

بررسی عوامل مستعد کننده ابتلا به اوتیت سروژ گوش میانی در تهران

دکتر سیدعباس صفوی نائینی* و دکتر سیما ندافی**

خلاصه

بر کردن پرسشنامه، توسط والدین و انجام تستهای اتوسکوپی پنوماتیک و تمپانومتري به منظور تعیین ریسک فاکتورهای ابتلا به اوتیت سروژ گوش میانی و نمایان ساختن موارد بیماری، اساس تحقیق انجام شده روی ۲۰۰۰ کودک هفت تا ۱۱ ساله تهرانی را تشکیل می‌دهد. یافته‌های حاصل از این مطالعه، نقش سیگاری بودن والدین ($P < 0/001$) و تغذیه دوران کودکی با شیشه شیر ($P < 0/05$) را به عنوان دو عامل موثر بر افزایش شیوع و ابتلا به اوتیت سروژ، نمایان ساخت؛ حال آنکه پیشینه خانوادگی ابتلا به اوتیت سروژ، تولد قبل از ۳۷ هفتگی (Preterm) و بعد از ۴۲ هفته (Postterm)، وزن پایین زمان تولد (کمتر از ۲۵۰۰ گرم)، وضعیت زایمان مادر (سزارین، طبیعی، سابقه ابتلا به سرماخوردگیهای مکرر، آلرژی، گلودرد، سینوزیت، هیپرتروفی لوزه‌های حلقی، انحراف تیغه میانی بینی، شکاف کام، Ear Lop، اوولاری دو شاخه و سابقه اعمال جراحی تونزیلکتومی، آدنوتیدکتومی و یا هر دو، بر شیوع اوتیت سروژ گوش میانی در تحقیق حاضر نقشی نداشت و از لحاظ آماری اختلال معنی‌داری به دست نیامد.

* استادیار و رئیس بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان بوعلی (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

** دستیار گوش و حلق و بینی (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

مقدمه

طیف بزرگی از عوامل مداخله کننده - مستقیم یا غیرمستقیم - بر فونکسیون اساسی لوله استاش، یعنی برقراری تعادل فشار در دو طرف پرده تمپان، اثر نموده، و منجر به اختلال تهویه گوش میانی و جذب هوای موجود در صندوق صماخ می‌گردد (۱ و ۲). متعاقباً فشار منفی ایجاد می‌شود و موجب نشت مایع از جدار مویرگها به داخل فضای گوش میانی شده که به آن "اوتیت گوش میانی به همراه افیوژن" گفته می‌شود، که فیزیولوژی طبیعی انتقال صوت و مقاومت لوله استاش در برابر عفونتها را متاثر خواهد ساخت (۳).

شیوع نسبتاً بالای اوتیت سرروز گوش میانی در حدود ۱۴/۲ درصد بین کودکان تهران و عوارض حاصل از این بیماری، از جمله کاهش شنوایی، لزوم تعیین ریسک فاکتورهای مداخله‌گر در ایجاد این بیماری را مطرح می‌کند.

شناخت علت و پیشگیری از ابتلا - در مقایسه با تشخیص و درمان - به خصوص در مورد بیماری اوتیت سرروز گوش میانی با یک طبیعت متناوب و فرآیندی موزی، کاملاً ارجح به نظر می‌رسد.

روش بررسی

۲۰۰۰ کودک از ۲۰ دبستان در مناطق ۶ و ۱۹ تهران (۱۰ و ۱۱)، به طریق نمونه‌گیری چند مرحله‌ای تصادفی - جهت تعیین مدارس - و نمونه‌گیری ساده تصادفی - به منظور تعیین نمونه در هر مدرسه - انتخاب شدند که نیمی از آنان دختر و نیم دیگر پسر بودند. تعداد دانش‌آموزان در هر منطقه برابر، و از هر مدرسه ۱۰۰ و در هر پایه ۲۰ نفر تعیین شدند.

پرسشنامه‌ای مشتمل بر سابقه ابتلای کودک به بیماریهای مورد نظر و سوابق زمان تولد ایشان توسط والدین پر شد و سپس تمامی دانش‌آموزان معاینه شدند و جهت بیماریابی

از اتوسکوپی پنوماتیک و تمپانومتري کمک گرفته شد. در این مطالعه، کودکی مبتلا به اوتیت سرروز معرفی شد که با فقدان سوراخ پرده و وجود سرومن، دارای تمپانوگرام تیپ B و یا در کنار وجود علائم اتوسکوپیک از جمله فقدان حرکت پرده، فقدان Cone of Light، رنگ زرد کهربائی پرده، وجود سطح مایع هوا، و تغییر دسته مالتوس، دارای تمپانوگرام تیپ C بود. در مقابل، گروه شاهد متشکل از کودکانی بودند که هر یک از لحاظ سن، جنس، کلاس درس، مدرسه و منطقه با یکی از دانش‌آموزان مبتلا کاملاً شبیه و یکسان بودند ولی به اوتیت سرروز مبتلا نباشند. (کلیه ریسک فاکتورها در هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند).

یافته‌ها

(۱) در تحقیق ما شایعترین ریسک فاکتور، جهت ابتلا به اوتیت سرروز گوش میانی، سیگاری بودن والدین بود (جدول ۱). تفاوت ۱۰ درصد فزونی تعداد والدین سیگاری در بین کودکان مبتلا، نمایانگر نقش دود سیگار در بروز فشار منفی و ایجاد بیماری اوتیت سرروز گوش میانی در بین کودکان می‌باشد ($P < 0/001$). در این بررسی پدران سیگاری در صد قابل توجهی را به خود اختصاص داده بودند.

جدول ۱) رابطه سیگاری بودن والدین با شیوع اوتیت سرروز گوش میانی در دانش‌آموزان شهر تهران (سال ۱۳۷۱)

گروهها	سیگاری بودن والدین		جمع
	بله	خیر	
مبتلا	مطلق	۱۷۸	۲۸۳
	نسبی	۶۳	۱۰۵
سالم	مطلق	۷۴۶	۱۷۱۷
	نسبی	۴۳	۵۷
جمع	مطلق	۹۲۴	۲۰۰۰
	نسبی	۴۶	۵۴

(نرمال، سزارین)، در بین گروه شاهد و مبتلا در تحقیق حاضر از لحاظ آماری اختلاف معنی داری نداشته است. (۴) سابقه فامیلی ابتلا به اوتیت سرروز و دیگر بیماریهای گوش در ۹۷ درصد از کودکان وجود نداشته، تنها ۵ درصد از کودکان مبتلا (۱۴ نفر از ۲۸۳ نفر) و ۳ درصد از کودکان سالم (۵۲ نفر از ۱۷۱۷ نفر) دارای سابقه مثبت فامیلی بودند که از لحاظ آماری جهت ابتلا به اوتیت سرروز، اختلاف ناچیز حدود ۲ درصد بی معنی می باشد.

(۵) وجود سابقه اعمال جراحی تونزیلکتومی، آدنوئیدکتومی و یا هر دو، در کاهش بروز اوتیت سرروز در این تحقیق نقشی نداشت (جدول ۳).

(۶) در نمودار (۱)، سابقه ابتلا به بیماریهای مورد نظر، در شیوع اوتیت سرروز آورده شده است که از لحاظ آماری هیچ گونه اختلاف معنی داری به دست نیامد ($P > 0/05$).

بحث

فراسنجهای زمان تولد، پیشینه خانوادگی ابتلا به اوتیت سرروز و سابقه ابتلا به بیماریهای بررسی شده توسط دیگر محققان به عنوان ریسک فاکتورهائی جهت ابتلا به اوتیت سرروز معرفی شده اند (۴، ۵ و ۱۲). تاکاهاشی (Takahashi) در سال ۱۸۹۰ و بلک (Black) در سال ۱۹۹۰ تونزیلکتومی و آدنوئیدکتومی و ترجیحاً "تلفیق هر دو عمل را به عنوان عواملی که ابتلا به اوتیت سرروز را کاهش می دهند، مطرح کردند (۶ و ۷). سیگار کشیدن والدین در حضور بچه ها مستقیماً در ایجاد OME دخالت ندارد بلکه این اطفال از لحاظ ایجاد فشار منفی در گوش میانی در معرض خطر بیشتری قرار می گیرند و با استمرار این عمل دچار اوتیت سرروز می شوند، تا آنجا که عده زیادی از ایشان روی تختهای جراحی و تحت پروسیجر کاشت لوله تهویه VT قرار

(۲) در این مطالعه، نحوه تغذیه دوران شیرخوارگی در ایجاد اوتیت سرروز عاملی مهم بوده است (جدول ۲). کودکان مبتلا - در مقایسه با گروه شاهد - طی دوران شیرخوارگی، با تفاوت ۷ درصد، کمتر با شیر مادر و اکثراً توسط شیشه شیر یا هر دو شیوه تغذیه شده بودند، که از لحاظ آماری جهت شیوع اوتیت سرروز به اختلاف معنی داری منجر شد. دانش آموزان مبتلایی که ریسک فاکتور مذکور در ایشان مثبت می باشد، اکثراً ۷ ساله بودند ($P < 0/05$) که بر نقش شیوه تغذیه دوران نوزادی و ایجاد زمینه و تغییرات آسیب شناختی پایدار تا سن ۷ سالگی، جهت ابتلا به اوتیت سرروز تاکید می نماید (۴).

جدول ۲) تاثیر نحوه تغذیه نوزادی کودکان در شیوع اوتیت سرروز گوش میانی در دانش آموزان شهر تهران (سال ۱۳۷۱)

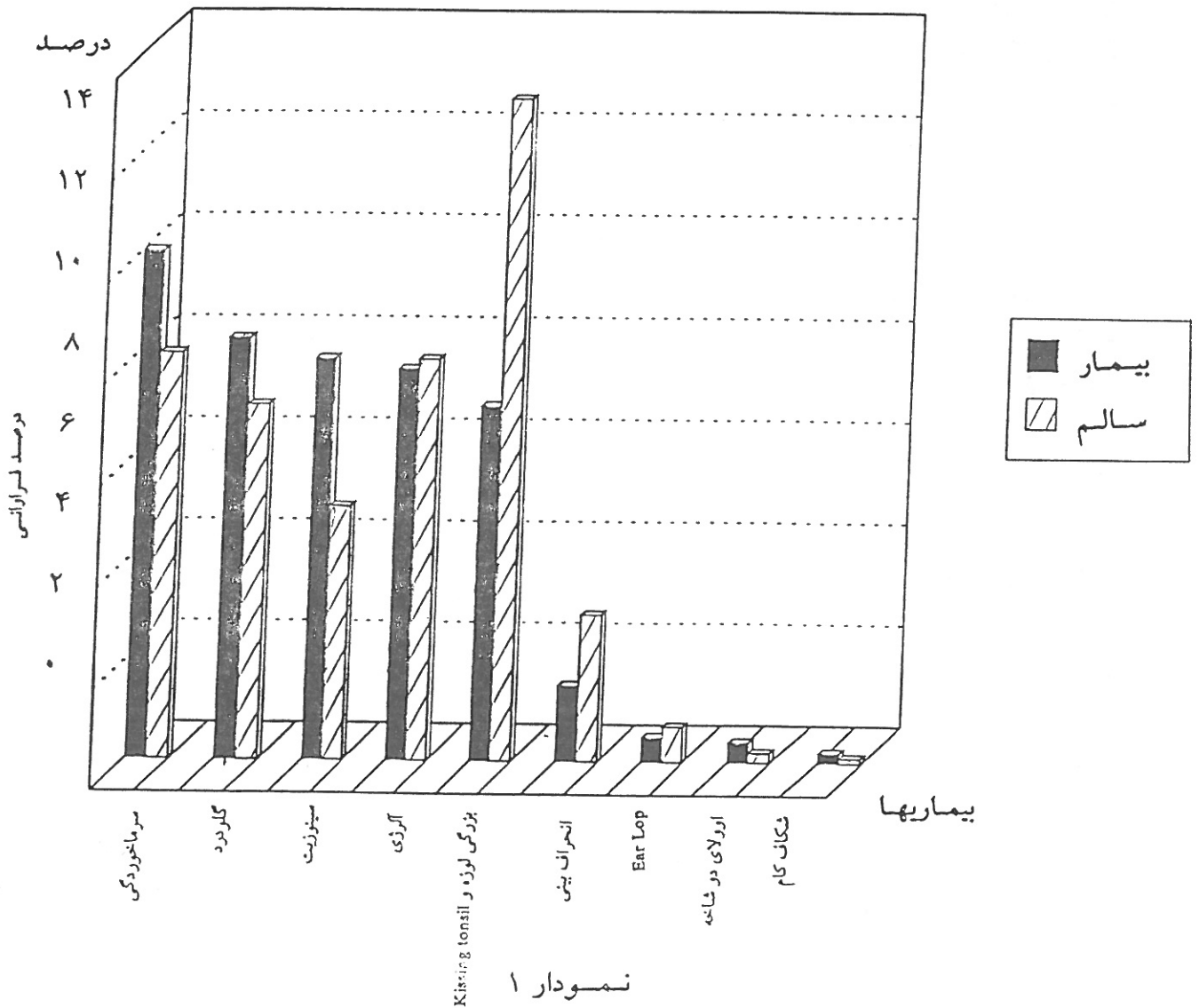
گروهها	نحوه تغذیه نوزادی	شیر مادر	شیر خشک (مربوبینو)	هر دو	جمع	فراوانی	
						مطلق	نسبی
مبتلا	مطلق	۴۶	۵۴	۱۸۳	۲۸۳		
	نسبی	۱۶	۱۹	۶۵	۱۰۰		
سالم	مطلق	۳۹۹	۳۰۵	۱۰۱۳	۱۷۱۷		
	نسبی	۲۳	۱۸	۵۹	۱۰۰		
جمع	مطلق	۴۴۵	۳۵۹	۱۱۹۶	۲۰۰۰		
	نسبی	۲۲	۱۸	۶۰	۱۰۰		

(۳) ۹۷ درصد از دانش آموزان در ترم متولد شده بودند. ۹۵ درصد وزن مساوی یا بالاتر از ۲۵۰۰ گرم داشتند و ۹۳ درصد به گونه طبیعی زاده شده بودند. از این رو فراسنج (پارامتر) های زمان تولد از جمله مدت حاملگی مادر (Postterm, Preterm, Term)، وزن زمان تولد (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) و وضعیت زایمان مادر

جدول ۳) سابقه اعمال جراحی و شیوع اوتیت سرروز گوش میانی در دانش‌آموزان شهر تهران (سال ۱۳۷۱)

جمع	هر دو	توزیلکتومی	آدنویدکتومی	نلارد	سابقه عمل جراحی	
					فراوانی	گروهها
۲۸۳	۱	۱۲	۱۰	۲۶۰	مطلق	مبتلا
۱۰۰	۰/۳	۴/۲	۳/۵	۹۲	نسبی	
۱۷۱۷	۱۷	۲۲	۹۳	۱۵۶۵	مطلق	سالم
۱۰۰	۱	۲/۵	۵/۵	۹۱	نسبی	
۲۰۰۰	۱۸	۵۴	۱۰۳	۱۸۲۵	مطلق	جمع
۱۰۰	۱	۳	۵	۹۱	نسبی	

$X^2 = 5/9$



می‌گیرند (۸ و ۹).

می‌شود که با طی مسیر ذکر شده شرایط ابتلا به اوتیت گوش میانی به همراه افیوژن را بیش از پیش دامن می‌زند (۴ و ۵).

نتایج اپیدمیولوژیک به دست آمده در این تحقیق لزوم بررسی همه جانبه در دیگر گروههای سنی را مطرح می‌کند.

تشکر

از کارکنان محترم معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و آموزش و پرورش تهران صمیمانه سپاسگزاری می‌کنیم.

مراجع

- 1) Maw R: Scott Brown's Otolaryngology. Batterworths Company. P 159. 1987.
- 2) Bluestun C, Paparella S, et al: Textbook of Otolaryngology, W.B.Saunders. P 1306, 1991.
- 3) Ogisi Fo: Impedance screening for OME in Nigerian children. J Laryn Otol. P 986. 1988.
- 4) Teele DW: Epidemiology of OME during the first 7 years of life in children. J Infect Dis 10:83 - 94, 1989.
- 5) Zielhvis GA: Environmental risk factors for OME in children. Scan J Prim Health Care P33-8, 1989.
- 6) Black NA: A randomized controlled trial of surgery for glue ear. Bri Med J, P 1551-6, 1990.
- 7) Gotes GA: Chronic secretory OME. Otolrhinolaryn P 2-32 1989.
- 8) Hinton AE: Surgery for OME in children and it's relationship to parental smoking. J Laryn Otol: 559-61, 1989.
- 9) Green RE: Passive Smoking and Middle Ear Effusion in Children of British Servicemen in West- Germany. P31 - 3. 1991.
- ۱۰) قاسمی، حسین و همکاران: بررسی امنیت غذائی شهر تهران. انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، بهار ۱۳۷۲.
- ۱۱) غفارپور، معصومه؛ ولائی، ناصر؛ ناصح غفوری، هوشنگ: گزارش مقدماتی بررسی وضع غذا و تغذیه مردم تهران. انستیتو علوم تغذیه و صنایع غذایی کشور، بهار ۱۳۶۴.*
- * طبق نتایج حاصل از تحقیقات این دو منبع، منطقه ۶ شهرداری تهران از لحاظ فرهنگی، اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی بهترین و منطقه ۱۹ در پایین‌ترین وضعیت قرار دارد. بنابراین نتایج تحقیق، از کل تهران تلقی می‌گردد.

INTESTINAL PARASITES IN REHABILITATION CENTERS OF TEHRAN, IRAN

Rouhani S, Alimohamadi Z, Zahiri N
Parasitology dept Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

SUMMARY

330 mentally retarded and physically handicapped persons were studied in four different socioeconomic regions of Tehran. One faecal sample from each person was examined by the direct smear, formalin-ether method and Graham test for detection oxyuris. Overall prevalence of intestinal parasites in both groups was 59.4%. The commonest protozoan and helminth were *Entamoeba coli* and *Enterobius vermicularis*, 30.3% and 20%, respectively.

In the south region the prevalence of infection was 76% in the north region 50.7% and in the east region 53.3% ($P \leq 0.01$). Statistical findings show that high prevalence of *Strongyloides stercoralis* among mentally retarded patients is suggested due to poor hygienic conditions and autoinfection in this group.

The high rate of Enterobiasis and Giardiasis may be due to close contact and direct transmission.

Environmental risk factors for otitis media with effusion in schoolaged children in Tehran

Safavie-Naeini A, Naddaf S
Shaheed Beheshti University of Medical Sciences

SUMMARY

2000, Tehran schoolaged children, were included in a randomized trial to evaluate the risk factors for otitis media with effusion through interviews, a written questionnaire, otoscopy pneumatic and tympanometry.

We found that the incidence of OME increased in children with parents who smoke ($P < 0.001$) and were bottle fed as babies ($P < 0.005$).

Others factor such as, allergy, sinusitis, pharyngitis, septal perforation (nasal), cleft palate, ear lop, bifida uvula, low birth weight (< 2500 gr), kissing tonsil or hypertrophy of tonsils, common cold and duration of mother's pregnancy (term, preterm or post term) and cesarian or normal delivery by their mothers were not related to OME in our study.