

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

Nguyễn Văn Giáp¹, Nguyễn Thị Trang²,
Lê Ngọc Tuyền³, Nguyễn Hà Lâm⁴, Nguyễn Hữu Thắng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm mô tả các đặc điểm nhân khẩu học và một số đặc điểm về cân nặng, răng miệng hay những khó khăn mà trẻ mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng thường gặp phải. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 196 trẻ dưới 15 tuổi có dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ nam mắc dị tật (64,8%) lớn hơn nữ (35,2%). Phần lớn trẻ sinh ra trong gia đình có địa vị kinh tế và học vấn thấp hoặc trung bình, người cha có thói quen sử dụng rượu và thuốc lá. Khoảng 60% trẻ gặp khó khăn khi ăn và bú, tiếp đến là vấn đề về nói, giao tiếp và bệnh nhiễm trùng. Phần lớn trẻ có cân nặng bình thường nhưng tỷ lệ thiếu cân tương đối cao, chiếm 12,8%. Nhìn chung, trẻ thường gặp các vấn đề về răng miệng, trong đó được báo cáo nhiều nhất là thiếu chỗ mọc răng (45,9%), bất thường về vị trí (38,8%) và chậm mọc răng (25,5%), trong khi hơn 16% cha mẹ không biết về các vấn đề răng miệng. **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ nam mắc dị tật nhiều hơn trẻ nữ. Tỷ lệ trẻ mắc dị tật khe hở môi hoặc vòm miệng đơn thuần nhiều gấp hơn 2 lần tỷ lệ trẻ mắc đồng thời hai dị tật này. Cha mẹ của trẻ có trình độ học vấn và kinh tế ở mức thấp hoặc trung bình. Tỷ lệ người mẹ hút thuốc lá thụ động khá cao. Khó khăn khi cho ăn, khi bú và vấn đề răng miệng thường gặp nhất và cần sự quan tâm của cha mẹ.

Từ khóa: Đặc điểm, Khe hở môi và/hoặc vòm miệng, Trẻ em Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CLEFT LIP AND/OR PALATE IN CHILDREN ATTENDED TO TREATMENT AT HANOI CENTRAL ODONTO-STOMATOLOGY HOSPITAL, 2019-2021

Objective: The current study aimed to describe demographic characteristics and some characteristics of weight, dental health or challenges that children often face. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 196 children under 15 years of age with cleft lip and/or palate who

attended to treatment at Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital. **Result:** The proportion of male (64.8%) was higher than that of female (35.2%). The majority of children with cleft lip and/or palate were found in families with low or medium socioeconomic status and level of education (47.66%) and their father used to smoke and drink alcohol frequently. About 60% of children had challenges including eating and sucking, followed by problems with speech, communication and infections. Most children have normal weight but the rate of underweight was recorded quite high, accounting for 12.8%.

Conclusion: The rate of male children with malformations was higher than that of the latter. The rate of children with cleft lip or cleft palate alone is over 2 times higher than that with these two malformations simultaneously. The parents had low or medium socioeconomic status and level of education. The percentage of mothers had been exposed to maternal passive smoking was quite high. Children often had dental problems, in which the most reported were lack of gap for teeth (45.9%), tooth position abnormalities (38.8%), and delayed teething (25.5%), while more than 16% of parents unknown about dental problems of their child. Summally, challenges composed of eating, sucking and dental health were the most common in children with cleft lip and/or cleft palate and need parental attention.

Keywords: Characteristics, Cleft lip and/or palate, Children, Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê, dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng (KHMVM) là dạng dị tật sọ mặt bẩm sinh phổ biến nhất với tỷ lệ 7,9/10.000 trẻ mỗi năm. Tình trạng này biểu hiện bằng sự kết nối bất thường giữa miệng và mũi có thể thấy hoặc không thấy được trên môi và chỉ ảnh hưởng đến vòm miệng [1]. Một số nghiên cứu trước đây đã chứng minh rằng tỷ lệ mắc dị tật này cao nhất ở người châu Á, tiếp đến là người da trắng và ít gặp nhất ở những người gốc Phi [1]. Châu Á và Nam Mỹ là hai khu vực có tỷ lệ mắc dị tật cao ở mức 2/1000 trẻ [2]. Tại Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng 3.000 trẻ em sinh ra bị khe hở môi, hở vòm miệng, trung bình cứ 500 em mới sinh thì có 1 em mắc [3].

KHMVM có căn nguyên phức tạp, chịu ảnh hưởng của cả yếu tố di truyền và môi trường. Trong đó, các yếu tố nguy cơ như người mẹ tiếp xúc với khói thuốc trong quá trình mang thai, nhiễm virus, sử dụng thuốc, nhiễm kim loại

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

⁴Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Giáp

Email: giapnguyentn@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 28.4.2022

nặng, thuốc trừ sâu đều có thể liên quan đến dị tật KHMVM [2].

KHMVM không chỉ ảnh hưởng tiêu cực đến ngoại hình, biến dạng về mặt thẩm mỹ, chất lượng cuộc sống của trẻ mà còn có thể tạo ra gánh nặng về tâm lý, kinh tế đối với gia đình và xã hội. Trẻ mắc bệnh này thường kèm theo nhiều biến chứng khác nhau, thường gặp là các biến chứng liên quan đến giọng nói và khuôn mặt [4]. Một số dị tật bẩm sinh đi kèm cũng được ghi nhận là dị dạng hệ thần kinh, tim bẩm sinh, hay các bệnh lý chức năng như hạn chế phát triển hàm trên, mất thính lực và nhiễm trùng tai tái phát [2]. Trẻ bị khe hở môi hay hở vòm miệng cũng gặp nhiều khó khăn khi ăn uống, bú mớm. Các bình sữa với núm vú đặc biệt có thể giúp trẻ bú dễ hơn. Trong một số trường hợp, trẻ có thể phải cần đến vòm miệng giả để giúp trẻ có thể ăn uống được.

Quá trình theo dõi sức khỏe lâu dài ở những người mắc dị tật này còn cho thấy nguy cơ tử vong gia tăng, nguy cơ mắc các bệnh ung thư vú, ung thư não ở nữ giới và ung thư phổi ở nam giới cũng tăng. Ngoài ra, nguy cơ nhập viện do các biến chứng tâm thần ở nhóm này được ghi nhận cao hơn đáng kể so với những người bình thường [4]. Vì vậy có thể nói, ảnh hưởng của dị tật KHMVM sẽ theo người bệnh trong suốt cuộc đời.

Do đó, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 196 trẻ em đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội nhằm mô tả các đặc điểm nhân khẩu học và các đặc điểm dị tật khe hở môi vòm miệng ở trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em dưới 15 tuổi có dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội; Trẻ có người chăm sóc trực tiếp đi cùng (gia đình, cha mẹ, ông bà).

Trường hợp trẻ >15 tuổi có KHMVM chưa phẫu thuật và trẻ em dị tật KHMVM có cha mẹ bị các bệnh tật liên quan đến bệnh lý về tâm thần, thần kinh không được chọn vào nghiên cứu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Dịch tễ học mô tả có phân tích được thực hiện từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2021.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu mô tả xác định một tỷ lệ hiện mắc [5]:

$$Z^2 \frac{p(1-p)}{1-\alpha/2 (pe)^2}$$

N=

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu;

p: Tỷ lệ ước đoán quần thể $p = p = 0,29$ (Tỷ lệ trẻ có dị tật khe hở vòm miệng toàn bộ đến khám và điều trị tại bệnh viện đại học Y Hải Phòng năm 2017)

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; ϵ : Sai số tương đối mong muốn chọn $\epsilon = 0,25$.

Với các giá trị đã chọn, cỡ mẫu đã dự trừ thêm 10% là 165 trẻ, trên thực tế chúng tôi đã nghiên cứu 196 trẻ em.

- **Chọn mẫu:** Tất cả các bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán xác định khe hở môi và vòm miệng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương HN thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

2.3.3. Phương pháp nhập và phân tích số liệu. Tất cả các cha mẹ trẻ có KHMVM đưa trẻ đến Bệnh viện khám sẽ được phỏng vấn trực tiếp bằng bảng câu hỏi được biên soạn sẵn, công khai và thống nhất trên một mẫu chung với các câu trả lời cho trước.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu định lượng thu thập được qua phỏng vấn quan sát sẽ được nhập bằng chương trình Epidata và phân tích bằng phần mềm Stata 8.0.

Biện pháp khống chế sai số: Thống nhất tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu, tiêu chí của quy trình nghiên cứu, cách thức thu thập thông tin. Điều tra viên được tập huấn kỹ và thống nhất về các tiêu chí đánh giá, cách thu thập số liệu, và được khám thử trong buổi tập huấn. Các phiếu hỏi và phiếu khám phải kiểm tra lại, hoàn thiện và sửa chữa các số liệu bị thiếu, số liệu vô lý trước khi phân tích. Giám sát viên phải giám sát chặt chẽ việc thu thập thông tin, nhập liệu (nhập lại ngẫu nhiên 10% số phiếu để kiểm tra sự chính xác).

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được thông báo và nói rõ mục đích nghiên cứu. Cha mẹ trẻ tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin được bảo mật. Điều trị triệt để cho các đối tượng tham gia nghiên cứu nếu có bệnh. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức của Viện Sốt rét – Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương và được sự chấp thuận của cha mẹ học sinh, của lãnh đạo Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương nơi tiến hành nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung nhân khẩu học của trẻ (n=196)

| | SL | % |
|--|----------------------|------|
| Tuổi (tháng) | | |
| Trung vị | 19 | |
| Khoảng tứ phân vị | 8 - 72 | |
| Thấp nhất – Cao nhất | 5 – 180 (tháng tuổi) | |
| Giới | | |
| Nam | 127 | 64,8 |
| Nữ | 69 | 35,2 |
| Gia đình có trẻ khác mắc dị tật | | |
| Có | 19 | 9,7 |
| Không | 177 | 90,3 |

Nghiên cứu tiến hành trên 196 trẻ có độ tuổi từ 5-180 tháng tuổi, trong đó tuổi trung vị là 19 tháng tuổi. Về giới tính, trẻ mắc dị tật đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương cho thấy có 127 trẻ nam (64,8%) và 69 trẻ nữ (35,2%), tương đương 1,84 nam : 1 nữ. Tỷ lệ gia đình có trẻ khác mắc dị tật KHMVM như trẻ là 9,7%.

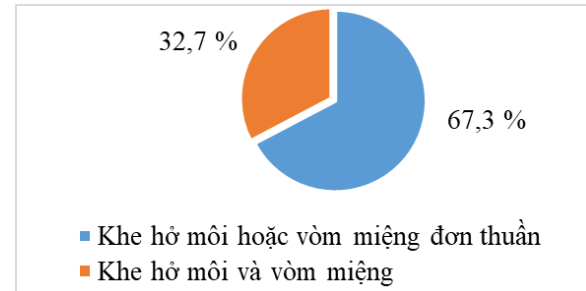
Bảng 3.2. Đặc điểm chung của cha mẹ (n=196)

| | SL | % |
|---|-------------------|------|
| Trình độ học vấn của cha | | |
| ≤ THPT | 83 | 42,3 |
| Trung cấp, CĐ | 93 | 47,5 |
| ĐH/ Trên ĐH | 20 | 10,2 |
| Trình độ học vấn của mẹ | | |
| ≤ THPT | 86 | 37,6 |
| Trung cấp, CĐ | 89 | 45,4 |
| ĐH/ Trên ĐH | 21 | 10,7 |
| Thu nhập bình quân của mỗi người trong gia đình (triệu đồng) | | |
| Trung vị | 8,5 | |
| Khoảng tứ phân vị | 5 - 10 | |
| Min - Max | 0-152(triệu đồng) | |
| Tình trạng hút thuốc và uống rượu của bố | | |
| Không sử dụng thuốc, rượu | 16 | 8,2 |
| Chỉ hút thuốc | 8 | 4,1 |
| Chỉ uống rượu | 19 | 9,7 |
| Sử dụng cả thuốc, rượu | 153 | 78,1 |
| Tần suất hút thuốc của bố | | |
| Thường xuyên | 103 | 52,6 |
| Ít khi | 51 | 26,0 |
| Không | 26 | 13,3 |
| Tần suất sử dụng rượu của bố | | |
| Thường xuyên | 47 | 24,0 |
| Ít khi | 119 | 60,7 |
| Không | 13 | 6,6 |

Tìm hiểu thông tin trình độ học vấn và thu nhập của cha mẹ thấy rằng trẻ mắc dị tật thường sinh ra trong các gia đình có trình độ học vấn và thu nhập ở mức thấp hoặc trung bình thấp.

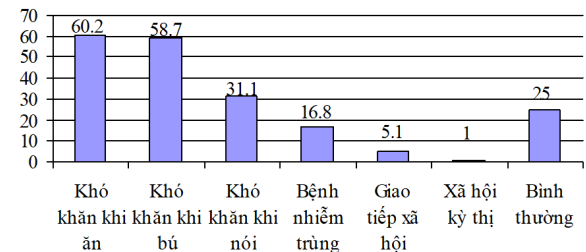
Kết quả cho thấy Bảng 3.2, gần 80% cha của trẻ có sử dụng cả thuốc và rượu, trong khi đó tỷ lệ chỉ hút thuốc hoặc rượu hoặc không sử dụng cả hai chiếm tỷ lệ thấp. Tần suất thường xuyên hút thuốc và sử dụng rượu ở người cha lần lượt là 52,6% và 24%.

3.2. Hình thái dị tật khe hở môi, vòm miệng và một số vấn đề sức khỏe trẻ mắc KHMVM mắc phải



Biểu đồ 3.1. Hình thái dị tật khe hở môi, vòm miệng

Trong tổng số 196 trẻ em mắc dị tật KHMVM đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương, hình thái khe hở môi hoặc vòm miệng đơn thuần chiếm đa số với 132/196 trẻ tương đương 67,3%, gấp hơn 2 lần trẻ mắc đồng thời cả hai dị tật.



Biểu đồ 3.2. Những vấn đề mà trẻ hở môi/vòm gặp phải

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự khi phát hiện tỷ lệ trẻ gặp khó khăn khi ăn, bú chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 60,2% và 58,7%; tiếp đến là các vấn đề liên quan đến ngôn ngữ, các bệnh nhiễm trùng và hạn chế giao tiếp. Vấn đề này cũng được ghi nhận ở một số nghiên cứu trước đây.

Bảng 3.3. Vấn đề cân nặng của trẻ

| | n | % |
|---------------------------|-----|------|
| Vấn đề về cân nặng | | |
| Bình thường | 149 | 76,0 |
| Thừa cân | 3 | 1,5 |
| Thiếu cân | 25 | 12,8 |
| Không quan tâm | 19 | 9,7 |

Có 25/196 trường hợp trẻ mắc dị tật KHMVM bị thiếu cân, chiếm gần 13%. Còn lại hơn 2/3 trẻ phát triển cân nặng bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự chênh lệch về giới tính rõ ràng hơn các nghiên cứu trước đây. Tỷ lệ này tại Trung Quốc là 1,13 nam : 1 nữ [6]; tại Iran là 45% trẻ nữ và 55% trẻ nam tương đương 1,22 nam : 1 nữ [7]. Nhưng nhìn chung, các kết quả trước đây đều chỉ ra rằng nam giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn. Để làm rõ hơn tỷ lệ mắc bệnh theo giới, các nghiên cứu cho biết trẻ nam có tỷ lệ sinh ra mắc dị tật khe hở môi, khe hở môi và vòm miệng cao hơn nữ giới nhưng tỷ lệ trẻ nữ sinh ra mắc dị tật khe hở vòm miệng lại cao hơn nam giới [7]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ gia đình có tiền sử mắc dị tật là 9,7% thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu trước đây tại Iran với 22,4% và hầu hết trẻ sơ sinh mắc dị tật đều là con đầu trong gia đình [7].

Kết quả khảo sát về trình độ học vấn và thu nhập của cha mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Alfwaress FS (2017) cho biết hầu hết trẻ sinh ra mắc dị tật đều ở các gia đình có địa vị xã hội trung bình [8]; Sima Dabbaghi Galeh (2020) cũng cho biết phần lớn trẻ mắc dị tật trong nghiên cứu của họ cũng tới từ những gia đình có tình trạng kinh tế, xã hội trung bình (47,66%) [7].

Tần suất thường xuyên hút thuốc và sử dụng rượu ở người cha lần lượt là 52,6% và 24%. Như vậy, có thể nói tỷ lệ bà mẹ đã từng hút thuốc thụ động khá cao. Tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu tại Iran với gần 30% bà mẹ hút thuốc thụ động trong quá trình mang thai [7].

Tổng hợp từ nhiều nghiên cứu trước đây, trẻ mắc dị tật KHMVM thường kèm theo nhiều biến chứng khác nhau. Trong đó, những biến chứng thường gặp nhất liên quan đến giọng nói và khuôn mặt. Ngoài ra, một số biến chứng khác được kể đến như các vấn đề liên quan đến ăn uống, nhiễm trùng tai và nguy cơ tử vong cao nếu trẻ không được tiếp cận với dịch vụ y tế hoặc được điều trị tại những cơ sở y tế kém phát triển [4]. Mức độ nghiêm trọng của KHMVM còn gây khó cho con bú, nhiễm trùng tái phát đường hô hấp, viêm tai giữa, thay đổi thính giác và giọng nói, cũng như gây ra nhiều vấn đề về khớp cắn và thẩm mỹ [9]. Nghiên cứu của Alfwaress FS (2017), có 80% trẻ bị KHMVM mắc chứng khó nuốt và sau khi phẫu thuật tỷ lệ này giảm còn 14% [8]. Nghiên cứu tại Ấn Độ (2018) cho thấy gần 80% cha mẹ có con mắc dị tật KHMVM phản

hồi rằng họ gặp khăn khi cho trẻ ăn [10]. Hậu quả của việc khó cho trẻ ăn/bú kéo dài có thể khiến tình trạng dinh dưỡng của trẻ trở nên kém đi, phát triển thể chất chậm, không đủ cân nặng so với những trẻ khác.

Bên cạnh đó, khi theo dõi những trường hợp mắc cả hai dị tật KHM và KHVM nhận thấy nhóm này có thể gặp những biểu hiện khác như mất thính giác, khó thở, rối loạn khớp và ngữ âm, chứng khó nuốt cao hơn những người chỉ bị KHM hoặc KHVM [8]. Quá trình theo dõi sức khỏe lâu dài cho thấy nguy cơ tử vong gia tăng ở cả nam và nữ. Ngoài ra, nguy cơ nhập viện do các biến chứng tâm thần ở nhóm này được cho biết là cao hơn đáng kể so với những người bình thường [4]. Vì vậy có thể nói, ảnh hưởng của dị tật KHMVM sẽ theo người bệnh trong suốt cuộc đời.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu phần nào cho thấy sự chênh lệch giới tính trong nhóm trẻ mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng với tỷ lệ nam nhiều hơn nữ và tỷ lệ này cao hơn nhiều so với các nghiên cứu trước đây. Trẻ mắc dị tật thường ở trong gia đình có trình độ văn hóa – kinh tế ở mức thấp hoặc trung bình. Tỷ lệ trẻ mắc dị tật khe hở môi hoặc vòm miệng đơn thuần nhiều gấp hơn 2 lần tỷ lệ trẻ mắc đồng thời hai dị tật này. Tỷ lệ người cha sử dụng rượu và/hoặc hút thuốc thường xuyên nên tỷ lệ bà mẹ khi mang thai hút thuốc thụ động cũng khá cao. Kết quả nghiên cứu cũng cho biết, khó khăn khi bú và ăn là hai vấn đề nổi bật, thường gặp nhất do vậy ảnh hưởng đến các vấn đề về cân nặng, dinh dưỡng như tỷ lệ trẻ thiếu cân còn cao. Vì vậy, tuyên truyền, giáo dục sức khỏe và hướng dẫn thực hành chăm sóc trẻ có thể được đề xuất nhằm chăm sóc trẻ tốt nhất thông qua tác động đến cha mẹ hoặc người trực tiếp chăm sóc trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shoichiro A Tanaka RCM, Daniel C Jupiter, John M Menezes (2012).** Updating the epidemiology of cleft lip with or without cleft palate. *Plast Reconstr Surg*, **129(3)**, 511e–518e.
2. **Yanfen Yang HL, Ruixin Ma, Lei Jin (2018).** Prevalence of Cleft Lip/Palate in the Fangshan District of Beijing, 2006-2012. *Cleft Palate Craniofac J*, **55(9)**, 1296–1301.
3. **Lâm Hoài Phương (2007),** Dị tật bẩm sinh hàm mặt, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **George Wehby CHC (2010).** The Impact of Orofacial Clefts on Quality of Life and Health Care Use and Costs. *Oral Dis*, **16(1)**, 3–10.
5. **Vũ Quang Hưng, Phạm Thị Nhung, Đoàn Trung Hiều (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)**, 247–251.

6. **Yingxian Zhu HM, Qinghui Zeng, et al (2021).** Prevalence of cleft lip and/or cleft palate in Guangdong province, China, 2015–2018: a spatio-temporal descriptive analysis. *BMJ Open*, **11(8)**, e046430.
7. **Sima Dabbaghi Galeh, Masoud Nouri-Vaskeh, Mahdiah Alipour, Shahin Abdollahi Fakhim (2020).** Clinical and Demographical Characteristics of Cleft Lip and/or Palate in the Northwest of Iran: An Analysis of 1500 Patients. *Cleft Palate Craniofac J*, **58(10)**, 1281–1286.
8. **Alfwaress FS, Khwaileh FA, Rawashdeh MAA, Alomari MA, Nazzal MS (2017).** Cleft lip and palate: demographic patterns and the associated communication disorders. *J Craniofac Surg*, **28(8)**, 2117–2121.
9. **Manuella Santos Carneiro ALMEIDA RHWL, Karolline Batista LEAL, Camila Helena Machado da Costa FIGUEIREDO, Bianca Marques SANTIAGO, Alexandre Rezende VIEIRA (2020).** Analysis of permanent second molar development in children born with cleft lip and palate. *J Appl Oral Sci*, **28**, e20190628.
10. **Falak Naz SM, Sandeep Kaur Bali and Shazana Nazir (2018).** Awareness of feeding plates among the parents of cleft lip and palate children in Kashmiri population-an original research. *IJADS*, **4(4)**, 67–69.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Vũ Văn Tâm, Nguyễn Hải Long, Lưu Vũ Dũng,
Vũ Thị Minh Phương, Đoàn Xuân Quảng(*)

TÓM TẮT

Hiện nay, phương pháp nút động mạch tử cung giúp người bệnh giảm triệu chứng và thể tích khối u xơ cơ tử cung mà không cần phẫu thuật. Mục tiêu: tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hiệu quả giảm thể tích tử cung sau 6 tháng điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 63 bệnh nhân được khám, chẩn đoán và điều trị UXCTC tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng có chỉ định nút ĐMTC từ tháng 10/2018- 6/2020. **Kết quả:** Phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố (tuổi, số lần mang thai, đường kính trước sau tử cung, thể tích u xơ tử cung, vị trí u xơ tử cung, kích thước hạt nút mạch, thời gian nút mạch) không liên quan đến hiệu quả giảm thể tích tử cung < 50% sau 6 tháng điều trị. Khối u xơ có tăng sinh mạch nhiều có kết quả thành công cao hơn khối u xơ có tăng sinh ít hoặc vừa 1,5 lần với $p < 0,05$. **Kết luận:** Phân tích hồi quy đa biến cho thấy chỉ có yếu tố tăng sinh mạch u xơ tử cung ảnh hưởng độc lập đến kết quả điều trị.

Từ khóa: nút động mạch tử cung, u xơ tử cung, mối liên quan

SUMMARY

RESEARCH ON SOME FACTORS RELATED TO EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS BY UTERINE ARTERY EMBOLIZATION AT HAI PHONG HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Currently, uterine artery embolization method helps patients reduce symptoms and volume of uterine fibroids without surgery. **Objective:** to study some

factors related to the effectiveness of uterine volume reduction after 6 months of treatment. **Subjects and methods:** 63 patients were examined, diagnosed and treated for uterine fibroids at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital with indications for uterine artery embolization from October 2018 to June 2020. **Results:** Multivariate regression analysis showed factors (age, number of pregnancies, anteroposterior diameter of Uterine, volume of uterine fibroids, location of uterine fibroids, node size, duration of time embolization) was not associated with a reduction in uterine volume < 50% after 6 months of treatment. Fibroid tumors with high angiogenesis had a higher success rate than fibroids with little or moderate angiogenesis by 1.5 times with $p < 0,05$. **Conclusion:** Multivariable regression analysis showed that only uterine fibroid angiogenesis factor independently affected treatment outcome.

Keywords: uterine artery embolization, uterine fibroids, relationship

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ cơ tử cung (UXCTC) là khối u phụ khoa lành tính thường gặp nhất. UXCTC thường được phát hiện ở độ tuổi sinh sản và hiện diện gần 40% ở những phụ nữ trên 40 tuổi [1,2].

Hiện tại, có rất nhiều phương pháp điều trị như nội khoa và ngoại khoa cho UXCTC tuy nhiên hiệu quả của các phương pháp này có những hạn chế... Hiện nay, phương pháp nút động mạch tử cung (ĐMTC) không những giúp người bệnh giải quyết hiệu quả triệu chứng và giảm thể tích khối UXCTC không cần phải trải qua phẫu thuật mà còn giúp bảo tồn tử cung. Hiệu quả của nút ĐMTC làm giảm triệu chứng lâm sàng như đau bụng, rong kinh, rong huyết, chèn ép, giảm kích thước UXCTC và còn giúp bảo

(*)Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Tâm

Email: Drvuvantam@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 25.4.2022