

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ, HÌNH THÁI DỊ TẬT KHE HỞ MÔI, VÒM MIỆNG BẨM SINH Ở TRẺ EM ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2010

VŨ QUANG HƯNG, PHẠM VĂN LIỆU

TÓM TẮT

Yếu tố nguy cơ liên quan đến dị tật bẩm sinh khe hở môi và vòm miệng chiếm tỷ lệ cao nhất là mẹ có nấu ăn bằng bếp than hoặc củi trong nhà trong 3 tháng đầu mang thai chiếm 70,5%; tiếp theo là mẹ bệnh nhân bị cúm trong 3 tháng đầu mang thai chiếm 53,6%; Mẹ bệnh nhân hít phải khói thuốc lá trong 3 tháng đầu mang thai chiếm 34,9%. Yếu tố di truyền (Cha, Mẹ, Cô, Di, Chú, Bác, Anh/Chị/Em ruột) chiếm tỉ lệ 13,3%... Bố mẹ bệnh nhân có quan hệ huyết thống với nhau (anh chị em họ đời thứ 2) chiếm 19,9%. Mẹ bệnh nhân có tiếp xúc với hóa chất nông nghiệp và công nghiệp trong thai kỳ chiếm 24,7%.

Tỉ lệ các loại hình thái khe hở môi- vòm miệng: Khe hở môi đơn thuần chiếm tỷ lệ 46,39%; Khe hở vòm

miệng đơn thuần chiếm tỷ lệ 18,07%; Khe hở môi phối hợp với khe hở vòm miệng chiếm 35,54%;

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

SUMMARY

Risk factors associated with congenital cleft lip and palate gap percentage is the highest of mothers are cooking with charcoal or firewood in the house during the first 3 months of pregnancy accounted for 70.5%; followed by mother of patients with influenza in the first 3 months of pregnancy accounted for 53.6%. Mother patients inhaling tobacco smoke in the first 3 months of pregnancy accounted for 34.9%. Genetic factors (father, mother, aunt, uncle, He / She / I tract) accounted for 13.3% rate... Parents of patients have blood relations with each other (rival cousins 2) accounted for 19.9%. Mother of patients exposed to

chemical and agricultural industries in pregnancy accounted for 24.7%

The rate of morphological types of cleft lip-palate gap: Cleft lip alone account for 46.39%; Cleft palate alone account for 18.07%; Cleft lip and cleft palate accounts for 35.54%.

Keywords: cleft lip, palate gap

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các dị tật bẩm sinh, khe hở môi và khe hở vòm miệng là loại dị tật bẩm sinh khá phổ biến và hay gặp ở vùng hàm mặt. Trên thế giới, tỉ lệ trẻ mắc dị tật bẩm sinh tùy theo từng vùng địa lý và dân tộc, tỉ lệ mắc chung khoảng từ 1- 2/1000. 1/700 trẻ sơ sinh - ở châu Âu, 1/400 - ở Nhật. Tại Việt Nam, theo thống kê của Mai Đình Hưng(1984) tại bệnh viện Bảo vệ Bà mẹ trẻ sơ sinh Hà Nội tỉ lệ này là 1/1211. Tại thành phố Hồ Chí Minh, trong 10 năm (1976 - 1986) tại bệnh viện Phụ sản, tỉ lệ trẻ bị dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng chiếm 2/1000. Nguyên nhân gây ra khe hở môi-vòm miệng đến nay vẫn chưa được hiểu rõ, tuy nhiên các nghiên cứu qua nhiều thế hệ gia đình đưa ra giả thuyết cả hai yếu tố di truyền, môi trường và sự tương tác của chúng trong quá trình phát triển phôi thai là nguyên nhân gây ra dị tật.

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. Để đạt kết quả tốt trong điều trị cần phải có sự phối hợp nhiều chuyên khoa, xuyên suốt từ giai đoạn sơ sinh đến nhiều năm sau phẫu thuật, vì vậy chi phí rất cao, là một gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Trong khi kỹ thuật phẫu thuật chuyên biệt cho loại dị tật này phát triển rất nhanh và cao, thì nghiên cứu dịch tễ học cho dự phòng chưa được quan tâm đúng mức, tại Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu dịch tễ học về loại dị tật này của Cao Minh Nga (1984), Nguyễn Thị Kim Hương (1987), Trần Thanh Phước (2003), Phan Quốc Dũng (2007)... Nhìn chung tỉ lệ dị tật bẩm sinh khe hở môi và vòm miệng ở Việt Nam còn khá cao so với các nước trên thế giới và các nước trong khu vực[5,6,9].

Dân số nước ta với tốc độ phát triển như hiện nay thì hàng năm có khoảng 1.400 trẻ em bị dị tật khe hở môi-vòm miệng được sinh ra. Vì vậy chúng tôi nhận thấy cần phải thực hiện một nghiên cứu dịch tễ học, để tìm hiểu rõ hơn về tình hình dị tật, nhằm cung cấp dữ liệu cho các nhà quản lý thực hiện chương trình phòng ngừa bệnh và điều trị toàn diện cho trẻ bị dị tật bẩm sinh khe hở môi và vòm miệng trong cộng đồng.

Vì những lý do trên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu "Một số yếu tố nguy cơ và hình thái dị tật khe hở môi-vòm miệng bẩm sinh ở trẻ em được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2010" với các mục tiêu sau:

Xác định tỉ lệ của từng yếu tố nguy cơ liên quan đến dị tật khe hở môi, vòm miệng.

Xác định tỉ lệ các hình thái dị tật bẩm sinh.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 166 trẻ em được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2009.

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 166 bệnh nhân đã được phẫu thuật tháng 11 năm 2009.

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 giới

Nam	51%
Nữ	49%

1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

<1tuổi	1-5 tuổi	6-10 tuổi	11-17 tuổi	≥18 tuổi
5,42%	34,94%	32,53%	16,26%	8,43%

1.3. Một số đặc điểm về dị tật của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Tỉ lệ % số người thân trong gia đình bị DTBS.KHM-VM

	Không DTBS	Có DTBS		
		1	2	3
n	144	18	3	1
%	86,75	10,84	1,81	0,60
Tổng số		13,25		

Bảng 2. Tỉ lệ % thành viên trong gia đình trẻ cũng mắc DTBS.KHM-VM

		Số bệnh nhân	Tỷ Lệ (%)
Không DTBS		144	86,75
DTBS	Me	1	0,60
	Bố	4	2,41
	Anh/Em trai	3	1,81
	Chị/Em gái	1	0,60
	Me+Anh/Em trai	1	0,60
	Cô/Dì/Chú/Bác	11	6,63
Cô/Dì/Chú/Bác+Anh		1	0,60
Total		166	100

Phân loại mức độ khe hở môi và khe hở vòm miệng

M1K	27,71%
M1	4,82%
M2K	4,22%
M2	9,64%
VK	11,44%
VTB	6,63%
MVK	25,90%
MV	9,64%

Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng

Phân bố tỉ lệ % đối tượng nghiên cứu theo địa bàn dân cư

Nông thôn	89%
Thành thị	11%

Tỉ lệ % bố mẹ của trẻ bị dị tật bẩm sinh KHM-VM có quan hệ huyết thống với nhau

Quan hệ huyết thống	Số bệnh nhân	Tỷ Lệ (%)
Không quan hệ huyết thống	133	80,12
Có quan hệ huyết thống	39	19,88
Tổng số	166	100

Phân bố tỉ lệ % nhóm tuổi mẹ có con bị dị tật bẩm sinh KHM-VM

Nhóm tuổi mẹ	Tỷ lệ
≤19	5,42
20 – 24	34,94
25 – 29	32,53
30 – 34	16,26
35 – 39	8,43
≥40	2,41

Tỉ lệ % một số yếu tố nguy cơ liên quan đến trẻ bị dị tật bẩm sinh KHM-VM

Nông thôn	89%
Người khói than củi	70,5%
Cúm	53,6%
Người khói thuốc	34,9%
Tiếp xúc với hóa chất	24,7%
Quan hệ huyết thống	19,9%
Di truyền	13,3%

Nhận xét: Các yếu tố nguy cơ liên quan đến DTBS.KHM-VM trong tổng số 166 đối tượng được nghiên cứu chiếm tỉ lệ cao: 89% gia đình trẻ dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng sống ở vùng nông thôn, 70.5% mẹ hít phải khói bếp than củi; 53.6% mẹ bệnh nhân bị cúm trong 3 tháng đầu thai kỳ; 34.9% mẹ bị hít khói thuốc trong suốt 3 tháng đầu thai kỳ; 24.7% mẹ có tiếp xúc với hóa chất trước và trong mang thai; bố mẹ bệnh nhân có cùng quan hệ huyết thống chiếm tỉ lệ 19.9% và yếu tố di truyền chiếm tỉ lệ không nhỏ: 13.3%.

Mối liên quan giữa trẻ bị dị tật bẩm sinh KHM-VM với mẹ hít phải khói bếp than củi trong thời kỳ mang thai.

Loại dị tật	Có		Không		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
KHM 1 bên không toàn bộ	33	28.2	13	26.5	46	27.7
KHM 1 bên toàn bộ	5	4.3	3	6.1	8	4.8
KHM 2 bên không toàn bộ	5	4.3	2	4.1	7	4.2
KHM 2 bên toàn bộ	12	10.3	4	8.2	16	9.6
KHV không toàn bộ	13	11.1	6	12.2	19	11.4
KHV toàn bộ	8	6.8	3	6.1	11	6.6
KHVMV toàn bộ	30	25.6	13	26.5	43	25.9
KHVMV không toàn bộ	11	9.4	5	10.2	16	9.6
Tổng số	117	70.5	49	29.5	166	100

Mối liên quan giữa trẻ bị dị tật bẩm sinh KHM-VM với mẹ bị cúm trong 3 tháng đầu của thai kỳ

M1K	25,8%
M1TB	7,9%
M2K	5,6%
M2TB	9,0%

VK	9,0%
VTB	4,5%
MVK	31,5%
MVTB	6,7%

Mối liên quan giữa trẻ bị dị tật bẩm sinh KHM-VM với người mẹ hít phải khói thuốc lá trong thai kỳ

Loại dị tật	Có		Không		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
KHM 1 bên không toàn bộ	18	31.0	28	25.9	46	27.7
KHM 1 bên toàn bộ	1	1.7	7	6.5	8	4.8
KHM 2 bên không toàn bộ	2	3.4	5	4.6	7	4.2
KHM 2 bên toàn bộ	2	3.4	14	13.0	16	9.6
KHV không toàn bộ	9	15.5	10	9.3	19	11.4
KHV toàn bộ	4	6.9	7	6.5	11	6.6
KHVMV toàn bộ	17	29.3	26	24.1	43	25.9
KHVMV không toàn bộ	5	8.6	11	10.2	16	9.6
Tổng số	58	34.9	108	65.1	166	100

Mối liên quan giữa trẻ bị dị tật bẩm sinh KHM-VM với bố-mẹ của trẻ có quan hệ huyết thống với nhau.

Loại dị tật	Có		Không		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
KHM 1 bên không toàn bộ	14	42.4	32	24.1	46	27.7
KHM 1 bên toàn bộ	3	9.1	5	3.8	8	4.8
KHM 2 bên không toàn bộ	0	0.0	7	5.3	7	4.2
KHM 2 bên toàn bộ	4	12.1	12	9.0	16	9.6
KHV không toàn bộ	4	12.1	15	11.3	19	11.4
KHV toàn bộ	0	0.0	11	8.3	11	6.6
KHVMV toàn bộ	6	18.2	37	27.8	43	25.9
KHVMV không toàn bộ	2	6.1	14	10.5	16	9.6
Tổng số	33	19.9	133	80.1	166	100

Mối liên quan giữa trẻ bị dị tật bẩm sinh KHM-VM với địa bàn dân cư

Loại dị tật	Thành thị		Nông thôn		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
KHM 1 bên không toàn bộ	8	44.4	38	25.7	46	27.7
KHM 1 bên toàn bộ	3	16.7	5	3.4	8	4.8
KHM 2 bên không toàn bộ	0	0.0	7	4.7	7	4.2
KHM 2 bên toàn bộ	0	0.0	16	10.8	16	9.6
KHV không toàn bộ	2	11.1	17	11.5	19	11.4
KHV toàn bộ	1	5.6	10	6.8	11	6.6
KHVMV toàn bộ	3	16.7	40	27.0	43	25.9
KHVMV không toàn bộ	1	5.6	15	10.1	16	9.6
Tổng số	18	10.0	148	89.2	166	100

BÀN LUẬN

Nghiên cứu về khe hở môi-vòm miệng thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y thành phố Hải Phòng với mục tiêu là xác định tỉ lệ một số yếu tố nguy cơ và mô tả các hình thái dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng ở trẻ em. 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.

Mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ với trẻ bị dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng.

Xác định tỉ lệ từng yếu tố nguy cơ và hình thái dị tật khe hở môi-vòm miệng bẩm sinh ở trẻ em và mức độ dị tật là cơ sở để giúp các nhà chuyên môn có kế hoạch dự phòng, kiểm soát và điều trị.

Nhìn chung, tỉ lệ dị tật và các hình thái tổn thương thay đổi tùy theo chủng tộc, tỉ lệ cao nhất ở người Da vàng, thấp nhất ở người Da đen và người Da trắng ở mức trung bình.

Các nghiên cứu cho thấy, phần lớn trường hợp bố mẹ là nông dân, trình độ dân trí thấp nên ảnh hưởng nhiều đến nhận thức về gìn giữ sức khỏe, chế độ dinh dưỡng hợp lý, dùng thuốc không hợp lý trong thời gian mang thai. Bên cạnh đó còn do di truyền, bố mẹ bị nhiễm hóa chất độc hại như chất diệt cỏ, người mẹ mang thai bị stress, hoặc nhiễm một số bệnh như cúm, ... ảnh hưởng đến sự hình thành và phát triển của thai nhi.

Để hiểu rõ hơn các đặc điểm dị tật khe hở môi-vòm miệng, phụ nữ ở độ tuổi sinh con cần lưu ý những yếu tố có nguy cơ gây dị tật như vấn đề: tuổi sinh con, các yếu tố môi trường sinh thái, vi rút, độc chất, tình trạng tâm lý...

Tỉ lệ dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng trong nghiên cứu này với tổng số 166 ca nghiên cứu có 22 ca trong gia đình có người bị dị tật bẩm sinh chiếm tỉ lệ 13,3%, trong đó chiếm 10,84% có một người trong gia đình bị dị tật bẩm sinh, 1,81% có hai người, 0,60% trẻ có ba người. Số trẻ bị dị tật khe hở môi-vòm miệng có bố-mẹ cùng quan hệ huyết thống chiếm một tỉ lệ không nhỏ 19,9%

Sự tác động của môi trường cũng cần được quan tâm, trong chiến tranh Mỹ đã rải rất nhiều chất diệt cỏ (Dioxin) trên nhiều vùng lãnh thổ nước ta. làm tăng dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng [25]. Theo nghiên cứu này, tỉ lệ mẹ của trẻ bị dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng có sử dụng và tiếp xúc với các loại hóa chất công-nông nghiệp chiếm tới 24,7%; người mẹ bệnh nhân bị cúm trong 3 tháng đầu mang thai chiếm 53,6%; mẹ hít phải khói thuốc lá trong 3 tháng đầu mang thai chiếm 34,9%; mẹ hít phải khói bếp than hoặc củi trong quá trình mang thai chiếm 70,5%.

Một số hình thái dị tật bẩm sinh khe hở môi, vòm miệng.

So sánh với các nghiên cứu trước đây, nghiên cứu của Phạm Quốc Dũng, Cao Minh Nga, tỉ lệ các dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng có tăng theo thời gian. Mặc dù tỉ lệ dị tật khe hở môi-vòm miệng được báo cáo trong các nghiên cứu của Sukwaha Kim và cs ở Hàn Quốc, Fogh-Andersen ở Đan Mạch, do vào mỗi thời điểm khác nhau, nên số liệu về trẻ dị tật có khác nhau.

Tỉ lệ các hình thái dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng trong nghiên cứu này là tương đương với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác ở Châu Á. Cooper ME và cs, (2000) đã báo cáo tỉ lệ dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng ở thành phố Thượng Hải, Trung Quốc, một báo cáo khác tại Nhật của Tatsume và cs, (2000). Khi so sánh kết quả với các nghiên cứu trên người da trắng ở Châu Âu, tỉ lệ các hình thái dị tật khe hở môi-vòm miệng trong nghiên cứu của nghiên

cứu này cao hơn, phù hợp với một số nghiên cứu: tỉ lệ dị tật khe hở môi-vòm miệng ở người da vàng là cao hơn người da trắng.

Kết quả nghiên cứu này, tỉ lệ khe hở môi (toàn bộ hay không toàn bộ, một bên hay hai bên) không kèm khe hở vòm miệng chiếm tỉ lệ 46,39% và khe hở môi có kèm khe hở vòm miệng (toàn bộ hay không toàn bộ) chiếm tỉ lệ 35,54.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 166 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:

Tỉ lệ các yếu tố nguy cơ liên quan đến dị tật bẩm sinh khe hở môi-vòm miệng ở nhóm đối tượng nghiên cứu là tương đối cao

+ Theo địa bàn dân cư, vùng Nông thôn có số bệnh nhân cao nhất chiếm tỉ lệ 89,0%

+ Mẹ hít phải khói bếp than-củi trong 3 tháng đầu mang thai chiếm 70,5%.

+ Mẹ bị cúm trong 3 tháng đầu mang thai chiếm 53,6%.

+ Mẹ hít phải khói thuốc lá trong 3 tháng đầu mang thai chiếm 34,9%.

+ Mẹ có tiếp xúc với hóa chất nông nghiệp, công nghiệp trong thời kỳ mang thai (thuốc trừ sâu, diệt cỏ, digoxin) chiếm 24,7%.

+ Bố mẹ có cùng quan hệ huyết thống (anh chị em họ đời thứ 2) chiếm 19,9%.

+ Yếu tố di truyền (Cha, Mẹ, Cô, Dì, Chú, Bác, Anh, Em) chiếm tỉ lệ khá cao 13,3%.

Tỉ lệ các loại hình thái khe hở môi- vòm miệng:

+ Khe hở môi thường một bên chiếm 27,71%.

+ Khe hở môi toàn bộ một bên chiếm 4,82%.

+ Khe hở môi thường hai bên chiếm 4,22%.

+ Khe hở môi toàn bộ hai bên chiếm 9,64%.

+ Khe hở vòm miệng không toàn bộ chiếm 11,44%.

+ Khe hở vòm miệng toàn bộ chiếm 6,63%.

+ Khe hở môi và vòm miệng chiếm 35,54%, trong đó: Khe hở môi-vòm miệng không toàn bộ chiếm 25,90%. Khe hở môi-vòm miệng toàn bộ chiếm 9,64%.

KIẾN NGHỊ

+ Để phòng bệnh, hạn chế đến mức thấp nhất dị tật khe hở môi vòm miệng bẩm sinh, phụ nữ mang thai 3 tháng đầu nên tránh: khói than củi, virus cúm, khói thuốc lá, chất hóa học như thuốc diệt cỏ Dioxin, thuốc trừ sâu...; Không nên xây dựng gia đình với người có cùng huyết thống.

+ Khe hở phối hợp Môi với Vòm miệng chiếm tới 35,54% là tình trạng bệnh rất nặng nên phải tăng cường công tác tư vấn cho mẹ bệnh nhân như: Cách giữ sữa mẹ cho con, giữ ấm để phòng bệnh đường hô hấp. Đối với Y tế cần có tiền lượng về chuyên môn như: Phẫu thuật, luyện phát âm sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lâm Ngọc Ẩn, Lâm Hoài Phương, Bùi Hữu Lâm, Trần Công Chánh(1999). "Giáo trình dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt".

2. Bộ giáo dục và đào tạo "Sách giáo khoa lớp 12", Nhà xuất bản giáo dục; trang 3-18.

3. Bộ môn RHM trường Đại học Y khoa Hà Nội(1979). "RHM tập 1 và 2". Nhà xuất bản Y học.

4. 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.

5. Nguyễn Trí Dũng (2001). *"Phôi Thai Học Người"*, Nhà xuất bản đại học quốc gia, Tr 142-149.

6. Lâm Ngọc ấn, Nguyễn Thị Kim Hương (1987). *"Tình hình khe hở bẩm sinh môi-hàm ếch tại Thành Phố Hồ Chí Minh 1976-1986"*.