

مقایسه تاثیر پماد تتراسیکلین چشمی ۱٪ و پماد اریترومايسين چشمی ۵٪/۰٪ در پیشگیری از کنژنکتیویت نوزادان

ناهید قطبی^۱، مجید منصوری^۲، محمد حسین کلاتر^۳، فردین غریبی^۴

۱. دانشیار کودکان، بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۲. استادیار کودکان، بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۳. متخصص کودکان، پژوهشگر، بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (مؤلف مسوول) تلفن: ۰۱۱۱-۳۳۵۲۴۳۸

kalantar.hossein@yahoo.com

۴. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: افتالمیا نئوناتورووم، نوعی کنژنکتیویت است که در ۴ هفته اول تولد رخ می‌دهد و شایعترین بیماری چشمی نوزادان است. این مطالعه به منظور مقایسه تاثیر پماد تتراسیکلین ۱٪ چشمی با پماد اریترومايسين چشمی ۵٪/۰٪ در جلوگیری یا کاهش بروز عفونت ملتحمه نوزادان انجام گردیده است.

روش بررسی: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده یک سوکور تک مرکزی بدون دارو نما اجرا گردید. این مطالعه روی نوزادان ترم متولد شده به روش طبیعی یا سزارین در بخش بعد از زایمان در بیمارستان بعثت سنندج به مدت یک سال از بهار ۱۳۸۹ تا بهار ۱۳۹۰ بر روی ۳۳۰ نوزاد صورت گرفته است. نوزادان به روش بلوک‌بندی ۳ تائی به ۳ گروه ۱۱۰ نفری A, B, C تقسیم شدند. بعد از گرفتن رضایت نامه کتبی از والدین و یک ساعت بعد از تولد در گروه A یک سانتی‌متر پماد تتراسیکلین ۱٪ چشمی و در گروه B یک سانتی‌متر از پماد اریترومايسين ۵٪/۰٪ چشمی در چشم‌ها استفاده گردید گروه C، گروه کنترل بود که اقدامی صورت نگرفت. تمامی نوزادان در پایان هفته اول، پایان هفته دوم و پایان هفته چهارم معاینه شدند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و آزمون کای دو و t-test، تحلیل گردید.

یافته‌ها: در گروه‌های تتراسیکلین، اریترومايسين و بدون پیشگیری به ترتیب ۲۲ نوزاد (۲۰٪)، ۱۶ نوزاد (۱۴/۵٪) و ۲۵ نوزاد (۲۲/۷٪)، دچار کنژنکتیویت شدند و تفاوت معنی‌داری بین سه گروه فوق، از نظر بروز علائم کنژنکتیویت وجود نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای کنژنکتیویت در گروهی که پیشگیری دریافت نکردند و با توجه به عوارضی که کنژنکتیویت می‌تواند برای نوزاد ایجاد کند (به خصوص درنوع کنژنکتیویت گنوکوکی)، لزوم پیشگیری از کنژنکتیویت نوزادی کاملاً منطقی به نظر می‌رسد. اما از آن جایی که تاثیر تتراسیکلین و اریترومايسين در کاهش بروز کنژنکتیویت از نظر آماری معنی‌دار نبود، نیاز به مطالعات جامع‌تر و بررسی داروهای دیگر مثل بتادین و یا نیترات نقره لازم به نظر می‌رسد. تا داروی مناسب برای پیشگیری از کنژنکتیویت نوزادی تهیه گردد.

کلیدواژه: تتراسیکلین، اریترومايسين، کنژنکتیویت نوزادان

وصول مقاله: ۹۰/۳/۱ اصلاحیه نهایی: ۹۱/۱/۳۱ پذیرش: ۹۱/۲/۱۰

مقدمه

کنژنکتیویت نوزادان نوعی عفونت ملتحمه است که در چهار هفته اول تولد رخ می‌دهد و شایعترین بیماری چشمی نوزادان است. عفونت ملتحمه نوزادی بدون توجه به علت آن با قرمزی و تورم ملتحمه، ادم پلک‌ها و ترشح که ممکن است چرکی باشد مشخص می‌شود. احتمال عفونت ملتحمه نوزادی بستگی به فراوانی عفونت‌های مادر، معیارهای پیشگیرانه، شرایط زایمان و تولد و تماس پس از زایمان با میکروب‌ها دارد. در سال ۱۸۸۰، ده درصد کودکان اروپایی در هنگام تولد دچار کنژنکتیویت گنوکوکی می‌شدند در آن دوره کنژنکتیویت نوزادی علت اصلی کوری محسوب می‌شد. در سال ۱۸۸۱ اپیدمیولوژی این وضع کاملاً تغییر کرد، زیرا در این زمان Crede گزارش نمود که ریختن محلول ۲٪ نیترات نقره در چشم‌های نوزادان بروز عفونت ملتحمه نوزادی را از ۱۰٪ به ۰/۳٪ کاهش داده است در طی قرن بیستم، بروز افتالمی گنوکوکی نوزادان در کشورهای صنعتی به علت پروفیلاکسی و بیماریابی و درمان گنوره مادران قبل از تولد کاهش پیدا کرد (۱). قبل از به کارگیری پیشگیری موضعی چشم در هنگام تولد، عفونت ملتحمه گنوکوکی علت شایع کوری و آسیب دائمی چشم بود اگر پیشگیری به درستی انجام شود خیلی موثر است (۱).

یکی از بزرگترین دستاوردهای تاریخ پزشکی در پیشگیری از ناینایی اقدام به تجویز پروفیلاکسی برای جلوگیری از بروز کنژنکتیویت نوزادی بوده است. در بسیاری از کشورها، داروهای مختلفی برای پروفیلاکسی استفاده می‌شود. برای مثال در بیمارستان‌های کشور اتریش از ۵ نوع داروی آنتی بیوتیک شامل اریترومایسین، تتراسایکلین، جنتامایسین، نئومایسین و کلرامفنیکل و ۲ نوع آنتی‌سپتیک شامل نیترات نقره و پایدون آبوداین استفاده می‌شود (۲). برای پیشگیری از کنژنکتیویت بسیاری از مراکز از استفاده از نیترات نقره به سمت مصرف اریترومایسین یا تتراسایکلین سوق یافته اند و دلیل گفته خود را فعالیت بهتر این داروها علیه کلامیدیا

تراکوماتیس و سمیت کمتر آن می‌دانند (۳). میزان کنژنکتیویت نوزادای در جهان در حال گسترش می‌باشد (۴) و در حال حاضر، تخمین زده می‌شود که در جهان سالیانه ۵ میلیون مورد عفونت چشمی نوزادی بروز میکند (۵).

کشورهای مختلف در برنامه پیشگیری از کوری نوزادان برای از بین بردن یا کاهش عفونت ملتحمه نوزادی از محلول نیترات نقره ۲٪، پماد تتراسایکلین یا پماد اریترومایسین استفاده می‌کنند (۶). قطره نیترات نقره خود باعث کنژنکتیویت شیمیایی می‌گردد ضمن این که بیشتر روی گنوکوک مؤثر است و روی کلامیدیا تأثیر مطلوبی ندارد (۱). اخیراً استفاده از بتادین چشمی نیز مطرح گردیده است (۷و۸) که شکل چشمی این دارو در کشور موجود نمی‌باشد.

در ایران از هیچ روش مرسوم برای کاهش یا جلوگیری از عفونت ملتحمه نوزادان استفاده نمی‌شود درحالی‌که باتوجه به شیوع نسبتاً بالای عفونت ملتحمه در این گروه و عوارض جدی روی دید و سلامت نوزادان استفاده از یک داروی ارزان قیمت با طیف اثر وسیع و سمیت ناچیز منطقی به نظر می‌رسد. هدف از این مطالعه مقایسه اثر پماد تتراسایکلین ۱٪ با پماد اریترومایسین ۰/۵٪ در جلوگیری یا کاهش بروز عفونت ملتحمه نوزادان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده یکسو کور تک مرکزی بدون دارو نما بود و جامعه آماری این مطالعه از نوزادان ترم متولد شده به روش طبیعی یا سزارین در بخش بعد از زایمان بیمارستان بعثت سنندج از بهار ۱۳۸۹ تا بهار ۱۳۹۰ انتخاب شد.

این مطالعه بر روی ۳۳۰ نوزاد صورت گرفت که به روش بلوک‌بندی ۳ تایی نوزادان به ۳ گروه ۱۱۰ نفری (A, B, C) تقسیم شدند. یک ساعت بعد از تولد، شستن، خشک

ضمناً رضایت نامه کتبی از والدین نوزادان قبل از ورود به طرح گرفته می شد. همچنین این کارآزمایی در مرکز ثبت کارآزمایی ایران به شماره IRCT201101295714N1 به ثبت رسیده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از ورود به رایانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی و تحلیل آمون کای دو، t-test صورت گرفته است.

نتایج

این مطالعه، تنها بر روی نوزادان ترم صورت گرفته است و نوزادان نارس وارد این مطالعه نشده اند. از ۳۳۰ نوزاد مورد مطالعه، ۱۴۳ نفر (۴۳/۳٪) پسر و ۱۸۷ نفر (۵۶/۷٪) دختر بودند که ارتباط معنی داری بین گروه‌ها از نظر جنسیت و بروز کتزنکتیویت وجود نداشته است ($p=0/79$). لازم به ذکر است که هیچ‌گونه عارضه جانبی ناشی از مصرف داروی تتراسیکلین و اریترومايسين چشمی در نوزادان دیده نشد. ارتباط معنی داری بین گروه‌ها از نظر وزن تولد ($p=0/14$) و نوع زایمان (سزارین یا زایمان طبیعی) ($p=0/409$) و نحوه مراقبت دوران بارداری (مرتب یا نامرتب) وجود نداشته است ($p=0/91$). همچنین در مطالعه ما ارتباط معنی داری بین گروه‌ها از نظر میزان سواد (بیسواد، سواد ابتدایی، راهنمایی و تحصیلات دانشگاهی) وجود نداشته است ($p=0/321$).

ارتباط معنی داری بین گروه‌ها از نظر سن مادران و ابتلا به کتزنکتیویت وجود نداشته است (گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال با گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ و گروه سنی بیشتر مساوی ۳۵ سال) ($p=0/916$). ارتباط معنی داری بین گروه‌ها از نظر تعداد حاملگی‌ها (حاملگی اول با حاملگی دوم و حاملگی سوم و بیشتر) مشاهده نشد ($p=0/43$). همچنین از نظر آماری ارتباط معنی داری بین گروه‌ها از نظر وجود یا عدم وجود عفونت واژینال وجود نداشته است ($p=0/527$).

در مجموع، ۶۳ نوزاد (۱۹٪) دچار کتزنکتیویت شدند که در گروه‌های تتراسیکلین، اریترومايسين و بدون پیشگیری، به

کردن و تغذیه با شیر مادر، در گروه A یک سانتی متر پماد تتراسیکلین ۱٪ چشمی و در گروه B یک سانتی متر از پماد اریترومايسين ۰/۵٪ چشمی در چشم‌ها استفاده شد. گروه C گروه کنترل بود که اقدامی در آن صورت نگرفت. لازم به ذکر است که هر دو داروی پماد تتراسیکلین ۱٪ چشمی و پماد اریترومايسين ۰/۵٪ چشمی محصول سینا داروی تهران بودند و تاریخ تولید یکسان داشتند تا از لحاظ ترکیب شیمیایی یکسان سازی صورت گرفته باشد. برای استفاده از پمادها (اریترومايسين و تتراسیکلین)، باریکه ای از دارو به طول ۱ سانتی متر در ساک ملتحمه چشم نوزاد قرار داده شد. نوزادان ترم متولد شده در بیمارستان بعثت سنجید و وارد این مطالعه شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل نوزادانی می شد که واجد آنومالی‌های مادرزادی چشم بودند و نوزادانی که مادران‌شان آنتی بیوتیک طی ۴۸ ساعت قبل از زایمان دریافت کرده بودند و پارگی کیسه آب در طول ۱۸ ساعت قبل از زایمان داشتند و یا مکونیم آسپیراسیون داشتند. پرسشنامه دارای ۲ بخش بوده که بخش اول پرسشنامه در بخش بعد از زایمان پر می‌گردید و قبل از ترخیص برای مادر نوزاد یا همراهان او علایم کتزنکتیویت مانند قرمزی، تورم چشم‌ها و ترشح چرکی بیان می‌شد و به آنها توصیه می‌گردید تا در پایان هفته اول و پایان هفته دوم و پایان هفته چهارم در محل درمانگاه اورژانس بیمارستان بعثت سنجید حاضر شوند تا معاینه نوزاد توسط رزیدنت کودکان صورت گیرد و در صورت عدم مراجعه تماس تلفنی گرفته می‌شد. نوزادانی که طی ماه اول زندگی دچار قرمزی یا ترشح چرکی شده بودند خارج از نوبت معاینه و نوع ناراحتی چشمی (قرمزی و ترشح چرکی، تورم ملتحمه و ادم پلک‌ها)، ثبت می‌گردید. لازم به ذکر است که معاینه نوزاد و تشخیص کتزنکتیویت براساس علایم بالینی توسط پژوهشگر طرح (رزیدنت کودکان) صورت گرفته است.

جهت انجام طرح از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان، تأییدیه ای به شماره مجوز ۸۲۲۲۶ گرفته شد.

ترتیب ۲۲ نفر (۲۰٪)، ۱۶ نفر (۱۴/۵٪) و ۲۵ نفر (۲۲/۷٪) واجد کنژنکتیویت بودند. با توجه به آزمون کای دو، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر بروز کنژنکتیویت وجود نداشته است ($p=0/29$) (جدول ۱).

جدول ۱: بررسی رابطه ابتلا به کنژنکتیویت و مصرف دارو در گروه‌های مورد مطالعه

P	C: کنترل		B: اریترومایسین نیم درصد		A: تتراسیکلین یک درصد		گروه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۲۹	۲۲/۷	۲۵	۱۴/۵	۱۶	۲۰	۲۲	دارد
	۷۷/۳	۸۵	۸۵/۵	۹۴	۸۰	۸۸	ندارد
	۱۰۰	۱۱۰	۱۰۰	۱۱۰	۱۰۰	۱۱۰	جمع

اریترومایسین ۰/۵٪ در بخش زنان از سه بیمارستان در کیپ‌تاون آفریقای جنوبی صورت گرفت میزان بروز کنژنکتیویت در گروه بدون پروفیلاکسی ۲/۷ درصد بود (۱۲). در بررسی فرانسین که در بخش زایمان بیمارستان Middelheim در آنتورپ روی ۲۲۹ نوزاد در طی یک دوره ۵ ماهه صورت گرفت، ۱۱٪ از نوزادان بدون پروفیلاکسی دچار کنژنکتیویت شده بودند (۱۳).

همانطور که ملاحظه می‌شود در مقایسه با مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر، میزان ابتلا به کنژنکتیویت در ایران بسیار بالا می‌باشد، از آن جا که احتمال عفونت ملتحمه نوزادی بستگی به فراوانی عفونت‌های مادر، معیارهای پیشگیرانه، شرایط زایمان و تولد و تماس پس از زایمان با میکروب‌ها دارد. باید تحقیقات وسیعی در ایران صورت گیرد تا مشخص شود که کدام یک از علل ذکر شده موجب میزان بالای کنژنکتیویت نوزادی در ایران می‌شود. در مطالعه ما از ۱۱۰ نوزادی که تحت پروفیلاکسی با اریترومایسین قرار گرفته بودند ۱۶ نفر (۱۴/۵٪) به کنژنکتیویت دچار شدند. و از ۱۱۰ نوزادی که تحت پروفیلاکسی با تتراسیکلین قرار گرفته بودند ۲۲ نفر (۲۰٪) دچار کنژنکتیویت شدند، که البته از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشته است. در مطالعه ای که تحت عنوان مقایسه نیترا نقره، تتراسیکلین، اریترومایسین

بحث

در مطالعه ما ۳۳۰ نوزاد مورد مطالعه قرار گرفتند که از ۱۱۰ نوزادی که در گروه بدون پیشگیری (گروه C) تحت مطالعه قرار گرفتند ۲۵ نفر (۲۲/۷٪) دچار کنژنکتیویت شدند. در مطالعه زمانی و همکاران که در بیمارستان ولی عصر تهران روی ۳۳۰ نوزاد صورت گرفت. نتایج نشان داد که در مجموع، بروز کنژنکتیویت در گروه کنترل ۲۲/۴٪ بود (۹).

متین زاده و همکاران در پژوهشی دیگر، اثر پروفیلاکسی نرمال سالین و اریترومایسین و عدم دریافت پروفیلاکسی را بررسی کردند. در مطالعه آنها ۱۳۸ نوزاد (۱۳/۸ درصد) علائم ورم ملتحمه نشان دادند که ۲۹/۷ درصد در گروه اریترومایسین و ۳۱/۹ درصد در گروه نرمال سالین و ۳۸/۴ درصد در گروه بدون پروفیلاکسی بودند. در کل، تفاوت معنی‌داری بین ۳ گروه دیده نشد (۱۰). در مطالعه ای که در سال ۱۳۸۰ توسط مهریار و همکاران در شیراز روی ۴۶۶ نوزاد انجام شد. نوزادان به طور تصادفی به چهار گروه تقسیم شدند. در سه گروه از داروهای مختلف استفاده شد و گروه چهارم (گروه شاهد) دارویی دریافت نکرد. در گروه شاهد ۲۲/۷ درصد دچار کنژنکتیویت شدند (۱۱).

در یک کارآزمایی بالینی که توسط لوند و همکاران تحت عنوان مقایسه اثربخشی محلول نقره نیترا ۱٪ و پماد

نتیجه گیری

همانطور که از مطالعات گذشته و مطالعه ما برمی آید، کنژنکتیویت شیوع بالایی در جامعه ما دارد و با توجه به عوارض عدیده‌ای که کنژنکتیویت می‌تواند برای نوزاد ایجاد کند (به خصوص در نوع کنژنکتیویت گنو کوکی)، لزوم پیشگیری از کنژنکتیویت نوزادی کاملاً منطقی به نظر می‌رسد. اما از آنجایی که تاثیر این دو دارو (تتراسیکلین و اریترومايسين) در کاهش میزان بروز کنژنکتیویت تفاوت معنی‌داری با گروه بدون پروفیلاکسی نداشته‌اند، بنابراین بهتر است تاثیر داروهای دیگری مثل بتادین و یا نیترا نقره هم در کنار این داروها در پیشگیری از کنژنکتیویت نوزادی در منطقه مورد بررسی قرار گیرد تا داروی ایده‌آل و مناسب برای پیشگیری از کنژنکتیویت نوزادی شناسایی گردد. همچنین توصیه می‌شود برای بررسی شیوع دقیق میکروبی کنژنکتیویت در مطالعات آینده از آزمایشگاه و محیط‌های کشت مناسب استفاده شود. تا علاوه بر شناسایی اتیولوژی میکروبیال کنژنکتیویت، داروی موثر بر آن با هم با دقت بیشتری مورد شناسایی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دستیاری کودکان دکتر محمد حسین کلاتر می‌باشد. نویسنده مقاله تشکر و سپاس بی پایان خود را نسبت به تمام دوستان و همکاران ارجمندی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، ابراز می‌دارد.

و بدون هیچ اقدام در پیشگیری از کنژنکتیویت نوزادی توسط چن جی وای (Chen JY) صورت گرفت. این مطالعه از نوامبر سال ۱۹۸۹ تا اکتبر سال ۱۹۹۱، در بیمارستان چونگ شان تایوان صورت گرفت. در مطالعه چن میزان بروز کنژنکتیویت در گروه اریترومايسين ۱/۵٪ و در گروه تتراسیکلین ۱/۳٪ و در گروه شاهد (۱/۶٪) بود که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها از نظر بروز کنژنکتیویت وجود نداشت (۱۴).

مطالعه ای توسط آقا علیشیری و همکاران که به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی شده در یک بیمارستان شهر تهران و بیمارستان شریعتی بندرعباس صورت گرفت، ۳۲۱ نوزاد متولد شده طی دوره شش ماهه وارد مطالعه شدند. در این مطالعه، میزان بروز کنژنکتیویت در گروه تتراسیکلین ۱۱/۵۸٪، در گروه اریترومايسين ۷/۶۹٪ و در گروه شاهد (۱۰/۲۸٪) بود و بین بروز علائم و نوع داروی استفاده شده به عنوان پروفیلاکسی رابطه معنی‌داری دیده نشد (۱۵). همان گونه که از مطالعات ذکر شده در بالا بر می‌آید اریترومايسين و تتراسیکلین چشمی تاثیر معنی‌داری در کاهش میزان کنژنکتیویت نوزادی نداشته‌اند و تشابه نتیجه مطالعه ما با نتایج مطالعات داخلی و خارجی در زمینه اثربخشی داروها می‌تواند دلیل بر صحت نتیجه مطالعه ما باشد.

Reference

1. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Disorders of the conjunctiva. 18th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2007. p.2588-97.
2. Assadian O, Asadian A, Aspok C, Koller W. Prophylaxis of ophthalmia neonatorum: A nationwide survey of current practice in Austria. Wien Klin Wochenschr 2002;114:171-2.
3. Christian JR. Comparison of ocular reactions with the use of silver nitrate and erythromycin ointment in ophthalmia neonatorum prophylaxis. J Pediatr 1960;57:55-60.

4. Jeremy D. Keenan, Scarlett Eckert, PharmD; Tina Rutar. Cost analysis of povidone-iodine for ophthalmia neonatorum prophylaxis. *Arch Ophthalmol* 2010;128:136-137.
5. Hovding G. Acute bacterial conjunctivitis. *Acta Ophthalmol Scandinav* 2007;5:1-13.
6. Laga M, Njanje H, Brunham R. Epidemiology of ophthalmia neonatorum in Kenya. *Lancet* 1986;I:1145-9
7. Rostami N, Khoddami H, Rajavi J. The effect of povidone iodine in preventing neonatal conjunctivitis. *Pajohandeh* 1998; 8:82-77.
8. Nasiri N. What is povidone iodine? What is applicable in ophthalmology? *Addendum bina. Journal of Ophthalmology* 1997;4:3-2.
9. Zamani A, Daneshjou Kh, Amini E, Nayeri F, Milani M, Zamani F and Zamani N. Prophylaxis of ophthalmia neonatorum comparison of betadine, erythromycin and no prophylaxis. *Oxford Medicine Journal of Tropical Pediatrics* 2007;53:388-392.
10. Matinzadeh ZK. Efficacy of topical ophthalmic prophylaxis in prevention of ophthalmia neonatorum. *Trop Doct* 2007;37:47-9.
11. Mehryar M, Pishva N, Jafari SE. Betadine 2.5% eye drops as prophylactic agent in ophthalmia neonatorum. *BINA* 2001;6:290-293.
12. Lunda RJ. Prophylaxis against gonococcal ophthalmia neonatorum. *Afr Med J* 1987;72:620-2.
13. Franssen L. Incidence and bacterial etiology of neonatal conjunctivitis. *Eur J Pediatr* 1987;146:152-5.
14. Chen JY. Prophylaxis of ophthalmia neonatorum: comparison of silver nitrate, tetracycline, erythromycin and no prophylaxis. *Pediatr Infect Dis J* 1992;11:1026-30.
15. Agha Alishiri A, Naderi M, Jadidi Kh, Nouriyani V, Rafieezade P. Comparison the effect of tetracycline, erythromycin and povidone iodine on prophylaxis of ophthalmia neonatorum. *Kowsar Medical Journal* .Summer 2010;15:99-104.