

علل گوش درد ارجاعی در بیماران مراجعه کننده به کلینیک شهید بهشتی (بابل، ۱۳۷۸)

دکتر کیوان کیاکجوری^{۱*}، دکتر حمیدرضا توکلی^۲

۱- استادیار گروه گوش، حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- پزشک عمومی

خلاصه: گوش درد یک شکایت شایع بیماران در درمانگاه گوش و حلق و بینی می باشد و در گوش درد ارجاعی، معمولاً ممکن است علت اصلی در سر و گردن بوده که بدلیل ارتباطات عصبی به گوش ارجاع می شود. این مطالعه به منظور شناخت تنوع گوش دردهای ارجاعی و تشخیص و درمان به موقع آن انجام گرفته است.

مواد و روشها: این مطالعه بر روی بیماران با شکایت گوش درد مراجعه کننده به درمانگاه گوش و حلق و بینی بیمارستان شهید بهشتی بابل انجام شد. سن، جنس، مدت شروع و کیفیت درد، نتیجه معاینه، یافته های آزمایشگاهی و اقدامات درمانی قبلی که احیاناً توسط اطباء قبلی انجام شده بود، برای ۱۴۳ بیمار طی سال ۱۳۷۸ در پرسشنامه درج شد.

یافته ها: از ۱۴۳ بیمار تحت بررسی ۴۶٪ از بیماران گوش درد ارجاعی داشتند که ۴۰٪ مرد و ۶۰٪ آنان را زنان تشکیل می دادند. علل گوش درد ارجاعی در این مطالعه بصورت استئوآرتریت مهره های گردن ۱۵٪، دندان عقل نهفته ۲۱/۲٪، دندان مولار خراب ۱۳/۶٪ و اختلال در مفصل تمپورومندیولار ۱۳/۶٪ بدست آمد. ۶٪ بیماران گوش درد ارجاعی بعلت کانسر فارنکس داشتند.

نتیجه گیری: شایعترین علت گوش درد ارجاعی دندان عقل نهفته می باشد. حدود ۴۵٪ از بیماران با گوش درد ارجاعی مشکل دندانی داشتند لذا توجه به وضعیت دندانها در معاینه حائز اهمیت است. با توجه به اینکه کانسر نازوفارنکس، اروفارنکس و هیپوفارنکس یک علت برای گوش درد ارجاعی می باشد لازم است در مواردیکه پاتولوژی در گوش وجود ندارد برای یافتن علت، دقت بیشتری شود.

واژه های کلیدی: گوش درد ارجاعی، کانسر فارنکس، اختلال مفصل تمپورومندیولار.

مقدمه

در سال ۱۹۶۳، Tremble قسمتهای مختلف گوش و عصبدهی آنرا توصیف کرد که پایه ای برای شناسایی گوش درد بود(۱). گیرنده های شیمیایی در گوش توسط مدیاتورها تحریک شده و پیام عصبی حاصل توسط فیبرهای نوع C به CNS انتقال می یابد (۲). شاخه های فیبرهای درد Visceral از طریق بعضی از همان نرون های درجه دوم که با فیبرهای درد پوستی سیناپس می کنند، مرتبط می شوند لذا هنگامیکه فیبرهای درد احشائی تحریک می شود

بدلیل سیناپس مشترک، شخص احساس می کند که درد عملاً از پوست شروع شده است و این توضیحی برای مکانیسم گوش درد ارجاعی می باشد(۳). گاهی علتهای مهمی همچون کارسینوم نازوفارنکس، اروفارنکس و هیپوفارنکس بدنبال گوش درد ارجاعی نهفته است(۵و۴و۱). در یک گزارش ۶ مورد شیرخوار که بدنبال رفلاکس گاستروازوفازیال دچار گوش درد ارجاعی شده بودند معرفی شد (۶) و همچنین اختلال در مفصل TM یک علت شایع گوش درد

مراجعه بمدت یک ماه در ۴۸٪ بیماران با گوش درد ارجاعی اتفاق افتاده بود که میانگین آن ۵/۵ روز بود. حدود ۶٪ بیماران به کانسر (نازو فارنکس یا هیپوفارنکس یا لارنکس) مبتلا بودند.

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد علل گوش درد ارجاعی در بیمارستان شهید بهشتی بابل طی سال ۱۳۷۸

تشخیص	فراوانی (%)
استئوآرتریت مهره های گردن	۱۰ (۱۵)
دندان عقل نهفته	۱۴ (۲۱/۲)
فارنژیت	۴ (۶)
آفت اوولا	۱ (۱/۵)
دندان عقل در حال رشد	۶ (۹)
سنیوزیت	۲ (۳)
دندان مولار خراب	۹ (۱۳/۶)
دندان عقل نهفته + دندان مولار خراب	۱ (۱/۵)
کانسر Scc آریتنوئید	۱ (۱/۵)
Post tonsilectomy	۲ (۳)
TMJ syndrome	۹ (۱۳/۶)
پمفیگوس هایپوفارنکس	۱ (۱/۵)
سینوس پریفرم	۲ (۳)
Scc نازوفارنکس	۱ (۱/۵)
آنژین صدری	۱ (۱/۵)
نوموتوراکس خودبخودی	۱ (۱/۵)
سندرم رامسی هانت	۱ (۱/۵)
جمع	۶۶ (۱۰۰)

بحث

در منابع خارجی شیوع گوش درد ارجاعی را بیش از ۵۰٪ می دانند که این نسبت، با مطالعه ما (۴۶٪) تفاوت داشت. شایعترین علت برای گوش درد ارجاعی دندان عقل نهفته بدست آمد که در مطالعات انجام شده فراوانی برای آن بدست نیامد (۴).

ارجاعی خصوصاً در زنان جوان می باشد (۷). در ژاپن در یک مطالعه ۱۵ مورد بیمار مبتلا به سوپراگلوتیت حاد که حین بلع دچار اودینوفاژی به همراه گوش درد می شدند، گزارش شد و این بیماری به عنوان یکی از علل گوش درد ارجاعی معرفی گردید (۸). بنابراین باید گفت طیف علل گوش درد ارجاعی وسیع می باشد. این مطالعه با هدف تشخیص به موقع و درمان اصولی و صحیح گوش دردهای ارجاعی انجام گرفته است.

مواد و روشها

این مطالعه بر روی بیمارانی که با شکایت گوش درد به درمانگاه گوش و حلق و بینی بیمارستان شهید بهشتی بابل مراجعه کردند، صورت گرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات یک برگه پرسشنامه بود که اطلاعات سن، جنس، کیفیت و مدت زمان شروع درد تا مراجعه، زمان شروع درد در طول روز، نتیجه معاینه بالینی و نتیجه آزمایشات درخواستی (در صورت لزوم) و اقدامات درمانی قبلی انجام شده، در آن درج شد. در برخی موارد مشاوره با همکاران انجام شد. پس از جمع آوری اطلاعات تجزیه و تحلیل آماری انجام شد.

یافته ها

در کل ۱۴۳ نفر با گوش درد مراجعه کرده اند. که از این تعداد ۶۶ نفر (۴۶٪) گوش درد ارجاعی داشتند. ۴۰٪ مرد و بقیه را زن بودند. ۷۲٪ از ۶۶ نفر بیمار با گوش درد ارجاعی کیفیت درد را تیر کشنده، ۲۱٪ خفیف مداوم و ۶٪ شدید مداوم ذکر کردند. شیوع فراوانی و علل گوش درد ارجاعی در جدول ۱ آمده است.

میانگین سنی برای بیماران با دندان عقل نهفته ۱۸ سال، استئوآرتریت مهره های گردنی ۵۹ سال، دندان مولار خراب ۲۱ سال و اختلال مفصل تمپورومندیبولار ۳۰ سال بدست آمد. ۴۲ نفر (۶۳/۶٪) از افراد با گوش درد ارجاعی همزمان در عضو و یا اعضاء دیگر سر و گردن درد داشتند. برای ۳۳ نفر (۵۰٪) از بیماران با گوش درد ارجاعی اقدامات (درمانی، تشخیص، پاراکلینیک) بدون اندیکاسیون توسط اطباء قبلی صورت گرفته بود که شامل تجویز قطره های گوش، به آنتی بیوتیک سیستمیک، مسکن و انجام ادیومتری، شستشوی گوش و جراحی لوزه بوده است. زمان شروع گوش درد تا

بود و در یک مورد برای رفع گوش درد جراحی لوزه بدون اندیکاسیون انجام شده بود که جای تأمل دارد. پمفیگوس هیپوفارنکس، آنژین صدری، نوموتوراکس خودبه‌خودی، سندرم رامسی هانت از علل نادر گوش درد ارجاعی می‌باشند. در مورد پمفیگوس هیپوفارنکس تاکنون بعنوان علتی برای گوش درد ارجاعی معرفی نشده است و بعنوان گزارش مورد مطرح است.

در این مطالعه بیش از ۴۵٪ از علل گوش درد ارجاعی به بیماری‌های دندان مربوط می‌شد لذا برای پزشکان لازم و مهم است در بیماری که معاینه گوش نرمال دارد وضعیت دندانها بررسی شود. چون کانسر سیستم تنفسی فوقانی یکی از علل گوش درد ارجاعی است معاینه فارنکس و لارنکس باید مورد توجه قرار گیرد. در دیگر مطالعات نیز به اهمیت آن تأکید شده است (۱۴و۵). شایعترین اقدام بدون اندیکاسیون استفاده از قطره های گوش

References

1. Paparella MM, et al. Otolaryngology, 3rd ed. W.B Saunders, USA 1991; pp: 1237-41.
2. Fordham M, Dunn V. Alongside the person in pain, W.B Saunders. Britain 1994; PP: 26-8.
3. Gyton A. The textbook of medical physiology, 8th ed. Saunders, USA 1996; pp:1238-9.
4. Steiner W. Early detection of cancer in the upper aerodigestive tract. Part1 Hno J 1993; 41(7): 360-7.
5. Rareshide EH, Amedee RG. Referred otalgia. J La State Med Soc 1990; 142(6): 7-10.
6. Gilbson WS, Cochran W. Otagia in infants and children a manifestation of gastroesophageal reflux. Int J Pediat-Otorhinolaryngol 1994; 28(2-3): 213-8.
7. Miles Foxen EH. Disease of the ear, nose & throat. 2nd ed, S.S Tcheher 1983; pp:122-3.
8. Kimor H, et al. Clinical study of acute supper glottitis as a disease entity. Nippon Jibiikoka Gakkai Kaiho 1997; 100(5): 518-23.