đại học Y Hải Phòng, cho phép rút ra một số kết luận sau:

Đặc điểm của trẻ bị dị tật khe hở môi- vòm miệng:

- + Nhóm trẻ dưới 2 tuổi gặp nhiều nhất chiếm 66,7%; nhóm 2-5 tuổi chiếm 33,3%
- + Trẻ nam bị dị tật gặp nhiều hơn nữ (chiếm 70,8%).
- + Khe hở môi đơn thuần chiếm 31,2%
- Nhóm dưới 2 tuổi chiếm 93,3%
- Nhóm từ 2-5 tuổi chiếm 6,7%.
- + Khe hở vòm miệng đơn thuần chiếm 18,8%
- Nhóm dưới 2 tuổi chiếm 33,3%
- Nhóm từ 2-5 tuổi chiếm 66,7%.
- + Khe hở môi-vòm miệng kết hợp chiếm 50%
- Nhóm dưới 2 tuổi chiếm 62,5%

- Nhóm từ 2-5 tuổi chiếm 37,5%.

Tình trạng phát triển thể lực của trẻ bị dị tật khe hở môi-vòm miệng:

+ Tỉ lệ trẻ bị SDD chung trong nhóm đối tượng nghiên cứu khá cao chiếm 29,2%.

+ Tỉ lệ trẻ SDD cũng tăng dần theo mức độ tổn thương của dị tật

Khe hở môi đơn thuần: 20%

Khe hở vòm miệng chiếm 22,2%

Khe hở môi- vòm miệng chiếm 37,5%

+ Tỉ lệ trẻ SDD ở nhóm dưới 2 tuổi chiếm 78,6%, cao hơn nhiều so với nhóm từ 2-5 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lâm Ngọc Ấn, Lâm Hoài Phương, Bùi Hữu Lâm, Trần Công Chánh(1999). "Giáo trình dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt".
2. Phạm Quốc Dũng (2007). "Tình hình dị tật bẩm sinh khe hở môi-hàm ếch tại Bệnh viện Từ Dũ và Hùng Vương". Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học RHM.
3. Hoàng Tử Hùng, Trần Thanh Phước (2003). "Tình hình sức khỏe răng miệng của trẻ em khe hở môi-hàm ếch tại tỉnh Thừa Thiên Huế", Luận văn thạc sĩ Y học chuyên ngành RHM.
4. Viện RHM Thành Phố HCM (2001). "Số liệu lưu trữ về dị tật khe hở môi-hàm ếch từ 01/01/1991 – 31/12/2000".
5. Kim S, Kim WJ, Oh C, Kim JC. "cleft lip and palate incidence among the live births in the Republic of Korea". J Korean Med Sci. 2002 Feb; 17(1): 49-52.
6. Mazarita ML, Mooney MP. "Current concepts in the embryology and genetics of cleft lip and palate". Clin Plastic surg 2004; 31:125-140.
7. Michell LE, Beaty TH, Lidral AC, Munger RG, Murray JC, Saal HM, Wyszynski DF. "Guidelines for the design and Analysis of studies on Nonsyndromic cleft and cleft palate in humans: Summary report from of workshop of the international consortium for oral clefts genetics". Cleft palate craniofac J. 2002; 39:93-100.
8. Patricia LB. "Genetics of cleft and palate". Journal of pediatric nursing vol, (august) 2000.
9. Rajibian MH, Aghaeit. "Cleft lip and palate in southwestern Iran: an epidemiologic study of live births". Ann Saudi Med. 2005 Sep-Oct;25(5):385-8.