

موضوع: اتیت

گردآورنده: دکتر محمد رضا وحیدی

با همکاری: کارشناسان مرکز اطلاع رسانی دارو و سموم

آدرس: یزد - بلوار نواب صفوی - معاونت غذا و دارو

شماره تلفن: ۶۲۱۴۱۹۱ - ۰۳۵۱

<http://www.ssu.ac.ir>

E.mail: yazd_fdo@ssu.ac.ir

فهرست مطالب:

شماره صفحه	موضوع
۲	اتیت (Otitis)
۲	اتیت اکسترن (Extern Otitis)
۴	هرپس زوستر (Herpes Zoster)
۵	سلولیت گوش
۵	پری کندریت و کندریت
۵	فرونکلوز
۵	اتیت مدیا
۶	اتیت مدیا با مایع مزمن (Chronic Otitis Media With Effusion)
۹	اتیت مدیای حاد راجعه
۱۰	سؤالات برگزیده

اتیت (Otitis)**اتیت اکسترن (Extern Otitis)**

اتیت اکسترن عبارتست از درگیری عفونی کانال گوش خارجی که عوامل مساعد کننده آن عبارتند از:

الف) محیط مرطوب و هوای گرم

ب) انسداد آناتومیکی و انسدادهای دیگر مثل اگزوستوز، سرومن و سمعک

ج) ترومای گوش اعم از استفاده از سواب توسط خود فرد یا تصادفات

د) شنا کردن

علل

اتیت اکسترن می تواند باکتریال یا قارچی باشد و گاهی هم اتیت اکسترن مزمن داریم که به دنبال درمانیت های تماسی یا به دنبال پسوریازیس ایجاد می شود از نظر علل باکتریال می توان در مقام اول پسودموناس آئروژینوزا و سپس استافیلوکوک اپیدرمیتیس و استافیلوکوک اورئوس را نام برد.

علائم

علائمی که این بیماران دارند به صورت درد، تورم کانال گوش و ترشح چرکی می باشد. همینطور می توان از ترشح سفید همراه با نقاط سیاه رنگ (شبیه روزنامه مچاله شده مرطوب) که مشخصه اسپرژیلوس است، نام برد.

عوارض

۱- سلولیت، پری کندریت، کندریت

۲- فیبروز کانال که باعث کلفت شدن پوست می شود

۳- پرفوراسیون (پارگی) پرده تمپان که بخصوص در اسپرژیلوس دیده می شود و با درمان قارچ بهبود می یابد.

درمان

۱- دبریدمان دقیق ترشحات و مواد اضافی کانال گوش

۲- در صورتی که کانال خیلی تنگ شده باشد گذاشتن فتیله کمک کننده است.

۳- اسیدی کردن کانال در کنترل عفونت میکروبی و قارچی کمک کننده است.

۴- آنتی بیوتیک که ابتدا بصورت موضعی داده می شود.

شایان ذکر است که آنتی بیوتیک موضعی با غلظت بسیار بالاتری نسبت به آنتی بیوتیک سیستمیک وارد محل عفونت می شود.

۵- داروهای ترکیبی زیادی به این منظور ساخته شده ولی هیچکدام تمام فاکتورها و عوامل مورد نیاز برای درمان کامل را ندارند. مثلاً قطره پلی میکسین NH می تواند به خاطر وجود نئومایسین اتوتوکسیسیتی بالا داشته باشد، قطره های سیپروفلوکساسین (Ciprofloxacin) به تنهایی یا ترکیب با کورتیکواستروئید بنام Cipro-HC یا Cipro-Dex هم وجود دارد که گرچه اثربخشی خوبی دارد و اتوتوکسیسیتی هم ندارد ولی PH خنثی داشته و گران می باشد. برای مواردی که اثت اکسترن دچار عارضه شود، آنتی بیوتیک سیستمیک داده می شود. کلوتریمازول و نیستاتین برای درمان آسپرژیلوس به کار می روند.

اثت اکسترن بدخیم

این بیماری به صورت عفونت شدید و پیشرونده گوش خارجی است که گاهی منجر به فوت می شود. بیماری از بافت نرم شروع شده، سپس درگیری استخوان جمجمه و در نهایت درگیری داخل جمجمه را می تواند به دنبال داشته باشد.

بیماری بیشتر در افراد مسن که نقص سیستم ایمنی داشته باشند اتفاق می افتد، دیابت از عوامل شیوع دهنده آن است. از نظر میکروبیولوژی جرم شایع سودوموناس است و در عفونت های قارچی، آسپرژیلوس در صدر آنها قرار دارد. بیماران از درد شدیدی رنج می برند. ضمناً علامت اصلی (Hall mark) آن وجود بافت های جوانه ای در محل تلاقی غضروف- استخوان کانال است.

پیشرفت بیماری می تواند باعث درگیری استخوان تمپورال شود که فلج عصب ۷ در ناحیه استیلوماستوئید از علائم اولیه این پیشرفت است و سپس می تواند اعصاب کرانیال دیگر درگیر شود.

درمان

باید یک پوشش آنتی بیوتیک قوی گذاشت که علیه سودوموناس موثر باشد. ابتدا می توان سپیروفلوکساسین خوراکی شروع کرد. در مراحل پیشرفته استفاده از آنتی بیوتیک تزریقی ممکن است لازم باشد. اخیراً مواردی از اتیت اکسترن بدخیم با جرم های سودوموناسی مقاوم به سپیروفلوکساسین گزارش شده است. ولی اکسیژن پرفشار هم می تواند قسمتی از درمان باشد. دوره درمان اغلب ۶ هفته است. در موارد مقاوم به درمان، جراحی پیشنهاد می شود.

Herpes Zoster

این ویروس باعث عفونت گوش خارجی می شود و در بیماران با نقص ایمنی شایع است. ویروس هرپس زوستر به صورت نهفته در عقده های حسی مثل گانگلیون ژنیکولیت قرار دارد. از اینرو استرسهای روحی- روانی و جسمی می تواند به عنوان عوامل فعال کننده این ویروس باشد.

علائم

بیماری به صورت درد گوش، وزیکول در کانال و کونکای گوش که نهایتاً به صورت کراست می شود، تظاهر می کند در سندرم رامسیهانت این علائم همراه با فلج عصب فاسیال دیده می شود. چنانچه عصب ۸ نیز درگیر شود، بیماران از کاهش شنوایی و سرگیجه هم رنج می برند.

درمان

- ۱- تمیز کردن موضعی
- ۲- درمان ضد ویروس (۱۰۰۰ میلی گرم آسیکوویر ۳ بار در روز برای مدت ۷ روز)
- ۳- چنانچه فلج فاسیال هم داشتیم کورتون با دوز بالا (پردنیزون ۱ mg/kg/day)
- ۴- اگر بیمار درگیری چشمی هم داشت لازم است مشاوره چشم به عمل آید.

سلولیت گوش

اغلب این عفونت، در نتیجه پخش شدن عفونت کانال و یا ترومای نافذ به وجود می آید و از آنجائیکه در کندریت ورم زیادی وجود دارد، قابل افتراق است. در معاینه، این بیماران اوریکول کاملاً قرمز دارند. درمان شامل آنتی بیوتیک سیستمیک ضد استافیلوکوک است.

پری کندریت و کندریت

به عفونت غضروف و یا بافت پری کندر لاله گوش گفته می شود که اغلب در نتیجه ترومای نافذ یا غیر نافذ بوجود آمده، ولی می تواند در نتیجه انتشار عفونت کانال هم باشد. جرم شایع سودوموناس است. در معاینه، لاله گوش کاملاً قرمز، متورم و دردناک است در صورتی که کندریت ایجاد شده باشد، کاملاً حالت تموج در روی لاله گوش دیده می شود. درمان شامل استفاده از آنتی بیوتیک خوراکی ضد سودوموناس است و در کندریت باید دبریدمان بافت نکروز و آبسه مدنظر باشد.

فرونکولوز

فرونکل اصولاً یک آبسه محصور و لوکالیزه بحساب می آید که از فولیکولهای مو در کانال گوش منشا می گیرد و جرم شایع آن استافیلوکوک است. درمان آن کمپرس گرم به اضافه آنتی بیوتیک موضعی است که باید علیه استافیلوکوک گذاشته شود. در مواردی که آبسه تشکیل شده باشد، باید درناژ برقرار شود.

اتیت مدیا

اتیت مدیا عفونت گوش میانی می باشد. گوش میانی فضایی محصور بین گوش خارجی و گوش داخلی است که در سمت خارج آن پرده تمپان (صماخ)، در سمت داخل آن حلزون و در پشت آن ماستوئید قرار دارد. عصب فاسیال و شیبور استانش نیز در این فضا قرار دارند. اتیت مدیا عفونت بسیار شایعی است. بطوریکه شایعترین عفونت باکتریال کودکان و شایعترین علت درمانهای ضد باکتریال و جراحی در کودکان است.

عوامل مستعدکننده این بیماری سن پایین، تغذیه با شیشه، زندگی در محیط شلوغ، سیگار، شکاف کام، نقص سیستم ایمنی، اشکالات مزکها، سندرم داون و سیستمیک فیبروزیس می باشند.

این عفونت به تمام التهابات کلفت (Cleft) گوش میانی (که در پشت یک پرده صماخ سالم ایجاد می شود) اطلاق می گردد. لذا بیماریهای عفونی گوش میانی که همراه با پارگی قدیمی پرده تمپان است از این دسته بیماری جدا می شود.

در این دسته دو گروه بیماری وجود دارد که شامل ۱- اتیت مدیای حاد و ۲- اتیت مدیا با تجمع مزمن مایع در گوش میانی است.

کلفت (Cleft) گوش میانی، دارای مخاط متغیری از سلولهای اپی تلیوم مزکدار تا سلولهای مکعبی می باشد. شیوع بیماری در حدی است که گفته می شود ۸۴٪ کودکان حداقل یک اپیزود اتیت مدیا داشته اند. این بیماری در سال اول زندگی خیلی شایع است و بعدها از شیوع آن کاسته می شود. بیماری در فصول سرد سال شایع تر است. پاتوفیزیولوژی اتیت مدیا به وضعیت شیپور استاش ارتباط دارد.

گرچه در موارد نادری ویروسها به تنهایی می توانند در گوش میانی ایجاد اتیت مدیا کنند، ولی اغلب علل آن باکتریال است. از لحاظ عوامل باکتریال استرپتوکوک پنومونیه شایعترین جرم و سپس هموفیلوس آنفلوآنزا و برانهاملا کاتارالیس به ترتیب قرار دارند.

اتیت مدیا با مایع مزمن (Chronic Otitis Media With Effusion)

در حالتی که اختلال در عملکرد شیپور استاش داشته باشیم، گاهی عفونت گوش میانی بصورت تجمع مزمن مایع در آمده که به آن COME گفته می شود. در تعداد زیادی از بیماران، این عارضه نتیجه یک اتیت مدیای حاد است که گوش میانی قادر نیست، مکانیسم تمیز کردن حفره تمپان را بخوبی انجام دهد. این می تواند به علت عوامل مربوط به میزبان یا نوع میکروب باشد و از خود اگزوتوکسین هایی تراوش می کند، که باعث از بین رفتن فعالیت مزکها می شود.

عوارض

قبل از کشف آنتی بیوتیک این بیماری باعث درگیری ماستوئید و بافت نرم گردن، مننژیت و عفونت کورتکس مغز می شد. در نوع OME که بیماری بصورت خاموش دنبال می شود، کاهش شنوایی و اختلالات تکاملی جزو عوارض شایع است.

عوارض دیگر بیماری که در گوش ممکن است، اتفاق بیافتد عبارتند از پارگی پرده تمپان، ترکشن پاکت (retraction packet) در پرده تمپان، کلستاتوم، کاهش شنوایی حسی، عفونت مزمن گوش، تمپانو اسکروز، اتیت مدیای پیش رونده (adhesive)، نکروز استخوانچه

تشخیص اتیت مدیا

علت مراجعه بیماران درد گوش می باشد. در سنین پایین ممکن است، نوزادان با بی قراری و عدم تغذیه مراجعه نمایند. در نوع اتیت سرروز مزمن در بسیاری از مواقع والدین بدلیل کاهش شنوایی کودکان به پزشک مراجعه می کنند.

اتوسکوپي

پرده تمپان نرمال برنگ خاکستری صدفی، کمی مقعر و شفاف است که در معاینه با اتوسکوپ پنوموتیک حرکت آزادانه ای دارد. در بیماران مبتلا به اتیت مدیا در مراحل اولیه پرده تمپان به بیرون حرکت کرده، بخاطر فشار مثبتی که داخل حفره تمپان وجود دارد، به تدریج که مایع داخلی گوش میانی تجمع می یابد، حرکت کاسته شده و در نهایت هیچکدام از لندمارکهای ذکر شده دیده نمی شود و نهایتاً پرده سوراخ می شود و مایع چرکی به بیرون تراوش می شود. از آنجایی که اگر کودک زیاد گریه کرده باشد، پرده صماخ می تواند برنگ قرمز در آید و به عفونت گوش میانی شباهت یابد، لذا توجه به حرکت پرده تمپان با اتوسکوپ پنوموتیک خیلی مهم است. در نوع OME علائم شامل تظاهر کلاسیک و رترکنه بودن پرده صماخ، بی حرکتی یا کاهش حرکت پرده تمپان می باشد و پرده تمپان کلاً لندمارکهای لازم را ندارد.

تمپانومتري

در نوع OME انجام تمپانومتري کمک کننده است. در تمپانومتري می توان میزان حرکت پرده را سنجید. در حالتی که مایع زیادی پشت پرده باشد، با تغییر فشار هیچگونه حرکتی در آن نداریم که به آن تمپانومتري تیپ B اطلاق می شود. در حالت نرمال پرده تمپان در فشار ± 50 dapa، حداکثر حرکت را دارد که به آن تیپ A اطلاق می شود.

در حالتی که فشار منفی داشته باشیم ولی هنوز تجمع مایع نداشته باشیم قله حرکت پرده در فشار بین ۳۰۰- تا ۱۰۰- داپا قرار گرفته که به آن تیپ C گفته می شود.

ادیومتری

در بیماری که تجمع مایع داخل گوش میانی دارد، چنانچه ادیومتری بعمل آید کاهش شنوایی هدایتی دیده می شود و یکی از معیارهای درمان جراحی در بیماران OME کاهش شنوایی بیش از ۲۰ دسی بل است.

درمان

درمان آنتی میکروبیال اقدام اصلی در عفونت های گوش میانی است ولی هنوز توافق کلی راجع به نوع دارو، مدت زمان و میزان تاثیر آن وجود ندارد. در حال حاضر ۲۵٪ پنوموکوک ها در آمریکا به پنی سیلین مقاومند و ۲۵٪ هموفیلوس ها و ۹۰٪ مورکسلا کاتارالیس ها تولید کننده بتالاکتاماز هستند. در بررسی های متعدد مشخص شده که بیماران پس از دریافت ۱۴-۱۰ روز آنتی بیوتیک به میزان ۸۰٪ بدون علامت می شوند.

البته درمانهای تزریقی تک دوز (سفتریاکسون) هم با ۹۱٪ بهبودی علائم بالینی همراه بوده است و می توان در بیمارانی که علاقه به درمان طولانی مدت ندارند مورد استفاده قرار داد.

درمانهای همراه مثل دکونژستانت، آنتی هیستامین، داروهای تنگ کننده عروق (Vasoconstrictive) و سایر داروهای مشابه باعث کاهش طول دوره، تخفیف درد و تب و کاهش شنوایی می شود ولی دیده شده است که ترکیب آنتی هیستامین و دکونژستانت ها روی کلیرانس مایع گوش میانی تاثیر نداشته است.

میرنگوتومی شامل برش دادن پرده تمپان به منظور خروج ترشحات گوش میانی است این عمل در بعضی مواقع کاربرد دارد که اهم آن عبارتند از بیمارانی که با درمان اتیت مدیا در آنها بهبودی ایجاد نمی شود، بیماران مبتلا به

سیستم نقص ایمنی، در افرادی که جهت انجام کشت نیاز به نمونه وجود دارد و در برخی عوارض احتمالی هم میرنگوتومی کاربرد دارد مثل مواردی که به دنبال اتیت مدیای حاد فرد دچار فلج عصب فاسیال و یا مننژیت شود.

Follow up

به دو دلیل زیر این عمل باید حتما انجام شود

۱- مطمئن شویم که عفونت پیشرفت نمی کند و به درمان جواب داده است.

۲- ببینیم که مایع داخل گوش میانی جذب شده است یا خیر؟

لذا یک بررسی و بازنگری در روز سوم در کودکان شیرخوار و پس از دو هفته در تمام کودکان لازم است. در مواردی که پرده سوراخ شده بهتر است آنتی بیوتیک تا قطع ترشحات و ترمیم پرفوراسیون ادامه یابد.

اتیت مدیای حاد راجعه

شامل مواردی که اپیزودهای تکراری اتیت حاد مدیا در کودکان ایجاد می شود و در این گونه موارد تجویز دارو بصورت تک دوز بعنوان پروفیلاکسی تاثیر ثابت شده ای داشته و برای این منظور رژیم معمول تجویز آموکسی سیلین تک دوز به میزان 20mg/kg برای ۳-۶ ماه می باشد. البته برخی از محققین در اینگونه موارد عود کننده آدنوئیدکتومی را پیشنهاد می کنند.

درمان طبی COME

OME هم مانند اتیت مدیای حاد یک عفونت باکتریال است و در نتیجه نیاز به داروهای آنتی میکروبیال دارد. در یک مطالعه کنترل نشده ترکیب پدیاژول که مجموعه ای از اریترومیسین و سولفی سوکسازول است در ۴۵٪ موارد در عرض یک ماه و ۶۰٪ موارد در عرض ۲ ماه با بهبودی کامل همراه بوده است درمان کامل OME حدود یک ماه طول می کشد چنانچه کاهش شنوایی و علائم اتیت سرروز باقی بماند، جراحی در نظر گرفته می شود. استفاده توأم از آنتی هیستامین و دکونژستانت بدون آنتی بیوتیک هیچ گونه تفاوتی با گروهی که فقط پلاسبو دریافت کرده نداشته است. کورتن هم در این بیماران اثر موقت و گذرا داشته است.

جراحی در OME

چنانچه OME به درمان دارویی جواب نداد اقدام جراحی مطرح می شود که به این منظور آدنوئیدکتومی، میرنگتومی و گذاشتن T-tube و حتی تونسیلکتومی هم کاربرد دارد.

سوالات برگزیده:

۱- جرم شایع در اتیت اکسترن بترتیب کدامست؟

الف) سودوموناس - استرپتوکوک - استافیلوکوک (ب) استرپتوکوک - استافیلوکوک - سودوموناس
ج) سودوموناس - استافیلوکوک - استرپتوکوک (د) استافیلوکوک - سودوموناس - استرپتوکوک

۲- هال مارک عفونت اتیت اکسترن بدخیم کدامست؟

الف- وجود درد شدید در بیماران ب- وجود ترشح چرمی زیاد از گوش
ج- تایید بدخیمی در گوش د- وجود بافت جوانه ای در کانال گوش

۳- Cleft گوش میانی شامل کدام قسمت نیست

الف- پرده تمپان ب- عصب فاسیال ج- شیپور استاش د- حلزون

۴- فرونکولوزیس عبارتست از:

الف) آبسه پوست که به خاطر غدد عرق ایجاد می شود.

ب) عفونت از فولیکولهای مو شروع می شود و باید استافیلوکوک را پوشش داد

ج) درمان جراحی نیاز نیست و همه موارد به درمان طبی جواب می دهند.

د) در تمامی موارد احتیاج به جراحی و ایجاد درناژ هست

۵- کودکی بعلت درد گوش مراجعه نموده و در معاینه پرده تمپان قرمز رنگ است کدام بررسی ما را بهتر به

تشخیص راهنمایی می کند؟

الف) چنانچه از گوش کودک خون می آید دلیل محکمی بر عفونت است

ب) اتوسکوپ پنوماتیک و بررسی حرکت پرده خیلی کمک کننده است.

ج) وجود تندرns موقع حرکت پرده تمپان دلیل بر عفونت گوش میانی است.

- د) وجود درد موقع تکان دادن لاله گوش دلیل بر عفونت است.
- ۶- در بیمار مبتلا به اتیت حاد گوش میانی کدام مطلب صحیح است؟
- الف) چون اغلب علت ویرال است درمان آنتی بیوتیک لازم ندارد
- ب) باید میکروب پنوموکوک و همو فیلوس را مد نظر قرار داد
- ج) درمان تک دوزی با مقاومت بالایی همراه است.
- د) درمان با آنتی بیوتیک ضد استافیلوکوک شروع می شود.
- ۷- پیگیری و معاینه کودکان پس از شروع درمان اتیت مدیای حاد لازم است چون؟
- الف) ممکن است فرد دچار عوارض بیماری شود
- ب) ممکن است به درمان دارویی جواب نداده و مجبور به تعویض دارو بشویم.
- ج) در مواردی ممکن است بیماری به سمت OME پیش برود.
- د- همه موارد
- ۸- در فرد مبتلا به اتیت مدیای حاد، فلج عصب فاسیال عارض شده کدام اقدام صحیح است؟
- الف) درمان طبی تنها
- ب) درمان طبی به همراه ماستوئیدوکتومی
- ج) درمان طبی همراه میرنگوتومی
- د) درمان تزریقی
- ۹- در بیمار مبتلا به اتیت مدیای حاد راجعه کدامیک از رژیم های زیر توصیه می شود؟
- الف) کوتریموکسازول به میزان ۲۰ mg/kg ۲۰ روزانه
- ب) آموکسی سیلین به میزان ۲۰ mg/kg برای ۳-۶ ماه
- ج) سفیکسیم برای ۳-۶ ماه
- د) مخلوطی از اریترومایسین و سولفی سوکسازول برای ۳-۶ ماه
- ۱۰- در بیمار مبتلا به OME چنانچه با درمان طبی بهبودی حاصل نشد چه اقدامی توصیه می شود؟
- الف) Ventilation Tube
- ب) آدنوئیدکتومی
- ج) تونسیلکتومی
- د) همه موارد می توان صحیح باشد.

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی - دفتر بازآموزی جامعه پزشکی

درخواست ثبت نام

عنوان خودآموزی: نشریه DRUG INFORMATION (شماره عنوان:

محل برگزاری: مرکز اطلاع رسانی دارو و سموم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۳- نام خانوادگی:	۴- نام:	۱۱- سال دریافت آخرین مدرک تحصیلی: ل ل ل ل ل
۵- شماره شناسنامه:	۶- صادره از:	۱۲- شهرستان محل فعالیت:
۷- جنس:	۱- مرد ل ۲- زن ل	۱۳- آدرس پستی (فقط در صورت تغییر آدرس نسبت به شماره قبلی، این قسمت را تکمیل فرمایید):
۸- تاریخ تولد:	ل ل ل ل ل	کد پستی: ل ل ل ل ل
۹- شماره نظام پزشکی: ل ل ل ل ل ل ل ل ل ل	۱۰- مدرک و رشته تحصیلی:	۱۴- تلفن: ۱۵- شماره اشتراک:
۱- فوق لیسانس در رشته:	۲- تخصص در رشته:	۱۶- مهر و امضاء متقاضی:
۲- دکترای در رشته:	۳- فوق تخصص در رشته:	۱۷- تاریخ:
۳- دکترای در رشته:	۴- فوق تخصص در رشته:	۱۸- امضاء مسئول و مهر محل برگزاری:
۴- دکترای (Ph.D) در رشته:	۵- سایر مدارک:	

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

۱۹- کد برنامه: ۵ ۱ ۰ ۰ ۰ ۱۳۰	۲۰- کد محل برگزاری: ۳ ۳ ۱ ۱ ۱
۲۱- امتیاز: ل ل ل	۲۲- تاریخ شروع:
۲۳- تاریخ خاتمه (لغایت):	۲۴- شماره گواهینامه:
۲۵- تاریخ صدور:	

پاسخنامه

۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
																				الف
																				ب
																				ج
																				د

نمره به درصد