



## بررسی نتایج لارنگوسکوپی مستقیم بیماران دچار خشونت صدای مزمن یک دوره هشت ساله در بیمارستان آیت الله کاشانی اصفهان

**Hoarseness Results of an 8-Year Study on Patients who Underwent Direct Laryngoscopy for Chronic in Isfahan Ayatollah Kashani Hospital**  
Dr. Seyid Mojtaba Abtahi ; Dr. Seyid Mostafa Hashemi ; Dr. Mehrded Raghae  
Associate Prof. of Otolaryngology Isfahan University of Medical Sciences.

### SUMMARY

*In this study, the samples were the patients who underwent direct laryngoscopy of chronic hoarseness in Isfahan Ayatollah Kashani Hospital, from April 1991 to December 1998.*

*Hoarseness is the most prevalent and important symptom of laryngeal disorders; and it is sometimes the only complaining symptom of this organ's dysfunction. In differential diagnosis of chronic pathologies involving larynx, a neoplastic process must be ruled out. Therefore, endoscopy and biopsy are required to detect carcinoma. This project is a cross sectional descriptive study. Population, were all the patients underwent direct laryngoscopy due to chronic hoarseness in Isfahan Ayatollah Kashani hospital from April 1991 to December 1998. Sampling was in census, by means of files existing in the hospital's archive. Cases that laryngoscopy were due to causes other than hoarseness, such as foreign body, or trauma, or in cases that the files were incomplete were excluded from the study. Totally 408 files were evaluated: 54 excluded due to above reasons, and research continued on 363 cases.*

*Average age of evaluated patients was 42.6 years, standard deviation was 18.9. The most abundant was in the 31-40 year group. 67.2% of patients were male. In 63.9% of all patients, definite diagnosis was ascertained only by laryngoscopy, and 36.1% were biopsied. On the whole: 36.9% of cases were intact, 9.6% true vocal cord paralysis, 20.1% tumor, and 33.4% inflammation. At least 20% of cases were defined as Tumors. That is a high ratio; and this group needs quick diagnostic and therapeutic measures. Our aim of direct laryngoscopy in patients with chronic hoarseness is diagnosis and management as soon as possible.*

**Key words:** Hoarseness, Direct Laryngoscopy, Laryngeal Tumors, True Vocal Cords.

مثل هیستری، اضطراب و مشکلات سیکولوژیک مشابه، اختلالات سیستمیک که منجر به خستگی مزمن می‌شوند مانند آنمی، اختلالات متابولیک، سوء تغذیه و استراحت ناکافی (۶، ۸ و ۲).

### روشها و مواد

در این تحقیق ۴۰۸ نفر بیمار که به علت خشونت صدای مزمن از فروردین ۱۳۷۰ تا آذر ۱۳۷۸ در بیمارستان آیت... کاشانی اصفهان، تحت عمل لارنگوسکپی مستقیم قرار گرفته‌اند، بررسی شدند. مطالعه از نوع توصیفی و مقطعی و روش نمونه‌گیری، سرشماری بوده است. شرایط ورود به مطالعه، مواردی از لارنگوسکپی مستقیم بوده که به علت خشونت صدایی که بیش از ۲ هفته طول کشیده انجام شده باشد. در مواردی که قسمتی از پرونده ناقص بوده یا لارنگوسکپی مستقیم به علتی غیر از خشونت صدای مزمن انجام شده بود (مثل تروما یا ورود اجسام خارجی با علائم حاد...) از مطالعه خارج شدند. هر بیمار فقط یک بار وارد مطالعه شد و اگر به دلیل قطعی نشدن تشخیص و یا ادامه کار درمانی، لارنگوسکپی و یا بیوپسی مجدد انجام شده بود، فقط تشخیص قطعی و نهایی منظور نظر قرار گرفت. جمعاً ۴۵ پرونده از مطالعه خارج شد و بررسی روی ۳۶۳ بیمار ادامه یافت. اطلاعات مورد نظر در جدول توخالی ثبت شد و سپس بر اساس اهداف فرعی، مطالعه برای تعیین شاخصهای مرکزی و پراکندگی و انجام مطالعات آماری مورد نیاز و رسم نمودارها از نرم‌افزار آماری SPSS-Win(7.52) استفاده گردید.

### نتایج

میانگین سنی بیماران ۴۲/۶ و انحراف معیار ۱۸/۹، کمترین سن مراجعه ۱ سال و بیشترین سن ۸۵ سال، فراوانترین مراجعه در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال و به میزان ۲۰/۳٪ و کمترین مراجعه در گروه سنی زیر ۱۰ سال و به مقدار ۵/۸٪ بود. ۶۷/۴٪ بیماران مرد و ۳۲/۸٪ زن بودند. در ۶۳/۹٪ موارد (۲۳۲ نفر) فقط با بررسی ماکروسکپی (لارنگوسکپی مستقیم) تشخیص قطعی مسجل شد و ۳۶/۱٪ (۱۳۱ نفر) برای رسیدن به تشخیص قطعی، بیوپسی شدند. چون افتراق بعضی از موارد التهابی از تومرها، با لارنگوسکپی مستقیم میسر نیست، در موارد شک به این پاتولوژیها، بیوپسی انجام شده

عنوان مقاله:  
**بررسی نتایج لارنگوسکپی مستقیم بیماران دچار خشونت صدای مزمن طی یک دوره هشت ساله در اصفهان**  
 نویسندگان:  
**دکتر سید محبتی ایبطحی**  
 استادیار گروه گوش، حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
**دکتر سید مصطفی هاشمی**  
 استادیار گروه گوش، حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
**دکتر مهرداد وقایع**  
 استادیار گروه گوش، حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

### پیشگفتار

خشونت صدا شایعترین و مهمترین نشانه اختلال کارکرد حنجره و گاه تنها نشانه بیماری این عضو است. نشانه‌های دیگر مثل درد و دیسفاژی اگرچه باعث ناراحتی بیشتری برای بیمار می‌شوند ولی اغلب در مراحل پیشرفته (مخصوصاً در بیماریهای بدخیم) ظاهر می‌گردند. البته تمام بیماریهای حنجره خشونت صدا ایجاد نمی‌کنند و در بعضی از بیماریها ممکن است این نشانه در مراحل پیشرفته بیماری ظاهر شود (۴ و ۶) در یک فرد بالغ و به‌ویژه در افراد بالغ سیگاری، در صورت دوام آوردن خشونت صدا به مدت دو هفته یا بیشتر، معاینه کامل حنجره ضروری خواهد بود (۲ و ۷). در این افراد همیشه باید به دنبال معاینات معمول، یک معاینه دقیق، با استفاده از لارنگوسکپی مستقیم تحت بی‌حسی موضعی یا بیهوشی عمومی انجام شود (۷). عفونتهای مزمنی که حنجره را درگیر می‌کنند نادر هستند و علائم و نشانه‌های اختصاصی هم ندارند. در تشخیص افتراقی هر حالت مزمنی که لارنکس را درگیر کند، یک پروسه نئوپلاستیک باید مدنظر باشد و به همین دلیل نیاز به اندوسکپی و بیوپسی برای رد کردن کارسینوما می‌باشد (۸).

به‌طور کلی علل خشونت صدا ۴ دسته هستند: ۱- التهابهای حنجره: از بین التهابهای حنجره، التهابهای مزمن مورد نظر ماست که عبارتند از: لارنژیت مزمن عفونی، گرانولوماها، پولیپها، ندولها و موارد با شیوع کمتر مانند سارکوئیدوز حنجره، لارنژیت ناشی از اشعه، patch edema و لارنژیت مزمن غیراختصاصی هیپرپلاستیک ۲- تومرهای حنجره: که به دو دسته خوش‌خیم و بدخیم تقسیم می‌شوند. ۳- فلج طناب صوتی: که می‌تواند یک طرفه و دوطرفه باشد. ۴- اختلالات عملکردی (فونکسیونل):

مدار مطالعه بوده، اما در بررسیهای متداول، بیماری محور مطالعه است. در این مطالعه بیشترین فراوانی نسبی مربوط به گروه سنی ۴۰-۳۱ سال بود. در این زمینه هیچ آماری در منابع و یا مقالات یافت نشد. آنچه که توجه کننده این حالت می باشد این است که در معرض قرار گرفتن با ریسک فاکتورهای ایجادکننده پاتولوژیهای حنجره در میانسالگی شایعتر است و نیز بیماران در این سنین به دلیل نیافتن دلیل قانع کننده برای گرفتگی صدا، زودتر از سنین نوجوانی و کهنولت مراجعه می کنند. بیش از  $\frac{۱}{۴}$  افراد مورد بررسی را مردان تشکیل می دادند. در این زمینه هم آماری در منابع یافت نشد. این امر نیز به همان صورت توجه می شود که مردان بیشتر در معرض ریسک فاکتورها قرار دارند، بخصوص در جامعه مورد مطالعه ما، که استعمال دخانیات در زنان معمول نیست. البته در یک مطالعه در ایالات متحده روی کانسره های حنجره، موارد بروز کانسر حنجره در مردان نسبت به زنان بسیار بیشتر (حدود ۴ برابر) بوده است (۱).

در مطالعه ما بیشترین تشخیص مربوط به موارد بدون درگیری حنجره، پس از آن التهابها، سپس تومرها و بعد فلج طنابهای صوتی حقیقی بوده است. نکته بسیار حائز اهمیت این است که  $\frac{۱}{۲۰}$  % کل موارد را تومرها تشکیل می دهند و از این بین  $\frac{۳}{۸۶}$  % موارد تومرهای بدخیم بوده است.

در یک مطالعه که توسط Lundy و همکارانش در دانشگاه میامی ایالت فلوریدای امریکا برای بررسی علل خشونت صدا روی ۳۹۳ نفر بیمار بالای ۶۵ سال صورت گرفته، کمائی شدن طنابهای صوتی و فلج یک طرفه طناب صوتی حقیقی در مرتبه اول قرار داشته اند و در مراحل بعدی شیوع، ضایعات خوش خیم طنابهای صوتی و سپس موارد فانکشنال مطرح بوده اند (۵).

در مطالعه دیگری در ایالات مینه سوتای ایالات متحده، ۲۴ بچه در سنین ۲ هفته تا ۱۰ سال که جهت ارزیابی مجاری هوایی ارجاع شده بودند، تحت بیهوشی عمومی لارنگوسکپی مستقیم، برونکوسکپی و ازوفاگوسکپی به همراه بیوپسی شدند که در ۵۴ % نسمنه های بیوپسی، ریفلاکس ازوفاژیت گزارش شده بود (۹).

مهمترین نکته ای که از این مطالعه نتیجه گیری می شود درصد بالای تومر ( $\frac{۱}{۲۰}$  %) از کل موارد بررسی شده است. گرچه در مورد پاتولوژیهای دیگر تشخیص دیررس بیماری، تأثیر چندانی در روند درمان ندارد، ولی این مورد خاص تشخیص سریع درمان قاطع می طلبد و لازم است در جمعیتی که استعداد ابتلا

بود. نتایج بررسی ماکروسکپی در جدول شماره ۱ و پاسخ موارد بیوپسی در جدول شماره ۲ ثبت شده است.

جدول شماره ۱- جدول توزیع فراوانی بیماری که به علت خشونت صدای مزمن تحت عمل لارنگوسکپی مستقیم قرار گرفته اند برحسب درگیری لارنکس از نظر ماکروسکپی

فراوانی	درصد فراوانی	
۱۳۴	۳۶/۹	بدون درگیری
۳۵	۹/۶	فلج طناب صوتی
۱۹۴	۵۳/۵	التهاب و یا توده
۳۶۳	۱۰۰	جمع

جدول شماره ۲- جدول توزیع فراوانی بیماری که به علت خشونت صدای مزمن تحت عمل لارنگوسکپی مستقیم قرار گرفته و بیوپسی شده اند، از نظر جواب پاتولوژی

فراوانی	درصد فراوانی	نتیجه پاتولوژی
۷۳	۵۵/۷	تومر
۴۵	۳۴/۳	التهاب
۱۳	۱۰	نرمال
۱۳۱	۱۰۰	جمع

با یک جمع بندی کلی از تشخیصهای قطعی که به وسیله لارنگوسکپی مستقیم تنها و یا به کمک بیوپسی حاصل شده اند جدول شماره ۳ به دست می آید.

جدول شماره ۳- جدول توزیع فراوانی تشخیصی قطعی بیمارانی که به علت خشونت صدای مزمن تحت عمل لارنگوسکپی مستقیم و در صورت لزوم بیوپسی قرار گرفته اند

فراوانی	درصد فراوانی	نوع پاتولوژی
۱۳۴	۳۶/۹	بدون درگیری
۳۵	۹/۶	فلج طناب صوتی
۷۳	۲۰/۱	تومر
۱۲۱	۳۳/۴	التهاب
۳۶۳	۱۰۰	جمع

## بحث

پژوهش ما یک مطالعه علامت مدار است و خشونت صدا

روحانیون و چه آنهایی که در معرض تماس یا مواد کانسروژن هستند) و بخصوص در جنس مذکر این اقدامات هر چه سریعتر آغاز گردد.

به بدخیمی‌ها بیشتر است یعنی کسانی که در معرض ریسک فاکتورها هستند مثل افراد معتاد به دخانیات و الکل، مشاغل خاص (چه آنهایی که در معرض تروما به حنجره هستند مانند خواننده‌ها، معلمان و

### خلاصه

خشونت صدا (Hoarseness) شایعترین و مهمترین نشانه اختلال کارکرد حنجره و گاه، تنها نشانه بیماری این عضو است.

در تشخیص افتراقی هر حالت مزمنی که حنجره را درگیر کند یک پروسه نوبلاستیک باید مدنظر باشد و به همین دلیل نیاز به اندوسکوپی و بیوپسی برای رد کردن کارسینوما می‌باشد.

این مطالعه توصیفی، به صورت مقطعی افرادی که از فروردین ۱۳۷۰ تا آذرماه ۱۳۷۸ به علت خشونت صدای مزمن در بیمارستان آیتا... کاشانی اصفهان تحت عمل لارنگوسکوپی مستقیم قرار گرفته‌اند انجام شد. انتخاب نمونه به صورت سرشماری از پرونده‌های موجود در بایگانی بیمارستان صورت گرفت. مواردی که لارنگوسکوپی مستقیم به دلیل غیر از خشونت صدای مزمن مثل جسم خارجی، تروما، و... صورت گرفته و یا پرونده ناقص بود از مطالعه خارج شدند. کلاً از ۴۰۸ بیمار مورد بررسی، ۴۵ پرونده به دلایل مذکور از مطالعه خارج گردید و بررسی روی ۳۶۳ پرونده ادامه یافت. میانگین سنی افراد مورد بررسی ۴۲/۶ سال، انحراف معیار ۱۸/۹ و فزادانترین مراجعه در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال بود، ۶۷/۲٪ بیماران مرد بودند. در ۶۳/۹٪ از کل بیماران فقط با لارنگوسکوپی مستقیم تشخیص قطعی مسجل شده و ۳۶/۱٪ موارد بدون درگیری، ۹/۶٪ فلج طناب صوتی حقیقی، ۲۰/۱٪ تومر و ۳۳/۴٪ التهاب داشتند. دست کم ۲۰٪ موارد بررسی شده به تشخیص قطعی تومر رسیده‌اند که درصد بالایی است. این تعداد نیازمند اقدامات سریع تشخیصی و درمانی هستند و هدف ما از لارنگوسکوپی مستقیم در افرادی که خشونت صدای مزمن دارند نیز تشخیص زودرس و درمان این گروه می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: خشونت صدا، لارنگوسکوپی مستقیم، تومرهای حنجره، طنابهای صوتی حقیقی.

## REFERENCES

1. Cann C, Rothman K, Fried M. The epidemiology of laryngeal cancer in: Fried M. The Larynx: St. louis, Mosby, PP. 425-434, 1996.
2. Castellanos P, Spector J, Kaiser T. Tumors of the Larynx & Laryngo-pharynx in: Ballenger J, Snow J. Otolaryngology Head and neck surgery: Baltimore, Williams & Wilkins, P. 446, 1996.
3. Minifie F, Moore G, Hick D. Disorders of voice, speech and language in: Ballenger J, Snow J. Otolaryngology Head and neck surgery: Baltimore, Williams & Wilkins, P. 446, 1996.
4. Laurentano A, Cardonna D, Michel J, Weinstein L. Laryngeal Infections. in: Fried M. The Larynx: St. louis, Mosby, P. 273, 1996.
5. Lundy DS, Silva C, Casion RR, Lu FL, Xue J W. Cause of hoarseness i elderly patients. Otolaryngology Head-Neck-surg, 118(4), PP. 481-5, 1998.
6. Schuller D, Schleuning A. Clinical problems. in: Schuller D, Schleuning A. Deweese and Saunder's Otolaryngology Head and neck surgery: St. louis, Mosey, chapter 32, 1990.
7. Schuller D, Schlcuning A. Clinical problems. in: Schuller D, Schleuning A. Deweese and Saunder's Otolaryngology Head and neck surgery: St. louis, Mosey, PP. 263-272, 1994.
8. Schumrick K, Shumrick D, Vietti M. Inflammatory Disease of the Larynx. in: Fried M. The Larynx: St. louis, Mosby, PP. 290-304, 1996.
9. Stroy BC, Faust RA, Rimell FL. Results of esophageal biopsies oerformed during triple endoscopy in the oediatric patient. Arch-Otolaryngology-Head-Neck-Surg, 124(5), PP> 545-9, 1998.