شیوع کلامیدیاتراکوماتیس وعوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به بیماری التهابی لگن مراجعه کننده به بیمارستان دکتر شبیه خوانی کاشان سال ۱۳۷۹

دکتر زهره طبسی [۱] ،دکتر ناصر بادامی [۲] ،دکتر مریم عطابخشی [۱] ،
سیدغلامعباس موسوی [۳] ،ناهید سرافراز [۴]

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شایع بودن کلامیدیاتراکوماتیس (CT) و عوارض شناخته شده آن و نظر به این که تشخیص بیماری گران و نیازمند امکانات می باشد و شیوع آن در منطقه کاشان نامشخص بود ،از این رو ،به منظور تعیین شیوع CT در بیماران مبتلا به بیماری التهاب لگن(PID) این تحقیق صورت پذیرفت.

مواد و روشها: این پژوهش به صورت توصیفی در ۳۲۳ نمونه انجام گرفت .پس از تشخیص PID بر اساس شرح حال و معاینه بالینی نمونه آندوسرویکس با سواب برداشته شد و نمونه ها به روش Fluorcent Antibody Dir آزمایش شدند .

همچنین در مصاحبه با بیمار اطلاعاتی شامل سن ،تعداد زایمان ،روش جلوگیری از حاملگی و سایر متغیرها ثبت گردیدند و شیوع در نمونه های تعیین شده در جامعه برآورد شد .

یافته ها : در این پژوهش در ۳۲۳ خانم مبتلا به PID ،۳۳ نفر (۱۰/۲ درصد) عفونت کلامیدیایی داشتند .

این عفونت با افزایش سن شروع فعالیت جنسی ،کاهش تعداد مقاربت در هفته ،تولی پاریتی و بالا بودن سطح تحصیلات ارتباط معکوس داشت .در رابطه با روش های جلوگیری از بارداری ،استفاده از کاندوم و قرص های جلوگیری از بارداری شیوع عفونت را کاهش می داد .افراد مبتلا به PID کلامیدیایی دیسمنوره و دیسپارونی بیشتری داشتند اما رابطه معنی داری بین عفونت کلامیدیایی و اختلالات خون ریزی رحمی و دیزوری دیده نشد. بیماران با هیپربروفی واکتوپی سرویکس بیشتر مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند .

نتیجه گیری و توصیه ها: CT در PID منطقه مساله جدی نیست اما با توجه به عوارض آن ،انجام تحقیق تحلیلی برای شناخت علل به وجود آورنده و تحقیق تجربی برای کاهش بیماری را توصیه می نماید .

واژگان کلیدی: PID - کلامیدیاتراکوماتیس

۱ -دانشگاه علوم پزشکی کاشان - گروه زنان و زایمان
۲ -دانشگاه علوم پزشکی تهران - دانشکده بهداشت
۳ -دانشگاه علوم پزشکی کاشان - دانشکده بهداشت
۴ -دانشگاه علوم پزشکی کاشان - دانشکده پرستاری و مامایی

مقدمه:

بیماری التهابی لگن Pelvic) PID Inflamatory Disease)یک تشخیص بالینی است و دلالت بر این دارد که بیمار دچار عفونت و التهاب دستگاه تناسلی فوقانی شده است (۱) . بیشتر عفونتهای لگنی با میکروارگانیسم هایی رخ می دهد که از سرویکس بالا می روند ،از آندومتر گذشته و به لوله های رحمی می رسند (۳،۲) .در اکثر موارد PID ناشی از یک عفونت جند میکروبی است (۲) .میکروارگانیسم های فلور طبیعی دستگاه تناسلی تحتانی (هوازی و بی هوازی) و میکروارگانیسم منتقله از راه جنسی (کلامیدیاتراکوماتیس و نایسر یا گونوره) هر دو در ایجاد PID دخالت دارند(۳) .

کلامیدیاتراکوماتیس CT(Clamidia Trachomatis) شایعترین میکروارگانیسم انتقال شونده از راه تماس جنسی در آمریکا می باشد (۳) به صورتی که آن را از ٤٧ – ٢٢ درصد خانم های مبتلا به PID جدا کرده اند (۲) .چون شیوع PID کلامیدیایی از حداقل ۲۲درصد درصد تا حداکثر ٤٧ درصد متغیر می باشد (۲) و از شیوع در منطقه اطلاعی در دسترس نیست ،از این رو ، به منظور تعیین شیوع CT در بیماران PID این تحقیق در بیمارستان شبیه خوانی کاشان از خرداد تا آذر ۷۹ انجام گرفت .عدم درمان یا درمان نا موفق بیماری ممکن است آنها را در معرض عوارض جدی مثل : نازایی ، حاملگی خارج رحمی ،درد مزمن لگنی و عود بیماری قرار دهد و حتی باعث مرگ بیمار شود (۳،۲) .قطعی ترین راه تشخیص کلامیدیا کشت میکروارگانیسم درمحیط کشت سلولی MC coy است ولی چون پرهزینه و وقت گیر است از روش های جدید از جمله Direct Flurocrnt Antibody (DFA) استفاده می شود که حساسیت ۹۰ – ۸۰ درصد داشته و ۹۹ – ۹۸ درصد اختصاصی است (٤) .

مواد و روشها:

پژوهش حاضربه صورت توصیفی(Describtive) بر روی ۳۲۳ بیمار مبتلا به PID انجام گرفت .این تعداد با توجه به حجم نمونه درتحقیقات مشابه که از حداقل ۲۲ درصد تا حداکثر ٤٧ درصد متغیر بود. حاصل گردید(۲). شرایط ورود نمونه به طرح متاهل ،ایرانی در گروه سنی بین ٤٥ – ١٥ سال وعدم استفاده از آنتی بیوتیک در یک ماه گذشته بود .ابتدا بیماری که با شکایت درد پایین شکم وترشح واژینال مراجعه می کند ،توسط دستیاز زنان تحت نظر متخصص زنان معاینه می شود ،ضمن تشخیص PID بر اساس شرح حال و معاینه بالینی (تندرنس رحم و ضمایم ،دردناک بودن سرویکس در موقع حرکت دادن و مشاهده سرویسیت موکوسی و چرکی) که بایستی ۳ علامت از علایم فوق موجود بود و به عنوان فرد مبتلا به PID تلقی شدند .ترشحات سرویکس با پنبه استریل پاک شده با سواپ نوک پنبه ای از عمق ۲ – ۱ سانتی متری آندوسرویکس نمونه برداشته شده و به عرض ۸-٦ میلی متر روی لامی که از قبل در آب جوشانده و با الکل تمیز شده است ،کشیده می گردد و با استن ثابت می شد .نمونه ها در یخچال نگهداری گردیده و جهت آزمایش به روش DFA به آزمایشگاه دانشکده بهداشت دانشگاه تهران فرستاده شدند و توسط متخصص میکروبیولوژی ازنظر وجود کلامیدیا بررسی گردید .اطلاعات مربوط به بیماری و

اطلاعات زمینه ای و فردی بیمار گرفته و در پرسش نامه شامل تحصیلات و علایم بیماری ثبت می شد .و بدین ترتیب شیوع کلامیدیا درنمونه ها تعیین و با احتمال ۹۵ درصد در جامعه برآورد گردید .

یافته‌ها

در ۳۲۳ فرد مورد بررسی ،سن بیماران ۴۵-۱۵ سال بود و فراوانی CT در بیماران مبتلا به PID ۳۳ نفر (۱۰/۲درصد) بود .با توجه به این ،میزان شیوع واقعی در نمونه های مورد بررسی با احتمال ۹۵ درصد میزان خطای ۵ درصد در جامعه از حداقل ۷ ئ حداکثر ۱۳/۵ درصد برآورد می نماید. یک سوم بیماران مبتلا به PID سن کمتر از ۲۵ سال داشتند و از این عرده ۱۳/۸ درصد مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند. ۵/۱ درصد بیماران بالاتر از ۳۵ سال عفونت کلامیدیایی داشتند .۸۷/۹ درصد بیماران با PID کلامیدیایی سن شروع فعالیت جنسی کمتر از ۲۰ سال داشته و هیچ یک سن شروع فعالیت جنس بیشتر از ۲۴ سال نداشتند .از ۴۳ بیمار مبتلا به PID که هیچ یک روش جلوگیری از بارداری نداشتند، ۱۴ درصد و بیمارانی که از روش منقطع ، وازکتومی، بستن لوله های رحمی ،PID و قرص استفاده می کردند به ترتیب ۱۳/۷،۱۲/۵،۹/۷،۱۰/۳و ۶/۱ درصد عفونت کلامیدیایی داشته و هیچ کدام از بیمارانی که از کاندوم استفاده می کردند ، آلودگی با کلامیدیا نداشتند .۱۱درصد بیماران شهری و ۸/۷ درصد بیماران روستایی مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند .از ۶۰ نولی پار ،۱۳/۱ درصد و از ۶۸ بیمار با ۴ زایمان و بیشتر ،۲/۹ درصد عفونت کلامیدیایی داشتند .هیچ یک از ۲۷ نفر بیماری که کمتر از یک بار در هفته مقاربت جنسی داشتند و آلوده به کلامیدیا نبودند .بیمارانی که بیش از ۴ بار در هفته مقاربت جنسی داشتند ،۲۵ درصد آلوده بودند .از ۲۲۱ بیماری که فقط سرویسیت موکوسی چرکی (MPC) داشتند ۶/۴ درصد و از ۶۰ بیماری که سرویکس شکننده داشتند ،۷/۶ درصد و از ۲۲ بیمار مبتلا به هیپرتروفی و اکتوپی سرویکس به همراه MPC ،۵۹ درصد عفونت کلامیدیایی داشتند. از ۱۵۱ بیمار با تحصیلات ابتدایی ،۱۳/۹ درصد مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند ولی این عفونت درهیچ یک از بیماران با تحصیلات بالاتر از دیپلم دیده نشد. در ۳۳ بیمار مبتلا به PID کلامیدیایی ،۳۳/۳ درصد دیسپارونی و ۳۶/۶ درصد خون ریزی نامرتب رحمی داشتند و از ۲۹۰ بیمار با PID غیر کلامیدیایی ،۲۲/۵ درصد دیزوری ،۵۵/۲درصد دیسمنوره ،۴۱/۷ درصد دیسپارونی و ۳۱ درصد خون ریزی نامرتب رحمی داشتند .از ۱۷ بیمار نازا ،۱۱/۸ درصد واز ۳۰۶ بیمار بدون نازایی ،۱۰/۱ درصد عفونت کلامیدیایی داشتند .

بحث

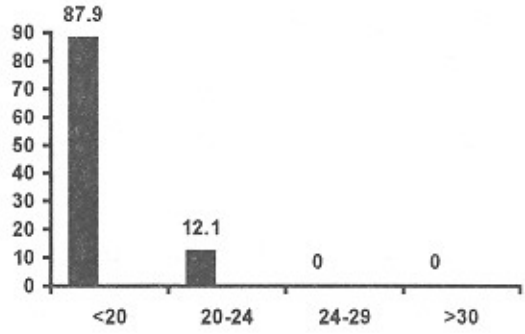
پژوهش نشان داد که میزان فراوانی CT در بیماران مبتلابه PID ۱۰/۲درصداست.درمطالعه ای که توسط Shirkhand در سال ۱۹۹۵ در سنگاپور بر ریو ۲۳۷ خانم مبتلا به PID به عمل آمد ، ۳۳ درصد بیماران از نظر CT مثبت بودند(۵) .و در مطالعه ای که توسط Chadhry در سال ۱۹۹۷ در هندوستان بر روی ۴۶ خانم مبتلا به PID انجام گرفت ،۴۵/۶ درصد از نظر کلامیدیا مثبت بودند(۶) .سایر مطالعات فراوانی CT دربیماران مبتلا به PID را ۴۷-۲۲ درصد

(۲) و ۵۰-۳۰ درصد (۳) ذکر کرده اند .دلیل این گوناگونی در آمار می تواند وابسته به عواملی مثل محل جغرافیایی ،روش جلوگیری از بارداری و عدم وجود شریک های جنسی متعدد به دلیل رعایت موازین شرعی باشد .۱۳/۸ درصد بیماران زیر ۲۵ سال مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند و با افزایش سن ، کاهش در میزان ابتلا دیده می شود به گونه ای که در بیماران بالای ۳۵ سال ،۵/۱ درصد بود منابع علمی نیز معتقدند که PID کلامیدیایی بیشتر در جوانان زیر ۲۵ سال شیوع دارد (۲) .مطالعه Warszawski در سال ۱۹۹۹ در پاریس و مطالعه Passey در سال ۱۹۹۸ در گینه جدید نیز سن کمتر از ۲۵ سال را از عوامل خطر برای عفونت کلامیدیایی برشمردند(۸،۷) (جدول ۱) .

جدول ۱ – توزیع فراوانی کلامیدیاتراکوماتیس در بیماران مبتلا به PID برحسب سن بیمار.

کلامیدیا / سن بیمار(سال)	مثبت		منفی		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کمتر از ۲۵ سال	۱۵	۱۳/۸	۹٤	۸٦/۲	۱۰۹	۳۳/۷
۲۵-۲۹	۸	۱۱/٦	٦۱	۸۸/٤	٦۹	۲۱/۷
۳۰-۳٤	٦	۹/۱	٦۰	۹۰/۹	٦٦	۲۰/٤
۳۵	٤	۵/۱	۷۵	۹٤/۹	۷۹	۲٤/۵
جمع	۳۳	۱۰/۲	۲۹۰	۸۹/۸	۳۲۳	۱۰۰

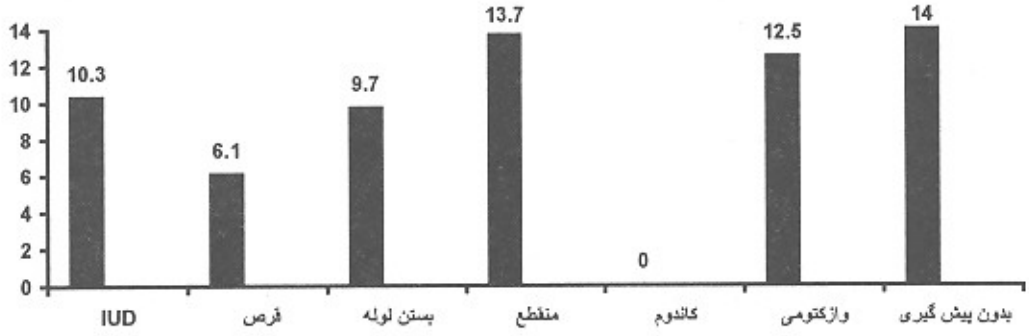
از ۳۲۳ بیمارمبتلا به PID ،۷٤/٦ درصد سن شروع فعالیت جنسی کمتر از ۲۰ سال داشتند . ۸۷/۹ درصد بیمارانی که سن شروع فعالیت جنسی کمتر از ۲۰ سال داشتند مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند و هیچ یک از مبتلایان به PID کلامیدیایی سن شروع فعالیت جنسی بیشتر از۲٤سال نداشتند .سن پایین هنگام شروع فعالیت نسبی از عوامل خطر مهم در افزایش ابتلا به PID است (نمودار ۱)(۲) .



نمودار ۱- توزیع فراوانی CT در بیماران مبتلا به PID برحسب سن شروع فعالیت جنسی

در این پژوهش نتایج حاصل از بررسی ،روش جلوگیری از باداری نشان می دهد هیچ یک از بیمارانی که از کاندوم استفاده می کردند به PID کلامیدیایی مبتلا نبودند ،در مقابل در ۵۰ بیماری که از هیچ روش جلوگیری از بارداری استفاده نمی کردند ،۱٤ درصد و در بیمارانی که از روش منقطع استفاده می کردند ، ۱۳/۷ درصد مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند که نشان دهنده اثر پیش گیری کننده کاندوم از عفونت کلامیدیایی است (p=۰/۰۰۹٤) .در مطالعه Luo در سال ۱۹۹۹ در چین در قومی که از کاندوم استفاده نمی کردند ، عفونت تناسلی زنان با CT ،۲۷/۵ درصد بود(۹) . در مطالعه ای Grearsas در سال ۱۹۹۷ نیز هیچ کدام از خانم هایی که از کاندوم استفاده نمی کردند مبتلا به عفونت کلامیدیایی نبودند (۱۰) .در این پژوهش از ۳۹ بیماری که از IUD استفاده می کردند ، ۱۰/۳ درصد مبتلا به PID کلامیدیایی

بودند که در مقایسه با افراد بدون روش جلوگیری از بارداری ، افزایشی در میزان عفونت کلامیدیایی نداشتند .در مطالعه ای که توسط Khomassuridze در سال ۱۹۹۷ به عمل آمد ، پیگیری ۶۲۰ خانم بعد از جایگذاری IUD در افزایش PID کاست(۱۱). عفونت زودهنگام ناشی از جایگذاری IUD ،به طور عمده ناشی از فلور طبیعی واژن و سرویکس و بیشتر به دلیل باکتری های بی هوازی است (۱۲). و پس از گذشت ۲۰ روز از جایگذاری خطر ابتلا به PID بسیار نادر است (۱۳) .در مطالعه انجام شده از ۳۳ بیمار که قرص جلوگیری از بارداری استفاده می کردند ،تنها ۶/۱ درصد مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند که بعد از روش استفاده از کاندوم ،کمترین مبتلایان به PID کلامیدیایی در این دسته بود . قرص های جلوگیری از بارداری ، علی رغم افزایش عفونت دستگاه تناسلی تحتانی با CT ، عفونت دستگاه تناسلی فوقانی را کاهش می دهند (۱۲،۳) (نمودار۲) .



نمودار ۲- توزیع فراوانی CT در بیماران مبتلا به PID بر حسب روش جلوگیری از بارداری

در پژوهش به عمل آمده ،۱۱ درصد بیماران شهری و ۸/۷ درصد بیماران روستایی به عفونت کلامیدیایی مبتلا بوند (P=۰/۳۲۹۱) .منابع علمی نیز معتقدند عفونت کلامیدیایی بیشتر در مناطق جغرافیایی با جمعیت گوناگون شایع است(۳) .در پژوهش انجام گرفته ،در بیماران نولی پار ۱۳/۱ درصد و در بیماران با ٤ زایمان و بیشتر تنها ۲/۹ درصد PID کلامیدیایی وجود داشت (P=۰/۲۵۸۷). عفونت کلامیدیایی در زنانی که تا به حال زایمان نکرده اند ،شایعترین است (۳،۲) . در مطالعه Passey در سال ۱۹۹۸ در گینه جدید کمتر از ٤ زایمان را به عنوان عامل خطر ابتلا به عفونت سالمونلایی ذکر کرد (۸) .در این پژوهش ۲۵ درصد بیمارانی که بیش از ٤ هفته بار در هفته مقاربت جنسی داشتند ،مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند و هیچ یک از بیماران با کمتر از یک بار در هفته مقاربت مبتلا نبودند (p=۰/۰۹۱۵) .CT یکی از عوامل PID است که از طریق جنسی منتقل میشود (۳،۲) و تعداد مقاربت می توان عامل افزایش عفونت کلامیدیایی باشد .در پژوهش به عمل آمده در بیمارانی فقط MPC داشتند ،۷/۶ درصد و بیمارانی که اکتوپی هیپرتروفی سرویکس به همراه MPC داشتند ،۵۹ درصد مبتلا به عفونت کلامیدیایی بودند (p< ۰/۰۰۰۱) .در بررسی Dowe در سال ۱۹۹۹ در جامائیکا و نیز سایر مطالعات اکتوپی سرویکس را از عوامل مستقل مربوط به عفونت کلامیدیایی برشمردند (۱٤،۳) (جدول ۲) .در این پژوهش از ۱۵۱ بیمار

با تحصیلات ابتدایی ،۱۳/۹ درصد مبتلا بـه PID کلامیدیایی بودند و با افزایـش مـیزان تحصیـلات کاهش در ابتدا دیده می شود به صورتی که از ۲۵ بیمار با تحصیلات بالاتر از دیپلم هیچ یک عفونـت کلامیدیایی نداشـتند .Luel در مطالعـه خـود در سال ۱۰۰۰در چیـن مـیزان تحصیـلات پـایین در رابطه با عفونت کلامیدیایی ذکر کرده اسـت (۹). در این بررسی ،دیزوری در ۳۳/۳ درصد همراه بـا PID کلامیدیایی و ۲۲/۵ درصد همـراه بـا PID غیر کلامیدیایی وجود داشت که اختـلاف آمـاری معنی داری مشاهده نگردید .سندرم پیشابراه زنـان که با دیزوری و پیـوری و کشـت ادرار منفـی از لحاظ باکتری مشخص می شود ،۵۰ درصد مـوارد به علت CT است (۲) ولی بر روی میزان همراهـی آن با PID کلامیدیای مطالعه ای صورت نپذیرفته اسـت . در ایـن پژوهـش دیسـمنوره در ۸۱/۸ (P=۰/۰۰۳) و دیسـپارونی در ۷۲/۷ درصـد (P=۰/۰۰۰۷) همراه با PID کلامیدیایی دیده شد و در PID غیرکلامیدیایی ،دیسمنوره ۵۵/۲ درصد و دیسپارونی ۴۱/۷ درصد بود که اختلاف آمـاری معنـی داری میـان PID کلامیدیـایی و غـیر کلامیدیایی مشهود است .

در PIDکلامیدیایی درد خفیف و مزمن لگـن ،علایم خفیف درمعاینه بالینی ولی اسـکار شـدید لوله و چسبندگی در لاپاروسـکوپـی وجـود دارد (۳). به علت سیر طولانی و چسبندگـی بیشـتر در PID کلامیدیـایی نسبت بـه سـایر PID هـا ، دیسمنوره و دیسپارونی در این نـوع PID بیشـتر دیده مـی شـود. در ایـن پژوهـش ،۳۶/۶ درصـد بیماران با PID کلامیدیایی خون ریـزی نـامرتب رحمی (AUB) داشته ولی در بیـماران بـا PID غیرکلامیدیـایی ایـن مـیزان ۳۱ درصـد بـود کـه اختلاف آماری معنی داری میان AUB و عفونـت کلامیدیایی ملاحظه نگردید .AUB در ۴۰ درصـد موارد PID دیده می شود که به صورت لکه بینـی و منوراژی برو می کند(۳) ولی در رابطه با میزان همراهی AUB و عفونت کلامیدیایی مطـالعه ای به عمل نیامده است .در این پژوهش ،از ۱۷ بیمـار نازا ،۱۱/۸ درصد و در بیماران بدون نازایی ،۱۰/۱ درصد عفونت کلامیدیایی وجود داشت .به علـت تعداد کم بیماران نازا در این مطالعه ارتباط آماری معنی داری مشاهده نگردیـد .نـازایی از عـوارض مهم PID است که در ۲۰ درصد موارد دیده مـی شود (۳،۲) و در مطالعـه LU در سـال ۱۹۹۷ در چین بر روی ۶۰ خانم نازا ،۲۲/۴۵ درصد از نظـر کلامیدیایی سرویکس مثبت بودند ولـی در گـروه شاهد ،میزان مثبـت ۳۳/۳ درصـد بـود(۱۵) .امیـد است این پژوهش مقدمه ای جهت تحقیقات دیگـر از این دست شود تا بتوان بـا تکیـه بـر نتـایج بـه دست آمـده ،در جـهت ارتقـای سـطح بهداشـت عمومی جامعه گام موثری برداشت .

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می دانندکه از آقای دکتر جلال الدین شجاعی کـه در انجـام آزمـایش هـا همکاری صمیمانه داشتند ،تشـکر و قدردانـی بـه عمل آورند.

References:

1- Berek JS. Novak,s gynecology. 12th ed. Baltimore: wiliams & Wilkins; 1997:435.
2- Rool JA. Telindes,s operative gynecology. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Raven;1997:657-661.
3- Ryan KJ. Kistner,s gynecology & women,s health 7th ed. Baltimore: Mosby; 1999: 456-466.
4- Brook, Adelberg,s medical microbiology. 21th ed. Stamford Appleton & lange; 1998: 314.
5- Shirkhande SN, Joshi SG. Chlamydia trachomatis and pelvic Inflammatory disease, Indian J Pathol Microbial. 1995; 38(2):181-184.
6- Chaudhry R, Goel N. Rapid diagnosis of chlamydial of infection in patients with PID and infertility by immunoperoxidanse assey. Indian J Pathol Microbial. 1997;40(4):499-502.
7- Warszawski J, Meyer L. Criteria for selective screening of cirvical chlamydia trachomatis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1999;86(1):5-10.
8- Passey M, Mgone CS, Tiwara S.Community based study of STD in rural women in highlands of Papua New Guinea, prevalence and risk factors. Sex Trans Infect. 1998; 74(2):120-127.
9- Lou L, Chen J, Gao B, Luo J. Study on genital tract chlamydia trachmoatis and gonococal infection in Han and Minority (Naxi and Dai) Women in china. J Obstet Gynaecol Res. 1999;25(3):221-230.
10-Greatsas G. Sexually transmitted diseases and oral contraceptive use during adolescence. Ann N Y Acad Sci. 1997;819:404-410.
11-Khomassaridze AG, Tsereteli TG. Intrautirine device and PID. Adv Contracept. 1997;13(1):71-78.
12-Speroff L. Clinical gynecologic endocrinology & infertility. 6th ed. Baltiuase williams & wilkins; 1999:984.911.
13-Farley MM, Rowe PJ, Chen J H. IUD and PID: an international persective Lancet. 1992;339:785.
14-Doue G, Smikle M, King SD. High prevalence of genital chlamydia. Sex Trans Infect. 1999;75(6):412-460.
15-LU J, Liang Z. The relationship between female infertility and genital inflammation of chamydia trachomatis. Hua His I Ta Hsueh Pao. 1997;28(3):297-299.