

مقایسه میزان بهبودی پارگی پرده گوش به روش میرنگوپلاستی سرپایی با درمان طبی

دکتر ابوالفضل جعفری*

چکیده

پارگی پرده گوش که بیشتر از سه ماه طول بکشد اغلب با تغییرات مخاط و استخوانچه‌های گوش میانی، ترشح چرکی و کاهش شنوایی همراه است. جهت بهبود علائم فوق و جلوگیری از عوارض، ترمیم پارگی پرده گوش ضروری است. ترمیم می‌تواند به روش جراحی میرنگوپلاستی سرپایی و یا روش‌های مختلف تمپانوپلاستی انجام گیرد. در برخی مواقع با جلوگیری از عفونت گوش میانی به روش درمان طبی دارویی، امکان ترمیم خودبخود نیز وجود دارد. هدف مطالعه حاضر قیاس میزان بهبود خودبخود توسط درمان دارویی با روش جراحی میرنگوپلاستی سرپایی است.

بیماران مورد مطالعه ۶۸ نفر بوده که دچار پارگی پرده گوش، با شرایط یکسان در هر دو گوش بودند. در این بیماران علاوه بر درمان دارویی، درمان جراحی میرنگوپلاستی سرپایی در یک گوش انجام گرفت. با پیگیری بیماران در فاصله زمان چند ماهه الی ۸ ساله، میزان بهبودی در گوش جراحی شده ۸۶٪ و در گوش جراحی نشده ۷۶٪ با $P < 0/00001$ که نمایانگر اختلاف معنی‌دار در بین دو روش درمانی بود.

کل واژگان: پارگی پرده گوش، عفونت مزمن گوش میانی، میرنگوپلاستی، پیچ کاغذی

مقدمه

وجود پارگی پرده گوش که بیشتر از سه ماه طول بکشد، اغلب با تغییرات مخاط گوش میانی، استخوان ناحیه ماستوئید و استخوانچه‌های گوش میانی همراه است (۱). علائم در چنین حالتی اغلب بصورت ترشح چرکی گوش و کاهش شنوایی است.

جهت بهبود علایم فوق و جلوگیری از عوارض ترمیم پارگی پرده گوش به همراه بازسازی تغییرات ایجاد شده در گوش میانی، توصیه می‌شود (۲).

روش معمول انجام چنین کاری میرنگوپلاستی

می‌باشد.

هدف اولیه در درمان قطع ترشحات چرکی و ایجاد گوش عاری از عفونت است که خود مانع از بروز عوارض خواهد شد و اعاده شنوایی در مرحله دوم اهمیت قرار دارد (۳).

مطالعه حاضر که از نوع توصیفی آینده‌نگر است بر آن است که میزان بهبودی عفونت گوش میانی و نیز میزان بهبود شنوایی را در روش

* عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک
آدرس پست الکترونیکی a-jafari 57 @ Hotmail.com

سپس قرار دادن آن در محلول ۱٪ فنل در گلیسرین به مدت یک هفته بوده است.

طرز آماده کردن کاغذ خشک کن به شکل قرار دادن انجام و دبریدمان لبه‌های پارگی و کوتریزاسیون با محلول تری کلرو استیک اسید اغلب بدون نیاز به بی‌حسی بوده و در مواردیکه بیمار احساس ناراحتی داشته، پنبه آغشته به محلول گزیلوکائین ۲٪ به مدت ۲ دقیقه در محل قرار داده شد که سبب ایجاد بی‌حسی رضایت بخشی شده است.

بعد از قرار دادن پچ کاغذی در محل، قطره بتامتازون گوشی هر ۱۲ ساعت ۲ قطره استفاده شد.

انجام مراحل فوق بفاصله ۲-۱ هفته و میزان تکرار آن از حداقل ۵ بار الی حداکثر ۳۲ بار بوده که بطور میانگین ۱۱ بار می‌باشد.

بیمارانیکه به علت دستکاری گوش میانی، دچار عفونت حاد در گوش میانی و یا خارجی شدند (۲ مورد) و نیز آنهایکه بدلائل نامعلوم بعد از ۳-۴ بار مراجعه نکردند (۷ مورد) در این مطالعه منظور نشده‌اند.

جدول ۱- میزان فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب سن و جنس

جمع	مرد		زن		جنس
	تعداد فراوانی نسبی	تعداد فراوانی نسبی	تعداد فراوانی نسبی	تعداد فراوانی نسبی	
۱۴ ۲۰/۶٪	۷ ۱۰/۳٪	۷ ۱۰/۳٪	۱۱-۲۰		
۲۵ ۳۶/۸٪	۶ ۸/۸٪	۱۹ ۲۸٪	۲۱-۳۰		
۱۷ ۲۵٪	۵ ۷/۴٪	۱۲ ۱۷/۶٪	۳۱-۴۰		
۹ ۱۳/۲٪	۶ ۸/۸٪	۳ ۴/۴٪	۴۱-۵۰		
۳ ۴/۴٪	۲ ۲/۹٪	۱ ۱/۵٪	۵۱-۶۰		
۶۸ ۱۰۰٪	۲۶ ۳۸/۲٪	۴۲ ۶۱/۸٪	جمع		

میرنگوپلاستی سرپایی، در قیاس با درمان دارویی به تنهایی نشان دهد و نیز بیانگر این مسئله است که با بهبود پارگی، شانس عود بیماری بصورت پارگی مجدد و عفونت گوش میانی ندرتا اتفاق می‌افتد.

روش کار

بیماران انتخاب شده در این مطالعه، از بیماران مبتلا به عفونت مزمن گوش میانی که به کلینیک خصوصی در بین سالهای ۱۳۷۰ تا پایان سال ۱۳۷۸ مراجعه کرده‌اند می‌باشند.

از بین ۲۸۲ بیمار مراجعه کننده که تحت درمان جراحی میرنگوپلاستی سرپایی قرار گرفتند. ۶۸ بیمار دارای بیماری با شرایط تقریباً مساوی در هر دو گوش بوده، که درمان جراحی فقط بر روی یک گوش انجام گرفته و گوش دیگر بعنوان شاهد در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است.

علامت بیماری بصورت ترشح چرکی بطور متناوب و سابقه پارگی پرده گوش از حداقل ۶ ماه تا سی سال قبل بوده است. سن بیماران ۵۸-۱۴ سال و از بین آنها ۴۲ نفر زن و ۲۶ نفر مرد بودند.

اندازه پارگی پرده گوش ۵-۲ میلی‌متر و بصورت پارگی مرکزی پرده گوش، با کاهش شنوایی هدایتی بمیزان ۱۵-۳۵dB بوده است.

درمان در ابتدا بصورت قطع ترشحات چرکی به کمک تمیز کردن گوش میانی با ساکشن، استفاده از قطره الکل بوریک ۲٪ و استفاده از آنتی‌بیوتیک در برخی موارد بوده است.

بعد از بهبود علایم عفونی و به فاصله یک هفته از آن اقدام به جراحی میرنگوپلاستی سرپایی بصورت دبریدمان لبه‌های پارگی با هوک و سپس تحریک ناحیه با محلول تری کلرو استیک اسید و قرار دادن پچ کاغذی (۴) (کاغذ خشک کن) در محل پارگی بوده است.

کاغذ بریده شده در محلول الکل به مدت ۲ ماه و

و $P_2 = 5$ و $P\text{-Value} < 0/00001$ بدست آمده که نمایانگر اختلاف معنی داری بین نسبت افراد بهبود یافته در دو روش می باشد.

بحث و نتیجه گیری

پارگی پرده گوش که بیشتر از سه ماه طول بکشد، بعنوان بیماری مزمن گوش میانی تلقی می شود، این پارگی اغلب بدنبال عفونت حاد چرکی نکروزان و بخصوص در بچه ها بدنبال ابتلاء به سرخک یا مخملک ایجاد می شود (۶). عفونت نکروزان ایجاد شده سبب از بین رفتن قسمت وسیعی از پرده گوش که جریان خونی کمتری دارد می شود، در حالیکه قسمت های پر خون نظیر حاشیه پرده و اطراف دسته استخوان چکشی و قسمت فلاکسید پرده سالم باقی می ماند بنابراین پارگی اغلب از نوع مرکزی خواهد بود.

علت دیگر پارگی پرده گوش ضربه ها است، ضربه می تواند بصورت مستقیم در ناحیه گوش و صورت باشد و یا بصورت تغییر ناگهانی فشار در اطراف گوش بروز کند، پارگی در این حالت در قسمت سخت پرده گوش ایجاد می شود.

جرقه های فلزی و یا مواد سوزاننده نیز می توانند سبب پارگی پرده گوش شوند.

با بروز پارگی ناشی از ضربه یا عفونت، سوراخ ایجاد شده ممکن است خود به خود ترمیم یابد و یا باقی بماند. در صورت باقی ماندن پارگی، عفونت مکرر گوش میانی از طریق شیپور استاش و یا مجرای گوش خارجی ایجاد می شود در این حالت مخاط گوش میانی علاوه بر عفونت می تواند دچار تورم آلرژیک نیز گردد.

جهت بررسی روند بهبود بدنبال پارگی پرده گوش، مطالعات انجام یافته بر روی حیوانات (۵) نمایانگر پرولیفراسیون اپی تلیوم مطابق پوششی در لبه های پارگی ظرف مدت ۱۲ ساعت است که

جدول ۲- میزان افت شنوایی بیماران به تفکیک جنسیت

جنس	زن		مرد		جمع
	تعداد افراد	نسبت	تعداد افراد	نسبت	
افت شنوایی بزرگتر از ۲۰ dB	۹	۱۳/۳	۶	۸/۸	۱۵
۲۱-۳۰	۲۷	۳۹/۷	۱۲	۱۷/۶	۳۹
>۳۱	۶	۸/۸	۸	۱۱/۷	۱۴
جمع	۴۲	۶۱/۸	۲۶	۳۸/۳	۶۸

نتایج

بهبودی بصورت ترمیم پارگی پرده گوش و قطع ترشحات در ۶۱ بیمار (۲۸ زن و ۲۳ مرد) ایجاد شد و در ۷ مورد بهبودی دیده نشد.

در پیگیری انجام یافته که از سه ماه لغایت ۸ سال بود، ۷ مورد (۵ زن و ۲ مرد) عود پارگی پرده گوش بروز کرد که بعد از اقدام به ترمیم مجدد ۵ مورد از آنها (۳ زن و ۱ مرد) مجدداً بهبود یافتند.

بنابراین از کل ۶۸ بیمار ما، ۵۹ بیمار بهبود یافته و ۹ بیمار با عدم بهبود مواجه شدند.

میزان بهبود شنوایی به نسبت شنوایی قبل از عمل در ۱۴ مورد کمتر از ۲۰ dB (۹ مرد و ۵ زن) در ۳۰ مورد بین ۲۰-۳۰ dB (۲۱ زن و ۹ مرد) و در ۱۴ مورد بیشتر از ۳۰ dB (۹ زن و ۵ مرد) بود.

در مقابل، گوشه که مورد ترمیم مینگوپلاستی قرار نگرفته بود و فقط تحت درمان طبی بصورت استفاده از داروی خوراکی یا موضعی و نیز ساکشن ترشحات و مراقبت های اولیه قرار گرفته بود در ۵ مورد از ۶۸ مورد بهبودی بصورت ترمیم خودبخود پرده گوش (۳ زن و ۲ مرد) نشان داد و این ۵ مورد نیز در مطالعه انجام یافته، در پارگی های کوچکتر از حد ۳mm بود.

با استفاده از آزمون Z (دو نسبت) $P_1 = \frac{59}{68}$

تحریک و دبریدمان بعلت ایجاد بافت فیبرو میانی توسط فیبروبلاست‌ها، پرده ایجاد شده دارای هر سه لایه خواهد بود و نمای طبیعی دارد.

بررسی چندین ساله بیماران، قدرت اثر روش میرنگوپلاستی سرپایی را در ایجاد پرده نرمال جلوگیری از عفونت و بهبود شنوایی نشان می‌دهد. در مطالعه ۸ ساله انجام شده ما بر روی بیماران با پارگی پرده گوش و عفونت مزمن گوش میانی میزان بهبودی با روش میرنگوپلاستی سرپایی ۸۶٪ می‌باشد با میانگین ۱۱ بار مراجعه بیمار و انجام مراحل ذکر شده است. این میزان در مطالعه Juers (۶) ۸۸٪ موفقیت درمانی با میانگین مراجعه ۳/۷ بار بوده است و در مطالعه Derlacki موفقیت عمل ۷۵٪ با حداقل مراجعه ۲ بار و حداکثر ۶۴ بار گزارش شده است.

بنابراین با توجه به میزان بهبودی قابل توجه و انجام مراحل جراحی بطور سرپایی که به روال زندگی و کاری روزمره بیمار صدمه نمی‌زند و نیز عدم نیاز به مراقبت‌های خاص قبل، حین و بعد از جراحی، در مواردیکه پارگی پرده بصورت مرکزی باشد و در گوش میانی عوارض ایجاد نشده باشد، روش ذکر شده را می‌توان با اطمینان بکار برد.

تدریجاً و ظرف ۳۶ ساعت نسج گرانولاسیون ایجاد می‌شود و بعد از چند روز رژنراسیون در مخاط گوش میانی ایجاد می‌شود.

سوالی که مطرح می‌شود این است که چرا برخی از پارگی‌ها بهبود یافته و برخی بهبودی ندارند؟ براساس بررسی‌های انجام یافته اگر اندازه پارگی کمتر از ۶۵٪ قسمت سخت پرده باشد احتمال ترمیم خودبخود آن (۳) بیشتر است و هر چه وسعت پارگی بیشتر شود، شانس بهبود خود بخود کمتر می‌شود.

نکته دیگر چسبیده شدن اپی‌تلیوم خارجی به اپی‌تلیوم داخلی است، بدین معنی که بدنبال پارگی پرده گوش اپی‌تلیوم خارجی بطرف لبه‌های پرفوراسیون داخل آن رشد می‌کند و با چسبیدن به اپی‌تلیوم داخلی، پروسه رشد اپی‌تلیوم متوقف شده و سوراخ بسته نخواهد شد.

بنابراین با کوتر کردن لبه‌های پرفوراسیون و یا جدا کردن دو لایه مخاطی داخلی و خارجی که بهم چسبیده‌اند احتمال رشد پرده و بسته شدن سوراخ ایجاد می‌شود، بدین ترتیب که این کار اجازه پرولیفراسیون فیبروبلاستیک لایه فیبرو را می‌دهد، برای جلوگیری از خشک شدن لبه‌ها و مرگ فیبرو بلاست‌های جوان، لبه‌های پارگی باید مرطوب بماند و با تحریک موضعی می‌توان پرخونی در محل ترمیم جهت تسریع روند بهبود را ایجاد کرد.

بنابراین اگر ترمیم خودبخود صورت نگیرد می‌توان با این روش امکان ترمیم را فراهم نمود. مزیت این روش در قیاس با ترمیم خود بخود ایجاد پرده طبیعی است، زیرا اگر پرفوراسیون وسیع خودبخود ترمیم یابد اغلب پرده آتروفیک و بدون لایه فیبرو خواهد بود این پرده گرچه از نظر شنوایی در حد پرده نرمال عمل می‌کند ولی به آسانی با ترومای خارجی باد انداختن به بینی و یا عفونت پاره می‌شود، ولی با انجام میرنگوپلاستی به روش

REFERENCES

- 1- Proctor, B., chronic otitis media and mastoiditis, paparella, otolaryngology, Philadelphia, W.B. Saunders company, 1997, 3, 3th ed. PP: 1349-76.
- 2- Richard A., Chole, B., Chronic otitis media, mastoiditis, and petrositis, Otolaryngology and head & neck surgery, ST. Louis, Mosby company, 1998, 4, 3th ed., PP: 3026-43.
- 3- Glasscock & Shambaugh, Surgery of the ear, Philadelphia, W.B. Saunders company, 1990, 4th ed. PP: 334-48.
- 4- Imamoglu, A., Inik, A., Fat, P., Paper-patch myringoplasty in rats, J. Otolaryngol., 1998, 27(6), 318-21.
- 5- Taylor, M., Healing of experimental perforation of the tympanic membrane, J. laryngol otol., 1965, 79, 148-9.
- 6- Juers, A., Perforation closure by marginal eversion, Arch-otolaryngology, 1963, 77, 76.
- 7- Derlacki, E., Repair of central perforation of tympanic membrane, Arch. Otolaryngol., 1993, 58-405.

