

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

PHÙNG MINH LƯƠNG

**NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH VÀ YẾU TỐ
ẢNH HƯỞNG ĐẾN BỆNH TAI MŨI HỌNG
THÔNG THƯỜNG CỦA DÂN TỘC Ê ĐÊ
TÂY NGUYÊN, ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA
MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP PHÙ
HỢP Ở TUYẾN THÔN BẢN**

Chuyên ngành: **MŨI HỌNG**

Mã số: 62.72.53.05

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2011

Công trình được hoàn thành tại **TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

Người hướng dẫn khoa học:
PGS.TS Nguyễn Tấn Phong
GS.TS Đặng Tuấn Đạt

Phản biện 1: GS TS Trương Việt Dũng

Phản biện 2: TS Trần Tố Dung

Phản biện 3: PGSTS Nguyễn Tư Thế

Luận án sẽ được bảo vệ trước hội đồng chấm luận án cấp nhà nước họp tại: trường đại học Y Hà Nội vào lúc 14h ngày 7 tháng 1 năm.2011

Có thể tìm hiểu luận án tại thư viện:

- Thư viện quốc gia
- Thư viện trường đại học Y Hà Nội
- Thư viện thông tin y học trung ương

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

VÀ BÀI BÁO CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Phùng Minh Lương (2008), “Nghiên cứu tỷ lệ viêm mũi họng ở cộng đồng dân tộc Ê Đê- Tây Nguyên”, *Tạp chí Y Học thực hành*, số 10, tr: 64-66.
2. Phùng Minh Lương (2008), “Nghiên cứu tình hình VTG trong mùa khô ở cộng đồng dân tộc Ê Đê Tây Nguyên”, *Tạp chí Y Học thực hành*, số 10, tr: 42 – 47.
3. Phùng Minh Lương, Nguyễn Tấn Phong, Đặng Tuấn Đạt (2009), “Nghiên cứu tỷ lệ bệnh lý TMH vào mùa khô của dân tộc Ê Đê Tây Nguyên”, *Tạp chí Y Học thực hành*, số 2, tr: 87-89.
4. Phùng Minh Lương (2009), “Tìm hiểu cơ cấu bệnh lý TMH tại bệnh viện tuyến tỉnh Tây Nguyên”, *Tạp chí Y Học thực hành*, số 1, tr: 33 – 35.
5. Phùng Minh Lương, Nguyễn Tấn Phong, Đặng Tuấn Đạt (2009), “Nghiên cứu tỷ lệ viêm mũi xoang ở cộng đồng dân tộc Ê Đê- Tây Nguyên”, *Tạp chí Y Học thực hành*, số 9, tr: 47 – 48.
6. Phùng Minh Lương, Nguyễn Tấn Phong, Đặng Tuấn Đạt (2009), “Nghiên cứu tỷ lệ viêm họng ở cộng đồng dân tộc Ê Đê- Tây Nguyên”, *Tạp chí Y Học thực hành*, số 9, tr: 29 - 31.
7. Phùng Minh Lương (2009), “Nghiên cứu tỷ lệ viêm tai ứ dịch ở trẻ em dân tộc Ê Đê- Tây Nguyên”, *Tạp chí Y Học thực hành*, số 10, tr: 39 – 42.

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

Bố cục của luận án

Luận án “nghiên cứu mô hình và yếu tố ảnh hưởng đến bệnh Tai Mũi Họng thông thường của dân tộc Ê Đê Tây Nguyên, đánh giá kết quả một số biện pháp can thiệp phù hợp ở tuyến thôn bản ” có 152 trang, 4 chương, gồm: Đặt vấn đề 3 trang; Tổng quan 43 trang; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 25 trang; Kết quả nghiên cứu 36 trang; Bàn luận 43 trang; Kết luận 2 trang, có 73 bảng, 35 hình và 14 biểu đồ. Ngoài ra có 166 tài liệu tham khảo, 65 tài liệu tiếng Việt; 101 tài liệu tiếng Anh. 3 phụ lục có mẫu phiếu khám bệnh Tai Mũi Họng, mẫu phiếu điều tra kiến thức- thái độ- thực hành của người dân Ê Đê; mẫu phiếu điều tra thực trạng hút thuốc lá, bếp nấu ăn bằng củi trong nhà ở và nuôi gia súc gia cầm dưới nhà ở và trong sân. Trong tóm tắt luận án, tôi chỉ trình bày một số nội dung chính.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai Mũi Họng là bệnh phổ biến ở nước ta do các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng của khí hậu nhiệt đới nóng và ẩm, do ô nhiễm môi trường không khí và ảnh hưởng của biến đổi khí hậu đang gia tăng. Phong tục tập quán của đồng dân tộc như chăn thả gia súc gia cầm xung quanh nhà ở, nhận thức về bệnh Tai Mũi Họng trong cộng đồng thấp đã làm cho bệnh Tai Mũi Họng trong cộng đồng tăng lên.

Từ trước tới nay đã có nhiều công trình nghiên cứu mô hình bệnh Tai Mũi Họng: ở Đức viêm xoang mạn tính rất cao, khoảng 5% cộng đồng dân cư. Tần xuất viêm mũi xoang mạn ở châu Âu ước tính 5% và số lần khám bệnh do viêm xoang cấp tính gấp 2 lần viêm xoang mạn tính. Những nghiên cứu ở Hoa Kỳ trong thập niên gần nhất, viêm mũi xoang tăng lên. Năm 1997 ở Hoa Kỳ viêm xoang trong cộng đồng dân cư là 15%, Tại Việt

Nam có nhiều công trình như Phạm Thế Hiển (2004) nghiên cứu bệnh Tai Mũi Họng tại Cà Mau 34,4 %. Tại vùng dân tộc miền núi 7 tỉnh phía Bắc có Trần Duy Ninh (2001) nghiên cứu với bệnh Tai Mũi Họng rất cao 63,61%...ở dân tộc Sán Dìu 73,81%; Mông 49,49%.

Riêng lĩnh vực bệnh Tai Mũi Họng trong dân tộc Ê Đê chưa có công trình nghiên cứu nào.

Các yếu tố ảnh hưởng tới mô hình bệnh Tai Mũi Họng bao gồm các yếu tố nghèo nàn, lạc hậu, chậm phát triển, vệ sinh môi trường kém, nước thải, rác thải không được thu gom xử lý. Ô nhiễm không khí trong nhà, lao động nặng nhọc trong điều kiện tồi tàn, lạc hậu, ô nhiễm. Những thay đổi về vi khí hậu nơi ở, nơi làm việc có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và năng suất lao động, gây các bệnh theo mùa, thời tiết.

Hiện nay công tác phòng bệnh Tai Mũi Họng ở cộng đồng chưa được quan tâm và chưa có công trình nghiên cứu tìm các biện pháp can thiệp hiệu quả các bệnh Tai Mũi Họng ở tuyến thôn bản để giảm tỷ lệ các bệnh Tai Mũi Họng thông thường. Việc tìm các yếu tố ảnh hưởng tới bệnh Tai Mũi Họng và áp dụng các biện pháp can thiệp để giảm tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng ở cộng đồng là việc làm rất cần thiết.

Ở Tây Nguyên và nhiều vùng nông thôn của Việt Nam việc áp dụng các tiến bộ còn hạn chế do thiếu nhân lực và tiềm lực y tế để chăm sóc sức khỏe ban đầu cho cộng đồng trong lĩnh vực Tai Mũi Họng.

Việc áp dụng đồng thời máy nội soi Tai Mũi Họng và máy đo nhĩ lượng để nghiên cứu về mô hình bệnh Tai Mũi Họng ở cộng đồng của nước ta, nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng tới bệnh Tai Mũi Họng cũng như tìm ra các biện pháp can thiệp phù hợp ở tuyến thôn bản đối với các bệnh Tai Mũi Họng hiện chưa có công trình nào tiến hành.

Bởi vậy nghiên cứu này của tôi nhằm các mục tiêu sau đây:

1/ Mô tả mô hình bệnh Tai Mũi Họng của dân tộc Ê Đê – Tây Nguyên.

2/ Mô tả một số yếu tố liên quan tới bệnh Tai Mũi Họng.

3/ Đánh giá kết quả một số biện pháp can thiệp phù hợp ở tuyến thôn bản.

Trên cơ sở 3 mục tiêu trên, đề xuất một số biện pháp phòng bệnh Tai Mũi Họng.

Những chương tiếp theo của luận án: tổng quan, đối tượng và phương pháp nghiên cứu, kết quả, bàn luận và kết luận.

Chương 1: TỔNG QUAN

1.1. Lịch sử nghiên cứu

1.1.1. Nghiên cứu các bệnh Tai Mũi Họng tại cộng đồng trên thế giới

1.1.2. Nghiên cứu các bệnh Tai Mũi Họng tại cộng đồng ở Việt Nam

1.2. Một số điểm về giải phẫu và sinh lý Tai Mũi Họng

Các cơ quan Tai Mũi Họng thông với nhau như các xoang thông với mũi, mũi họng thông với tai, xương chũm qua vòi nhĩ. Lớp niêm mạc này được chi phối bởi hệ thống mạch máu và thần kinh rất phong phú. Do đặc điểm như vậy nên bệnh lý Tai Mũi Họng chủ yếu là bệnh lý của niêm mạc, bệnh lý niêm mạc là dễ bị tái phát nhất là ở cơ địa dị ứng, trẻ em... Những đặc điểm giải phẫu ứng dụng, sinh - bệnh lý hệ thống lông chuyển - niêm dịch hòm nhĩ –vòi và nhất là sự giống nhau về nguyên lý điều trị giữa viêm tai giữa ứ dịch và viêm xoang đưa ta đến nhận xét là hòm nhĩ hai bên cũng giống như hệ thống xoang phụ của mũi: hệ thống xoang cạnh vòm. Hai hệ thống xoang này có cùng một nơi đổ là vòm mũi họng vì vậy có thể coi vòm họng là vùng đại phức hợp lỗ ngách và nguyên nhân, sinh bệnh học của hai hệ thống xoang này giống như nhau, sự khác biệt chỉ ở mức độ, số lượng xoang bị bệnh và biểu hiện ở mỗi hệ thống xoang riêng biệt.

1.3. Các phương pháp thăm khám Tai Mũi Họng

1.3.1. Các phương pháp thăm khám thông thường Tai Mũi Họng.

1.3.2. Khám nội soi Tai Mũi Họng.

1.3.3. Chẩn đoán hình ảnh Tai Mũi Họng

1.4. Nguyên lý chung về điều trị các bệnh Tai Mũi Họng thông thường

1.4.1. Viêm tai xương chũm

1.4.2. Viêm mũi xoang và viêm họng

1.5. Các yếu tố ảnh hưởng tới bệnh Tai Mũi Họng

Các yếu tố môi trường ảnh hưởng tới bệnh Tai Mũi Họng

Gồm các yếu tố môi trường tự nhiên và các yếu tố môi trường xã hội.

1.6. Một số biện pháp can thiệp giảm tỷ lệ bệnh Tai Mũi Họng ở cộng đồng

1.6.1. Biện pháp can thiệp cộng đồng

Việc đưa ra các biện pháp phòng phơi nhiễm với các tác nhân độc hại trong công nghiệp như hạn chế tối đa việc tiếp xúc với khói, bụi như cải tạo hệ thống thông gió, mang khẩu trang thường xuyên trong khi làm việc cũng hạn chế được khá nhiều, làm giảm nhẹ tỷ lệ mắc và tần số mắc các bệnh đường hô hấp nói chung và hạn chế bệnh Tai Mũi Họng nói riêng.

1.6.2. Biện pháp can thiệp cá thể

Thời tiết mùa hè nóng, bụi, môi trường ô nhiễm là nguy cơ gây ra các bệnh về TMH nếu không biết cách bảo vệ. Sử dụng khăn che mặt có thể hạn chế được tác hại của môi trường đến cơ thể nhưng chỉ được một phần, phần lớn là sử dụng các biện pháp khác trong đó rửa mũi được coi là hình thức đơn giản, hiệu quả.

1.7. Dân tộc Ê Đê

Dân tộc Ê Đê khoảng 330.348 người, có nguồn gốc từ chủng tộc Indonesien từ các hải đảo Thái Bình Dương đã có mặt lâu đời ở Đông Dương; truyền thống dân tộc vẫn mang đậm nét mẫu hệ thể hiện dấu vết hải đảo của nhóm tộc người nói tiếng MaLay. Người Ê Đê làm rẫy là chính. Ngoài trồng trọt còn chăn nuôi, săn bắn, hái lượm, đánh cá, đan lát, dệt vải. Trong gia đình người Ê Đê, chủ nhà là phụ nữ, theo chế độ mẫu hệ, con cái mang họ mẹ.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu

Tôi chọn 3 điểm nghiên cứu tại buôn Ea Sut xã Ea Pok , buôn Ko Tam xã Ea Tu, buôn Dha Prong xã Cư Ebur, Đắk Lắk, Tây Nguyên.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 7/2007 tới tháng 3/2010.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- + Người dân tộc Ê Đê tại 3 buôn: Ko Tam, Ea Sut, Dha Prong.
- + Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới mức độ mắc bệnh Tai Mũi Họng.
- + Các nhân viên y tế thôn buôn trên địa bàn tỉnh Đắk Lắk.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

2.4.1.1. Thiết kế nghiên cứu cho mục tiêu 1

Nghiên cứu ngang mô tả: mô tả tỷ lệ các bệnh Tai Mũi Họng. Tiến hành 2 đợt nghiên cứu cắt ngang mô tả vào mùa khô và mùa mưa.

2.4.1.2. Thiết kế nghiên cứu cho mục tiêu 2

Để đánh giá mối liên quan giữa bệnh Tai Mũi Họng với một số yếu tố liên quan và liên quan giữa các bệnh của Tai Mũi Họng. Tiến hành 2 nghiên cứu cắt ngang theo mùa là mùa khô và mùa mưa.

+ Đo độ ẩm, tốc độ gió và nhiệt độ trong tất cả những ngày khám.

2.4.1.3. Thiết kế nghiên cứu cho mục tiêu 3

- Nghiên cứu biện pháp can thiệp trên các nhân viên y tế thôn bản

+ Điều tra về kiến thức- thái độ- thực hành các bệnh Tai Mũi Họng trước khi tập huấn.

+ Tập huấn về chăm sóc sức khỏe ban đầu các bệnh Tai Mũi Họng.

+ Hiệu quả nhận thức qua việc đánh giá bộ kiến thức- thái độ- thực hành trước và sau can thiệp.

- Nghiên cứu biện pháp can thiệp trên người dân tại cộng đồng

Truyền thông giáo dục sức khỏe đánh giá hiệu quả của biện pháp can thiệp cho các đối tượng nghiên cứu. Phỏng vấn 730 đối tượng nghiên cứu có tuổi từ 13 trở lên trước và sau truyền thông giáo dục sức khỏe .

2.4.2. Giả thiết nghiên cứu

“ Nếu một cộng đồng dân cư sống trong vùng dịch tễ mà phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ mắc bệnh Tai Mũi Họng thì tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng sẽ cao và cường độ mắc bệnh Tai Mũi Họng sẽ cao ở cộng đồng đó”.

“ Nếu tiến hành can thiệp bằng các biện pháp phù hợp ở tuyến thôn buôn cho những cộng đồng dân cư có nguy cơ mắc bệnh Tai Mũi Họng cao thì tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng ở người dân trong cộng đồng đó sẽ giảm thấp”.

2.4.3. Mẫu nghiên cứu

2.4.3.1. Mô tả mô hình bệnh Tai Mũi Họng

+ Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ p trong quần thể nghiên cứu.

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

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{pq}{\varepsilon^2}$$

Vì là mẫu chùm nên Deff (design effect) = 2; Như vậy tổng số mẫu cả 1 đợt nghiên cứu ngang mô tả là $1600 \times 2 = 3200$. Để tránh sai số hệ thống và sự bỏ cuộc của các cá thể tôi gia tăng $5\% = 3360$, thực tế đã khám được đã khám $3380 \times 2 = 6760$ người.

+ Chọn mẫu: nghiên cứu ngang mô tả

- Chọn đối tượng nghiên cứu: chọn cá thể sống tại 3 điểm nghiên cứu, từ 1 - 100 tuổi. Cách chọn đối tượng nghiên cứu: sau khi định hình được cách chọn điểm nghiên cứu, chọn 3 điểm cụ thể theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

2.4.3.2. Mô tả sự khác biệt tỷ lệ mắc giữa 2 mùa tới bệnh Tai Mũi Họng

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

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{P_1Q_1 + P_2Q_2}{e^2}$$

P_1 tỷ lệ các cá thể mắc bệnh mùa khô. Q_1 tỷ lệ các cá thể không mắc bệnh mùa khô. P_2 tỷ lệ các cá thể mắc bệnh mùa mưa. Q_2 tỷ lệ các cá thể không mắc bệnh mùa mưa.

(Giá trị p_1 và p_2 lấy từ một NC thử tại buôn Ea Bông của tôi).

Tổng số mẫu cả 1 đợt nghiên cứu ngang mô tả đã khám 1425 người. Số mẫu này được khám đủ cả 2 lần mùa khô và mùa mưa.

+ Chọn mẫu mô tả sự khác biệt tỷ lệ mắc giữa 2 mùa tới bệnh Tai Mũi Họng: tiếp giai đoạn 4 của chọn mẫu mô tả mô hình bệnh Tai Mũi Họng nêu trên:

Giai đoạn 5: từ danh sách của từng buôn được khám, tiến hành chọn người vào danh sách nghiên cứu theo phương pháp ngẫu nhiên đơn là bất thăm chọn số lẻ. Những cá thể có tên trong danh sách này được khám lại lần thứ 2 trong nghiên cứu lần sau.

2.4.3.3. Chọn cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp cộng đồng

- Mẫu nghiên cứu can thiệp điều tra kiến thức- thái độ- thực hành của nhân viên y tế thôn bản:

+ Cỡ mẫu: chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn và chọn 760 cá thể nhân viên y tế thôn bản thuộc tỉnh Đắk Lắk.

+ Chọn đối tượng: chọn các cá thể là nhân viên y tế thôn bản đang trực tiếp công tác tại các thôn buôn ở của tỉnh Đắk Lắk.

- Mẫu can thiệp nhân viên y tế thôn bản trước và sau tập huấn chăm sóc sức khỏe ban đầu các bệnh Tai Mũi Họng: tiến hành phỏng vấn kiến thức- thái độ- thực hành của bệnh trước và sau khi tập huấn để đánh giá hiệu quả của biện pháp can thiệp.

- Chọn cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe tại cộng đồng

+ Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ p trong quần thể nghiên cứu.

+ Cách thức chọn mẫu: lập danh sách khung mẫu từ mẫu mô tả mô hình bệnh Tai Mũi Họng, danh sách khung mẫu từ 13 tuổi trở lên là chọn mẫu chủ đích, chọn theo mẫu ngẫu nhiên đơn là bốc thăm chọn ra 730 cá thể.

+ Truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân về bệnh Tai Mũi Họng và cách phòng chống bệnh ở cộng đồng, phỏng vấn KAP bệnh trước và sau khi truyền thông giáo dục sức khỏe để đánh giá hiệu quả.

+ Đánh giá hiệu quả biện pháp can thiệp bằng so sánh tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng trong 730 đối tượng nghiên cứu của 2 lần nghiên cứu đợt 1 và đợt 2.

2.4.4. Kỹ thuật thu thập thông tin

2.4.4.1. Lập phiếu khám bệnh Tai Mũi Họng

2.4.4.2. Phiếu điều tra

2.4.4.3. Phương tiện thăm khám

+ Máy nội soi Tai Mũi Họng có 3 ống nội soi cứng 0⁰, 30⁰, 70⁰.

+ Đèn Clar.

+ Máy đo nhĩ lượng TM 262 của Welch Allyn (Hoa Kỳ).

+ Chụp XQ kinh điển: Blondeau, Hirtz, Schuller.

2.4.4.5. Quy trình thăm khám

Khám bằng máy nội soi và đo nhĩ lượng cho toàn bộ quần thể nghiên cứu để phát hiện bệnh, những trường hợp còn nghi ngờ thì cho chụp X Quang các tư thế kinh điển Tai Mũi Họng.

2.4.5. Các tiêu chuẩn chẩn đoán

2.4.6. Các biện pháp can thiệp phù hợp ở tuyến thôn bản

2.4.6.1. Biện pháp can thiệp tại cộng đồng đối với nhân viên y tế thôn bản

2.4.6.2. Biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe tại tuyến thôn bản

2.4.7. Phân tích xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm Epi-info 6.04.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô hình bệnh Tai Mũi Họng

Tỷ lệ giới: nam 43,1%, nữ 56,9%. Tỷ lệ các nhóm tuổi
Nhà trẻ mẫu giáo (1-6) 18,70%; Tiểu học (7 – 11) 18,90%;
Trung học cơ sở (12-15) 13,19%; Trung học phổ thông (16- 19) 7,45%
Tuổi trưởng thành (20-59) 36,18%; Cao tuổi (60 – 90) 5,56%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng

Tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng	n	%
Có	3981	58,9
Không	2779	41,1

3.1.3. Mô hình các bệnh Tai Mũi Họng tại cộng đồng dân tộc Ê Đê

Tỷ lệ nhóm bệnh Tai 31,92%; Mũi Xoang 25,11%; Họng 20,02%.

3.1.3.2. Tỷ lệ bệnh viêm tai giữa:

Viêm tai giữa cấp tính 0,4%;

Viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ 2,2%;

Viêm tai giữa mạn tính xâm lấn biểu bì 0,22%;

Viêm tai giữa ứ dịch 29,1%.

3.1.3.3. Tỷ lệ viêm mũi xoang:

Viêm mũi cấp tính 2,4%.

Viêm mũi mạn tính 4,83%; viêm mũi dị ứng 12,9%.

Viêm xoang cấp tính 0,2%.

Viêm xoang mạn tính 4,77%.

3.1.3.4. Tỷ lệ các bệnh Viêm họng – viêm VA – viêm Amidan:

Viêm họng cấp tính 0,7%.

Viêm họng mạn tính 3%.

Viêm amidan cấp tính 0,1%.

Viêm amidan mạn tính 16,1%.

Viêm VA: Nhà trẻ mẫu giáo 2,45%, Tiểu học 0,15%.

3.2. Một số yếu tố liên quan với các bệnh Tai Mũi Họng tại cộng đồng

Bảng 3.11. So sánh hộ nghèo và hộ đủ ăn với bệnh Tai Mũi Họng

Hộ	Có bệnh		p	OR_CI 95%
	n	%		
Nghèo	1170	62,80	0,000*	1,26 (1,13- 1,41)
Đủ ăn	2805	57,27		

Nhận xét: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, $\chi^2 = 16,99$; bậc tự do = 1), OR_CI 95% = 1,26 (1,13- 1,41).

3.2.1.2. Yếu tố mắc bệnh Tai Mũi Họng theo ảnh hưởng khói thuốc lá

Bảng 3.12. Yếu tố mắc Tai Mũi Họng theo ảnh hưởng khói thuốc lá

Có người hút thuốc trong gia đình	Mắc bệnh Tai Mũi Họng		p	OR_CI 95%
	n	%		
Có ($N_1 = 777$)	550	70,78	0,000*	1,2 (0,95- 1,52)
Không có ($N_2 = 648$)	433	66,82		

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), độ tin cậy 95%.

3.2.1.3. Yếu tố mùa với bệnh Tai Mũi Họng

Bảng 3.13. Yếu tố mùa với bệnh Tai Mũi Họng

Mùa	Có bệnh		p	OR_CI 95%
	n	%		
Mùa khô	912	64,0	0,000*	1,44 (1,24-1,68)
Mùa mưa	786	55,2		

Nhận xét: có sự khác biệt giữa 2 mùa ở bệnh Tai Mũi Họng ($p < 0,001$).

Bảng 3.14. So sánh sự khác biệt giữa nam và nữ ở bệnh Tai Mũi Họng

Giới	Có		p	OR_CI 95%
	n	%		
Nam	737	61,93	0,03	1,18(1,01-1,38)
Nữ	961	57,89		

Bảng 3.15. So sánh sự khác biệt giữa các nhóm tuổi ở bệnh Tai Mũi Họng

Nhóm tuổi	Có		Không		p
	n	%	n	%	
Nhà trẻ mẫu giáo	376	73,43	136	26,57	0,000*
Tiểu học	407	62,80	241	37,20	
Trung học cơ sở	204	52,57	184	47,43	
Trung học phổ thông	84	50,60	82	49,40	
Tuổi trưởng thành	539	55,79	427	44,21	
Cao tuổi	86	50,58	85	49,42	
N= 2850	1696	59,50	1155	40,50	

Nhận xét: có sự khác biệt ($p < 0,05$),

Bảng 3.16. Yếu tố liên quan từ bếp nấu bằng củi trong nhà ở

Có bếp củi trong nhà	Mắc bệnh Tai Mũi Họng		p	OR_CI 95%
	n	%		
Có ($N_1 = 985$)	708	71,87	0,000*	1,56(1,22-2,00)
Không ($N_2 = 440$)	273	62,05		

Bảng 3.17. Yếu tố chặn thả gia súc gia cầm dưới sàn nhà ở và trong sân

Chặn thả gia súc gia cầm dưới sàn nhà và trong sân	Mắc bệnh Tai Mũi Họng		p	OR_CI 95%
	n	%		
Có ($N_1 = 766$)	546	71,27	0,03	1,27 (1,01-1,60)
Không ($N_2 = 659$)	436	66,16		

Nhận xét: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,03$, $\chi^2 = 4,33$).

Bảng 3.18. Yếu tố liên quan ô nhiễm môi trường sống

Ô nhiễm môi trường	Mắc bệnh		Tổng số khám	OR_CI 95%
	n	%		
Dha Prong	1628	64,37	2529	1,42 (1,11-1,67)
Ea Sut, Ko Tam	2346	55,45	4231	

3.2.3. Các yếu tố liên quan với từng bệnh viêm mũi, viêm xoang

Bảng 3.36. So sánh bệnh VMDU theo mùa

Theo mùa	Có		p	OR_CI 95%
	n	%		
Mùa Khô	213	14,9	0,000*	1,61 (1,28-2,02)
Mùa Mưa	140	9,8		

Nhận xét: khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.51. So sánh bệnh viêm amidan mạn tính theo mùa

Theo mùa	Có		p	OR_CI 95%
	n	%		
Mùa Khô	313	22,0	0,000*	2,30 (1,87-2,41)
Mùa Mưa	155	10,9		

3.3. Hiệu quả của một số biện pháp can thiệp phù hợp ở tuyến thôn bản

Bảng 3.56. So sánh hiệu quả điều trị bệnh viêm tai giữa ứ dịch

	Viêm tai giữa ứ dịch		p	OR_CI 95%
	Lành bệnh	Không lành bệnh		
Có điều trị (n = 192)	115	77	0,001	5,02(3,15-8,03)
	59,89%	40,11%		
Không điều trị (n = 192)	44	148		
	22,91%	77,08%		

Nhận xét: có sự khác biệt giữa điều trị và không điều trị.

Bảng 3.58. Đánh giá chăm sóc sức khỏe ban đầu các bệnh TMH của 2 nhóm nhân viên y tế thôn bản

Đã tham dự lớp đào tạo nhân viên y tế thôn bản	Có biết	Không biết	p	OR_ CI 95%
Nhóm đã tham dự	250	300	0,007	1,56 (1,11-2,21)
	45,5%	54,5%		
Nhóm chưa tham dự	73	137		
	34,8%	65,2%		

Nhận xét: có sự khác biệt ($p < 0,05$).

Bảng 3.60. so sánh trước và sau tập huấn về xử trí với viêm mũi xoang

Hướng xử trí của viêm mũi xoang	Biết		p	OR_ CI 95%
	n	%		
Sau tập huấn	14	93,3	0,001	91 (5,73-612,09)
Trước tập huấn	2	13,3		

Nhận xét: có sự khác biệt giữa trước và sau tập huấn ($p < 0,05$), OR=91.

Bảng 3.67. Hiệu quả điều trị của truyền thông giáo dục sức khỏe với tỷ lệ bệnh Tai Mũi Họng

Truyền thông giáo dục sức khỏe	Mức bệnh		p	OR_ CI 95%
	n	%		
Sau	320	43,84	0,001	2,46(1,98-3,06)
Trước	480	65,76		

Nhận xét: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $\chi^2 = 70,79$, bậc tự do = 1.

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Mô hình bệnh Tai Mũi Họng

Kết quả từ bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng của cộng đồng dân tộc Ê Đê là 58,9%. Trong các nguyên nhân dẫn tới tỷ lệ mắc bệnh này theo suy nghĩ của tôi đó là đời sống kinh tế, văn hóa, dân trí của đồng bào Ê Đê còn thấp và đặc biệt là định cư tại Tây Nguyên nơi có vi khí hậu tương đối khắc nghiệt.

Tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng của Ê Đê cao hơn rất nhiều nếu so với kết quả của Phạm Thế Hiển tại Cà Mau. Theo kết quả của Vũ Đức Vọng về vi khí hậu tại Đắk Lắk, so sánh theo tiêu chuẩn của bộ khoa học công nghệ và môi trường về nồng độ giới hạn cho phép bụi trong môi trường không khí khu dân cư thì môi trường nhà ở và khu dân cư bị ô nhiễm nặng gấp 3-26 lần (bao gồm bụi hạt và bụi trọng lượng). Về hơi khí chỉ điểm vệ sinh (mg/l) có biểu hiện ô nhiễm khí H₂S và NH₃ tại khu dân cư liên quan tới tình trạng thả súc vật rong, nuôi gia súc dưới gầm sàn. Kết quả xét nghiệm vi sinh vật không khí tại các buôn đồng bào Ê Đê có tổng số vi khuẩn hiếu khí/m³ và tổng số nấm mốc/m³ vượt quá tiêu chuẩn cho phép, môi trường không khí có nhiễm bẩn bởi vi sinh vật hiếu khí và nấm mốc. So sánh với tỷ lệ bệnh (63,61%) của các dân tộc ít người ở 7 tỉnh miền núi phía bắc của Trần Duy Ninh và cộng sự thì tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng của cộng đồng Ê Đê thấp hơn. Theo Trần Duy Ninh thì tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng ở Thái Nguyên 62,61%, Lạng Sơn 65%, Lai Châu 65,39%, Hoà Bình 72,03%, Sơn La 59,98%, Bắc Kạn 62,98%, Hà Giang thấp nhất 53,77%. Tỷ lệ bệnh của dân tộc Ê Đê gần bằng với kết quả của Trần Công Hòa (1988) tại Đồng Hỷ (Thái Nguyên) 58,3%.

Bluestone C.D nhận xét: độ ẩm càng cao thì tỷ lệ bệnh Tai Mũi Họng càng cao. Tỷ lệ mắc bệnh của dân tộc Ê Đê thấp hơn nhiều so với kết quả của Lê Thanh Hải (2008) tại nhà máy luyện thép Lưu Xá, Thái Nguyên (98,9%). Tỷ lệ mắc bệnh của dân tộc Ê Đê thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng (91%) tại các nhà máy chế biến thủy sản tỉnh Bà Rịa Vũng Tàu của Nguyễn Văn Thanh.

Tỷ lệ các bệnh Viêm họng – VA – Amidan

Theo kết quả từ bảng 3.8: tỷ lệ viêm họng của dân tộc Ê Đê 3% cao hơn so với tỷ lệ viêm họng ở Hoa Kỳ (2%) [26], điều này phản ánh tình trạng luôn phải tiếp xúc với môi trường không khí có nhiều bụi làm cho bệnh mũi họng tăng lên của đồng bào Ê Đê. Bệnh thường gặp vì thở bình thường không khí thở vào phải đi từ mũi qua họng vào đường hô hấp dưới và các virus hô hấp và các vi khuẩn có trong không khí đi theo vào. Vùng họng có một hệ thống thần kinh dày đặc, các sợi thần kinh cảm giác, vận động và tự động (giao cảm và phó giao cảm). Đan xen nhau tạo nên đám rối họng làm cho họng rất nhạy cảm, dễ bị kích thích và phản ứng với những thay đổi của môi trường, Với những tác nhân gây kích thích của môi trường, tựa như họng là bộ phận báo động, cảnh tỉnh của cơ thể. Có khi chỉ cần thức khuya, gặp luồng gió lạnh, trời trở rét, đi qua một vùng không khí trong lành hoặc ăn phần thức ăn có chất kích thích lập tức bị đau họng.

Theo bảng 3.52 so sánh với Nguyễn Tư Thế (2005) tỷ lệ viêm Amidan mạn tính của nhóm Nhà trẻ mẫu giáo Ê Đê cao hơn (16,21% so với 5,9%).

Các yếu tố thuận lợi cho viêm Amidan là: thời tiết thay đổi đột ngột (bị lạnh đột ngột khi mưa, độ ẩm cao), Ô nhiễm môi trường do bụi, khí, điều kiện sinh hoạt thấp, vệ sinh kém. Sức đề kháng kém, cơ địa dị ứng. Có ổ

viêm nhiễm như VA, do đặc điểm cấu trúc của Amidan có nhiều khe hốc, ngách là nơi cư trú, và phát triển của vi khuẩn.

Yếu tố nguy cơ bệnh viêm VA tới bệnh VTGUD

Theo bảng 3.26 trẻ bị viêm VA thì nguy cơ mắc VTGUD cao hơn không bị VA. Kết quả này cũng tương tự với NC của Nguyễn Thị Hoài An. VA đóng vai trò quan trọng trong bệnh sinh của VTGUD. Viêm họng mũi cấp là bệnh thường gặp ở trẻ em từ 6 tháng tuổi đến 6-7 tuổi và tổn thương chủ yếu là viêm cấp tính niêm mạc họng mũi bao gồm mô lympho họng mũi (VA).

Vòng Waldeyer được hình thành trong thai kỳ và sau khi sinh nó đã phát triển đầy đủ. Các khối amidan phát triển nhanh về khối lượng từ lúc 1-2 tuổi và phát triển trong thời gian 3-7 tuổi và sau đó nhỏ dần, teo bé theo tuổi tác. Viêm họng mũi mạn ở trẻ em thường kèm theo VA quá phát bất tác. Yếu tố nguy cơ VA tới VTGUD: tắc vòi và viêm thứ phát quanh lỗ vòi thường đưa đến VTGUD, chấu ngẽn ngãng, có thể học kém nhưng không chảy tai. Màng nhĩ có thể phồng lên (giai đoạn ứ dịch) hoặc lõm vào (áp lực thấp).

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng bệnh TMH-Yếu tố kinh tế: theo kết quả bảng 3.11: hộ nghèo có tỷ lệ bệnh Tai Mũi Họng cao hơn hộ đủ ăn. Điều này tương tự với kết quả của Phạm Thế Hiển, Nguyễn Thị Hoài An và Trần Duy Ninh. Min Y.G, Jung H.W trong NC tại Hàn quốc (1996) cũng có nhận xét như vậy.

Người nghèo thường gặp nhiều khó khăn trong cuộc sống, vì mưu sinh họ bắt buộc phải làm những công việc khó khăn, tiếp xúc thường xuyên với môi trường lao động nặng nhọc, ô nhiễm.

-Yếu tố tuổi: cao nhất là Nhà trẻ mẫu giáo 73,43%, nhóm cao tuổi có tỷ lệ thấp nhất 50,58%; tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng giảm. Tỷ lệ bệnh Tai Mũi Họng của 3 nhóm nhà trẻ mẫu giáo, Tiểu học và trung học cơ sở đều cao hơn so với kết quả của Nguyễn Thanh Trúc ở trẻ em (7-14 tuổi) vùng gần bãi rác Nam Sơn; thấp hơn với tỷ lệ bệnh Tai Mũi Họng 75,38% của trẻ em trực tiếp bới rác ở Nam Sơn, Hà Nội.

Nhóm tuổi nhà trẻ mẫu giáo có tỷ lệ bệnh Tai Mũi Họng cao hơn so với kết quả của Nguyễn Tư Thế ở Huế khi NC trẻ cùng nhóm tuổi có tỷ lệ bệnh Tai Mũi Họng 59,2%. Trong quá trình lớn lên cháu bé sẽ dần dần tiếp xúc với các loại siêu vi và vi khuẩn gây bệnh thông thường và có rất nhiều lần đau họng, hắt hơi, sổ mũi, sốt nhẹ, nhưng chính qua đó cháu lớn lên trong sự thích nghi. Người trưởng thành cũng tiếp xúc với các bệnh nguyên như nhau nhưng có nhiều người không mắc bệnh vì cơ thể đã biết bảo vệ mình qua quá trình học tập miễn dịch ngay từ lúc mới lớn lên, giúp cho cơ thể thích nghi tốt. Các tế bào lympho (T và B) đóng vai trò quan trọng trong đáp ứng miễn dịch cả cơ thể.

-Yếu tố mắc bệnh Tai Mũi Họng theo ảnh hưởng của khói thuốc lá

Người hút thuốc và hút thuốc thụ động có tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng cao hơn những người không hút thuốc.

Khói thuốc và ô nhiễm môi trường là một trong các yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn hô hấp trên là nguyên nhân của những thay đổi cấu trúc và sinh lý niêm mạc đường hô hấp.

Khói thuốc lá có thể gây tăng sản các tế bào hình chén và làm tăng tiết dịch nhầy trên đường hô hấp làm tê liệt hay làm giảm chức năng của phòng tuyến miễn dịch ở đường thở.

Các NC sinh hoá chất Nicotin nước bọt, huyết thanh và nước tiểu đã chỉ ra rằng nồng độ nicotin trong máu và nước tiểu có liên quan tới số lượng người hút và số lượng điếu hút trong nhà.

4.3. Hiệu quả của một số biện pháp can thiệp tại tuyến thôn bản

- Đánh giá hiệu quả của truyền thông giáo dục sức khoẻ với người dân trong cộng đồng

Mỗi khi người dân trong cộng đồng chưa có nhận thức đúng về tác hại của bệnh, chưa hiểu biết đúng cách gây ra bệnh, biến chứng của bệnh TMH thì sẽ không thúc đẩy người dân tìm đến cơ sở y tế để khám chữa bệnh và cũng không tự phòng bệnh cho mình và cộng đồng.

Đây là nguyên nhân để họ giữ thói quen sinh hoạt thiếu vệ sinh, thiếu kiến thức phòng bệnh do đó dẫn tới tỷ lệ bệnh Tai Mũi Họng cao.

- So sánh hiệu quả giữa trước và sau tập huấn của nhân viên y tế thôn bản

Là mô hình can thiệp có hiệu quả cho khu vực thôn bản, đó là nâng cao năng lực chuyên môn cho cán bộ y tế cơ sở, cải thiện kỹ năng truyền thông cho nhân viên y tế thôn bản, tạo điều kiện cho mạng lưới y tế thôn bản hoạt động tốt. Theo bảng 3.59 có khác biệt giữa trước và sau tập huấn, sau khi tập huấn biết về triệu chứng của viêm mũi xoang cao gấp 17,88 so với trước khi tập huấn. Theo kết quả từ bảng 3.60 có sự khác biệt giữa trước và sau tập huấn về bệnh viêm mũi xoang. Nhân viên y tế thôn bản sau khi được tập huấn biết về biến chứng của viêm mũi xoang cao gấp 16 lần so với trước khi được tập huấn.

Theo bảng 3.61: có sự khác biệt giữa trước và sau tập huấn, sau khi được tập huấn biết về hướng xử trí của viêm mũi xoang cao gấp 91 lần so với trước khi được tập huấn. OR= 91, KTC 95% (5,73- 612,09).

Để tập huấn tôi chọn bệnh viêm mũi xoang là bệnh có tỷ lệ hiện mắc cao trong cộng đồng dân tộc Ê Đê để giảng, nội dung bài giảng được soạn dành cho hệ sơ học y tá, phần trình bày dễ hiểu, đơn giản và có hình ảnh minh họa. Tôi giảng ngay tại nhà cộng đồng của buôn, có bệnh nhân cụ thể làm cho buổi tập huấn trở nên dễ hiểu.

KẾT LUẬN

1. Mô hình bệnh Tai Mũi Họng

Tỷ lệ mắc bệnh Tai Mũi Họng trong cộng đồng dân tộc Ê Đê 58,9%.

Tỷ lệ các nhóm bệnh

Tai 31,92%; Mũi Xoang 25,11%; Họng 20,02%.

Tỷ lệ bệnh viêm tai giữa:

Viêm tai giữa cấp tính 0,4%.

Viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ 2,2%.

Viêm tai giữa mạn tính xâm lấn biểu bì 0,22%.

VTGUD 29,1%.

Tỷ lệ viêm mũi xoang:

Viêm mũi cấp tính 2,4%.

Viêm mũi mạn tính 4,83%.

Viêm mũi dị ứng 12,9%.

Viêm xoang cấp tính 0,2%.

Viêm xoang mạn tính 4,77%.

Tỷ lệ các bệnh Viêm họng – viêm VA – viêm Amidan:

Viêm họng cấp tính 0,7%.

Viêm họng mạn tính 3%.

Viêm amidan cấp tính 0,1%.

Viêm amidan mạn tính 16,1%.

Viêm VA: Nhà trẻ mẫu giáo 2,45%, Tiểu học 0,15%.

2. Một số yếu tố ảnh hưởng với các bệnh Tai Mũi Họng tại cộng đồng

2.1. Một số yếu tố ảnh hưởng tới bệnh Tai Mũi Họng thông thường

- Yếu tố kinh tế.
- Yếu tố của hút thuốc lá thụ động.
- Yếu tố mùa
- Yếu tố giới
- Yếu tố nguy cơ từ bếp nấu bằng củi trong nhà ở.
- Yếu tố nguy cơ chặn thả gia súc gia cầm dưới sàn nhà ở và trong sân.
- Yếu tố ô nhiễm môi trường sống đến bệnh Tai Mũi Họng
- Yếu tố tuổi: tuổi càng thấp thì tỷ lệ bệnh Tai Mũi Họng càng cao

2.2. Các yếu tố liên quan với bệnh viêm tai giữa

2.2.1. Viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ theo tuổi: nhóm Cao tuổi cao nhất 7,05%.

2.2.2. Viêm tai giữa ứ dịch theo giới: Nam 31,93%; Nữ 28,19%.

2.2.3. Viêm tai giữa ứ dịch theo tuổi: nhóm Nhà trẻ mẫu giáo cao nhất 43,16%.

2.2.4. Các yếu tố nguy cơ của Viêm tai giữa ứ dịch: viêm VA, Viêm mũi xoang, viêm amidan.

2.3. Các yếu tố liên quan với từng bệnh viêm mũi, viêm xoang

2.3.1. Bệnh Viêm mũi cấp tính theo mùa: mùa khô 3,8%; mùa mưa 1,1%.

2.3.2. Viêm mũi cấp tính theo nhóm tuổi: nhóm Nhà trẻ mẫu giáo cao nhất 6,44%.

2.3.3. Viêm mũi mạn tính xuất tiết theo mùa: viêm mũi mạn tính dạng quá phát (mùa khô: 29,4%; mùa mưa: 15,0%).

Viêm mũi mạn tính dạng xuất tiết (khô 11,8%; mưa: 43,3%).

2.3.4. Viêm mũi mạn tính theo nhóm tuổi: Trung học phổ thông cao nhất 8,43%.

2.3.5. Viêm mũi dị ứng theo mùa: Mùa khô 14,9%; mùa mưa 9,8%.

Theo nhóm tuổi: Tuổi trưởng thành cao nhất 18,01%.

2.3.6. VX mùa khô:

VX trước mạn tính 31,7%.

VX sau mạn tính: 44,4%.

VX mùa mưa: VX trước mạn tính 42,6%.

VX sau mạn tính 49,7%.

2.4. Các yếu tố liên quan với viêm họng

2.4.1. Bệnh viêm họng mạn tính theo tuổi: nhóm trưởng thành cao nhất 5,17%.

2.4.2. Viêm amidan mạn tính: mùa khô 22,0%; mùa mưa 10,9%.

2.4.3. Viêm amidan mạn tính theo giới: Nam 18,06%; Nữ 15,24%.

2.4.4. Viêm họng cấp tính mùa khô là 0,9%; mùa mưa 0,4%.

3. Hiệu quả của một số biện pháp can thiệp phù hợp tại thôn buôn

3.1. Đánh giá kiến thức- thái độ- thực hành của nhân viên y tế thôn bản

Có hiệu quả sau khi tập huấn.

3.2. Hiệu quả của biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe tại cộng đồng:

Có hiệu quả, bệnh Tai Mũi Họng: trước 65,76%; sau 43,84%.

Đề xuất một số biện pháp phòng chống bệnh Tai Mũi Họng

1. Tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho cộng đồng những hiểu biết về bệnh Tai Mũi Họng và cách phòng chống.
2. Đẩy mạnh vệ sinh môi trường, vận động khuyến khích tạo mọi điều kiện để nhân dân xây dựng và sử dụng hệ thống chuồng trại chăn nuôi sạch sẽ, Thay đổi thói quen dùng bếp nấu ăn bằng củi, than bằng bếp Gas.

3. Kiến nghị với Bộ Y Tế, hội Tai Mũi Họng Việt Nam đưa một số bệnh Tai Mũi Họng thông thường và cấp cứu vào tài liệu huấn luyện nhân viên y tế thôn bản, Đưa vào chương trình thực tế cộng đồng của sinh viên y khoa những bài học về truyền thông giáo dục sức khỏe các bệnh Tai Mũi Họng để giúp các bác sĩ hiểu biết các bệnh Tai Mũi Họng tại cơ sở.

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI VÀ Ý NGHĨA THỰC TIỄN CỦA LUẬN ÁN

Luận án là công trình nghiên cứu khoa học đầu tiên có tính chất toàn diện về mô hình bệnh Tai Mũi Họng tại cộng đồng, đặc biệt là ở Tây Nguyên một vùng có nhiều đặc điểm nhưng chưa có người nghiên cứu.

Những kết quả nghiên cứu đã góp phần quan trọng vào việc phòng chống và điều trị bệnh Tai Mũi Họng tại cộng đồng để bảo vệ sức khỏe cho nhân dân các dân tộc ít người nói chung và dân tộc Ê Đê nói riêng, với các nội dung:

1. Xác định mô hình bệnh Tai Mũi Họng ở cộng đồng dân tộc Ê Đê tỉnh Đắk Lắk trong cùng những đặc điểm sinh cảnh của Tây Nguyên.
2. Khảo sát được các yếu tố liên quan với bệnh Tai Mũi Họng.
3. Lần đầu tiên đưa máy nội soi Tai Mũi Họng + máy đo nhĩ lượng vào đánh giá tỷ lệ hiện mắc các bệnh TMH tại cộng đồng.
4. Áp dụng phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe các bệnh Tai Mũi Họng ở cộng đồng làm giảm tỷ lệ hiện mắc các bệnh Tai Mũi Họng.
5. Đề xuất một số biện pháp phòng chống bệnh Tai Mũi Họng thích hợp cho cộng đồng dân cư.