

# Một số đặc điểm dịch tễ học và phân loại trên bệnh nhân dị tật khe hở vòm miệng điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

## Epidemiological features and classification of patients with cleft palate treated at the 108 Military Central Hospital

Nguyễn Quang Đức\*, Lê Diệp Linh\*,  
Mai Tuấn Nam\*\*

\*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,  
\*\*Học viện Quân Y

### Tóm tắt

*Mục tiêu:* Khảo sát một số yếu tố về dịch tễ và phân loại khe hở vòm miệng thời gian gần đây. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 31 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tại Trung tâm Phẫu thuật Sọ mặt và Tạo hình - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2022. *Kết quả:* 31 bệnh nhân, có 16 nam chiếm 51,6% và 15 nữ chiếm 48,4%. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $6,8 \pm 9,9$  năm, bệnh nhân từ 2-3 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất 54,8%. Số bệnh nhân ở vùng nông thôn cao nhất (58,1%) tiếp đến là vùng núi (22,6%) và thành phố (19,4%). Dân tộc Kinh chiếm 87,1%, các dân tộc khác chiếm 12,9%. Bệnh nhân có các dị tật khác kèm theo chiếm 22,6%. Có 35,5% bệnh nhân có người trong gia đình bị khe hở môi - vòm miệng. Khe hở vòm miệng không toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất (41,9%), tiếp theo là khe hở vòm miệng toàn bộ (29,0%), khe hở vòm miệng khác (31,2%), thấp nhất là Khe hở vòm miệng mềm (12,9%). *Kết luận:* Đặc điểm dịch tễ hay gặp ở bệnh nhân khe hở vòm được phẫu thuật là từ 2-3 tuổi, tập trung nhiều ở vùng nông thôn, có 35,5% bệnh nhân có người trong gia đình cũng bị khe hở môi vòm. Khe hở vòm miệng không toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất.

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

### Summary

*Objective:* We research some epidemiological factors and classify cases of cleft palate. *Subject and method:* A prospective study and clinical descriptions were conducted on 31 patients undergoing surgical treatments at the Centre for Craniofacial and Plastic Surgery - 108 Military Central Hospital, from March to June 2022. *Result:* In total of 31 patients, there were 16 males (accounting for 51.6%) and 15 females (accounting for 48.4%). The average age was  $6.8 \pm 9.9$  years, patients aged 2 - 3 years old accounted for the largest proportion (54.8%). The highest number of patients came from rural areas (58.1%) followed by ones from mountainous areas (22.6%) and from cities (19.4%). Kinh patients accounted for 87.1%, others from ethnic groups accounted for 12.9%. Patients with other deformities accounted for 22.6%. Among the total, 35.5% were patients whose family members had cleft lip and palate. Incomplete cleft palate accounted for the highest proportion (41.9%), next was complete cleft palate (29.0%), followed by unspecified cleft palate (31.2%), the lowest was cleft soft palate (12.9%). *Conclusion:* Epidemiological features in cleft palate are found in patients from 2 - 3 years old, mainly in

Ngày nhận bài: 14/3/2023, ngày chấp nhận đăng: 23/3/2023

Người phản hồi: Nguyễn Quang Đức, Email: [dr.duc108@gmail.com](mailto:dr.duc108@gmail.com) - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

rural areas. There are 35.5% of the patients whose family members have cleft lip - palate. Incomplete cleft palate accounts for the highest percentage.

*Keywords:* Cleft palate, congenital malformation.

## 1. Đặt vấn đề

Khe hở vòm miệng là một dị tật bẩm sinh thường gặp của vùng hàm mặt chiếm tỷ lệ khác nhau tùy theo giới tính, dân tộc và tình trạng kinh tế - xã hội [8]; tỷ lệ từ 1/1.000 đến 1/700 trẻ em sinh ra. Cao nhất ở người châu Á và Nam Mỹ (1/500), tiếp đến là người da trắng (1/1.000) và ít gặp nhất ở những người gốc Phi (1/2.500). Tại Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng 3.000 trẻ em sinh ra bị khe hở môi, khe hở vòm miệng, tỷ lệ 1/500, trong đó khoảng 40% là khe hở vòm miệng [7], [1].

Khe hở vòm miệng có một căn nguyên phức tạp bao gồm cả yếu tố nội sinh và ngoại sinh. Các tác nhân tác động và ngăn cản làm chậm hoặc không cho các nụ mặt ở một vị trí nào đó phát triển không hoàn chỉnh, để lại các di chứng là các khe hở ở môi trên và vòm miệng. Mỗi một giai đoạn phát triển của xã hội thì các đặc điểm dịch tễ, tổn thương và các yếu tố liên quan sẽ có sự thay đổi. Việc đánh giá đặc điểm dịch tễ, đặc điểm tổn thương, phân loại khe hở... sẽ giúp cho việc làm rõ thêm bệnh cảnh lâm sàng cũng như hỗ trợ phẫu thuật viên lựa chọn và thực hiện các biện pháp tư vấn sàng lọc trước sinh cũng như điều trị thích hợp [8]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát một số đặc điểm dịch tễ học và phân loại tổn thương ở bệnh nhân có dị tật khe hở vòm miệng điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

Gồm 31 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị tạo hình khe hở vòm miệng bẩm sinh tại Trung tâm Phẫu thuật sọ mặt và Tạo hình - Bệnh viện Trung ương Quân đội (TWQĐ) 108 từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2022.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán dị tật khe hở vòm bẩm sinh ở mọi lứa tuổi.

Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật lần đầu tiên tại Bệnh viện TWQĐ 108.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

Bệnh nhân hoặc/và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

### 2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Tiến hành theo các bước: Khám lâm sàng, chẩn đoán, thu thập thông tin.

Thu thập các thông tin.

Phần hành chính:

Họ và tên bệnh nhân; Tuổi, giới, dân tộc; địa chỉ gia đình, điện thoại.

Họ và tên mẹ, bố, tuổi, dân tộc, nghề nghiệp, nơi công tác.

Khai thác tiền sử bệnh:

Tiền sử bệnh nhân: Là con thứ mấy trong gia đình; sinh đủ tháng hay thiếu tháng; các dị tật khác kèm theo.

Tiền sử mẹ: Có bị ốm lúc mang thai và trong thời gian nào; có dùng thuốc khi mang thai và loại thuốc; có tiếp xúc với hoá chất và mắc bệnh khác.

Tiền sử bố: Có tiếp xúc hoá chất hoặc làm việc trong môi trường độc hại hay mắc bệnh khác.

Yếu tố di truyền trong gia đình: Trong gia đình (bố, mẹ, anh chị em ruột, họ hàng gần) có mắc dị tật như bệnh nhân.

Phần tổn thương: Đánh giá mức độ khe hở trước mổ. Phân loại khe hở theo Veau V (1931) và Kernahan và Stark (1958).

### 2.4. Thu thập và xử lý số liệu

Bệnh nhân nghiên cứu đều được tiến hành hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng. Các số liệu thu thập được

xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình phần mềm Epi Info 7, SPSS và Epical 2000.

### 3. Kết quả

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 31 bệnh nhân, nam 16, chiếm 51,6% nữ 15, chiếm 48,4%. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 1. Phân loại bệnh nhân theo nhóm tuổi (n = 31)**

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
2-3 tuổi	17	54,8
4-5 tuổi	6	19,4
Từ 6 tuổi trở lên	8	25,8

*Nhận xét:* Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $6,8 \pm 9,9$  năm, bệnh nhân từ 2-3 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất 54,8% (18 ca). Khác biệt theo tuổi có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo khu vực (n=31)**

	Vùng núi	Thành thị	Nông thôn	Tổng
Số lượng	7	6	18	31
Tỷ lệ %	22,6	19,4	58,1	100

*Nhận xét:* Số bệnh nhân ở vùng nông thôn cao nhất với 17 ca (chiếm 58,1%). Khác biệt về khu vực có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3. Đặc điểm dịch tễ (n = 31)**

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Dân tộc ít người	4	12,9
Con so	17	54,8
Con rạ	14	45,2
Thiếu tháng	4	12,9
Dị tật kèm theo	7	22,6

*Nhận xét:* Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là dân tộc Kinh chiếm 87,1%. Bệnh nhân là con so chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,8%; 27 bệnh nhân sinh đủ tháng, chiếm 87,1%; chỉ có 4 bệnh nhân sinh thiếu tháng, chiếm 12,9%. Có 7 bệnh nhân có các dị tật khác kèm theo (Dị tật nắp tai, ngắn hãm lưỡi và khe hở khác), chiếm 22,6%.

**Bảng 4. Đặc điểm nghề nghiệp của bố mẹ (n = 31)**

	Mẹ		Bố	
	Công nhân	Nông dân	Công nhân	Nông dân
Số lượng	22	9	24	7
Tỷ lệ %	71,0	29,0	77,4	22,6

*Nhận xét:* Các bệnh nhân có mẹ và bố làm công nhân chiếm tỷ lệ cao (70,9% và 77,4%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về đặc điểm nghề nghiệp của bố và mẹ với giới tính bệnh nhân.

**Bảng 5. Tiền sử dị tật bẩm sinh của gia đình (n = 31)**

		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Không có dị tật bẩm sinh		20	64,5
Dị tật bẩm sinh	Bố	2	35,5
	Mẹ	4	
	Anh/chị/em ruột	2	
	Họ hàng gần	3	
<b>Tổng</b>		<b>31</b>	<b>100</b>

*Nhận xét:* Đa số trẻ sinh ra trong gia đình không có tiền sử dị tật khe hở môi - vòm miệng với 20 bệnh nhân, chiếm 64,5%; 11 bệnh nhân có người trong gia đình bị khe hở môi - vòm miệng (chiếm 35,5%), trong đó một nửa có tiền sử gia đình có khe hở môi - vòm miệng là bố hoặc mẹ.

**Bảng 6. Nguyên nhân liên quan trực tiếp gây dị tật bẩm sinh (n = 31)**

	Nhiễm virus	Di truyền	Không rõ	Tổng
Số lượng	5	11	15	31
Tỷ lệ %	16,1	35,5	48,4	100

*Nhận xét:* Đa số các trường hợp dị tật bẩm sinh trong nghiên cứu là không rõ nguyên nhân (48,4%).

**Bảng 7. Các yếu tố nguy cơ của mẹ (n=31)**

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mang thai $\geq 35$	8	25,8
Thường xuyên tiếp xúc với môi trường độc hại	6	19,4
Dùng thuốc trong 3 tháng đầu thai kỳ	5	16,1
Thiếu hụt dinh dưỡng	9	29,0
Hút thuốc lá chủ/thụ động	4	12,9

*Nhận xét:* Độ tuổi mang thai trung bình của mẹ bệnh nhân là  $31,3 \pm 5,6$  năm (thấp nhất: 24; cao nhất là 44 tuổi). Bệnh nhân có mẹ thường xuyên tiếp xúc với hóa chất, chiếm 19,4%. Bệnh nhân có mẹ dùng các thuốc ảnh hưởng thai sản trong 3 tháng đầu thai kỳ chiếm 16,1%, mẹ gặp các vấn đề về thiếu hụt dinh dưỡng trong quá trình thai kỳ, chiếm 29,0%. Tỷ lệ mẹ tiếp xúc nhiều với khói thuốc trong 3 tháng đầu thai kỳ là 12,8%.

**Bảng 8. Các yếu tố nguy cơ của bố (n = 31)**

Yếu tố nguy cơ	Số lượng	Tỷ lệ %
Nghề nghiệp ở môi trường độc hại	13	41,9
Các bệnh lý mạn tính	4	12,9

*Nhận xét:* Có 13 trường hợp có bố liên quan đến môi trường có yếu tố độc hại, căng thẳng, chiếm 41,9%. 4 trường hợp (12,9%) có bố mắc các bệnh lý mạn tính phải điều trị thường xuyên bằng thuốc.

### 3.2. Phân loại khe hở trên lâm sàng

**Bảng 9. Phân loại khe hở vòm theo Kernahan (n = 31)**

	KHVM không toàn bộ	KHVM toàn bộ	KHVM mềm	KHVM khác	Tổng
Số lượng	13	9	4	5	31
Tỷ lệ %	41,9	29,0	12,9	16,2	100

*Nhận xét:* KHVM không toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 41,9%, tiếp theo là KHVM toàn bộ (chiếm 29,0%), KHVM khác (31,2%), thấp nhất là KHVM mềm (12,9%).

**Bảng 10. Phân loại khe hở vòm theo Veau (1931) (n = 31)**

	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	Tổng
Số lượng	4	26	1	31
Tỷ lệ %	12,9	83,9	3,2	100

*Nhận xét:* KHV nhóm II chiếm tỷ lệ cao nhất (83,9%).

## 4. Bàn luận

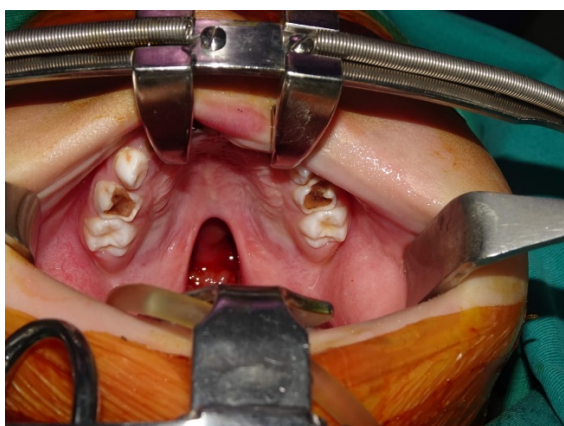
### Đặc điểm tuổi, giới

Ở Việt Nam, trẻ bị khuyết tật môi - vòm miệng thường được mổ muộn hơn nhiều so với thế giới. Theo Nguyễn Hoàn Đức, trẻ được mổ lúc 6 tuổi, Tạ Văn Tùng chỉ 10% trẻ được mổ lúc 3-5 tuổi, còn lại 90% trên 5 tuổi. Phân chia tuổi dựa trên các giai đoạn phát triển ngôn ngữ của trẻ bình thường và tuổi mổ khe hở vòm thích hợp nhất. Nghiên cứu của Tăng Xuân Hải thấy rằng chỉ có một bệnh nhân > 72 tháng (6 tuổi), đa số bệnh nhân nằm trong độ tuổi từ 24-48 tháng (2-4 tuổi). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp là 19 tháng (khoảng 1,5 năm). Độ tuổi của trẻ được phẫu thuật trong nghiên cứu của Abdel-Aziz là từ 11 tháng cho đến 3 tuổi, trung bình là 1 năm 4 tháng (1,3 tuổi). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là  $6,8 \pm 9,9$  năm, có 18 bệnh nhân tuổi từ 2-3, chiếm tỷ lệ lớn nhất 54,8% nhiều hơn đáng kể so với 6 bệnh nhân ở độ tuổi 4-5 tuổi, chiếm 19,4% và 8 bệnh nhân  $\geq 6$  tuổi, chiếm 25,8% ( $p < 0,05$ ). Các bệnh nhân mổ muộn đều đến từ vùng sâu vùng xa, nơi điều kiện xã hội kém phát triển. Đa số các tác giả trên thế giới, cũng như các tác giả Việt Nam đều thừa nhận mổ ở lứa tuổi 18-30 tháng là hợp lý nhất. Lứa tuổi này đứa trẻ không quá bé để tiến hành một phẫu thuật và cũng là lúc đứa trẻ bắt đầu tập phát âm. Vòm miệng được phục sẽ ít bị ngưng, sau mổ được luyện tập tốt về tiếng nói thì kết quả phát âm sẽ ăn hồi tốt trẻ cao [9], [2], [3].



**Hình 1.** Trường hợp số 1, khe hở vòm toàn bộ.

Bệnh nhân nam chiếm 51,6%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Tăng Xuân Hải là 65,79%, của Nguyễn Văn Giáp là 64,8% và trong nghiên cứu của Tan là 55,8% [1], [2], [10]. Về tỷ lệ nam, nữ trong nghiên cứu của chúng tôi như vậy là phù hợp với lý thuyết và một số các nghiên cứu khác. Bởi vì trong quá trình phôi thai, sự hàn gắn hai nụ khẩu cái với nhau ở đường giữa xảy ra ở nữ muộn hơn so với ở nam khoảng một tuần. Đây cũng là một lý do khiến cho dị tật khe hở vòm miệng xảy ra ở nữ thường nhiều hơn ở nam [4]. Tuy nhiên, yếu tố nguy cơ này cũng phụ thuộc vào thời điểm hai nụ khẩu cái liền mạch với nhau có sự tác động của yếu tố nguyên nhân gây khe hở vòm hay không. Ngoài ra còn phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác liên quan đến di truyền, tuổi mẹ...



**Hình 2.** Ca số 4, khe hở vòm không toàn bộ

### *Đặc điểm nơi cư trú*

Một số nghiên cứu chỉ ra mối liên quan không rõ ràng giữa việc xuất hiện khe hở môi - vòm miệng với nơi cư trú. Ở khu vực nông thôn dường như có tỷ lệ xuất hiện khe hở môi - vòm miệng cao hơn so với khu vực thành thị. Trong nghiên cứu này số bệnh nhân được phẫu thuật ở nông thôn cao hơn đáng kể so với bệnh nhân ở khu vực vùng núi và thành thị ( $p < 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Vũ Quang Hưng với 85,13% có trẻ dị tật khe hở môi vòm miệng ở khu vực nông thôn. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu vì nguyên nhân cũng như yếu tố nguy cơ của dị tật khe hở vòm miệng liên quan đến các yếu tố di truyền, những kiến thức y học cũng như chế độ dinh dưỡng và các tác nhân lý hóa. Khu vực vùng nông thôn và vùng núi là khu vực khó khăn hơn trong việc tiếp cận về kiến thức y khoa về dự phòng các dị tật bẩm sinh nói chung và khe hở vòm nói riêng. Khu vực vùng núi là vùng sâu, vùng xa cũng khó tiếp cận đến cơ sở y tế lớn.

### *Đặc điểm quá trình thai sản*

Đối với các dân tộc thiểu số ít người, tỷ lệ táo hôn, kết hôn cận huyết và sinh con kéo dài do thiếu tri thức về khoa học hoặc còn tồn tại những hủ tục lạc hậu xảy ra phổ biến hơn ở dân tộc Kinh. Đây cũng là yếu tố dịch tễ cần quan tâm trong kiểm soát nguy cơ dị tật bẩm sinh ở trẻ. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là dân tộc Kinh, có 4 bệnh nhân trong nghiên cứu là người dân tộc thiểu số, chiếm 12,9%.

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng, việc thiếu vitamin làm tăng nguy cơ xuất hiện khe hở môi và khe hở vòm. Các nghiên cứu dịch tễ học và các báo cáo quan sát đã chỉ ra rằng việc bổ sung axit folic cho người mẹ trước khi mang thai có tác dụng bảo vệ trong việc giảm nguy cơ xuất hiện khe hở môi và khe hở vòm lên tới 69-76% trong các thí nghiệm trên động vật và 18-50% ở người. Việc nâng cao kiến thức về vai trò của dinh dưỡng trong quá trình thai sản rất quan trọng hạn chế khe hở bẩm sinh. Nhờ việc bắt buộc sử dụng ngũ cốc làm giàu axit folic từ năm 1990, tỷ lệ trẻ em hở môi và hở vòm ở Bắc Mỹ đã giảm lần

lượt là 5% và 12% [11]. Một số nghiên cứu đã ghi nhận sự thiếu hụt B6, B12, Kẽm trong máu của bà mẹ có con bị khe hở môi vòm [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng có một số yếu tố nguy cơ có thể gợi ý có sự ảnh hưởng của tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng trong quá trình mang thai của mẹ với việc xuất hiện dị tật trên bệnh nhân.

#### *Đặc điểm về yếu tố nghề nghiệp của bố mẹ*

Yếu tố nghề nghiệp cũng là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với sự xuất hiện dị tật ở trẻ. Một số nghề nghiệp phải thường xuyên tiếp xúc với môi trường độc hại, khói bụi, rung xóc... có thể dẫn tới các bệnh lý mạn tính, dị tật thai nhi thậm chí là vô sinh.

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có mẹ làm công nhân, 22 trường hợp (chiếm 70,9%); 9 trường hợp có mẹ là nông dân, nội trợ (chiếm 29,1%). Xét về yếu tố nghề nghiệp của bố, 24 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có bố làm công nhân, (chiếm 77,4%); 7 trường hợp có bố là nông dân (chiếm 22,6%).

#### *Đặc điểm dịch tễ học của gia đình*

Yếu tố di truyền cũng là một nguyên nhân gây ra dị tật bẩm sinh ở trẻ. Nếu bố mẹ bình thường và trong gia đình chỉ có một con có dị tật khe hở môi thì nguy cơ xảy ra đối với đứa con tiếp theo là 4%. Nếu có hai con bị dị tật này thì nguy cơ xảy ra đối với trẻ tiếp theo là 9%. Nếu một trong hai bố mẹ bình thường và đứa con đầu lòng mắc dị tật, nguy cơ đối với đứa con tiếp theo là 17%. Trong gia đình, nếu bố mẹ bình thường và chỉ có một đứa con mắc dị tật này thì nguy cơ mắc đối với trẻ tiếp theo là 2%, tỷ lệ tăng lên đến 7% khi trong gia đình ông bà hoặc họ hàng gần (cô, dì, chú, bác) có một trường hợp mắc, và tăng lên tới 15% nếu có bố hoặc mẹ hoặc một anh chị em ruột đã mắc [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số trẻ sinh ra trong gia đình không có tiền sử dị tật khe hở môi - vòm miệng chiếm 64,5%; tiền sử gia đình có khe hở môi - vòm miệng (chiếm 35,5%), trong đó một nửa số ca có tiền sử gia đình có khe hở môi - vòm miệng là bố hoặc mẹ.

#### *Nguyên nhân trực tiếp của dị tật khe hở vòm miệng*

Đa số các trường hợp dị tật bẩm sinh trong nghiên cứu này là không rõ nguyên nhân (48,4%), có

11 bệnh nhân (35,5%) có yếu tố di truyền, 5 bệnh nhân (16,1%) có yếu tố bệnh lý (mẹ bị cúm hoặc rubella) trong 3 tháng đầu thai kỳ. Kết quả này cũng phù hợp kết quả của Tăng Xuân Hải với 47,37% bệnh nhân có dị tật bẩm sinh không rõ nguyên nhân. Ở phụ nữ mang thai trong ba tháng đầu thai kỳ tiếp xúc với các hóa chất: Chất tẩy rửa, thuốc trừ sâu, mỹ phẩm... có nguy cơ sinh con có dị tật khe hở môi và khe hở vòm cao hơn so với phụ nữ có thai không tiếp xúc với các yếu tố trên, trong số các bà mẹ dự kiến mang thai, 27,59% tiếp xúc với các hóa chất trong ba tháng đầu của thai kỳ; 11,30% những bà mẹ này tiếp xúc với các sản phẩm tẩy rửa, 7,83% với thuốc trừ sâu và 6% với mỹ phẩm [2], [4]. Những yếu tố này rất khó để kiểm soát đối với bệnh nhân trong nghiên cứu.

#### *Các yếu tố nguy cơ*

Tuổi mang thai của mẹ là yếu tố độc lập đối với dị tật khe hở vòm miệng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi mang thai trung bình của mẹ bệnh nhân là  $31,3 \pm 5,6$  năm (thấp nhất: 24; cao nhất là 44 tuổi). Mẹ mang thai ở tuổi  $\geq 35$  trở lên, chiếm 25,8%, tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với 7,76% trong nghiên cứu của Neves.

Một số nghiên cứu dịch tễ học đã chỉ ra rằng việc mẹ sử dụng một số thuốc liều cao trong thai kỳ sẽ làm tăng nguy cơ ví dụ như thuốc chống viêm, (aspirin, ibuprofen...); thuốc chống động kinh; một số thuốc trị bệnh da liễu (mụn trứng cá, vẩy nến...), viêm khớp và thuốc chống ung thư làm tăng nguy cơ khe hở môi và khe hở vòm. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân có bố hoặc mẹ thường xuyên tiếp xúc với hóa chất, chiếm 19,4%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thanh Hải với 24,7% bệnh nhân có tiếp xúc với hóa chất trong 3 tháng đầu thai kỳ. Một số yếu tố như dùng thuốc ảnh hưởng đến thai sản trong 3 tháng đầu, thiếu hụt dinh dưỡng cũng có trong nghiên cứu này.

Thời kỳ mang thai, việc người mẹ hút thuốc lá đóng một vai trò trong cơ chế bệnh sinh dị tật khe hở môi và khe hở vòm. Khói thuốc lá, bao gồm khoảng 7.000 thành phần hóa học, bao gồm các amin thơm và dị vòng dẫn đến hoạt hóa trao đổi

chất và tổn thương DNA, ảnh hưởng đến các gen, do đó gây ra sự thay đổi trong các con đường trao đổi chất có thể dẫn đến sự phát triển của khe hở môi và khe hở vòm, nguy cơ khe hở môi và khe hở vòm của trẻ có mẹ hút thuốc cao hơn từ 1,6 -2,5 lần [13]. Nghiên cứu của Phạm Thanh Hải cho thấy có đến 34,9% số trẻ có mẹ hít phải khói thuốc trong thời kỳ mang thai [5], tỷ lệ chúng tôi gặp là 12,8%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 13 trường hợp có bố lao động hoặc công tác ở môi trường có yếu tố độc hại, căng thẳng, chiếm 41,9%. 4 trường hợp (12,9%) có bố mắc các bệnh lý mạn tính phải điều trị thường xuyên bằng thuốc. Không có khác biệt đáng kể liên quan đến tỷ lệ các trường hợp có tiếp xúc môi trường độc hại và bệnh mạn tính ở bố của hai nhóm đối tượng nghiên cứu.

#### *Đặc điểm về các dị tật kèm theo*

Là một trong những dị tật bẩm sinh, do nhiều yếu tố kết hợp, do vậy trẻ có dị tật KHM-KHVM có thể có các dị tật kèm theo như nắp tai thừa 2 trường hợp, ngắn hãm lưỡi 1 trường hợp, kèm khe hở môi 4 trường hợp, tổng số chiếm 22,6%.

#### *Đặc điểm về hình thái khe hở vòm*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, KHVM không toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất 13 bệnh nhân (chiếm 41,9%), tiếp theo là KHVM toàn bộ 9 bệnh nhân (chiếm 29,0%), KHVM khác 5 bệnh nhân (31,2%), thấp nhất là KHVM mềm, 4 bệnh nhân (12,9%).

Kết quả này khi so sánh với Vũ Quang Hưng (2017) thì thấy trong nghiên cứu của tác giả này có: KHVM toàn bộ chiếm tỉ lệ cao nhất (28,57%), tiếp theo là KHVM không toàn bộ (23,33%), KH môi - vòm miệng không toàn bộ (16,67%) [6]. Kết quả này không có khác biệt đáng kể. Khi so sánh kết quả với nghiên cứu trên người da trắng ở Châu Âu, tỉ lệ các hình thái dị tật khe hở môi-vòm miệng của nghiên cứu này cao hơn, phù hợp với một số nghiên cứu: Tỷ lệ dị tật khe hở môi-vòm miệng ở người da vàng là cao hơn người da trắng [6].

Theo phân loại của Veau, trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân phân loại KHV nhóm I theo phân loại của Veau chiếm 12,9%; 26 bệnh nhân nhóm II, chiếm 83,9% và 1 bệnh nhân nhóm III,

chiếm 3,2%. Đối với cả nhóm bệnh nhân nam và nữ, tỷ lệ bệnh nhân phân loại KHV thuộc nhóm II đều chiếm tỷ lệ cao nhất với 13 bệnh nhân (lần lượt là 81,2% và 86,7%).

## **5. Kết luận**

Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 31 bệnh nhân. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là  $6,8 \pm 9,9$  năm. Nam 16 bệnh nhân, chiếm 51,6% nhiều hơn so với 15 bệnh nhân nữ (chiếm 48,4%).

Đa số bệnh nhân phân bố ở vùng nông thôn 58,1%; tiếp theo là ở khu vực vùng núi là 22,6% và thấp nhất là ở khu vực thành thị là 19,4%.

KHVM không toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 41,9%), tiếp theo là KHVM toàn bộ (chiếm 29,0%), KHVM khác chiếm 19,4%, thấp nhất là KHVM mềm (chiếm 9,7%).

## **Tài liệu tham khảo**

1. Nguyễn Văn Giáp, Nguyễn Thị Trang, Lâm Ngọc Tuyến và cộng sự (2022) *Đặc điểm dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng ở trẻ em đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2019-2021*. Tạp chí Y học Việt Nam tập 514, tháng 5, số 1 năm 2022, tr. 128-132.
2. Tăng Xuân Hải, Trần Minh Long, Lê Xuân Thu (2022) *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng hai bên toàn bộ bẩm sinh theo kỹ thuật Push Back tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An 2018-2021*. Tạp chí Y học Việt Nam (511), tháng 2, số 1 (2022), tr. 118-122.
3. Nguyễn Văn Giáp, Nguyễn Thị Trang và cộng sự (2022), *Kết quả điều trị và phục hồi chức năng cho trẻ em mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2019-2021*. Tạp chí Y học Việt Nam (514), số 2, tr. 234-238.
4. Đỗ Kính (2001) *Phôi thai học người*. Nhà xuất bản Y học, tr. 438-445.
5. Phạm Thanh Hải, Vũ Quang Hưng, Lương Xuân Quỳnh (2012) *Một số 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*. Tạp chí Y học thực hành (813), số 3/2022, tr. 5-8.

6. Vũ Quang Hưng, Phạm Thị Nhung, Đoàn Trung Hiếu (2021) *Hình thái dị tật khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng*. Tạp Chí Học Việt Nam, 503(2), tr. 247-251.
7. Hlongwa P, Levin J, & Rispel LC (2019) *Epidemiology and clinical profile of individuals with cleft lip and palate utilising specialised academic treatment centres in South Africa*. PLOS ONE 14(5): 0215931.
8. Elander A, Persson C, Lilja J & Mark H (2016) *Isolated cleft palate requires different surgical protocols depending on cleft type*. Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery 51(4) 228-234.
9. Abdel-Aziz M, & Ghandour H (2010) *Comparative study between V-Y pushback technique and Furlow technique in cleft soft palate repair*. European Journal of Plastic Surgery 34(1): 27-32.
10. Tan WQ, Xu JH, Yao JM (2012) *The Single Z-Plasty for cleft palate repair: A preliminary report*. The Cleft Palate Craniofacial Journal, 49(5), 635-639.
11. Allam E, Windsor J, Stone C (2014) *Cleft Lip and Palate: Etiology, Epidemiology, Preventive and Intervention Strategies*. Anatom Physiol Current Res 4: 1-6.
12. Mossey PA, Little J, Munger RG et al (2009) *Cleft lip and palate*. Lancet 374: 1773-1785.
13. Martelli DR, Coletta RD, Oliveira EA et al (2015) *Association between maternal smoking, gender, and cleft lip and palate*. Braz J Otorhinolaryngol 81: 514-519.