

Epidemiologic evaluation of deep neck infections among the hospitalized patients in Kashan Matini hospital (September 2006-August 2007)

Yeghane-Moghadam A¹, Farajipour H^{2*}, Haj-Jafari M³, Zahedi MR³, Tabatabaee B³

1- Department of ENT, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

2- Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

3- Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received May 4, 2011; Accepted May 9, 2012

Abstract:

Background: Deep neck infections are relatively common and appear in the vicinity of the great vessels, organs and mediastinum. The aim of this study was to determine the epidemiology of deep neck infections among the hospitalized patients in Kashan Matini hospital.

Materials and Methods: This cross-sectional study was carried out on patients hospitalized with the diagnosis of deep neck infections in Kashan Matini hospital from Sep 2006 to August 2007. Demographic data of the participants and the history and clinical findings of the disease were recorded using a questionnaire. Then to provide the smear, culture and antibiogram, the samples were taken from the infected area. Finally, the findings and treatment measures were recorded.

Results: Among the 66 participants (mean age: 34.48 ± 17.71), 27 (40.9%) were male and 39 female. The most common problems on admission were fever (70%), pain (67%), tenderness and dysphasia (52%), respectively. Regarding the etiology of the disease, the most common bacteria were mixed bacteria (39.39 %), anaerobic (33.33 %) and aerobic ones. Approximately two thirds of the patients underwent surgery had shorter lengths of hospital stay than the other patients ($P=0.0002$).

Conclusion: Pritonsilar and submandible abscess, the most common infections among the patients in this hospital, are mostly associated with the early stages of tonsil and pharynx infections as well as the improperly performed dental procedures.

Keyword: Neck infections, Tonsil, Mediastinum, Epidemiology

* Corresponding Author.

Email: farajipour_h@kaums.ac.ir

Tel: 0098 361 534 2020

Fax: 0098 361 534 2025

Conflict of Interests: **No**

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences July, 2012; Vol. 16, No 3, Pages 282-287

Please cite this article as: Yeghane-Moghadam A, Farajipour H, Haji-Jafari M, Zahedi MR, Tabatabaee B. Epidemiologic evaluation of deep neck infections among the hospitalized patients in Kashan Matini hospital (September 2006-August 2007). *Feyz* 2012; 16(3): 282-7.

بررسی اپیدمیولوژیک عفونت‌های عمقی گردن در بیماران بستری در بیمارستان متینی کاشان از مهرماه ۱۳۸۵ لغایت مهرماه ۱۳۸۶

احمد یگانه مقدم^۱، حسن فرجی پور^{۲*}، محمد حاجی جعفری^۳، محمدرضا زاهدی^۴، بتول طباطبایی^۴

خلاصه:

سابقه و هدف: عفونت‌های عمقی گردن به نسبت شایع بوده و به علت مجاورت با عروق بزرگ، اندام حیاتی و مדיاستن با عوارض شدید و مرگ و میر قابل توجه همراه می‌باشد. هدف از این مطالعه تعیین اپیدمیولوژی عفونت‌های عمقی گردن در بیماران بستری در بیمارستان متینی کاشان از مهرماه ۱۳۸۵ لغایت مهرماه ۱۳۸۶ است.

مواد و روش‌ها: در این تحقیق مقطعی کلیه بیماران مبتلا به عفونت عمقی گردن بستری شده در بیمارستان متینی کاشان وارد مطالعه شدند. در پرسشنامه مربوط ابتدا مشخصات دموگرافیک بیمار، سابقه و علائم بیماری براساس یافته‌های بالینی ثبت شده، سپس جهت تهیه اسمیر، کشت و آنتی‌بیوگرام از کانون عفونت نمونه گرفته شد و نتایج آزمایشات و اقدامات درمانی ثبت شد.

نتایج: تعداد ۶۶ بیمار با تشخیص عفونت فضا‌های عمقی گردن بررسی شدند. از این تعداد ۴۰/۹ درصد مرد و مابقی زن بودند. سن بیماران $34/48 \pm 17/71$ سال بود. بیشترین علائم حین بستری تب (۷۰ درصد)، درد (۶۷ درصد)، تندی و دیسفاژی (حدود ۵۲ درصد) بود. از نظر اتیولوژی باکتری‌های مخلوط با ۳۹/۳۹ درصد در رتبه اول، بی‌هوازی با ۳۳/۳۳ درصد در رتبه دوم و عوامل هوازی در رتبه سوم بودند. حدود دوسوم بیماران مورد جراحی قرار گرفتند. بیمارانی که مورد جراحی قرار گرفتند نسبت به سایر بیماران زمان بستری کمتری داشتند ($P=0/0002$).

نتیجه‌گیری: آسپه پری‌تانسیلر و ساب‌منتال بیشترین موارد عفونت فضا‌های گردنی در بیماران بستری در بیمارستان متینی کاشان را شامل شده و به‌طور معمول منشأ آن عفونت اولیه لوزه‌ها، فاریکس و دست‌کاری دندانپزشکی بود.

واژگان کلیدی: عفونت‌های گردن، لوزه، مדיاستن، اپیدمیولوژی

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره شانزدهم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۱، صفحات ۲۸۷-۲۸۲

مقدمه

در آمار مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا در سال ۱۹۹۴ تعداد بیماران مراجعه‌کننده در بخش‌های گوش و حلق و بینی ۸۰ میلیون نفر در سال اعلام شده است که از این میان یک‌شانزدهم آنها مربوط به عفونت‌های عمقی گردن بوده است [۴]. نکته مهم دیگر مرگ و میر بیماران مبتلا می‌باشد که محل درگیری و نوع جرم باکتری و درمان‌های مختلف و عوامل زمینه‌ای دیگر در تعیین آن نقش دارند. جرم‌های شایع در مطالعات مختلف بر حسب سن، جنس، سال مطالعه و محل مطالعه متفاوت بوده و استافیلوکوک آرنئوس، استرپتوکوک ویریدانس، ارگانیسم‌های بیولوژیک مانند باکتری‌ها و نیز مخلوطی از ارگانیسم‌ها عوامل شایع، گزارش شده‌اند [۵-۸]. از نظر فضا‌های درگیر در برخی مطالعات فضای تحت فکی شایع‌تر و در برخی دیگر فضای پری‌تانسیلر و پارافارنژ شایع‌تر بوده است [۶-۸]. شایع‌ترین علت عفونت‌های عمقی گردن در مطالعات مختلف متفاوت است. در کشورهای غربی، عفونت‌های لوزه و حلق علت شایع‌تر می‌باشد، ولی در ایران عفونت‌های ناشی از اعمال دندان‌پزشکی علت شایع‌تری بود است [۸، ۷]. با توجه به مرگ و میر بالای عفونت‌های عمقی گردن، پیشگیری از ایجاد این عفونت‌ها و درمان صحیح و به‌موقع آن می-

یکی از بیمارهای تهدیدگر حیات در ناحیه سر و گردن عفونت‌های عمقی گردن می‌باشد که با میزان قابل توجهی از مرگ و میر همراه است. اهمیت عفونت‌های عمقی گردن به دلیل وجود عناصر مهم حیاتی در گردن مانند غلاف کاروتید، و ارتباط فضای این ناحیه با مדיاستن است، که با احتمال گسترش عفونت به خون و یا مדיاستن همراه است [۲، ۱]. عفونت‌های عمقی گردن به کلیه عفونت‌های فضای گردن شامل ساب‌مندیولار، فضای خلفی حلق و فضای جانبی حلق اطلاق می‌شود [۲]. در ایالات متحده سالانه ۵ میلیون نفر به علت عفونت‌های عمقی گردن تحت درمان قرار می‌گیرند [۳].

^۱ استادیار، گروه گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۲ استادیار، گروه چشم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۳ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۴ کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* نشانی نویسنده مسئول:

کاشان، خیابان امیر کبیر، بیمارستان متینی

تلفن: ۰۳۶۱ ۵۳۴۲۰۲۰ | دورنویس: ۰۳۶۱ ۵۳۴۲۰۲۵

پست الکترونیک: farajipoor_h@kaums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۱۴ | تاریخ پذیرش نهایی: ۹۱/۲/۲۰

تواند از بروز عوارض کوتاه مدت و دراز مدت جلوگیری نماید. از طرفی مطالعه مشابه در این منطقه انجام نشده است و یا مدت زمان زیادی از انجام آن می‌گذرد و وضعیت اپیدمیولوژیک فعلی بیماری مشخص نمی‌باشد. لذا، باتوجه به اهمیت عفونت‌های عمقی گردن و شناخت عوامل مرتبط با آن و به‌منظور بررسی اپیدمیولوژی عفونت‌های عمقی گردن در بیماران بستری در بیمارستان متینی کاشان از مهرماه ۱۳۸۵ تا مهرماه ۱۳۸۶ این مطالعه انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به‌روش مقطعی انجام شد. کلیه بیماران با تشخیص عفونت یا آبسه‌های عمقی گردن بستری شده در بخش ENT بیمارستان، وارد مطالعه شدند. اطلاعات دموگرافیک بیماران در پرسشنامه طراحی شده از قبل توسط پرستار آموزش دیده وارد گردید. قبل از شروع آنتی‌بیوتیک توسط پزشک متخصص از تمامی بیماران نمونه گرفته شده و جهت رنگ آمیزی و کشت و تعیین آنتی‌بیوگرام به آزمایشگاه ارسال گردید. سایر اطلاعات تخصصی شامل تشخیص و درمان توسط پزشک متخصص در پرسشنامه درج شد. در آزمایشگاه در شرایط استریل در اسرع وقت نمونه روی محیط Blood و EMB کشت داده شده و داخل جار بی-هوازی قرار داده شد. جار برای مدت ۲۴ ساعت داخل انکوباتور ۳۷ درجه قرار گرفت. اگر کلونی باکتری رشد نکرده بود، محیط-های کشت به‌مدت ۲۴ ساعت دیگر در جار و انکوباتور قرار داده شد. در صورت رشد باکتری، لام مستقیم از کلونی باکتری گرفته شده و رنگ آمیزی گرم انجام شد. در صورت وجود کوکوباسیل گرم منفی، آنتی‌بیوگرام و IMVIC هم‌زمان جهت شناسایی نوع باکتری انجام گردید و در صورت وجود کوکوس گرم مثبت آزمون‌های افتراقی جهت شناسایی استرپتوکوک از استافیلوکوک انجام شد. در صورت وجود استافیلوکوک، تست کوآگولاز جهت تشخیص استافیلوکوک اورئوس از بقیه استافیلوکوکوس‌ها انجام شد. اگر استرپتوکوکوس وجود داشت، آزمون‌های افتراقی اپتوچین و باسیتراسین جهت تشخیص استرپتوکوکوس پیوژنز از بقیه استرپتوکوکوس‌ها انجام می‌گردید. برای آنتروباکتریاسه یا استافیلوکوکوس از محیط مولر و برای استرپتوکوکوس از محیط بلاد استفاده شد. از مقدار دیگری از نمونه ارسالی جهت کشت روی محیط SC جهت تشخیص انواع قارچ‌ها استفاده گردید. محیط کشت به‌مدت ۱ تا ۳ هفته در محیط آزمایشگاه نگهداری شده و در صورت مشاهده شدن کلونی روی محیط کشت SC بعد از مدت سپری شده، مقداری از کلونی را در محلول لاکتوفنول کاتن بلو حل کرده، روی لام قرار داده و زیر میکروسکوپ دیده

شد تا نوع اسپور و مسیلیوم قارچ تشخیص داده شود. از مقدار دیگری از نمونه ارسالی روی یک عدد لام میکروسکوپی اسمیر تهیه شد تا در محیط آزمایشگاه خشک شود. سپس لام را روی شعله فیکس کرده، با رنگ آمیزی گرم رنگ شد. (رنگ‌های کریستال ویوله، لوگل، فوشین) بعد از خشک شدن لام با عدسی ۱۰۰ روغنی در زیر میکروسکوپ مورد بررسی قرار گرفت. در لام مستقیم وجود PMN، مخمر، باکتری گرم مثبت و منفی (کوکوس یا باسیل)، اسپور قارچ، مسیلیوم و غیره بررسی شد. در جواب‌دهی نهایی، کشت بی‌هوازی باکتری، لام مستقیم، لام قارچ و کشت قارچ گزارش شد. در صورت وجود باکتری آنتی‌بیوگرام نیز گزارش شد. این اطلاعات به‌صورت جداگانه در پرسشنامه ثبت و وارد کامپیوتر شد. داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS و Excel کدهی و طبقه‌بندی شد. برای آنالیز داده‌ها از نرم‌افزار SPSS آزمون‌های آماری t مستقل و مجذور کای استفاده شد.

نتایج

در مدت انجام طرح از تعداد ۲۸۷۴ بیمار بستری شده در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان متینی کاشان، تعداد ۶۶ بیمار با تشخیص عفونت فضا‌های عمقی گردن بودند. از این تعداد ۲۷ نفر (۴۰/۹ درصد) مرد و ۳۹ نفر (۵۹/۱ درصد) زن بودند. میانگین سن بیماران $34/48 \pm 17/71$ سال بود. کمترین آن ۳ سال و بیشترین آن ۷۸ سال بود و از نظر سن اختلاف معنی‌داری میان مردان و زنان مبتلا دیده نشد. توزیع فراوانی گروه‌های سنی بیماران مبتلا به عفونت عمقی گردن در جدول شماره ۱ آورده شده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود گروه سنی ۲۶-۴۰ سال بیشترین فراوانی را داشته و گروه‌های سنی ۶۰-۴۱ و ۲۵-۱۶ سال در رتبه‌های بعدی هستند. فراوانی محل عفونت عمقی گردن در جدول شماره ۲ آورده شده است. ملاحظه می‌شود عفونت پری‌تانسیلر با $28/78$ درصد بیشترین فراوانی و عفونت‌های ساب‌ماندیل، ساب‌متال و رتروفارنژ در رتبه‌های بعدی قرار دارند. مدت درمان بیماران دارای عفونت عمقی گردن ۳۶ نفر (۵۴/۵ درصد) از بیماران حداکثر تا یک هفته در بخش بستری بودند و ۳۰ نفر (۴۵/۵ درصد) از بیماران ظرف ۴۸ ساعت اول ترخیص شدند و هیچ‌کدام از بیماران بیش از یک هفته بستری نبودند. میانگین تعداد روزهای بستری بیماران دارای عفونت عمقی گردن $3/5 \pm 1/8$ روز بود. از نظر نوع درمان، ۴۲ نفر از بیماران جراحی شدند و مابقی تحت درمان طبی قرار گرفتند. در بررسی مدت زمان بستری بر حسب نوع درمان بیمارانی که مورد جراحی قرار گرفته‌اند، $2/3 \pm 1/7$ روز و بیماران با درمان طبی $4/1 \pm 1/9$ روز بستری بودند ($P=0/0002$).

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به عفونت عمقی گردن

بر حسب علل اولیه	
ماه	تعداد (درصد)
عفونت لوزه و فارنکس	۲۶ (۳۹/۳۹)
سیگار	۲۰ (۳۰/۳۰)
اعمال دندان‌پزشکی	۱۲ (۱۸/۱۸)
اعتیاد به مواد مخدر	۶ (۹/۰۹)
عفونت غدد بزاقی	۴ (۶/۰۶)
اعمال جراحی سر و گردن	۴ (۶/۰۶)
سایر علل	۶ (۹/۰۹)
بدون سابقه	۴ (۶/۰۶)

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به عفونت پری‌تانسیلر

بر حسب سابقه عفونت لوزه و فارنکس		
P	سابقه عفونت لوزه و فارنکس	
	ندارد (درصد)	دارد (درصد)
۰/۰۰۰۱	۱ (۱۰)	۶ (۵۷/۶)
	۳۶ (۹۰)	۱۱ (۴۲/۴)
۶۶	۴۰ (۱۰۰)	۲۶ (۱۰۰)

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به عفونت ساب-مندیبل و ساب‌منتال بر حسب سابقه اعمال دندان‌پزشکی

سابقه عمل دندان‌پزشکی		
P	سطوح متغیر عفونت	
	ندارد	دارد
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۰/۰۰۰۲	۶ (۱۱/۱)	۸ (۶۷)
	۴۸ (۸۸/۹)	۴ (۳۳)
	۵۴ (۱۰۰)	۱۲ (۱۰۰)
۰/۰۰۴	۵ (۹/۳)	۴ (۶۷)
	۴۹ (۹۰/۷)	۸ (۳۳)
	۵۴ (۱۰۰)	۱۲ (۱۰۰)

بحث

در مطالعه حاضر تعداد ۶۶ بیمار با تشخیص عفونت فضای گردنی بررسی شدند. این بیماران در مقایسه با تعداد بیماران مشابه در دوره مشابه قبل (۱۰۵ بیمار) کاهش قابل توجهی را نشان می‌دهند. در مقایسه با مطالعه اقتداری [۸] که ۲۵ درصد از بیماران در گروه اطفال زیر ۱۶ سال بوده و ۶۰ درصد میان‌سال و مابقی در سنین بالای ۶۰ سال بودند، مطالعه حاضر نشان داد در گروه اطفال تنها ۱۲ درصد بیماران قرار داشتند و حدود ۸۰ درصد بیماران در گروه‌های میان‌سال بودند که این اختلاف می‌تواند بیان‌گر پوشش درمانی مناسب و پیشرفت در تشخیص و درمان به‌موقع در گروه‌های سنی اطفال باشد. مطالعه حاضر نشان داد بیشترین عفونت

۶۶ بیمار تحت درمان همگی tap شدند. از ۳۱ نمونه (۴۶/۹۶ درصد) مایع و ترشحات آسپیره شد که مورد آزمایش قرار گرفت. در مجموع عوامل مخلوط با ۱۳ مورد (۴۱/۹ درصد) در رتبه اول، عوامل بی‌هوازی با ۱۱ مورد (۳۵/۵ درصد) در رتبه دوم و عوامل هوازی با ۷ مورد (۲۲/۶ درصد) در رتبه سوم بودند. علل اولیه ایجاد عفونت عمقی گردن در جدول شماره ۳ آورده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود سابقه عفونت لوزه و فارنکس، کشیدن سیگار و اعمال دندان‌پزشکی شایع‌ترین علل اولیه در بروز بیماری است. رابطه سابقه عفونت لوزه و فارنکس با عفونت پری-تانسیلر در جدول شماره ۴ آورده شده است. ملاحظه می‌شود که بیماران مبتلا به عفونت پری‌تانسیلر سابقه عفونت لوزه و فارنکس بیشتری داشته‌اند ($P=۰/۰۰۱$). بررسی رابطه سابقه اعمال دندان‌پزشکی با عفونت ساب‌ماندیبل و عفونت ساب‌منتال در جدول شماره ۵ ارائه گردیده است. همان‌طور که دیده می‌شود، عفونت ساب‌ماندیبل و عفونت ساب‌منتال هر دو با سابقه اعمال دندان‌پزشکی رابطه آماری معنی‌داری دارند (به ترتیب $P=۰/۰۰۰۲$ و $P=۰/۰۰۴$). در بررسی فراوانی علایم بیماران مبتلا به عفونت عمقی گردن بیشترین علایم عبارتند از تب (۷۰ درصد)، درد (۶۷ درصد)، تندرns و دیسفاژی (۵۲ درصد).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به عفونت عمقی گردن

بر حسب سن	
سن	تعداد (درصد)
۰-۱۵	۸ (۱۲/۲)
۱۶-۲۵	۱۰ (۱۵/۱۵)
۲۶-۴۰	۳۰ (۴۵/۴۵)
۴۱-۶۰	۱۴ (۲۱/۲۱)
> ۶۰	۴ (۶/۰۶)
جمع	۶۶ (۱۰۰)

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به عفونت عمقی گردن

بر حسب محل ضایعه	
محل ضایعه	تعداد (درصد)
پری‌تانسیلر	۱۹ (۲۸/۷۸)
ساب‌ماندیبولار	۱۴ (۲۱/۲۱)
ساب‌منتال	۹ (۱۳/۶۳)
رتروفارنژ	۸ (۱۲/۱۲)
ماستیکتور	۴ (۶/۰۶)
پارافارنژ	۴ (۶/۰۶)
پاروتید	۳ (۴/۵۴)
سایر	۵ (۷/۵۷)
جمع	۶۶ (۱۰۰)

عمقی گردن، عفونت پری تانسیلر می باشد و در رتبه بعد عفونت ساب مندیولار و ساب متال قرار دارد. این یافته با مطالعه Liu و همکاران [۷] و اقتداری و همکاران [۸] هم خوانی دارد. عفونت پری تانسیلر به دنبال عفونت تانسلیت و فارنژیت به وجود می آید و عدم درمان مناسب و کامل و در برخی موارد علی رغم درمان مناسب بیمار به سمت درگیری فضاهای اطراف لوزه ها شده و موجب پری تانسلیت می شود. یافته ها نشان داد که بیمارانی که سابقه عفونت لوزه و فارنکس داشته اند، به طور معنی داری بیشتر از سایرین مبتلا به عفونت پری تانسیلر شده اند. هم چنین، بالا بودن عفونت ساب مندییل و ساب متال نیز که توسط یافته مطالعه اقتداری [۸] و Liu [۷] تایید می شود، معمولا با دستکاری دندان های ملتهب و عفونی شده که در مداخلات دندان پزشکی شایع است، بیشتر دیده می شود. وجود عفونت دندان با یا بدون دستکاری منطقه می تواند منجر به عفونت و آبسه های فضاهای اطراف دندان شود که فضای ساب مندیولار و ساب متال از مکان های شایع می باشند [۸، ۷]. وجود ارتباط معنی دار عفونت ساب متال و ساب مندیولار با سابقه اعمال دندان پزشکی که در جدول شماره ۵ ملاحظه می شود تایید کننده این مطلب است. نتایج این مطالعه نشان داد که ۴۷ درصد بیماران در آسپیریشن از محل عفونت، مایع و ترشحات داشتند و مابقی ترشحاتی نداشتند؛ گرچه این موضوع در مطالعات مشابه مورد اشاره قرار نگرفته، اما می تواند به نوعی وجود درمان های با طیف گسترده و زود هنگام در این بیماران را در مراحل قبل از ایجاد آبسه مطرح نماید. سیر ایجاد آبسه بعد از کاشته شدن باکتری، سلولیت و سپس تجمع چرک و تشکیل آبسه است. چنانچه بیمار در مرحله سلولیت ویزیت شود یا در این مرحله تحت درمان قرار گیرد، در مواردی از ایجاد آبسه پیشگیری می کند و در آسپیریشن، مایع یا ترشحات وجود نخواهد داشت. نکته ای را نیز باید متذکر شد که برخی بیماری های غیر عفونی نیز می تواند علائم عفونت را تقلید کنند که پزشک را می تواند در تشخیص دچار اشتباه نمایند که این موارد نادر بوده و مجموعه علائم و آزمایشات تکمیلی از بیمار، پزشک را در تشخیص صحیح یاری می نماید که در طرح جاری نیز این مورد در نظر گرفته شده بود و تشخیص بیماری با آزمایشات پاراکلینیکی و در موارد لازم با تصویر برداری تایید شده بود. از بیمارانی که در آسپیریشن آنها ترشحات وجود داشت شایع ترین عوامل باکتری جدا شده، باکتری های Mix هوازی و بی هوازی و در رتبه بعد باکتری های بی هوازی و در رتبه بعد باکتریایی جدا شده مختلف گزارش شده است. در مطالعه اقتداری و همکاران [۸] جرم های بی هوازی شایع تر و جرم-

های مخلوط در رتبه بعدی بودند. اگرچه در مطالعه Brook [۹] جرم های بی هوازی شایع تر گزارش شد، ولی در مطالعه Liu و همکاران [۷] و Coticchia و همکاران [۱۰] عوامل مخلوط شایع تر گزارش شده است. تفاوت در شیوع جرم های جدا شده در مطالعات مختلف می تواند ناشی از زمان مطالعه و گروه های مورد بررسی باشد. آنتی بیوتیک های مورد استفاده و علل اولیه بروز عفونت نیز در نوع جرم شایع دخالت دارند. هم چنین، مطالعه حاضر نشان داد که ۶۳/۶۳ درصد بیماران برای درمان جراحی شدند و مابقی تنها درمان طبی گرفته بودند و برای تمامی بیماران آنتی بیوتیک وسیع الطیف تجویز شده بود. به علاوه، هیچ موردی از عارضه در مطالعه حاضر مشاهده نشد. در مطالعه Brook [۹] نیز ذکر شده است تمامی مواردی که آبسه به دنبال عفونت مسجل شد درناژ جراحی انجام شده بود. در مطالعه حاضر نیز نشان داده شد که در آسپیریشن ۴۷ درصد بیماران ترشحات چرکی آسپیره شده بود که همگی جراحی شده بودند و مابقی نیز با توجه به شرایط بیمار و عدم جواب به درمان های طبی درناژ جراحی شدند. مطالعه حاضر نشان داد زمان بستری بیماران $3/5 \pm 1/8$ روز بود. مدت زمان بستری که از مطالعه Liu و همکاران [۷] $7/9$ روز کمتر و مشابه مدت زمان بستری در مطالعه Coticchia و همکاران [۱۰] $4/1$ روز بود. مدت بستری در بیماران عفونی با تشخیص به موقع و انتخاب درمان صحیح و استفاده بجا از آنتی بیوتیک مرتبط است. از طرفی با عرضه آنتی بیوتیک های وسیع الطیف و امکان استفاده سرپایی و خوراکی از این آنتی بیوتیک ها امکان ادامه درمان پس از پایداری شرایط بیمار در منزل وجود دارد؛ لذا مطالعات اخیر نسبت به مطالعات قبلی زمان بستری کاهش یافته است و از طرفی مطالعه نشان داد بیمارانی که عمل جراحی شده بودند، به طور معنی داری مدت زمان بستری کمتری نسبت به درمان طبی تنها داشتند که خود نشان دهنده اهمیت جراحی و نقش درناژ ترشحات موجود در آبسه در سیر بهبودی بیماران است. در مواردی که آبسه تشکیل می شود، سیستم دفاعی بدن به دلیل عدم توانایی از بین بردن عفونت به ناچار به محدود کردن بافت عفونی و ایجاد دیواره به دور محل عفونت می شود تا از این طریق از گسترش عفونت جلوگیری کند و به دلیل تشکیل این دیواره محکم امکان نفوذ آنتی بیوتیک به کانون عفونی کاهش یافته و به ناچار می بایست از طریق جراحی این ترشحات خارج گردد. مطالعه حاضر نشان داد بیشترین علائم بیماران در حین مراجعه به ترتیب تب، درد و تندرئس، دیسفاژی، دیسپنه و توده بود، و این در حالی بود که در مطالعه Coticchia و همکاران [۱۰] ترتیب علائم عبارت بودند از توده گردنی، تب، آدنوپاتی، دیسفاژی و سفتی گردن و در

عفونت‌های ثانویه تبدیل نشوند. در موارد اعمال دندان‌پزشکی قبل از هرگونه دست‌کاری دندان‌ها، اطمینان از عفونی نبودن محل مداخله و در صورت وجود علائم عفونت به تأخیر انداختن خدمات دندان‌پزشکی ضروری است و می‌بایست تمام گروه‌های درمانی رعایت نمایند. مطالعه حاضر عفونت‌های مخلوط را مسئول بیشتر بیماری نشان داد. شناخت این عوامل عفونی برای انتخاب صحیح درمان لازم و ضروری است. به‌طور معمول در شروع درمان وسیع الطیف بیماری پوشش عوامل هوازی و بی‌هوازی ضروری خواهد بود. هم‌چنین، تحقیق نقش جراحی در بهبود سریع‌تر بیماری را نشان داد. لذا، توصیه می‌شود در مواردی که بیمار با توده مشکوک آبسه مراجعه می‌کند و اندیکاسیون‌های جراحی را دارا می‌باشد، جراحی در اسرع وقت انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

از ریاست و کلیه همکاران متخصص گوش و حلق و بینی بیمارستان که در اجرای طرح ما را یاری نمودند و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه به‌خاطر تأمین بودجه طرح شماره ۸۵۳۷ تشکر و تقدیر به‌عمل می‌آید.

References:

- [1] Crespo AN, Chone CT, Fonseca AS, Montenegro MC, Pereira R, Milani JA. Clinical versus computed tomography evaluation in the diagnosis and management of deep neck infection. *Sao Paulo Med J* 2004; 122(6): 259-63.
- [2] Bakir S, Tanriverdi MH, Gün R, Yorgancilar AE, Yildirim M, Tekbaş G, et al. Deep neck space infections: a retrospective review of 173 cases. *Am J Otolaryngology* 2012; 33(1): 56-63.
- [3] Georg H, Zalzal Robin T. Cotton: Pharyngitis & Adenotonsillar Disease chapter 68. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2nd ed. Mosby- year Book, Inc; 1992.
- [4] Ridder GJ, Technau-Ihling K, Sander A, Boedeker CC. Spectrum and management of deep neck space infections: an 8-year experience of 234 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 133(5): 709-14.
- [5] Philpott CM, Selvadurai D, Banerjee AR.

مطالعه Liu و همکاران [۷] تب و دیس‌فاژی شایع‌ترین علائم بودند که مشابه مطالعه حاضر است. این اختلاف در علائم بیماران می‌تواند ناشی از اختلاف در بیان و فهم بیماران به‌دلیل تفاوت‌های فرهنگی و آموزه‌های سلامتی در جوامع باشد و پاره‌ای نیز به‌دلیل تفاوت در زمان مراجعه و نوع درمان‌های دریافت شده تا ویزیت تخصص و بستری در بیمارستان باشد.

نتیجه‌گیری

آبسه پری‌تانسیلر و ساب‌منتال بیشترین موارد عفونت فضاهای گردنی را شامل می‌شود. باتوجه به اهمیت آبسه‌های گردنی و امکان دست‌اندازی و گسترش عفونت به فضاهای حیاتی دیگر، تشخیص درست و شروع درمان به‌موقع را می‌طلبد. عفونت پری‌تانسیلر علامت اختصاصی نداشته و در شروع بیماری، بیمار با علائم عمومی مراجعه می‌کند، لذا بایستی آن را در نظر گرفته و در صورت شک، بیمار ارجاع تخصصی شود. از طرفی بالا بودن عفونت پری‌تانسیلر و ساب‌منتال که به‌طور معمول منشأ آن عفونت اولیه لوزه‌ها، حلق و دست‌کاری دندان‌پزشکی است، ضرورت درمان صحیح این عفونت‌های اولیه را نشان می‌دهد تا به آبسه و

- Paediatric retropharyngeal abscess. *J Laryngol Otol* 2004; 118(12): 919-26.
- [6] Wang LF, Kuo WR, Lin CS, Lee KW, Huang KJ. Space infection of the head and neck. *Kaohsiung J Med Sci* 2002; 18(8): 386-92.
 - [7] Liu CH, Lin CD, Cheng YK, Lin HC, Tsai MH. Deep neck infections in children. *Acta Paediatr Taiwan* 2004; 45(5): 263.
 - [8] Eghtedari F, Ghaedi M, Alborzi A, Obudi B. Bacteriological Findings abscesses of the head and neck region in 40 patients. *J Med Council I.R. Iran* 2001; 19(1): 5-10. [in Persian]
 - [9] Brook I. Microbiology and management of peritonsillar, retropharyngeal, parapharyngeal abscesses. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62(12): 1545-50.
 - [10] Coticchia JM, Getnick GS, Yun RD, Arnold JE. Age-, site-, and time-specific differences in pediatric deep neck abscesses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130(2): 201-7.