

بررسی فراوانی کاهش شنوایی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک شنوایی‌سنجی بیمارستان متینی کاشان، آبان‌ماه ۱۳۸۴ تا اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۵

احمد یگانه‌مقدم^۱، محمد حاجی‌جعفری^{۲*}، منیره قربانی^۳، عباس دلیریان^۴

خلاصه

سابقه و هدف: کاهش شنوایی یک مشکل شایع در تمام جوامع می‌باشد که زندگی فردی و اجتماعی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. ولی میزان شیوع کاهش شنوایی و انواع آن در جوامع مختلف، متفاوت است، لذا این مطالعه به منظور تعیین فراوانی کاهش شنوایی عوامل مرتبط با آن در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک شنوایی‌سنجی بیمارستان متینی کاشان از آبان‌ماه ۱۳۸۴ تا اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه به صورت Cross-Sectional بر روی ۴۶۲ نفر بیمار ارجاع شده به کلینیک شنوایی‌سنجی بیمارستان متینی کاشان انجام شد. سوابق و شکایت بیمار بر اساس پرسش و تشخیص نهایی با معاینات تخصصی و با توجه به نتایج شنوایی‌سنجی تعیین گردید. فراوانی کم‌شنوایی با افت شنوایی بیش از ۱۰ دسی‌بل و نوع آن بر اساس هدایتی، حسی - عصبی یا مخلوط و شدت آن بر اساس نمودار ادیوگرام تعیین و مورد مطالعه قرار گرفت. یافته‌های مطالعه با آمار توصیفی و آزمون‌های آماری کای دو و فیشر تجزیه و تحلیل شد. **نتایج:** از ۴۶۲ بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک شنوایی‌سنجی تعداد ۲۰۳ نفر (۴۳/۹ درصد) مبتلا به کاهش شنوایی، شناسایی شدند که از این تعداد ۵۳/۷ درصد مرد بودند. سن بیماران ۳۳/۴±۱۹/۵ سال بود. کم‌شنوایی حسی - عصبی شایع‌ترین نوع کم‌شنوایی در بین بیماران مراجعه‌کننده بود (۴۱/۹ درصد) و پس از آن به ترتیب کم‌شنوایی هدایتی (۳۸/۹ درصد) و کم‌شنوایی مختلط (۱۹/۲ درصد) قرار داشت. کم‌شنوایی دوطرفه ۶۵ درصد و یک‌طرفه ۳۵ درصد بود. از نظر میزان کم‌شنوایی، افت شنوایی متوسط (۴۰-۶۰ دسی‌بل) بیشترین میزان بود. از بین علل مختلف ایجادکننده کم‌شنوایی، عفونت گوش میانی شایع‌ترین علت (۳۴ درصد) و علل ارثی مادرزادی، التهاب سروزی گوش میانی و پیرگوشی در رتبه‌های بعدی بود.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد کاهش شنوایی در بیماران ارجاع شده به کلینیک شنوایی‌سنجی بیمارستان متینی کاشان شیوع بالایی دارد که کم‌شنوایی حسی - عصبی شایع‌ترین نوع کم‌شنوایی و عفونت گوش میانی شایع‌ترین علت آن می‌باشد، با توجه به قابل درمان بودن کامل این عامل، توجه بیشتر به شناسایی و درمان مناسب این عفونت‌ها را پیشنهاد می‌نماید.

واژگان کلیدی: کاهش شنوایی، کم‌شنوایی حسی - عصبی، شنوایی‌سنجی

۱- استادیار گروه گوش و حلق و بینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲- پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۳- کارشناس شنوایی‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۴- کارشناس مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* نویسنده مسوول: محمد حاجی جعفری

آدرس: کاشان، خ امیر کبیر، بیمارستان متینی

پست الکترونیکی: dr_hajijafari@yahoo.com

تلفن: ۰۳۶۱ ۵۳۴۲۰۲۰

دورنویس: ۰۳۶۱ ۴۴۵۶۹۶۹

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۱/۱۵

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۶/۱۱/۷

مقدمه

بیماری‌زا در سنین مختلف اتفاق می‌افتد [۱]. به طور متوسط ۲۶ درصد افراد میان‌سال [۱، ۲]، اکثر افراد بالای ۶۵ سال و تقریباً همه افراد بالای ۸۰ سال کم‌شنوایی دارند [۳]. کاهش شنوایی معمولاً به تدریج و با افزایش سن و افزایش تماس با

کاهش شنوایی به دلیل اختلال در برقراری ارتباط گفتاری و زبانی تاثیر زیادی در زندگی فردی و اجتماعی افراد دارد. کاهش شنوایی شیوع بالایی داشته و تحت تاثیر عوامل متعدد

سپس توسط یک نفر کارشناس شنوایی سنج از این افراد آزمون PTA (اندازه‌گیری کمی میزان شنوایی با استفاده از یک ادیومتر صدای خالص) و IA (اندازه‌گیری شنوایی از طریق کمپلینس جذب انرژی صوتی) به روش استاندارد و به کمک دستگاه‌های Impedance audiometer و Clinical audiometer AC40 AZ26 به عمل آمد [۱، ۲] و یافته‌های مربوط شامل وجود یا عدم وجود کاهش شنوایی و میزان آن، فرکانس‌های درگیر، و انواع تمپانومتري شامل نوع A: (نوع طبیعی با منحنی فشار گوش میانی قرینه و در محدوده +۵۰ تا -۵۰)، انواع غیرطبیعی B: (منحنی فشار گوش میانی به صورت خط صاف بدون نقطه اوج)، نوع C: (منحنی فشار گوش میانی در محدوده بیش از ۱۰۰- با نقطه اوج منفی)، AD: (افزایش ارتفاع منحنی با فشار گوش میانی بیش از محدوده طبیعی) و AS: (کاهش ارتفاع منحنی با فشار گوش میانی کمتر از محدوده طبیعی) تعریف شده و در چک لیست ثبت شد. بیماران دارای مشکلات شنوایی شامل کاهش شنوایی یک طرفه یا دوطرفه (با معیار افت شنوایی بیشتر از ۱۰ دسی‌بل) و انواع تمپانومتري غیر از نوع A توسط یک نفر متخصص گوش و حلق و بینی دوباره معاینه و تشخیص بیماری تایید گردید. اطلاعات با آماره توصیفی و آزمون‌های آماری کای دو و فیشر مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

از ۴۶۲ بیمار ارجاع شده به کلینیک شنوایی‌سنجی، تعداد ۲۰۳ نفر (۴۳/۹ درصد) مبتلا به کاهش شنوایی شناسایی شدند که از این تعداد ۱۰۹ نفر مرد (۵۳/۷ درصد) بودند. سن بیماران مبتلا به کاهش شنوایی $33/4 \pm 19/5$ سال بود. حداقل سن واحدهای پژوهش ۳ سال و بیشترین سن ۸۵ سال بود. از ۲۰۳ بیمار مبتلا به کاهش شنوایی ۷۱ نفر (۳۵ درصد) مبتلا به کاهش شنوایی یک طرفه و ۱۳۲ نفر (۶۵ درصد) مبتلا به کاهش شنوایی دوطرفه بودند. در تمامی گروه‌های سنی ضایعات دوطرفه بیشتر از ضایعات یک طرفه بود. توزیع بیماران ارجاع شده به کلینیک شنوایی‌سنجی بر حسب کاهش شنوایی به تفکیک عوامل مرتبط در جدول شماره ۱ آورده شده و ملاحظه می‌شود از نظر آماری، تمپانومتري غیرطبیعی با کاهش شنوایی، ارتباط معنی‌دار دارد و نیز از نظر سنی دو گروه تفاوت معنی‌دار دارند، ولی در دو جنس تفاوت معنی‌دار مشاهده نمی‌شود.

عوامل خطر ایجاد می‌شود و به همین دلیل بسیاری از افراد تا چندین سال متوجه کم‌شنوایی خود نمی‌شوند [۲، ۳، ۴] که اهمیت بررسی آن را مشخص می‌نماید. عوامل خطرزای کاهش شنوایی در گروه‌های سنی مختلف، متفاوت است. این عوامل در کودکان کمتر از ۲/۵ سال عبارت است از: تاریخچه خانوادگی از وجود افراد ناشنوا در خانواده، عفونت‌های مادرزادی، بیلی‌روبین زمان تولد بیش از ۲۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، ناهنجاری‌های صورتی - حلقی، عفونت پرده‌های مغزی و داروهای دارای عوارض سمی برای گوش [۱، ۵] و در کودکان بالاتر از ۲/۵ سال عفونت دستگاه تنفسی فوقانی از جمله لوزه‌ها و حلق و ابتلا به بیماری اوریون و عفونت گوش میانی [۶، ۷] و در بزرگسالان قرارگیری در برابر سر و صدا، اثرات سن، تعامل سر و صدا و اثرات سن و تعامل سر و صدا با سایر متغیرها می‌باشد [۳، ۸، ۹]. در حال حاضر یکی از شایع‌ترین بیماری‌های شغلی در جهان کاهش شنوایی شغلی است که در مطالعات مختلف از ۱۷ تا ۷۹ درصد گزارش شده است [۴، ۱۰، ۱۱، ۱۲]. الگوی کاهش شنوایی در مطالعات مختلف متفاوت است. در مطالعات خارج از کشور کاهش شنوایی حسی - عصبی و دوطرفه شیوع بیشتری دارد [۲، ۵، ۸] و در برخی از مطالعات انجام شده در ایران کاهش شنوایی حسی - عصبی [۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶] و در برخی دیگر کاهش شنوایی هدایتی [۱۷، ۱۸]. شیوع بیشتری را نشان داده و از بین علل مختلف ایجادکننده کم‌شنوایی، عفونت گوش میانی و در رتبه بعد پیرگوشی و عوامل ارثی شایع‌ترین علل بوده است [۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸]. شیوع و الگوی کاهش شنوایی در مطالعات مختلف در ایران و خارج از ایران متفاوت است. با توجه به تناقضات موجود، این مطالعه به منظور بررسی فراوانی کاهش شنوایی در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک شنوایی-سنجی مرکز آموزشی - درمانی بیمارستان متینی کاشان از آبان‌ماه ۱۳۸۴ تا اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق به روش Cross-Sectional بر روی ۴۶۲ نفر انجام شد. کلیه بیمارانی که توسط پزشکان متخصص گوش و حلق و بینی در مدت مطالعه به واحد شنوایی‌سنجی بیمارستان ارجاع شده بودند، پس از توجیه و حصول رضایت کتبی، بیمار وارد مطالعه شدند. اطلاعات دموگرافی بیماران شامل سن، جنس و شغل و نیز شکایت بیمار، سوابق بیماری، سوابق دریافت دارو، سوابق عمل جراحی گوش در چک‌لیست تهیه شده، ثبت شد.

جدول ۱- توزیع بیماران ارجاع شده به کلینیک شنوایی سنجی بر حسب کاهش شنوایی به تفکیک عوامل مرتبط

| نتیجه آزمون | کاهش شنوایی | | عوامل مرتبط |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | دارد | ندارد | |
| | ۲۰۳(۴۳/۹) | ۲۵۹(۵۶/۱) * | |
| P<۰/۰۰۰۱ | ۳۳/۴±۱۹/۵ | ۲۴±۱۶/۱ | سن |
| P=۰/۳۵ | ۹۴(۲۰/۳) | ۱۳۲(۲۸/۶) | زن |
| | ۱۰۹(۲۳/۶) | ۱۲۷(۲۷/۵) | مرد |
| P<۰/۰۰۰۱ | ۹۵(۲۰/۶) | ۱۷۴(۳۷/۶) | طبیعی |
| | ۱۰۸(۲۳/۴) | ۸۵ (۱۸/۴) | غیرطبیعی |

* اعداد اخل پراکنش بیانگر درصد می باشد

جدول ۲- توزیع بیماران دارای کاهش شنوایی بر حسب نوع ضایعه به تفکیک عوامل مرتبط

| نتیجه آزمون | نوع ضایعه | | عوامل مرتبط |
|---------------------------------|---------------|---------------|-----------------------|
| | ضایعه دو طرفه | ضایعه یک طرفه | |
| | ۱۳۲(۶۵) | ۷۱(۳۵) | |
| P<۰/۰۰۰۱ | ۱۰۹(۵۴) | ۷۱(۳۵) | سن |
| OR=۳۰/۶۸۹ | | | سال <۶۰ |
| CI _{95%} = ۱/۸۳-۵۱۳/۶۶ | ۲۳(۱۱) | ۰(۰) | سال ≥۶۰ |
| P=۰/۲۴ | ۵۷(۲۸/۱) | ۳۷(۱۸/۲) | زن |
| OR=۱/۴۳ | | | جنس |
| CI _{95%} = ۰/۸-۲/۵ | ۷۵(۳۶/۹) | ۳۴(۱۶/۷) | مرد |
| P<۰/۰۰۰۱ | ۱۰۰ (۴۹/۳) | ۱۳(۶/۴) | ندارد |
| | ۳۲(۱۵/۸) | ۵۸(۲۸/۶) | دارد |
| OR=۱۳/۹۴ | | | تمپانومتري نوع B |
| CI _{95%} =۶/۷۷ -۲۸/۶۸ | | | |
| P<۰/۰۰۰۱ | ۸۶(۴۲/۴) | ۲۲(۱۰/۸) | ندارد |
| OR=۴/۱۶ | | | عفونت یا التهاب |
| CI _{95%} = ۲/۲۴-۷/۷۲ | ۴۶(۲۲/۶) | ۴۹(۲۴/۱) | دارد |
| | ۵۹(۲۹/۱) | ۲۶(۱۲/۸) | حسی - عصبی |
| P<۰/۰۰۰۱ | ۳۹(۱۹/۲) | ۴۰(۱۹/۷) | هدایتی |
| | ۳۴(۱۶/۷) | ۵(۲/۵) | مختلط |
| | ۲۷(۱۳/۳) | ۲۹(۱۴/۳) | کمتر از ۴۰ |
| P<۰/۰۰۰۱ | ۴۹(۲۴/۱) | ۳۲(۱۵/۸) | ۴۰-۶۰ |
| | ۲۶(۱۲/۸) | ۱۰(۴/۹) | بیشتر مساوی ۶۰ |
| | ۳۰(۱۴/۸) | ۰(۰) | مخلوط |
| | | | میزان افت شنوایی (db) |

جدول ۳- توزیع بیماران دارای کاهش شنوایی بر حسب نوع ضایعه به تفکیک علت کاهش شنوایی

| علت کاهش شنوایی | نوع ضایعه | |
|------------------------|-----------|----------|
| | یک طرفه | دوطرفه |
| عفونت گوش میانی | ۴۰(۱۹/۷) | ۲۹(۱۴/۳) |
| ارثی مادرزادی | ۲(۱) | ۲۸(۱۳/۸) |
| التهاب سروزی گوش میانی | ۹(۴/۴) | ۱۷(۸/۴) |
| پیرگوشی | ۰(۰) | ۱۹(۹/۳) |
| سروصدا | ۱(۰/۵) | ۱۸(۸/۹) |
| ضربه صوتی | ۷(۳/۴) | ۱(۰/۵) |
| منیر | ۵(۲/۵) | ۲(۱) |
| اوربون | ۵(۲/۵) | ۰(۰) |
| اتواسکلروز | ۰(۰) | ۴(۲) |
| دیابت | صفر | ۲(۱) |
| کاهش شنوایی ناگهانی | ۲(۱) | ۰(۰) |
| نامشخص | ۰(۰) | ۱۲(۵/۹) |
| جمع | | ۶۹(۳۴) |

Mattos LC مشابه است [۸، ۱۳، ۱۷، ۱۸]. کاهش شنوایی حسی - عصبی و دوطرفه شایع ترین نوع کاهش شنوایی در مراجعین به کلینیک شنوایی سنجی بیمارستان متینی کاشان بود. این یافته‌ها با یافته‌ی مطالعه‌ی سهیلی پور و همکاران و نیز Mattos Veras RP, LC در Rio de Janeiro شباهت دارد. سهیلی پور ۷۰ درصد ضایعات را دوطرفه و ۳۰ درصد را یک طرفه، با شیوع بیشتر نوع حسی - عصبی (حسی - عصبی) ۳۵/۹ درصد و هدایتی ۳۲/۷ درصد گزارش کرد. و Mattos LC ۷۸ درصد دوطرفه گزارش نمود [۸، ۱۳]. گرچه مطالعه کیاجوری و همکاران نشان داد کاهش شنوایی هدایتی بیشتر از نوع دیگر حسی - عصبی و مختلط است [۱۷]. همچنین فراهانی گزارش کرده که کاهش شنوایی مختلط بیش از انواع دیگر بوده است [۱۸]. در این مطالعه شایع ترین عامل افت شنوایی هم در ضایعات یک طرفه و هم در ضایعات دوطرفه عفونت گوش میانی بود. در همه مطالعات فوق نیز، مانند مطالعه حاضر، شایع ترین عامل مرتبط عفونت گوش میانی بود و علل دیگر مانند پیرگوشی و مادرزادی در رتبه بعدی بودند [۱۳، ۱۷، ۱۸]. این یافته‌ها نشان می‌دهد الگوی کاهش شنوایی مرتبط با عوامل عفونی هنوز بیشترین فراوانی را دارد. عفونت گوش میانی به صورت مستقیم به سیستم انتقال صوت آسیب رسانده و کاهش شنوایی مزمنی را به وجود می‌آورد. گرچه در مطالعات خارج از ایران، الگوی کاهش شنوایی عبارت است از شیوع بیشتر ضایعات حسی - عصبی و دوطرفه با ارتباط عوامل ارثی مادرزادی و پیرگوشی [۴، ۸، ۲۱]، که با نتایج مطالعه‌ی حاضر و مطالعات مورد اشاره متفاوت است و نشان می‌دهد الگوی

توزیع بیماران دارای کاهش شنوایی بر حسب نوع ضایعه به تفکیک عوامل مرتبط در جدول شماره ۲ آورده شده است و ملاحظه می‌شود سن بالا و جنس مذکر با ضایعات دوطرفه و عفونت و یا التهاب سروزی گوش میانی و تمپانومتري نوع B با کاهش شنوایی یک طرفه از نظر آماری، ارتباط معنی داری دارد. توزیع بیماران دارای کاهش شنوایی بر حسب نوع ضایعه و تفکیک علت کاهش شنوایی در جدول شماره ۳ آورده شده است و نشان می‌دهد بیماری عفونت گوش میانی با ۳۴ درصد شایع ترین علت کاهش شنوایی بوده است. علل ارثی - مادرزادی و ایت سروزی و پیرگوشی و سر و صدا در رتبه‌ی بعد قرار داشتند. در هر دو نوع کاهش شنوایی (یک طرفه و دوطرفه) نیز عفونت گوش میانی علت، شایع تر است.

بحث

مطالعه نشان داد کاهش شنوایی در بیماران ارجاع شده به کلینیک شنوایی سنجی بیمارستان متینی کاشان شیوع بالایی دارد. این یافته با یافته‌ی مطالعه کیاجوری و قاسمی مشابه است [۱۴، ۱۷] ولی از شیوع کاهش شنوایی در مطالعه سهیلی پور کمتر و در مطالعه‌ی Mattos LC بیشتر است [۸، ۱۳]. البته با توجه به روش انجام مطالعه و انتخاب نمونه‌ها از بیماران ارجاع شده، این یافته قابل ارجاع به جامعه یا مقایسه‌ی کامل با یافته‌های دیگر مطالعات نمی‌باشد. در نمونه‌های مورد مطالعه سن بالاتر و تمپانومتري غیرطبیعی با کاهش شنوایی ارتباط معنی دار نشان داد که با یافته‌ی مطالعات سهیلی پور و همکاران، کیاجوری و همکاران، فراهانی و

داده می‌شوند و در بسیاری از موارد بیمار متوجه آن نمی‌شود. Davis A در مطالعه‌ای در انگلیس نشان داد ۱۲ درصد از جمعیت ۵۵ تا ۷۴ سال دارای درجات متوسط تا شدید کاهش شنوایی بودند در حالی که شکایتی را ابراز نکرده بودند یا در تشخیص و درمان مورد غفلت قرار گرفته بودند [۴]. از طرفی اغلب ضایعات حسی - عصبی به دنبال تماس با عوامل بیماری‌زای محیطی و سیستمیک مانند فرآیند پیری، فعالیت در سر و صدا، مصرف داروها و عوامل ارثی مادرزادی ایجاد می‌شوند که بر هر دو گوش تأثیر یکسان می‌توانند داشته باشند [۱، ۱۹، ۲۰]. بیشترین بیماران در گروه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال و ۲۰ تا ۴۰ سال بودند و این یافته با مطالعه سهیلی‌پور مطابقت دارد گرچه در مطالعه سهیلی‌پور گروه سنی ۲۰ تا ۴۹ سال بیشترین فراوانی کاهش شنوایی را نشان دادند [۱۳]. Lin CY و همکاران نیز در مطالعه تایوان شیوع کاهش شنوایی در سنین بیش از ۲۰ سال بسیار بالاتر از آمارهای جهانی (۲۱/۴ درصد) گزارش کردند [۲۰]. سنین ۲۰ تا ۶۰ سال سنینی است که مواجهه با برخی عوامل بیماری‌زا بیشتر است یا از طرفی تأثیر مواجهه با بسیاری از عوامل بیماری‌زا که در سنین قبلی به وقوع پیوسته در این سنین پیدایش می‌کند. عوامل بیماری‌زایی مانند عفونت گوش میانی که در مطالعه حاضر و نیز مطالعه‌ی Lin CY شایع‌ترین علت است [۲۰]، در سنین کودکی و نوجوانی بیشترین شیوع را دارد ولی در صورت عدم درمان در طولانی مدت و به آرامی موجب کاهش شنوایی می‌شود، لذا در سنین بزرگسالی با کاهش شنوایی خود را نشان می‌دهد. تمام ضایعات گزارش شده در سنین بالای ۶۰ سال دوطرفه بودند که این یافته با مطالعه سهیلی‌پور مطابقت دارد [۱۳]. یافته‌های تمپانومتري بیماران نشان داد ۴۶/۸ درصد موارد بیماران نوع A یا وضعیت طبیعی و در ۴۴/۳ درصد نوع B بوده است. تمپانومتري نوع B نشان‌دهنده وضعیت وجود ترشحات چرکی یا سروزی در پشت پرده است. عفونت گوش میانی و ایتیت سروزی که در مطالعه‌ی حاضر بیشترین عامل مرتبط با کاهش شنوایی بود، در اغلب موارد دارای تمپانومتري نوع B است. تمپانومتري یکی از تکنیک‌های کمک‌کننده در غربالگری بیماران در معرض خطر ابتلا به کاهش شنوایی است که تا حدود نیمی از موارد خطر را نشان می‌دهد. این یافته در برابر معاینه بالینی که حدود ۳۰ درصد ضایعات را می‌تواند مشخص کند ارزشمند است گرچه باید توجه نمود که نیمی از موارد بیماران در تمپانومتري نیز یافته‌های غیرطبیعی نشان نمی‌دهند. در این مطالعه بیشترین میزان افت شنوایی (۳۹/۹ درصد) در محدوده‌ی فرکانس‌های ۴۰ تا ۶۰ دسی‌بل بود. که با نتایج مطالعه کیاجوری و قاسمی مطابقت دارد [۱۴، ۱۷].

کاهش شنوایی در منطقه و ایران، از الگوی بیماری در کشورهای پیشرفته متفاوت است و هنوز با الگوی بیماری در چند دهه‌ی گذشته و نیز کشورهای در حال توسعه مانند نیجریه و تایوان که بیماری‌های گوش داخلی شیوع بیشتری دارد، مطابقت دارد [۲، ۵، ۱۹، ۲۰]. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد عفونت گوش میانی شایع‌ترین علت کاهش شنوایی یک‌طرفه و دوطرفه است و با رابطه معنی‌دار و نسبت حدود چهار برابر، بیشتر موجب کاهش شنوایی یک‌طرفه شده است. عفونت گوش میانی در موارد طول کشیده و درمان نشده می‌تواند علاوه بر ضایعات هدایتی موجب ضایعات حسی - عصبی نیز بشود Lasisi AO و همکاران در مطالعه نیجریه کاهش شنوایی را در ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به عفونت مزمن گوش میانی گزارش کردند و نشان‌دهنده‌ی ارتباط زیاد عفونت مزمن گوش میانی و کاهش شنوایی در موارد عدم درمان صحیح و مناسب است [۱۹]. در مطالعه‌ی کیاجوری و قوجقی و فراهانی نیز عفونت گوش میانی علت شایع کاهش شنوایی بود [۱۶، ۱۷، ۱۸] که با مطالعه ما مشابه است. در مطالعه De Nobrega و همکاران علل مادرزادی و ژنتیکی شایع‌ترین علت کاهش شنوایی در برزیل بود [۲۱] گرچه با آمار مطالعه ما از نظر درصد و شیوع عوامل مرتبط مشابه نیست ولی در مطالعه ما نیز بعد از عفونت گوش میانی علت شایع افت شنوایی، علل ارثی مادرزادی است. این یافته‌ها بیانگر اهمیت عفونت‌های گوش میانی در پیدایش افت شنوایی می‌باشد. عفونت و التهاب گوش میانی با تخریب مستقیم زنجیره‌ی استخوانی انتقال امواج شنوایی یا تغییر در آناتومی آن باعث اختلال در انتقال امواج می‌شود. در موارد پیشرفته عصب شنوایی نیز می‌تواند درگیر شده که موجب کاهش شدید شنوایی می‌شود. با توجه به بهبود و گسترش خدمات بهداشتی - درمانی و دسترسی عموم مردم به این خدمات، نمی‌توان عدم تشخیص و درمان مناسب توسط پزشکان را، عامل مهمی فرض کرد و علل الگوی فوق را می‌بایست در موارد دیگر مانند سطح اطلاع و آگاهی عموم از بیماری‌های گوش میانی، نحوه برخورد با آن، عوارض درمان ناقص و... جستجو نمود که مطالعات بیشتری را می‌طلبد. در مطالعه حاضر تمام بیماران با سن بالای ۶۰ سال دارای افت شنوایی دوطرفه بودند. این یافته با توجه به نوع علل ایجادکننده بیماری یعنی پیرگوشی که در تمام موارد دوطرفه بود، نشان می‌دهد که پیرگوشی در سنین بالا مهم‌ترین علت افت شنوایی است این یافته با نتایج مطالعه کیاجوری و قاسمی مطابقت دارد [۱۴، ۱۷]. ضایعات حسی - عصبی با توجه به ماهیت پاتولوژی آنها اغلب دوطرفه بوده، به آرامی و بدون ایجاد شکایت، موجب کاهش شنوایی می‌شوند، لذا دیرتر تشخیص

نتیجه گیری

قابل پیشگیری یا بازتوانی خواهند بود، لذا توجه بیشتر به راه- اندازی و اجرای آزمون‌های غربالگری شنوایی را توصیه می‌نماید.

کاهش شنوایی در بیماران ارجاع شده به کلینیک شنوایی- سنجی بیمارستان متینی کاشان شیوع بالایی دارد که شایع‌ترین علت آن، عفونت گوش میانی است. با توجه به قابل درمان بودن این بیماری توجه بیشتر به تشخیص و درمان به موقع و مناسب را توصیه می‌نماید. از طریق کنترل این عفونت‌ها بر اساس یافته‌های مطالعه بیش از یک سوم از موارد کاهش شنوایی قابل پیشگیری خواهد بود. از طرفی بسیاری از این بیماری‌ها در طول سالیان دراز موجب افت شنوایی خواهند شد که در صورت مداخله به موقع

تشکر و قدردانی

از کلیه پزشکان متخصص گروه گوش و حلق و بینی بیمارستان متینی و پرسنل محترم درمانگاه و واحد شنوایی-سنجی برای همکاری در طرح، تشکر و تقدیر نموده و از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان نیز برای تقبل هزینه‌های طرح سپاس‌گذاری می‌نمایم.

References:

- [۱] قاضی بهرام. در ترجمه گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن. دویس و ساندرز (مؤلف). چاپ دوم. تهران: انتشارات اشارت، ۱۳۸۱، صفحات ۴۸۶ تا ۴۹۶.
- [۲] مروستی رضا (مؤلف). بیماریهای گوش. چاپ سوم. تهران: انتشارات کلمه، ۱۳۸۳، صفحات ۲۵۶ تا ۲۸۸.
- [۳] فروزان‌بال علی، زارع‌نژاد خاطره، کریمی حسین (مؤلفین). اطلاعات مفید برای استفاده کنندگان از سمعک. چاپ دوم. تهران: شرکت فن آذرخش، ۱۳۸۱، صفحات ۱۴ تا ۲۸.
- [4] Davis A. Smith P. Ferguson M. Stephens D. Gianopoulos I. Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. *Health Technol Assess* 2007; 11: 1-294.
- [5] Cheryl D. Peggy V. Benson J. Handbook of Clinical Audiology. New York: Singular: 2002. p. 482-485.
- [6] Jerry L. Northern p. Marion P. Hearing in Children. 5th ed. London: Lippincott: 2001. p. 266-288.
- [۷] پورجعفر حمید، هاشم‌زاده چاشتری مجید. الگوی شجره نامه خانواده های دارای حداقل یک عضو مبتلا به ناشنوایی حسی عصبی در همدان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد* ۱۳۸۲: دوره ۵، شماره ۴: صفحات ۱ تا ۴.
- [8] Mattos LC. Veras RP. The prevalence of hearing loss in an elderly population in Rio de Janeiro: a cross-sectional study. *Rev Bras Otorrinolaringol (Engl Ed)* 2007; 73: 654-659.
- [9] Carruth A. Robert AE. Hurley A. Currie PS. The impact of hearing impairment, perceptions and attitudes about hearing loss, and noise exposure risk patterns on hearing handicap among farm family members. *AAOHN J* 2007; 55: 227-234.
- [۱۰] میرمحمدی میبیدی، سیدجلیل. تاثیر صدا بر کاهش شنوایی شغلی و سلامتی کارگران. *طب و تزکیه* ۱۳۸۲: شماره ۵۰: صفحات ۹۳ تا ۱۰۳.
- [11] Wilczyńska U. Szeszenia-Dabrowska N. Szymczak W. Occupational diseases in Poland, 2006. *Med Pr* 2007; 58: 193-203.
- [12] Trost RP. Shaw GB. Statistical analysis of hearing loss among navy personnel. *Mil Med* 2007 ; 172: 426-430.
- [۱۳] سهیلی‌پور سعید، افلاکی مصطفی، عطائی فرید. کاهش شنوایی در مراجعه کنندگان به مرکز شنوایی سنجی الزهرا و شهید اژه ای اصفهان طی سال‌های ۱۳۷۵. *مجله پژوهشی در پزشکی* ۱۳۷۸: دوره ۲۳، شماره ۱: صفحات ۲۷ تا ۳۳.
- [۱۴] قاسمی محمدمهدی، رجعتی حقی محسن. کاهش شنوایی حسی عصبی در مبتلایان به عفونت‌های مزمن گوش میانی. *مجله گوش گلو بینی و حنجره ایران* ۱۳۸۳: دوره ۱۵، شماره ۳۳: صفحات ۴۹ تا ۵۴.
- [۱۵] دانشمندان نعیمه، عطار حسن، رهگذر مهدی. بررسی علل ناشنوایی زیر ۱۶ سال در ۹ ماه اول سال ۱۳۷۴. *مجله گوش، گلو، بینی و حنجره ایران* ۱۳۸۰: دوره ۱۳، شماره ۲۸: صفحات ۱۲ تا ۱۸.
- [۱۶] قوجقی امان‌الله، جواهری اسفندیار، صغیری اسدالله. تحقیق پیرامون ۱۵۰۰ مورد بیمار کم‌شنوا از نظر شیوع اتیولوژیک، سن و جنس. *مجله گوش، گلو، بینی و حنجره ایران* ۱۳۷۰: دوره ۳، شماره ۶: صفحات ۳۴ تا ۴۲.
- [۱۷] کیاجوری کیوان، شیرزادیان امیرحسین. یافته های ایدیولوژیک بیماران کم شنوا بابل. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل* ۱۳۷۹: دوره تابستان (ویژه نامه)، شماره ۱: صفحات ۲۶ تا ۳۰.

[۱۸] فراهانی فرهاد. ارزیابی انواع کم شنوایی در کودکان ۶ ساله مورد بررسی در طرح سنجش پیش دبستانی استان همدان در سال ۱۳۷۷. *مجله*

علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان ۱۳۸۱: دوره ۹، شماره ۲۴: صفحات ۲۴ تا ۲۸.

[19] Lasisi AO. Sulaiman OA. Afolabi OA. Socio-economic status and hearing loss in chronic suppurative otitis media in Nigeria. *Ann Trop Paediatr* 2007; 27: 291-296.

[20] Lin CY. Yang YC. Guo YL. Wu CH. Chang CJ. Wu JL. Prevalence of hearing impairment in an adult population in Southern Taiwa. *Int J Audiol* 2007; 46: 732-737.

[21] De Nobrega M. Weckx LL. Juliano Y. Study of the hearing loss in children and adolescents, comparing the periods of 1990-1994 and 1994-2000. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005; 69: 829-838.

Archive of SID