

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY VIÊM TAI GIỮA Ứ DỊCH Ở TRẺ EM DƯỚI 12 TUỔI TẠI XÃ TỐT ĐỘNG, CHƯƠNG MỸ, HÀ NỘI NĂM 2011

Quách Thị Cẩm; Vũ Văn Vương***

TÓM TẮT

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 1.297 trẻ em < 12 tuổi tại hai trường mầm non và tiểu học xã Tốt Động, Chương Mỹ, Hà Nội năm 2011. Đã xác định được tỷ lệ mắc bệnh viêm tai giữa ứ dịch (VTGƯD) là 8,1%. Nhóm trẻ bị viêm VA có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nhóm trẻ bình thường ($p < 0,001$; OR = 3,98 ở lứa tuổi mầm non và $p < 0,01$; OR = 3 ở lứa tuổi tiểu học). Trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp trên có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nhóm trẻ bình thường. Trẻ có cơ địa dị ứng có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nhóm trẻ không có cơ địa dị ứng. Trẻ có trọng lượng < 2.500 gram khi sinh có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nhóm trẻ có trọng lượng ≥ 2.500 gram. Như vậy, yếu tố nguy cơ của bệnh VTGƯD ở trẻ dưới 12 tuổi là viêm VA, nhiễm khuẩn hô hấp trên, cơ địa dị ứng, trọng lượng thấp khi sinh.

* Từ khoá: Viêm tai giữa ứ dịch; Thực trạng; Yếu tố nguy cơ.

CURRENT SITUATION AND SEVERAL RISK FACTORS FOR THE OTITIS MEDIA WITH EFFUSION IN CHILDREN UNDER 12 YEARS AT TOTDONG COMMUNE, CHUONGMY, HANOI CITY IN 2011

SUMMARY

Applying the methods of epidemiology to the study design of descriptive cross-sectional analysis over 1,297 children under 12 years old in pre-schools and primary school in Totdong commune, Chuongmy district, Hanoi in 2011. The research found out the prevalence of otitis media effusion to be 8.1%. Children with adenoiditis had higher risk for the disease than the group of normal children, with $p < 0.001$; OR = 3.98 for pre-school age and with $p < 0.01$; OR = 3 for primary school age. The children with upper respiratory tract infections had higher risk than group of normal children. Children with allergic factors had higher risk than children without allergies. Children was born with weight below 2,500 grams have higher risk than children of higher born weight. Accordingly, the main risk factors for otitis media with effusion in children under 12 years included adenoiditis upper respiratory tract infections and allergic and low born weight.

* Key words: Otitis media effusion; Status; Risk factors.

* Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

** Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế

Phản biện khoa học: PGS. TS Đoàn Huy Hậu

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa ứ dịch là bệnh lý thường gặp ở trẻ nhỏ. Bệnh có nguy cơ gây giảm thính lực dẫn đến những vấn đề trong phát triển khả năng nghe nói, sử dụng ngôn ngữ và nhận thức của trẻ em.

Dịch trong hòm nhĩ có thể bị hơi nhiều, tạo mủ gây viêm tai xương chũm và viêm màng não mủ, từ đó có thể gây các biến chứng nặng cho trẻ trong quá trình phát triển.

Do vậy, VTGUĐ là một vấn đề đã và đang được cộng đồng quan tâm, có nhiều công trình trong và ngoài nước nghiên cứu về dịch tể.

VTGUĐ có rất nhiều yếu tố liên quan, có yếu tố được cho là nguyên nhân như VA, dị ứng; có yếu tố được cho là thuận lợi như cân nặng của trẻ khi sinh, tình trạng suy dinh dưỡng, di tật bẩm sinh, khói thuốc lá, khói thuốc lòo...

Nghiên cứu trong và ngoài nước ở các vùng địa lý khác nhau, ở các thời điểm khác nhau, có những kết quả cũng khác nhau. Nghiên cứu này thực hiện với mục tiêu: *Xác định một số yếu tố nguy cơ gây VTGUĐ ở trẻ dưới 12 tuổi tại xã Tốt Động, huyện Chương Mỹ, Hà Nội năm 2011.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- Trẻ em dưới 12 tuổi, là học sinh (HS) tại hai trường mầm non và tiểu học xã Tốt Động, huyện Chương Mỹ, Hà Nội.

- Mẹ hoặc bố của HS được chọn nghiên cứu.

- Giáo viên chủ nhiệm các lớp có HS chọn nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tể học với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

** Cỡ mẫu và chọn mẫu:*

- Chọn toàn bộ số lượng HS năm học 2010 - 2011 của hai trường mầm non và tiểu học xã Tốt Động.

- Tiến hành phỏng vấn mẹ (bố), giáo viên chủ nhiệm và tổ chức khám cho 1.297 HS.

** Nội dung và các chỉ số nghiên cứu:*

- Xác định tỷ lệ VTGUĐ, tiến hành:

+ Hỏi bệnh: xác định triệu chứng nghe kém bằng cách hỏi bệnh (thực hiện trên toàn bộ số trẻ được nghiên cứu). Trẻ lớn có thể hỏi trẻ, trẻ nhỏ phải hỏi mẹ (bố) và cô giáo theo bộ câu hỏi điều tra.

+ Khám lâm sàng chuyên khoa tai mũi họng.

+ Tìm sự biến đổi của màng nhĩ bằng cách soi tai và nội soi chuyên khoa tai mũi họng.

. Nếu màng nhĩ thủng: không đo nhĩ lượng đồ.

. Nếu màng nhĩ có biến đổi: đánh giá độ di động của màng nhĩ với nội soi chuyên khoa tai mũi họng (ở trẻ lớn).

. Đo nhĩ lượng đồ khi có nghi ngờ.

- Chẩn đoán trẻ bị VTGUĐ khi:

+ Triệu chứng cơ năng: nghe kém.

+ Triệu chứng thực thể: màng tai có biến đổi như bị co kéo hoặc bị đẩy phồng; có thể có màu vàng, có thể xung huyết, có khi màu

xanh, đôi khi bọt khí hoặc mức nước mức hơi; màng tai không di động hoặc kém di động.

+ Nhĩ lượng đồ có hình dạng đồi (dạng 3) thì chẩn đoán chắc chắn.

* *Mô tả mối liên quan giữa VTGU'D với một số yếu tố:*

- Hồi mẹ (bố) và giáo viên chủ nhiệm các lớp có HS tham gia nghiên cứu về các yếu tố có liên quan của VTGU'D theo phiếu điều tra.

- Khám lâm sàng cho toàn bộ HS tham gia nghiên cứu.

+ Khám tai mũi họng phát hiện những trẻ bị viêm VA, viêm mũi họng cấp, viêm xoang, dị tật hờ hàm ếch, tình trạng viêm mũi dị ứng...

+ Đo chiều cao, cân nặng để phân loại sức khỏe của trẻ theo tiêu chuẩn của WHO.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Một số yếu tố nguy cơ là nguyên nhân gây VTGU'D.

* *Phân bố VTGU'D theo tình trạng viêm VA ở lứa tuổi mầm non:*

Bảng 1:

CHỈ SỐ	U'			p
	Có mắc	Không g mắc	Tỷ lệ mắc (%)	
Có viêm VA (n = 50)	18	32	36,0	OR = 3,98 p < 0,001
Không viêm VA (n = 47)	43	304	12,4	

Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm trẻ lứa tuổi mầm non có viêm VA cao gấp hơn ba lần nhóm

trẻ không bị viêm VA (36,0% so với 12,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,001; OR = 3,98 (1,94 - 8,13).

* *Phân bố VTGU'D theo tình trạng viêm VA ở lứa tuổi tiểu học:*

Bảng 2:

CHỈ SỐ	U'			p
	Có mắc	Không mắc	Tỷ lệ mắc (%)	
Có viêm VA (n = 107)	12	95	11,2	OR = 3,0 p < 0,01
Không viêm VA (n = 793)	32	761	4,0	

Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm trẻ lứa tuổi tiểu học có viêm VA cao gấp ba lần nhóm trẻ không bị viêm VA (11,2% so với 4,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

* *Phân bố VTGU'D theo tình trạng nhiễm khuẩn hô hấp trên của trẻ:*

Bảng 3:

CHỈ SỐ	U'			p
	Có mắc	Không mắc	Tỷ lệ mắc (%)	
Có nhiễm khuẩn hô hấp trên (n = 952)	88	864	9,2	OR = 1,97 p < 0,05
Không nhiễm khuẩn hô hấp trên (n = 345)	17	328	4,9	

nhóm trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp trên, tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nhóm trẻ không bị nhiễm khuẩn hô hấp trên (9,2% so với 4,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Nhiều tác giả [5, 6, 8, 9] khi nghiên cứu mô, tổ chức VA của nhóm trẻ có bị VTGUĐ và nhóm trẻ không bị VTGUĐ đều nhận xét: ở nhóm trẻ có VTGUĐ, trong tổ chức VA có tăng về số lượng các tế bào của phản ứng miễn dịch: lympho bào, tế bào vón, tương bào, tế bào khổng lồ... ở những trẻ này, VA dường như là một lò nhiễm trùng kề cận, các phản ứng miễn dịch tăng, nó có thể tấn công tai giữa theo đường ngược dòng.

* *Phân bố VTGUĐ theo cơ địa dị ứng của trẻ:*

Bảng 4:

CHỈ SỐ	U'			P
	Có mắc	Không mắc	Tỷ lệ mắc (%)	
Có cơ địa dị ứng (n = 805)	77	728	9,6	OR = 1,75 p < 0,05
Không có cơ địa dị ứng (n = 492)	28	464	5,7	

Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm trẻ có cơ địa dị ứng có xu thế cao hơn nhóm trẻ không có cơ địa dị ứng (9,6% so với 5,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Người ta cho rằng dị ứng là một trong các nguyên nhân của viêm tai giữa, vì bệnh tai giữa thường gặp ở BN bị dị ứng. Vai trò của dị ứng trong nguyên nhân và bệnh sinh của viêm tai giữa là do một hoặc nhiều cơ chế:

- Niêm mạc tai giữa hoạt động như một cơ quan đích của phản ứng dị ứng.

- Một cơ chế khác cũng được đề xuất là tăng tuần hoàn của các chất trung gian kháng viêm, giống như kết quả phản ứng dị ứng tại chỗ của niêm mạc mũi và niêm mạc dạ dày.

* *Phân bố VTGUĐ theo cân nặng của trẻ khi sinh:*

Bảng 5:

CÂN NẶNG KHI SINH	U'			P
	Có mắc	Không mắc	Tỷ lệ mắc (%)	
< 2.500 gram (n = 296)	35	261	11,8	OR = 1,78 p < 0,05
≥ 2.500 gram (n = 1001)	70	931	7,0	

Nguy cơ bị VTGUĐ ở nhóm trẻ có cân nặng khi sinh < 2.500 gram cao hơn 1,78 lần so nhóm trẻ có trọng lượng bình thường khi sinh (11,8% so với 7,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Trọng lượng khi sinh của trẻ phản ánh một phần tình trạng sức khỏe của trẻ. Những trẻ có trọng lượng khi sinh thấp < 2.500 gram thường có nguy cơ mắc các bệnh nhiễm khuẩn, trong đó có VTGUĐ cao hơn trẻ khi sinh có trọng lượng bình thường. Kết quả nghiên cứu của Clark và CS cho thấy tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở nhóm trẻ có trọng lượng khi sinh nhỏ. Có lẽ Tốt Động là xã có điều kiện kinh tế, xã hội khó khăn nhất của huyện Chương Mỹ, nên tỷ lệ trẻ sơ sinh có trọng lượng < 2.500 gram khá cao, nên độ tin cậy của nghiên cứu này rất cao.

2. Một số yếu tố thuận lợi có ảnh hưởng tới tỷ lệ mắc VTGUĐ.

* Phân bố VTGUĐ theo chế độ dinh dưỡng của trẻ:

Bảng 6:

CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG	VTGUĐ			p
	Có mắc	Không mắc	Tỷ lệ mắc (%)	
Nuôi bộ hoàn toàn (n = 11)	1	10	9,09	p > 0,05
Nuôi con bằng sữa mẹ (n = 1.286)	104	1.182	8,08	

Sữa mẹ là nguồn thức ăn quý giá và rất quan trọng cho quá trình phát triển của trẻ. Theo khuyến cáo của WHO và UNICEF: trẻ càng được bú sớm càng tốt. Vì sữa mẹ tiết ra theo phản xạ, bú sớm có tác dụng kích thích bài tiết sữa non. Trẻ bú sớm sẽ phòng bệnh được tốt và ngược lại ở những trẻ không được bú đầy đủ dễ bị mắc các bệnh nhiễm khuẩn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở trẻ nuôi bộ hoàn toàn, nguy cơ mắc VTGUĐ cao hơn so với những trẻ được bú sữa mẹ đầy đủ (8,3% so với 8,1%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05), do số lượng trẻ phải nuôi bộ hoàn toàn ít hơn rất nhiều số trẻ được bú sữa mẹ. Chỉ có 10/1.297 trẻ tham gia nghiên cứu phải nuôi bộ hoàn toàn, phản ánh đúng thực tế xã Tốt Động là xã nông nghiệp và là vùng xa nội thành, nên còn giữ gìn tốt phong tục tập quán nuôi con bằng

sữa mẹ và do điều kiện kinh tế khó khăn nên hạn chế việc mua sữa bột nuôi con. Ngoài ra, người phụ nữ sinh con ở vùng nông thôn cũng không bị áp lực công việc, áp lực cuộc sống như những phụ nữ thành thị, việc mất sữa của bà mẹ sau sinh có tỷ lệ thấp hơn rất nhiều.

* Phân bố VTGUĐ theo tình trạng sức khỏe của trẻ:

Bảng 7: Phân bố VTGUĐ theo tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ tuổi mầm non, mẫu giáo.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG	VTGUĐ			p
	Có mắc	Không mắc	Tỷ lệ mắc (%)	
Suy dinh dưỡng (n = 37)	7	30	18,9	OR = 1,32 p > 0,05
Không suy dinh dưỡng (n = 360)	54	306	15,0	

Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm trẻ có suy dinh dưỡng cao hơn nhóm trẻ không có suy dinh dưỡng (18,9% so với 15,0%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). VTGUĐ có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng sức khỏe của trẻ. Những trẻ ở lứa tuổi nhà trẻ và mẫu giáo (từ 1 - 5 tuổi) bị suy dinh dưỡng có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn hẳn nhóm trẻ có sức khỏe tốt. Số lượng trẻ suy dinh dưỡng thấp so với số trẻ có sức khỏe tốt và với thể lực tốt, trẻ sẽ chống chịu tốt hơn với các tác nhân gây bệnh.

* Phân bố VTGU'D theo ảnh hưởng của khói thuốc lá:

Bảng 8:

KHÓI THUỐC LÁ	U'			p
	Có mắc	Không mắc	Tỷ lệ mắc (%)	
Gia đình có người hút thuốc (n = 685)	55	630	8,0	OR = 0,98 p > 0,05
Không có người hút thuốc (n = 612)	50	562	8,2	

Khói thuốc và ô nhiễm môi trường khói bụi, khí thải là một trong các yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn hô hấp trên và VTGU'D, nó là nguyên nhân của những thay đổi cấu trúc và sinh lý niêm mạc đường hô hấp cũng như niêm mạc tai giữa. Khói thuốc có thể gây tăng sản tế bào hình chén và làm tăng tiết dịch nhày trên đường hô hấp, làm tê liệt hoặc làm giảm hoạt động dịch nhày lông chuyển. Khói thuốc có thể làm giảm chức năng của phòng tuyến miễn dịch ở đường thở. Nhiều nghiên cứu khác nhau đưa ra kết luận: khói thuốc làm tăng nguy cơ bị VTGU'D và viêm tai giữa cấp tái phát ở trẻ em. Với các kết quả trên, cần phải bỏ thuốc lá nhằm bảo vệ sức khỏe cho chính người hút thuốc lá, cộng đồng và các thành viên trong gia đình họ.

Tuy nhiên, ở nghiên cứu của chúng tôi, khói thuốc lá không ảnh hưởng tới tỷ lệ mắc VTGU'D, ở nhóm trẻ mà trong gia đình có người hút thuốc lá có nguy cơ mắc bệnh

VTGU'D (8,0%) lại thấp hơn so với những trẻ sống trong nhà không có người hút thuốc lá (8,2%). Sự khác biệt giữa hai tỷ lệ là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả này không giống với nghiên cứu của nhiều tác giả khác [3, 4, 7], có thể do Tốt Động là xã nông nghiệp, mật độ dân cư thưa hơn, điều kiện sống và sinh hoạt rộng rãi hơn, thông thoáng hơn, môi trường ít ô nhiễm hơn. Trong nhiều năm nay, Việt Nam đã triển khai mạnh mẽ công tác phòng chống tác hại thuốc lá nên đã có những hiệu quả tích cực, ý thức người dân trong việc hút thuốc lá đã tốt hơn, đó là bỏ hút thuốc hoặc hút thuốc tại địa điểm bên ngoài nhà ở, cách xa trẻ, nên trẻ em không phải “hút thuốc lá thụ động”.

KẾT LUẬN

* Một số yếu tố nguy cơ gây VTGU'D ở trẻ em dưới 12 tuổi:

- Trẻ bị viêm VA có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nhóm trẻ bình thường.
- Trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp trên có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nhóm trẻ bình thường.
- Trẻ có cơ địa dị ứng có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nhóm trẻ không có cơ địa dị ứng.
- Trẻ có trọng lượng nhỏ (< 2.500 gram) khi sinh có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nhóm trẻ bình thường.

* Một số yếu tố sau đây chúng tôi chưa phát hiện (có ý nghĩa thống kê) có liên quan đến VTGUĐ ở trẻ em dưới 12 tuổi:

- Trẻ nuôi bộ hoàn toàn.
- Trẻ bị suy dinh dưỡng.
- Trẻ có dị tật bẩm sinh vùng tai mũi họng.
- Tình trạng hút thuốc lá trong gia đình trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hoài An. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học VTGUĐ ở trẻ em phường Trung Tự và một vài phường khác thuộc Hà Nội năm 2003. Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2003, tr.54, 60-61.

2. Đặng Hoàng Sơn. Xuất độ của viêm tai giữa tiết dịch ở trẻ em huyện Củ Chi. Số đặc biệt Hội nghị Khoa học khoa Y lần thứ XII- Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 1997, tr.22- 25.

3. Bluestone CD, Klein JO. Otitis media, atelectasis and eustachian tube dysfunction. *Pediatr Otolaryngology* . 1995, Vol 1, pp.388-563.

4. Marchisio P, Prinipi N, et al. Epidemiology and treatment of otitis media with effusion in children in the first year primary school. *Acta Otolaryngol Stockh*. 1998, Jul, pp.62-557.

5. Narcy P, Bobin S, Manach Y. Otitis séro-muqueuses. EMC. 1983, pp.452-462.

6. Sadé J. Pathology and pathogenesis of serous otitis media. *Arch Otolaryngol*. 1966, pp.4-297.

7. Saim A, Saim L, Saim S, Ryszumah BH, Sani A. Prevalence of otitis media with effusion among pre-school children in Malaysia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1997, Jul, pp.8-21.

8. Tong MC, Yue V, Ku PK, Lo PS, Van-Hasselt CA. Screening of otitis media with effusion to measure its prevalence in Chinese children in Hong Kong. *Ear Nose Throat J*. 2000, Aug, pp.30-626.

9. Zakzouk SM, Abduljawad KA. Point prevalence of type B tympanogram in children. *Saudi Med J*. 2002, Jun, pp.10-708.

