

مقایسه زمان دفع لوله تهویه ایرانی (پاریز) و خارجی (شپارد) در بیماران مبتلا به اتیت

سروز مزمن

دکتر هوشنگ گرامی متین^{*} - دکتر عبدالرسول سبحانی^{**} - دکتر رضا صداقت نیا^{***} - دکتر مریم غضنفر تهرانی^{****}

^{*} استادیار گروه گوش، حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

^{**} دانشیار گروه فارماکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

^{***} دستیار گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

^{****} دستیار گوش و حلق و بینی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

چکیده

اتیت سروزی یکی از بیماریهای شایع طب اطفال و گوش و حلق و بینی می باشد که برای درمان آن روشهای دارویی و جراحی متنوعی وجود دارد. درمان جراحی کلاسیک این بیماری بر اساس هواگیری مجدد حفره گوش میانی و با سیرنگوتومی و کارگذاری لوله تهویه بر روی پرده صماخ می باشد. از آنجائی که زمان بقای لوله های تهویه بر روی پرده صماخ بر نتایج درمانی تاثیر مستقیم دارد، بررسی حاضر جهت مقایسه لوله های تهویه ایرانی و مشابه خارجی از نظر زمان دفع پس از عمل جراحی انجام گرفته است.

این تحقیق از نوع کارآزمائی بالینی بوده و ۸۰ بیمار زیر ۱۴ سال با تشخیص اتیت سروزی مزمن دوطرفه که به روش آسان انتخاب گردیده و با معاینه و تیمپانوگرام نوع B دوطرفه تایید شده بودند، تحت ارزیابی قرار گرفتند و جمعاً ۱۶۰ لوله تهویه برای آنها گذاشته شد. چهار بیمار از مطالعه حذف شدند در بیماران برای مقایسه مدت زمان باقی ماندن لوله های تهویه، در گوش راست لوله تهویه خارجی شپارد و در گوش چپ لوله تهویه ایرانی پاریز نهاده شد و آزمونهای آماری مورد استفاده T-Test بود. میانگین زمان دفع لوله های تهویه ایرانی $1/6 \pm 6/2$ ماه و در لوله های تهویه خارجی $1/5 \pm 7/3$ ماه بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بوده است. ($P < 0/001$) این تحقیق نشان داد که لوله تهویه خارجی کارآئی بیشتری دارد و لوله تهویه پاریز در مواردی که نیاز به ونتیلیسیون کوتاه مدت گوش میانی می باشد قابل بکارگیری است.

کلید واژه ها: التهاب گوش میانی همراه با ترشح / تهویه گوش میانی

مقدمه

یا کوچکتر در ایالات متحده ۵ بیلیون دلار در سال تخمین زده می شود و تعداد اقدامات جراحی انجام شده در ایالات متحده در یکسال حدود ۶۰۰/۰۰۰ مورد می باشد. جلوگیری از OM بوسیله ایمونیزاسیون امکانپذیر نیست (۱).

۱۵٪ از کودکان حداقل به یک حمله اتیت در اولین سال

اتیت مدیا (OM) شایع ترین عفونت باکتریال در کودکان است و بیشترین اندیکاسیون برای درمان آنتی میکروبیال و یا جراحی در این گروه سنی را به خود اختصاص می دهد. این بیماری یکی از شایع ترین علل کاهش شنوایی هدایتی در کودکان می باشد. موربیدیتی ناشی از OM قابل توجه بوده و ارزش درمان دارویی و جراحی برای کودکان ۵ ساله و

A، ۴۵٪ از نوع C و ۲۰٪ از نوع B بود. در دو گروه لوله تهویه شپارد و پاریز عوارض بدین قرار بود: اتوره در لوله تهویه شپارد وجود نداشت و در لوله تهویه پاریز ۱ مورد (۱/۳٪) بود. میرانگواسکلروز در لوله تهویه شپارد ۴ مورد (۵/۲٪) و در لوله تهویه پاریز ۳ مورد (۳/۹٪) بود و پرفوراسیون TM در بیماران با لوله تهویه شپارد مشاهده نشد و در پاریز یک مورد (۱/۳٪) بود.

بحث و نتیجه گیری

ما در این تحقیق بر آن شدیم تا لوله تهویه ساخت داخل کشور را از نظر کارایی با نمونه خارجی آن مقایسه کنیم. در مجموع میانگین زمان دفع لوله تهویه پاریز حدود $7/3 \pm 1/5$ ماه در مقایسه با لوله تهویه شپارد با $1/5 \pm 7/3$ ماه بوده است که تفاوت آماری مشخصی از لحاظ زمان دفع داشت.

در بررسی مشابهی که جهت مقایسه بازده درمانی لوله‌های تهویه ساخت ایران با مشابه خارجی آن در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بین سالهای ۷۳ تا ۷۶ صورت گرفت، میانگین مدت زمان بقای لوله‌های تهویه ایرانی و خارجی بترتیب $1/1 \pm 2/6$ ماه و $1/4 \pm 3/8$ ماه گزارش گردید (۶). از آنجا که میانگین زمان بقاء لوله تهویه خارجی (شپارد) در این بررسی قابل مقایسه با میانگین ارائه شده در مطالعات خارجی (۹/۸-۶ ماه) (۵ و ۴) نمی‌باشد و بدلیل کم بودن نمونه، تحقیق حاضر لازم دانسته شد.

در تیمپانومتري بعد از افتادن لوله تهویه که در ۷۴ بیمار انجام شد، تیمپانوگرام در ۳۵٪ نوع A، ۴۵٪ نوع C و ۲۰٪ نوع B بود که بدون توجه به نوع لوله تهویه در دو گوش تقریباً مشابه یکدیگر بوده و در مجموع ۸۰٪ نتیجه درمانی (تیپ A یا C) با یکبار لوله تهویه گذاری حاصل گردید که تقریباً معادل نتایج ذکر شده در مقالات می‌باشد که عنوان می‌گردد حدود ۲۰ تا ۳۰٪ از بیماران احتیاج به لوله تهویه گذاری مجدد پیدا می‌کنند (۴).

از نظر عوارض نیز تفاوت عمده‌ای بین این دو لوله تهویه دیده نشد.

در کل می‌توان پیشنهاد کرد که لوله تهویه پاریز در مواردی که نیاز به ونتیلاسیون کوتاه مدت گوش میانی می‌باشد قابل بکارگیری است با توجه به اینکه تفاوت این دو لوله عمدتاً در جنس و شکل می‌باشد و از آنجا که در بررسی‌های بعمل آمده، جنس لوله تهویه تأثیر چندانی در

توسط رزیدنت سال سوم انجام شده و در پیگیری‌های بعد از عمل به تمامی بیماران توصیه‌های مشابهی از نظر مراقبت‌های لازم از جمله عدم ورود آب به مجرای گوش شده و بیماران هر ۲ هفته یکبار و تا ۱۰ ماه پس از زمان گذاشتن لوله تهویه در درمانگاه تخصصی مورد معاینه قرار گرفتند و در صورت عدم مراجعه به موقع با تلفن به منزل بیماران پیگیری انجام می‌گردید.

در مراجعات به درمانگاه زمان دفع شدن لوله تهویه (از زمان عمل جراحی تا زمان قرار گرفتن لوله تهویه در کانال گوش خارجی بر اساس ماه) و عوارض ناشی از لوله تهویه مانند پرفوراسیون دائمی و میرانگواسکلروز و اتوره به تفکیک برای گوش راست و چپ ثبت می‌گردید. بیمارانی که به هر دلیل (عدم همکاری، مسافرت، کوچ، فوت و...) در ویزیت‌های بعدی مراجعه نکردند و همچنین بیمارانی که دچار اتوره مداوم گردیدند که به درمان آنتی بیوتیکی موضعی و یا سیستمیک پاسخ نداده و لازم شد که لوله تهویه توسط پزشک (و قبل از دفع خودبخودی لوله) خارج گردد ۴ نفر بودند که از بررسی خارج شدند. بنابراین ۷۶ بیمار بطور کامل و تا پایان کار مورد ارزیابی قرار گرفتند، در این مطالعه میانگین و انحراف معیار زمان دفع لوله‌های تهویه مشخص گردید و آزمونهای آماری مورد استفاده T-Test بود.

نتایج

در این مطالعه ۸۰ بیمار که واجد شرایط لازم جهت ورود به این کارآزمایی بودند انتخاب شدند اما از آنجا که ۴ بیمار در پیگیری‌های بعدی مراجعه نمودند لذا بررسی با ۷۶ بیمار دنبال شد که ۴۶ نفر آنها مذکر و ۳۰ نفر مونث بودند. میانگین سن بیماران ۷ سال با انحراف معیار ۲/۷ سال بود. حداقل سن ۳ سال و حداکثر ۱۳ سال بوده است. میانگین زمان دفع لوله تهویه شپارد ۷/۳ ماه با انحراف معیار ۱/۵ ماه بود در حالی که میانگین زمان دفع لوله تهویه پاریز ۶/۲ ماه با انحراف معیار ۱/۶ ماه بود. این تفاوت از لحاظ آماری کاملاً معنی دار بوده است ($P < 0/001$).

۷۴ بیمار بعد از خارج شدن VT تحت تیمپانومتري قرار گرفتند (۲ بیمار در این زمینه همکاری نکردند) که در ۷۲ مورد تیمپانومتري هر دو گوش بدون توجه به نوع لوله تهویه استفاده شده یکسان بود و تنها در ۲ مورد تفاوت وجود داشت تیمپانومتري بعمل آمده حدوداً ۳۵٪ از نوع

بردن تضرس و نامنظمی‌های آن در جهت بهبود کارایی این لوله تهویه اقدام شود.

زمان دفع ندارد(۵). بنابراین پیشنهاد می‌گردد با دقت بیشتر در ساخت لوله تهویه پاریز از نظر طرح و قالب و از بین

منابع

1. Gates GA. Acute Otitis Media and Otitis Media With Effusion. In: Cummings CW. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 3rded. V.5. Newyork: Mosby , 1998: 461-74.
2. Gerald M. Mirko Tos; Ventilating Tubes For Middle Ear Effusion.V.1. London: English Otolaryngology, 1996: 1-15.
3. Wielinga EW, Smyth GD. Comparison of the Goode T- Tube With the Armstrong Tube in Children with Chronic Otitis Media With Effusion. Otolaryngol 1990: 104 (8): 608-10.
4. Weigel MT, Parker My, Goldsmith MM, etal. A Prospective Randomized Study of Four Commonly Used Tympanostomy Tubes. Laryngoscope 1989: 99(3): 252-5.
5. Gibb AG, Mackenzic IG. The Extrusion Rate of Grommets. Otolaryngol Head and Neck Surg 1985: 93(6): 695- 9.
6. سهیلی پور، س؛ اسماعیلی فر، م؛ اخوت، الف: مقایسه بازده درمانی لوله‌های تهویه ساخت ایران با مشابه خارجی آن در ۵۶ بیمار مبتلا به اتیت سروز گوش میانی. پژوهش در علوم پزشکی، ۱۳۷۷، سال ۳ شماره ۳، ۲۰۹-۲۰۷.

A Comparison of Extrusion Time of Ventilating Tube (pariz) with Imported v.t (Shepard) in Patients Affected with Chronic Serous Otitis

Gerami Matin H., Sobhani AR., Sedaghatnia R., Ghazanfar Tehrani M.

ABSTRACT

Otitis serous is a common disease in pediatrics and ENT which can be treated by various medical and surgical techniques. The traditional surgery treatment of this disease has been done by realation of middle ear cavity with myringotomy and insertion of ventilation tube in tympanic membrane. Since remaining time of ventilation tube in tympanic membrane has a direct effect on the tratment result, the present research has been done to compare the iranian ventilation tube with their imported semblable in aspect of time of extrusion after surgery.

Diagnosing chronic otitis serous, 80 patients below 14 yr. who were simply selected and confirmed by examine and bilateral B- type tympanogram . 160 ventilation tubes were inserted totally. Among of them, four patients were omitted, because of their absence. To compare remaining time of ventilation tubes we inserted imported V.T shepard, in right ear and iranian V.T. pariz, in left ear. This research was a clinical trial and T-Test was the statistics test which was used. The average time of tube extrusion of iranian V.T was 6.2 ± 1.6 months and for the other was 7.3 ± 1.5 ($p < 0.001$). The results showed that imported V.T was more effective and the iranian one in case of short time ventillation for middle ear in about one or two seasons can be utilized. It is imagin that the lower remain time of iranian V.t. pariz, versus the shepard was because of its design and existence of irregularity in its structure, which can be hopefully used effectively by solving its faults.

Key Words: Middle Ear Ventilation/ Otitis Media With Effusion