

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VIÊM TAI GIỮA Ứ DỊCH Ở TRẺ EM DÂN TỘC Ê ĐÊ TÂY NGUYÊN

PHÙNG MINH LƯƠNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa ứ dịch (otitis media with effusion) theo định nghĩa là sự ứ dịch của tai giữa phía sau một màng tai nguyên vẹn, không có các triệu chứng của viêm cấp. Dịch tai giữa có thể là thanh dịch, có thể là dịch nhầy, có thể là keo.

Viêm tai giữa ứ dịch (VTGUD) là bệnh thường gặp ở trẻ em. Tần suất của nó thay đổi từ 5 - 20% tùy theo tác giả. Nó là nguyên nhân hàng đầu làm giảm sức nghe ở trẻ. Làm ảnh hưởng đến sự phát triển tiếng nói, đến việc học tập ở trường và làm thay đổi hành vi giao tiếp xã hội của trẻ.

Trên thế giới, đã có nhiều điều tra cộng đồng về VTGUD, song xác định chính xác tỷ lệ mắc bệnh là rất khó. Ở Việt Nam từ trước tới nay có một công trình: nhận xét đặc điểm dịch tể VTGUD mãn tính ở trẻ em một số phường ở Hà Nội của Nguyễn Thị Hoài An (2003) có tỷ lệ trẻ em: 8,9%, trẻ < 3 tuổi là 12,09%, cao nhất là 2 tuổi: 12,21%.

Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm các mục tiêu sau đây:

1/ Xác định tỷ lệ mắc VTGUD ở trẻ em dân tộc ít người Ê Đê.

2/ Phân tích mối liên quan giữa VTGUD với 1 số yếu tố nguy cơ của bệnh như điều kiện kinh tế xã hội, dân trí, khí hậu. Trên cơ sở 2 mục tiêu trên đề xuất 1 số biện pháp phòng chống nhằm hạn chế tỷ lệ mắc bệnh

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Trẻ em cộng đồng người dân tộc Ê Đê tại 3 buôn: Ko Tam, Ea Sut, Dha Prong thuộc huyện Cư Mga và Buôn Ma Thuột, tỉnh Dak Lak, Tây Nguyên.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Để tìm hiểu mối liên quan giữa bệnh và yếu tố mùa chúng tôi tiến hành nghiên cứu dọc trong 1 năm gồm 2 nghiên cứu cắt ngang (NCCN):

+ NCCN thứ 1 tiến hành vào mùa khô.

+ NCCN thứ 2 tiến hành vào mùa mưa. So sánh tỷ lệ mắc giữa 2 mùa

2.1. Mẫu nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Chọn cỡ mẫu mô tả, 3 tầng.

+ Cỡ mẫu nghiên cứu (n) được tính theo công thức sau:

$$n = Z^2 \frac{pq}{\left(1 - \frac{\alpha}{2}\right) e^2}$$

Trong đó: p: giả định tỷ lệ mắc bệnh VTGUD là 0,25

q: tỷ lệ trẻ em không mắc: 1 - p. e: độ chính xác = 0,05.

z: hệ số tin cậy (95%) = 1,96. [6] [7]. Sau khi tính theo Epi - Info: n = 288.

288.3 tầng tuổi = 864 người. Thực tế chúng tôi đã nghiên cứu 3750 người.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ trẻ em được khám bệnh theo nhóm tuổi:

N = 3750	N	Tỷ lệ%
0 – 5 tuổi	1093	29,1
6 – 10 tuổi	1344	35,8
11 – 15 tuổi	1313	35,1

Bảng 2: Tỷ lệ mắc VTG mạn tính

TS trẻ khám	Số bị VTG mạn tính	Tỷ lệ%
3750	44	1,2

Nhận xét: tỷ lệ VTGMT có tỷ lệ 1,2%.

Bảng 3: Mỗi liên quan giữa mùa khí hậu với VTGUD

N = 3750	VTGUD		p	OR (95% CI)
	Có	Không		
Mùa khô	703 (37,7%)	1164 (62,3%)	0,23	1,084 (0,95 - 1,236)
Mùa mưa	745 (39,6%)	1138 (60,4%)		

Bảng 4: Mỗi liên quan giữa giới với VTGUD

N = 3750	VTGUD		p	OR (95% CI)
	Có	Không		
Nam	723 (39,1%)	1128 (60,9%)	0,579	0,963 (0,845- 1,099)
Nữ	725 (38,2%)	1174 (61,83%)		

Bảng 5: Sự khác biệt chung giữa các nhóm tuổi

N = 3750	VTGUD		p
	Có	Không	
0 – 5 tuổi	611 (55,9%)	482 (44,1%)	0,000*
6 – 10 tuổi	532 (39,6%)	812 (60,4%)	
11 – 15 tuổi	305 (23,2%)	1008 (76,8%)	

Bảng 6: Mỗi liên quan giữa điều kiện kinh tế với VTGUD

N = 3750	VTGUD		p	OR (95% CI)
	Có	Không		
Nghèo	443 (37,8%)	728 (62,2%)	0,507	1,05 (0,91- 1,21)
Đủ ăn	1005 (39,0%)	1574 (61,0%)		

Bảng 7: Liên quan tiền sử VMX và VTGUD

N = 3750	VTGUD		p	OR (95% CI)
	Có	Không		
Có VMX	642 (44,2%)	809 (55,8%)	0,000*	1,47 (1,285- 1,681)
Không VMX	806 (35,1%)	1493 (64,9%)		

Bảng 8: Liên quan giữa viêm mũi mạn và VTGUD:

N = 3750	VTGUD		p	OR (95% CI)
	Có	Không		
Viêm mũi mạn	Có	106 (51,0%)	0,000*	1,704 (1,287- 2,255)
	Không	1342 (62,1%)		

Bảng 9. Mỗi liên quan giữa VMDU và VTGUD:

N = 3750	VTGUD		p	OR (95% CI)
	Có	Không		
VMDU	Có	207 (58,6%)	0,000*	2,463 (1,971- 3,097)
	Không	1241 (36,5%)		

Bảng 10: Mỗi liên quan giữa viêm họng cấp với bệnh VTGUD:

N = 3750	VTGUD		p	OR (95% CI)
	Có	Không		
Viêm họng cấp	Có	13 (65,0%)	0,015	2,97 (1,182- 7,462)
	Không	1439 (38,5%)		

Bảng 11: Mỗi liên quan giữa viêm tai giữa cấp với bệnh VTGUD:

N = 3750	VTGUD		p	OR (95% CI)
	Có	Không		
VTG cấp	Có	17 (77,3%)	0,000*	5,458 (2,009- 14,825)
	Không	1431 (38,4%)		

Bảng 12: Mỗi liên quan giữa VTGMT với bệnh VTGUD:

N = 3750	VTGUD		p	OR (95% CI)
	Có	Không		
VTGMT	Có	5 (11,4%)	0,001	0,201 (0,079- 0,511)
	Không	1443 (38,9%)		

BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ mắc viêm tai giữa ứ dịch.

Tỷ lệ VTGUD ở trẻ em dân tộc Ê Đê là cao nhất so với các nghiên cứu khác, điều này có một số nguyên nhân như điều kiện kinh tế còn nghèo, trình độ dân trí còn thấp so với các nơi khác. Tuy nhiên có một lý do quan trọng là do địa hình Dak Lak thuộc cao nguyên, cao hơn mặt biển 500m: có thể đây là nguyên nhân làm cho tỷ lệ VTGUD cao.

Bảng 13. So sánh tỷ lệ mắc VTGUD với nghiên cứu của các tác giả khác:

Tên tác giả	Quốc gia	Cỡ mẫu N/C	Tuổi của nhóm N/C	Tỷ lệ mắc VTGUD
Đ.H.Sơn(1997)	Việt Nam	3300 trẻ	6tháng- 10tuổi	7.1%
Saim (1997)	Malaysia	1097 trẻ	5-6 tuổi	13,8%
Marchisio(1998)	Italia	3423 trẻ	5-7 tuổi	14,2%
Lyn (1998)	Jamaica	2202 trẻ	5-7 tuổi	1,9%
Tong (2000)	Hongkon g	6000 trẻ	6-7 tuổi	5,3%
Zakzouk (2001)	Ả rập	9540 trẻ	1-12 tuổi	7,5%
Nguyễn Thị Hoài An(2001)	Hà Nội	1168 trẻ	1-14 tuổi	8,9%
Phùng Minh Lương (2009)	Dak Lak	3750 trẻ	1-15 tuổi	38,6%.

2. Mối liên quan của VTGUD với tuổi: Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở lứa tuổi 0- 5 tuổi: 55,9%, lớp tuổi 6- 10 tuổi, lớp tuổi 11- 15 tuổi bị mắc bệnh ít nhất 23,2. Sự khác biệt về tỉ lệ VTGUD giữa các lớp tuổi khác ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3. Mối liên quan của viêm tai ứ dịch với giới

Bệnh gặp nhiều ở trẻ trai hơn trẻ gái (39,1% so với 38,2%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả : Bluestone (1995), Kenna (1993), Nancy (1983), Paparella (1991), Stewart (1984). Nguyễn Thị Hoài An (2003).

4. Tần xuất mắc 1 bên, 2 bên: tỷ lệ mắc cả 2 tai rất cao: 81,5% (1181/1448). ở trẻ nhỏ thường bị mắc cả 2 tai, trái lại ở trẻ lớn: bệnh thường chỉ ở một bên. ở trẻ em ngoài chức năng vòi kém hiệu quả thì viêm và quá phát tổ chức Lympho ở vòm mũi họng là nguyên nhân quan trọng của bệnh..

5. Mối quan hệ của viêm tai giữa ứ dịch với mùa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi yếu tố mùa có ảnh hưởng tới tỷ lệ mắc bệnh: mùa mưa tỷ lệ mắc bệnh là 39,6%, mùa khô là 37,7%. Sự khác biệt giữa 2 mùa không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

6. Mối liên quan của VTGUD với tình trạng dị ứng.

Có sự khác biệt giữa có bị viêm mũi dị ứng với không bị VMDU ở bệnh VTGUD ($p < 0,001$). Nếu bị VMDU thì sẽ có nguy cơ bị VTGUD gấp 2,463 lần so với không bị VMDU (CI: 1,971- 3,097), độ tin cậy 95%.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ mắc viêm tai giữa ứ dịch.

- Tỷ lệ mắc VTGUD ở trẻ em cộng đồng dân tộc Ê Đê trong mùa mưa là 39,6%, trong mùa khô là 37,7%. Cả năm: 38,6%.

- Bệnh thường mắc ở cả 2 tai (81,5%). Tai trái bị mắc bệnh nhiều hơn tai phải (9,9 % so với 8,6%).

2. Các yếu tố nguy cơ có liên quan đến tỉ lệ mắc bệnh.

- Lớp tuổi 0-5: bị mắc bệnh nhiều nhất 55,9%, lớp tuổi 6-10 là 39,6% và lớp tuổi từ 11-15 giảm hẳn (23,2%) với $p < 0,05$.

- Trẻ trai mắc bệnh nhiều hơn trẻ gái (39,1% so với 38,2%).

- Bệnh viêm tai ứ dịch theo mùa : mùa mưa nhiều hơn mùa khô (39,6% so với 37,7%)

- Mối liên quan giữa điều kiện kinh tế với VTGUD: không có sự khác biệt giữa điều kiện kinh tế nghèo và đủ ăn (37,8% so với 39,0%) ($p > 0,05$), độ tin cậy 95%.

- Yếu tố nguy cơ liên quan với các tiền sử bệnh tật TMH:

+ Tiền sử viêm tai: Có sự khác biệt khi bệnh nhân có tiền sử viêm tai ($p < 0,001$). Bệnh nhân có tiền sử viêm tai có tỷ lệ VTUD gấp 1,493 lần so với bệnh nhân không có tiền sử viêm tai (CI: 1,269 – 1,757).

+ Tiền sử viêm mũi: Có sự khác biệt khi bệnh nhân có tiền sử viêm mũi ($p < 0,001$). Bệnh nhân có tiền sử viêm mũi có tỷ lệ VTUD gấp 1,47 lần so với bệnh nhân không có tiền sử viêm mũi (CI: 1,285- 1,681).

- Trẻ có trọng lượng nhỏ khi sinh có nguy cơ mắc bệnh cao hơn trẻ bình thường (53,3% so với 35,4%)(với OR = 2,13; $p < 0,05$.)

- Có sự khác biệt giữa có bị viêm họng cấp với không bị viêm họng cấp ở bệnh VTUD ($p < 0,05$). Nếu bị viêm họng cấp thì sẽ có nguy cơ bị VTUD gấp 2,97 lần so với không bị viêm họng cấp (CI: 1,182- 7,462), độ tin cậy 95%.

- Mối liên quan giữa viêm mũi dị ứng với VTGUD: Có sự khác biệt giữa có bị VMDU với không bị VMDU ở bệnh VTGUD ($p < 0,001$).

SUMMARY

Project Title: a study of epidemiological characteristics of otitis media with effusion in children ethnic Ede

1. Objectives

1.1. Determine incidence otitis media with effusion in children ethnic minority Ede

1.2. Analysis of relationship between otitis media with effusion with a number of risk factors of diseases such as socio-economic conditions, people's intellectual climate. Based on two targets proposed a number of preventive measures to limit the morbidity rate

2. Main content

The research was conducted at the whole Ea Sut, Ko Tam and Dha Prong commune, Dak Lak province. Time research: From January 1/2008 to 12/2009.

Research Methodology

Design studies for two objectives: To describe the relationship between otitis media with effusion disease progress with some risk factors we proceed:

+ Ask about the risk factors of the disease by the standard questions, was conducted on the entire population studied. Be good to conduct our training for village health workers, health staff of commune health stations, major village, whole deal on the work of the medical examination and treatment, about questions and translate. Children will ask their parents grandchildren, the great self-reply.

+ Visit: performed on the entire populations of children studied:

Model research

- Sample size Investigating the incidence of disease across the entire survey or a study in which disease and exposure status are evaluated simultaneously in a defined population at a time. Research done on peer who is in the village should also be considered population research includes all individuals currently in the population at the time of the study. Select size model description, 3 floors. we have studied 3750 people.

3. Results obtained

- Incidence OME in children community ethnic Ede during the rainy season was 39.6%, 37.7% in the dry season. Both years: 38.6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hoài An (2003), "Đặc điểm dịch tễ viêm tai ứ dịch ở trẻ em một số phường ở Hà Nội", *Luận văn Tiến sỹ Y Học*. ĐH Y Hà Nội

2. Ngô Ngọc Liên (2006), "Viêm tai giữa ứ dịch", *Giản yếu TMH*, NBYH, tr: 54- 56.

3. Nguyễn Tấn Phong (2005), *Điện quang chẩn đoán trong TMH*, NBYH, tr : 7- 134.