

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

Phạm Văn Liệu*; Vũ Quang Hưng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 166 bệnh nhân (BN) dị tật bẩm sinh khe hở môi và vòm miệng (DTBSKHM-VM), điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2009, kết quả cho thấy:

- Yếu tố nguy cơ liên quan đến DTBSKHM-VM chiếm tỷ lệ cao nhất trong 3 tháng đầu mang thai là: mẹ nấu ăn bằng bếp than hoặc củi trong nhà (70,5%); tiếp theo, mẹ bị cúm (53,6%); mẹ hít phải khói thuốc lá (34,9%). Yếu tố di truyền 13,3%. Bố mẹ BN có quan hệ huyết thống với nhau (anh chị em họ đời thứ 2) 19,9%. Mẹ BN tiếp xúc với hóa chất nông nghiệp và công nghiệp trong thai kỳ (24,7%).

- Tỷ lệ các loại hình thái khe hở môi-vòm miệng: khe hở môi đơn thuần 46,39%; khe hở vòm miệng đơn thuần 18,07%; khe hở môi phối hợp với khe hở vòm miệng 35,54%.

* Từ khóa: Khe hở môi; Hở vòm miệng; Yếu tố nguy cơ; Dị tật bẩm sinh.

Several risk factors and all types of cleft lip-cleft palate in children treated at Haiphong Medical University Hospital

SUMMARY

The study was cross-sectional and descriptive. The records of 166 cases were operated at Haiphong Medical University Hospital in 2009. The outcomes of this research were as follows:

- Risk factors associated with congenital cleft lip and palate: mothers cooking with charcoal or firewood in the house during the first 3 months of pregnancy accounted the highest percentage (70.5%); followed by mother 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%. 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 accounted for 46.39%; cleft palate alone account for 18.07%; cleft lip and cleft palate accounts for 35.54%.

** Key words: Cleft lip; Cleft palate; Risk factors; Congenital cleft lip and palate.*

* Trường Đại học Y Hải Phòng

Phản biện khoa học: GS. TS. Lê Gia Vinh

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. Trên thế giới, tỷ lệ trẻ mắc dị tật bẩm sinh tùy theo từng vùng địa lý và

dân tộc, chiếm khoảng từ 1 - 2/1.000. 1/700 trẻ sơ sinh ở châu Âu, 1/400 ở Nhật [8]. Ở Việt Nam, theo thống kê của Mai Đình Hưng (1984) tại Bệnh viện Bảo vệ Bà mẹ và trẻ sơ sinh Hà Nội, tỷ lệ này là 1/1211 [5]. Ở TP.Hồ Chí Minh, trong 10 năm (1976 - 1986), tại Bệnh viện Phụ sản, tỷ lệ trẻ bị DTBSKHM-VM chiếm 2/1000 [7, 9]. Nguyên nhân gây ra khe hở môi-vòm miệng đến nay vẫn chưa rõ. Một số giả thuyết cho rằng 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.

Ở nước ta có khoảng 1.400 trẻ em bị dị tật khe hở môi-vòm miệng được sinh ra mỗi năm. 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 DTBSKHM-VM trong cộng đồng.

Chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu nhằm: *Xác định tỷ lệ của từng yếu tố nguy cơ liên quan đến dị tật khe hở môi, vòm miệng và tỷ lệ hình thái dị tật bẩm sinh ở những trẻ điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2010.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

166 trẻ em được phẫu thuật tại Bệnh

Bảng 2: Tỷ lệ % thành viên trong gia đình trẻ cũng mắc DTBSKHM-VM.

viện Đại học Y Hải Phòng năm 2009.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang và phân tích, dựa vào hồi cứu hồ sơ bệnh án.

Thu thập số liệu: từ bệnh án hậu phẫu của 166 BN được phẫu thuật tháng 11 - 2009.

Xử lý và phân tích số liệu: bằng phần mềm SPSS 11.5.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

* *Giới:* nam 49%; nữ: 51%.

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

2. Đặc điểm về dị tật của nhóm đối tượng nghiên cứu.

Bảng 1: Số người thân trong gia đình bị DTBSKHM-VM.

	KHÔNG DỊ TẬT BẨM SINH	CÓ DỊ TẬT BẨM SINH		
		1	2	3
n	144	18	3	1
%	86,75	10,84	1,81	0,60
Tổng số		13,25		

KHÔNG DỊ TẬT BẨM SINH		n		%	
		144		86,75	
Dị tật bẩm sinh	Mẹ	1	22	0,60	15,52
	Bố	4		2,41	
	Anh/em trai	3		1,81	
	Chị/em gái	1		0,60	
	Mẹ + anh/em trai	1		0,60	
	Cô/dì/chú/bác	11		6,63	
	Cô/dì/chú/bác + anh	1		0,60	
Tổng số		166		100	

3. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến DTBSKHM-VM.

* *Bố mẹ của trẻ bị DTBSKHM-VM có quan hệ huyết thống với nhau:* không quan hệ huyết thống: 133 người (80,12%); có quan hệ huyết thống: 39 người (19,88%).

* *Tỷ lệ % nhóm tuổi mẹ có con bị DTBSKHM-VM:* < 19 tuổi: 5,42%; 20 - 24 tuổi: 34,94%; 25 - 29 tuổi: 32,53%; 30 - 34 tuổi: 16,26%; 35 - 39 tuổi: 8,43%; ≥ 50 tuổi: 2,41%.

* *Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến trẻ bị DTBSKHM-VM:* 89% gia đình trẻ DTBSKHM-VM sống ở vùng nông thôn, 70,5% mẹ hít phải khói bếp than củi; 53,6% mẹ bị cúm trong 3 tháng đầu thai kỳ; 34,9% mẹ hít khói thuốc trong 3 tháng đầu thai kỳ;

24,7% mẹ có tiếp xúc với hóa chất trước và trong mang thai; bố mẹ BN có cùng quan hệ huyết thống chiếm 19,9% và yếu tố di truyền chiếm tỷ lệ không nhỏ (13,3%).

* *Mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ với trẻ bị DTBSKHM-VM:* nhiều nghiên cứu cho thấy, yếu tố do di truyền, bố mẹ nhiễm hóa chất độc hại như chất diệt cỏ, người mẹ mang thai bị stress, hoặc bị cúm ảnh hưởng đến sự hình thành và phát triển của thai nhi [2].

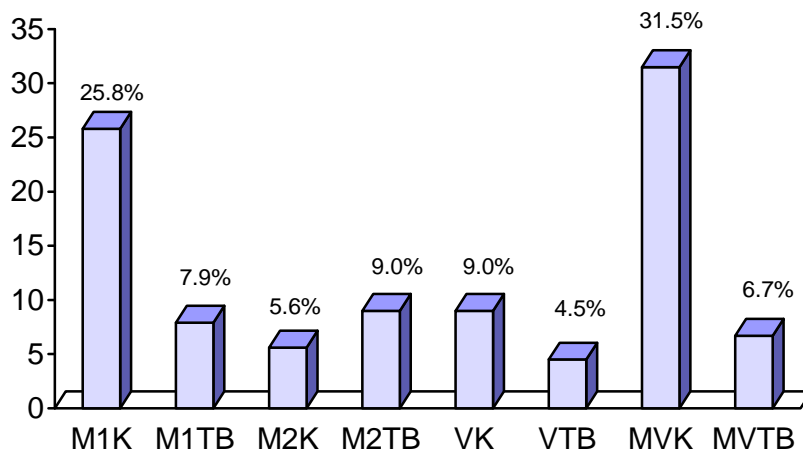
Sự tác động của môi trường cũng cần được quan tâm. Trong chiến tranh, quân đội Mỹ đã rải rất nhiều chất diệt cỏ (Dioxin) trên nhiều vùng lãnh thổ nước ta [1]. Điều này làm tăng DTBSKHM-VM.

Bảng 3: Mối liên quan giữa trẻ bị DTBSKHM-VM với mẹ hít phải khói bếp than củi trong thời kỳ mang thai.

LOẠI DỊ TẬT	CÓ		KHÔNG		TỔNG SỐ	
	n	%	n	%	n	%
Khe hở môi 1 bên không toàn bộ	33	28,2	13	26,5	46	27,7
Khe hở môi 1 bên toàn bộ	5	4,3	3	6,1	8	4,8
Khe hở môi 2 bên không toàn bộ	5	4,3	2	4,1	7	4,2
Khe hở môi 2 bên toàn bộ	12	10,3	4	8,2	16	9,6
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

TẠP CHÍ Y - D- ỢC HỌC QUÂN SỰ SỐ 4-2011

Khe hở vòm không toàn bộ	13	11,1	6	12,2	19	11,4
Khe hở miệng toàn bộ	8	6,8	3	6,1	11	6,6
Khe hở vòm miệng toàn bộ	30	25,6	13	26,5	43	25,9
Khe hở vòm miệng không toàn bộ	11	9,4	5	10,2	16	9,6
Tổng số	117	70,5	49	29,5	166	100



Biểu đồ 1: Mối liên quan giữa trẻ bị DTBSKHM-VM với mẹ bị cúm trong 3 tháng đầu của thai kỳ.

Bảng 4: Mối liên quan giữa trẻ bị DTBSKHM-VM với người mẹ hít phải khói thuốc lá trong thai kỳ.

LOẠI DỊ TẬT	CÓ		KHÔNG		TỔNG SỐ	
	n	%	n	%	n	%
Khe hở môi 1 bên không toàn bộ	18	31,0	28	25,9	46	27,7
Khe hở môi 1 bên toàn bộ	1	1,7	7	6,5	8	4,8
Khe hở môi 2 bên không toàn bộ	2	3,4	5	4,6	7	4,2
Khe hở môi 2 bên toàn bộ	2	3,4	14	13,0	16	9,6
Khe hở vòm không toàn bộ	9	15,5	10	9,3	19	11,4
Khe hở vòm toàn bộ	4	6,9	7	6,5	11	6,6
Khe hở vòm miệng toàn bộ	17	29,3	26	24,1	43	25,9
Khe hở vòm miệng không toàn bộ	5	8,6	11	10,2	16	9,6
Tổng số	58	34,9	108	65,1	166	100

Bảng 5: Mối liên quan giữa trẻ bị DTBSKHM-VM với bố-mẹ của trẻ có quan hệ huyết

thống với nhau.

LOẠI DỊ TẬT	CÓ		KHÔNG		TỔNG SỐ	
	n	%	n	%	n	%
Khe hở môi 1 bên không toàn bộ	14	42,4	32	24,1	46	27,7
Khe hở môi 1 bên toàn bộ	3	9,1	5	3,8	8	4,8
Khe hở môi 2 bên không toàn bộ	0	0,0	7	5,3	7	4,2
Khe hở môi 2 bên toàn bộ	4	12,1	12	9,0	16	9,6
Khe hở vòm không toàn bộ	4	12,1	15	11,3	19	11,4
Khe hở vòm toàn bộ	0	0,0	11	8,3	11	6,6
Khe hở vòm miệng toàn bộ	6	18,2	37	27,8	43	25,9
Khe hở vòm miệng không toàn bộ	2	6,1	14	10,5	16	9,6
Tổng số	33	19,9	133	80,1	166	100

Bảng 6: Mối liên quan giữa trẻ bị DTBSKHM-VM với địa bàn dân cư.

LOẠI DỊ TẬT	THÀNH THỊ		NÔNG THÔN		TỔNG SỐ	
	n	%	n	%	n	%
Khe hở môi 1 bên không toàn bộ	8	44,4	38	25,7	46	27,7
Khe hở môi 1 bên toàn bộ	3	16,7	5	3,4	8	4,8
Khe hở môi 2 bên không toàn bộ	0	0,0	7	4,7	7	4,2
Khe hở môi 2 bên toàn bộ	0	0,0	16	10,8	16	9,6
Khe hở vòm không toàn bộ	2	11,1	17	11,5	19	11,4
Khe hở vòm toàn bộ	1	5,6	10	6,8	11	6,6
Khe hở vòm miệng toàn bộ	3	16,7	40	27,0	43	25,9
Khe hở vòm miệng không toàn bộ	1	5,6	15	10,1	16	9,6
Tổng số	18	10,0	148	89,2	166	100

* Một số hình thái DTBSKHM-VM:

So sánh với các nghiên cứu của Phạm Quốc Dũng, Cao Minh Nga [4], tỷ lệ DTBSKHM-VM tăng theo thời gian. Theo Sukwaha Kim và CS ở Hàn Quốc [3], Fogh-Andersen ở Đan Mạch, do vào mỗi thời điểm khác nhau, nên tỷ lệ này khác nhau.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ liên quan đến DTBSKHM-VM ở nhóm đối tượng nghiên cứu tương đối cao.

Theo địa bàn dân cư, vùng nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất (89,0%). Trong 3 tháng đầu mang thai, những yếu tố sau liên quan đến DTBSKHM-VM: mẹ hít phải khói bếp than củi (70,5%), mẹ bị cúm (53,6%), mẹ hít phải khói thuốc lá (34,9%), mẹ tiếp xúc với hóa chất nông nghiệp, công (thuốc trừ sâu, diệt cỏ Dioxin) (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 tỷ lệ khá cao (13,3%).

2. Tỷ lệ các loại hình thái khe hở môi-vòm miệng.

Khe hở môi thường một bên (27,71%), khe hở môi toàn bộ một bên (4,82%), khe hở môi thường hai bên (4,22%), khe hở môi toàn bộ hai bên (9,64%), khe hở vòm miệng không toàn bộ (11,44%), khe hở vòm miệng toàn bộ (6,63%), khe hở môi và vòm miệng (35,54%), trong đó, khe hở môi- vòm miệng không toàn bộ 25,90%, khe hở môi-vòm miệng toàn bộ 9,64%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Lâm Ngọc Ân, Lâm Hoài Phương, Bùi Hữu Lâm, Trần Công Chánh*. Giáo trình dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt. 1999.
2. *Bộ Giáo dục và Đào tạo*. Sách giáo khoa lớp 12. Nhà xuất bản Giáo dục. tr.3-18.
3. *Bộ môn Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội*. Răng hàm mặt tập 1 và 2. Nhà xuất bản Y học. 1979.
4. *Phạm Quốc Dũng*. 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 Răng hàm mặt. 2007.
5. *Nguyễn Trí Dũng*. Phôi thai học người. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia. 2001, tr.142-149.
6. *Bille C, Skytthe A, Vach W, Knudsen LB, Andersen AMN, Murray J, Christensen K*. Parent's Age and the risk of oral clefts. *Epidemiology*. 2005, May, 16 (3), pp.311-316.
7. *Christensen K*. The 20th century Danish facial cleft population - epidemiological and genetic - epidemiological studies. *Cleft Palate - Craniofacial Journal*. 1999, March, 36 (2), pp.96-104.
8. *Cooper M.E, Stone R.A, Liu YE, Hu D.N, Melnick M, Mazarita M.L*. Descriptive epidemiology of nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in Shanghai, China, from 1980 to 1989. *Cleft Palate Craniofac J*. 2000, May, 37 (3), pp.274-280.