

## بررسی اپیدمیولوژیک و اتیولوژیک عفونت های عمقی گردن در بیمارستان خلیلی شیراز در سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴

دکتر بهروز گندمی<sup>۱</sup>، \*دکتر سید علی موسوی<sup>۲</sup>، دکتر احسان علی آبادی<sup>۳</sup>، دکتر الهام گندمی<sup>۴</sup>  
استادیار گروه گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن،<sup>۱</sup> آرزیدنت گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن  
-دانشگاه علوم پزشکی شیراز،<sup>۳</sup> استادیار جراحی فک و صورت دانشکده دندانپزشکی شیراز،<sup>۴</sup> دندانپزشک

### خلاصه

**مقدمه:** عفونت های فضاهاى سر و گردن به علت نزدیکی به عروق بزرگ و مدياستن، عفونت های جدی و خطرناکی هستند. شایع ترین عاملی که منجر به آبسه فضاهاى سر و گردن می شود، عفونت های دندانی می باشد. در این مطالعه گذشته نگر به تعیین شیوع عفونت های فضاهاى سر و گردن به دنبال عفونت دندانی، فضاهاى درگیر عفونت، شایع ترین میکروارگانیزم های عامل عفونت و تعیین شیوع این عفونت ها بر اساس سن و جنس بیماران پرداخته شده است.

**روش کار:** در این مطالعه گذشته نگر، پرونده ۲۴۱ بیمار مبتلا به عفونت فضاهاى سر و گردن که طی ۱۰ سال اخیر به بیمارستان خلیلی شیراز مراجعه کرده بودند، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت.

**نتایج:** شایع ترین عامل ایجاد عفونت فضاهاى سر و گردن عفونت دندان ها در ۱۴۱ بیمار (۵۸/۵٪) بود که ۷۹ نفر مرد و ۶۲ نفر زن بودند. بیشترین سن درگیری، دهه سوم بود (۳۹ بیمار ۲۷/۶٪). دومین عامل شایع، عفونت لوزه ها بود که در ۳۳ بیمار (۱۳/۷٪) رخ داده بود. شایع ترین فضاهاى درگیر عفونت در ۱۴۱ بیمار دارای عفونت فضاهاى سر و گردن به دنبال عفونت دندانی عبارت بودند از: درگیری همزمان و دو طرفه فضاهاى ساب مندیبولار، ساب منتال، ساب لینگوال (آئزین لودویگ) در ۵۳ بیمار (۳۷/۶٪)، پس از آن، درگیری فضای ساب مندیبولار در ۴۵ بیمار (۳۱/۹٪) و فضای پارافارنژیال در ۳۷ بیمار (۲۶/۲٪) شایع تر بود. کشت تنها در مورد ۳۴ بیمار انجام شد که از این تعداد، رشد باکتری در ۱۸ مورد اتفاق افتاد. شایعترین ارگانیزم، استرپتوکوک غیر همولیتیک بود (۱۱ بیمار).

**نتیجه گیری:** عفونت های فضاهاى سر و گردن، خطرناک و تهدید کننده حیات اند و اغلب به دنبال عفونت های دندانی رخ می دهند. لذا به نظر می رسد که ارتقای دانش عمومی درباره سلامتی دهان، افزایش مراکز دندانپزشکی و درمان به موقع و درست عفونت های دندانی نقش مهمی در کاهش شیوع آبسه های سر و گردن داشته باشد.

**واژه های کلیدی:** عفونت های دندانی، عفونت های عمقی گردن، عفونت فضاهاى سر و گردن.

### مقدمه

نسبتاً کاهش یافته ولی هنوز هم این عفونت ها از علل مهم مرگ و میر بیماران می باشند (۱). در دوران قبل از عصر آنتی بیوتیک ها، ۷۰ درصد عفونت های عمقی گردن در اثر عفونت لوزه و گلو رخ می داد.

اگرچه شیوع عفونت فضاهاى عمقی گردن به دنبال استفاده از آنتی بیوتیک های جدید و رعایت بهداشت دهان و دندان

آدرس مؤلف مسؤول: دانشگاه علوم پزشکی شیراز، بیمارستان خلیلی،

گروه گوش، گلو و بینی

تلفن تماس: ۰۷۱۱-۶۲۷۹۳۷۲ Email: amoosavi@sums.ac.ir

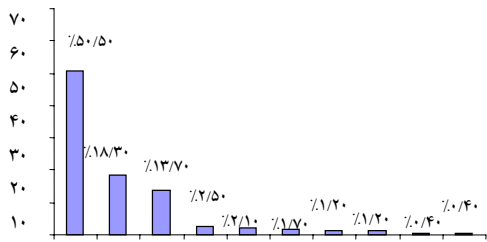
تاریخ تایید: ۸۷/۲/۱۴

تاریخ وصول: ۸۶/۲/۲۲

وجود اعتیاد و نوع درمان جراحی انجام شده، یاد داشت گردید. نام فضای درگیر عفونت در پرونده ها ذکر شده بود و در اغلب موارد با برگ جراحی که در آن محل برش مشخص شده بود، همخوانی داشت. در مواردی که همخوانی نداشتند یا این که نام فضا دقیقاً ذکر نشده بود، مبنای ما برگ جراحی بود، یعنی از روی محل برش به فضای درگیر پی بردیم.

### نتایج

از ۲۴۱ پرونده بیماران با آبسه و عفونت فضاهای سر و گردن در ۱۴۱ بیمار، (۵۸/۵٪) عامل ایجاد عفونت، وجود دندان عفونی درمان نشده یا کشیدن دندان عفونی گزارش شده بود. دومین عامل شایع ایجاد عفونت، عفونت اولیه گلو یا لوزه بود که در ۳۳ بیمار (۱۳/۷٪) رخ داده بود. در ۴۴ بیمار (۱۸/۳٪) هیچ عامل مشخصی برای عفونت در فضاهای عمقی گردن شان یافت نشده بود (نمودار شماره ۱).



\* کیست التهاب شکستگی اعتیاد لفتادنویاتی جسم آبسه عفونت گلو ناشناخته عفونت مجرای غده بزاقی فک پایین تزریقی چرکی خارجی ماستوئید یا لوزه دندانی تیروگلو

### نمودار ۱ - عوامل اولیه شروع کننده عفونت در

فضاهای سطحی و عمقی سر و گردن

توزیع سنی بیماران در (جدول شماره ۱) نشان داده شده است.

### جدول ۱ - توزیع سنی بیماران دارای عفونت فضاهای

سر و گردن به دنبال عفونت دندانی

سن	تعداد	درصد
≤ ۱۰ سال	۱۶	۱۱/۳
۱۱ - ۲۰	۱۷	۱۲/۱
۲۱ - ۳۰	۳۹	۲۷/۶
۳۱ - ۴۰	۲۳	۱۶/۴
۴۱ - ۵۰	۳۲	۲۲/۷
۵۱ - ۶۰	۸	۵/۷
۶۱ - ۷۰	۳	۲/۱
۷۱ - ۸۰	۳	۲/۱

امروزه عفونت لوزه ها اگرچه در کودکان علت معمول عفونت های گردن است (۲)، اما در بالغین عدم رعایت بهداشت دندان ها و اعتیاد تزریقی، عوامل اصلی عفونت اند (۳). از عوامل دیگر می توان به تروما، پارگی مری، التهاب تیروئید، کیست مجرای تیروگلو و آبسه بزولد اشاره کرد. عوارض کشنده این عفونت ها شامل انسداد راه تنفس فوقانی، مدیاستینیت، ترومبوز ورید ژوگولار، شوک و آنوریسم کاروتید می باشد (۱). میزان مرگ و میر این عفونت ها به ۵۰ - ۴۰ درصد می رسد (۱،۴). به نظر می رسد پیشگیری و درمان به موقع عفونت های دندانی نقش عمده ای در کاهش شیوع عفونت های فضاهای عمقی گردن داشته باشد (۵). هدف از انجام این مطالعه، بررسی شیوع، علل، درمان و عوارض عفونت فضای مختلف سر و گردن می باشد.

### روش کار

در این مطالعه پرونده های موجود از ۲۴۶ بیمار که از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴ با شکایت از عفونت فضاهای صورت و گردن به بیمارستان خلیلی شیراز مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. ۵ پرونده فاقد برگ شرح حال بودند و به علت ناقص بودن از ابتدای کار از نمونه مورد مطالعه حذف شدند. ۲۴۱ پرونده باقی مانده شامل بیماران با عفونت فضاهایی بودند که این فضاها می توانستند مستقیماً یا غیر مستقیم از عفونت دندان ها متأثر شوند. پرونده های مربوط به آبسه پره تونسیلر از مطالعه حذف گردید.

در ابتدای کار، پرونده ها بر اساس علت بروز عفونت از همدیگر تفکیک شدند. کلیه پرونده ها برای تعیین میزان نقش هر یک از عوامل در بروز عفونت بررسی شدند و در مرحله بعد، فقط پرونده های با علت عفونت دندانی برای بررسی سایر متغیرها به کار رفتند. در این پرونده ها که ۱۴۱ مورد را شامل می شد، سن، جنس، سال مراجعه، فضاهای درگیر عفونت، علائم همراه، نتیجه کشت، بیماری زمینه ای، وجود یا عدم وجود

محیط کشت جدا شد، استرپتوکوک غیر همولیتیک در ۱۱ بیمار (۳۲/۴٪) بود پس از آن استرپتوکوک آلفا همولیتیک را در ۴ محیط کشت (۱۱/۸٪) داشتیم کشت بی هوازی برای بیماران انجام نشده بود. از آن جا که در یکی از محیط های کشت ۲ باکتری رشد کرد (استرپ غیرهمولیتیک و انترباکتر) بنابراین مجموع اعداد از ۳۴ و مجموع درصد ها از ۱۰۰ بیشتر خواهد بود.

### جدول ۳ - نتیجه کشت چرک به دست آمده از بیماران دارای

عفونت فضاهای سر و گردن به دنبال عفونت دندانی

نتیجه کشت	تعداد	درصد
استرپتوکوک	۱۱	۳۲/۴
غیر همولیتیک		
استرپتوکوک آلفا همولیتیک	۴	۱۱/۸
استرپتوکوک بتا همولیتیک	۱	۲/۹
کوکسی های گرم منفی	۱	۲/۹
انتروباکتر	۱	۲/۹
استاف آرنوس	۱	۲/۹
عدم رشد باکتری	۱۶	۴۷

در اغلب بیماران (۱۱۹ نفر، ۸۴٪) جهت تخلیه عفونت یا کاهش فشار از روی بافت ها (در مورد آئزین لودویگ) برش در محل عفونت انجام شده بود و ۸ بیمار (۶٪) نیاز به باز کردن راه هوایی از طریق تراکتوستومی پیدا کرده بودند. خوشبختانه عمده بیماران در وضعیت سلامتی بیمارستان را ترک نمودند اما متأسفانه ۲ بیمار فوت کردند. علت فوت آن ها ایست قلبی تنفسی ذکر شده بود.

### بحث

در دوران قبل از عصر آنتی بیوتیکی، عفونت گلو و لوزه در ۷۰٪ موارد عامل ایجاد عفونت های عمقی گردن بود در حالی که دندان های عفونی فقط در ۲۰٪ موارد باعث عفونت می شدند. طبق بررسی آقای پرهیزکار و همکاران (۴۳٪) از عفونت های عمقی گردن ثانویه به عفونت دندان ها بودند و فقط ۶٪ موارد به عفونت گلو و لوزه ها مربوط می شدند (۶). در مطالعه دیگری نیز کشیدن دندان ها اصلی ترین عامل عفونت در بیماران با آبه

۲۰ بیمار (۱۴/۲٪) از نمونه مورد مطالعه ما مبتلا به بیماری دیابت بودند و تنها ۱ بیمار (۰/۷٪) نقص ایمنی به صورت نوتروپنی داشت. بیشترین اعتیاد نسبت به سیگار و پپ بود که در ۷ بیمار (۵٪) گزارش گردید. اعتیاد به مواد مخدر تنها در ۲ بیمار (۱/۴٪) وجود داشت.

همان گونه که در جدول شماره (۲) مشاهده می کنید، ما بیشترین درگیری را به صورت آئزین لودویگ یعنی در ۵۳ بیمار (۳۷/۶٪) داشتیم. بعد از آئزین لودویگ بیشترین فضای درگیر، فضای ساب ماندیولار بود که در ۴۵ بیمار (۳۱/۹٪) گرفتار عفونت گردیده بود. در مقام بعدی فضای پارافارنژیال را داشتیم که در ۳۷ بیمار (۲۶/۲٪) درگیر عفونت شده بود. با توجه به این که در بعضی از بیماران، درگیری چند فضا را به صورت هم زمان داشتیم، بنابراین مجموع موارد فوق از عدد ۱۴۱ (کل بیماران مورد مطالعه) و مجموع درصدها از عدد ۱۰۰ بیشتر است. تورم شایعترین علامت همراه در بیماران دارای عفونت بود که در ۱۲۱ بیمار (۸۵/۸٪) گزارش گردید و پس از آن درد در ۱۰۲ بیمار (۷۲/۳٪)، تب در ۹۶ بیمار (۶۸/۱٪) و تریسموس در ۷۲ بیمار (۵۱/۱٪) قابل مشاهده بود.

### جدول ۲ - تعداد و درصد فضاهای سر و گردن درگیر عفونت

به دنبال عفونت دندانی

فضاهای درگیر عفونت	تعداد	درصد
آئزین لودویگ	۵۳	۳۷/۶
ساب مندیولار	۴۵	۳۱/۹
پارافارنژیال	۳۷	۲۶/۲
تریگو مندیولار	۳۱	۲۲
ماستر	۱۸	۱۲/۸
باکال	۱۵	۱۰/۶
ساب منتال	۱۳	۹/۲
کانین	۹	۶/۴
ساب لینگوال	۳	۲/۱
رتروفارنژیال	۲	۱/۴
تمپورال	۱	۰/۷

کشت تنها در مورد ۳۴ بیمار انجام شده بود که تنها در ۱۸ بیمار رشد باکتری رخ داده بود. شایعترین میکروارگانیزم که از

دندانی بود، شاید بتوان گفت خانم‌ها بیشتر از آقایان مراقب بهداشت دهان و دندان خود هستند و هنگام بروز مشکل عفونی دندانی، زودتر اقدام به مراجعه به مطب‌های دندانپزشکی می‌کنند. مشابه مطالعه آقای پرهیزکار که عمده بیماران ایشان دهه سوم و چهارم زندگی خود را پشت سر می‌گذاشتند (۶)، بیماران ما در دهه سوم زندگی خود، تعداد بیشتری را تشکیل می‌دادند. ما نتوانستیم بین سن بیماران و شیوع عفونت رابطه‌ای بیابیم. اما شاید رابطه‌ای میان این گروه سنی و میزان رعایت بهداشت دهان و دندان وجود داشته باشد. در مطالعه ما، کمترین میزان مراجعه در مورد بیماران دهه‌های هفتم و هشتم بود و این امر کاملاً در ارتباط با عامل عفونت می‌باشد، چرا که معمولاً بیماران کمی تا این سن دندان‌های خود را نگه می‌دارند و اغلب بیماران وقتی وارد این دوره سنی می‌شوند، از دندان مصنوعی استفاده می‌کنند. در مطالعات مختلفی دیابت به عنوان شایع‌ترین عامل زمینه‌ساز عفونت معرفی شده است (۴، ۷، ۸). دیابت جریان خون بافت‌ها را به مخاطره می‌اندازد و عملکرد ماکروفاژها را دچار اختلال می‌کند. زیرا ماکروفاژها در شرایط قندخون افزایش یافته، نمی‌توانند به خوبی عمل کنند (۸). ما در مطالعه خود دارای ۲۰ بیمار مبتلا به دیابت بودیم. علاوه بر این یک بیمار دارای نوتروپنی داشتیم. ضعف سیستم ایمنی در این بیمار احتمالاً در گسترش عفونت در او مؤثر بوده است. در مطالعه آقای Meher شایع‌ترین محل درگیر عفونت فضای ساب‌مندیولار و پس از آن فضای ساب‌متال بود. فضای پارافارنژیال و آنزین لودویگ شیوع همانندی داشته و در مقام سوم قرار گرفتند (۷). در مطالعه آقای پرهیزکار شایع‌ترین محل درگیری، فضای پارافارنژیال بود و فضای ساب‌مندیولار و آنزین لودویگ در مقام بعدی قرار داشتند. فضای پارافارنژیال در نیمی از بیماران درگیر عفونت شده بود. در یک مطالعه دیگر نیز فضای پارافارنژیال بیشترین درگیری را داشت (۹/۶۶٪) و فضاهای ساب‌مندیولار و رتروفارنژیال در مقام بعدی قرار گرفتند (۱). در مطالعه ما بیشترین درگیری را در مورد سه فضای ساب‌مندیولار و ساب

عمقی کردن شناخته شد (۷). آقای Bottin و همکارانشان در مطالعه خود به شیوع ۴۲ درصدی در مورد عفونت‌های ناشی از دندان‌ها دست یافتند (۴). ما نیز در مطالعه خود به نتیجه مشابهی دست یافتیم. میزان شیوعی که ما به آن رسیدیم ۵۸/۵٪ بود که نسبت به مطالعات مذکور مقداری افزایش را نشان می‌داد. این امر نشان دهنده آن است که متأسفانه علی‌رغم همه پیشرفت‌هایی که امروزه در زمینه آموزش و درمان دندانپزشکی رخ داده است، هنوز هم رعایت بهداشت دهان و دندان، حداقل در جمعیت مورد مطالعه ما، ضعیف است. با استفاده گسترده از آنتی‌بیوتیک‌های جدید، عفونت گلو و لوزه که قبلاً اصلی‌ترین عامل عفونت عمقی گردن بود، امروزه در مقام دوم و حتی سوم بعد از معتادان تزریقی قرار گرفته و جای خود را به عفونت دندانی داده است (۴، ۶). چرا که درمان اساسی دندان عفونی با پروسه‌های دندانپزشکی مقدور است و آنتی‌بیوتیک فقط قسمتی از درمان دندانپزشکی را تشکیل می‌دهد. متأسفانه در جامعه ما توجه کمی به سلامت دهان و دندان می‌شود و اغلب بیماران تا زمانی که دردشان قابل تحمل است، به مطب دندانپزشکی مراجعه نمی‌کنند و حتی اقدام به مصرف داروها و قطره‌های مسکن شیمیایی یا گیاهی می‌کنند. این تأخیر و تعلل در مراجعه به پایگاه‌های دندان پزشکی باعث می‌شود، عفونت به فضاهای مختلف سر و گردن گسترده شده و پیامدهای ناخوشایندی به دنبال داشته باشد. به این ترتیب مشکلی که می‌توانست با درمان ریشه دندان عفونی و مصرف دوره‌ای آنتی‌بیوتیک برطرف شود، حداقل نیازمند چند روز بستری شدن در بیمارستان و انجام جراحی تحت بیهوشی عمومی و حتی گاهی، تراکتوستومی می‌باشد. در جمعیت مورد مطالعه آقای Meher مردان شیوعی دو برابر زنان داشتند (۷).

مطالعه آقای Bottin مردان ۵۵ نفر و زنان ۲۸ نفر از جمعیت مورد مطالعه ۸۳ نفری را تشکیل می‌دادند (۴). در مطالعه‌ای دیگر مردان ۵۷٪ و زنان ۴۳٪ بودند (۶).

در مطالعه ما، مردان ۵۶٪ و زنان ۴۴٪ جمعیت نمونه را تشکیل دادند. با توجه به عامل اصلی عفونت که در جمعیت ما عفونت

لینگوال و ساب متال به صورت دو طرفه (آئزین لودویگ) داشتیم: ۵۳ نفر (۳۷/۶٪) که نسبت به تحقیقات مشابه در کشورهای پیشرفته، شیوع بالایی را نشان می دهد. به نظر می رسد که علت این شیوع بالا، مراجعه دیر هنگام برای درمان باشد. علت احتمالی دیگر، بالا بودن هزینه های درمانی دندان پزشکی است که بیماران را از مراجعه جهت درمان منصرف می کند. پس از آئزین لودویگ، بیشترین درگیری را در مورد فضاهای ساب مندیولار و پارافارنژیال داشتیم. این امر، به خاطر نزدیکی اپکس دندان های مولر پایین به فضاهای ساب مندیولار و امکان ارتباط مستقیم بین این فضا و فضای پارافارنژیال می باشد. به این ترتیب عفونت دندان های مولر فک پایین به راحتی به فضای ساب مندیولار و از آن جا به فضای پارافارنژیال منتقل می شود.

در مطالعه آقای Meher و همکاران، درد شایعترین علامت همراه عفونت در بیماران بود و در همگی آن ها گزارش شده بود و دیسفاژی و تریسموس در جایگاه دوم و سوم قرار گرفتند (۷). در مطالعه آقای Bottin و همکاران، شایعترین علامت همراه عفونت در بیماران، تورم بود و بعد از آن به ترتیب درد، اودینوفاژی، دیسفاژی و تریسموس گزارش شده است (۴). در مطالعه ما شایعترین علامت به ترتیب عبارت بودند از: تورم، درد و تب.

ما توانستیم توجه خاصی برای این نوع ترتیب از بروز علائم بیابیم. میکروبیولوژی حفره دهان پیچیده و پلی میکروبیال می باشد که بسته به سن، بیماری احتمالی و محل زندگی افراد متفاوت است و شامل چهار گروه عمده متشکل از هوازی ها، اختیاری ها (Facultatives)، رشد کننده در برابر مقدار بسیار کم اکسیژن (Microaerophilis)، و بی هوازی ها می باشد (۹). در مطالعه آقای Huang و همکارانش، ۵۳/۲٪ از عفونت های عمقی گردن ناشی از عفونت های دندانیه بوده و شایع ترین میکروارگانیزم حاصل، استرپتوکوک ویریدانس بود (۹/۳۳٪) در مطالعه دیگری، ۴۲٪ از عفونت های عمقی گردن ناشی از عفونت های دندانیه بوده که شایع ترین میکروارگانیزمهای عامل به ترتیب، پیتواستریپتوکوک ها (بی هوازی ها) و استافیلوکوک اپیدرمیدیس بودند، که شیوع نسبتاً بالای این دو گونه باکتری نشان دهنده افزایش میزان عفونت های دندانیه در آبسه های گردن بود (۴، ۱۰).

در تحقیق دیگری که عفونت دندانیه ۴۳٪ عفونت های عمقی گردن را ایجاد کرده بود، شایعترین میکروارگانیزم هایی که در محیط کشت رشد نمودند، به ترتیب شامل استرپتوکوک ویریدانس (۳۹٪) و استافیلوکوک اپیدرمیدیس (۲۱٪) بودند (۶). در نمونه مورد مطالعه ما از ۱۴۱ بیمار، کشت چرک تنها در مورد ۳۴ نفر انجام گرفت که از این تعداد رشد باکتری فقط در ۱۸ مورد اتفاق افتاد. در مورد یک بیمار، دو گونه باکتری رشد نمود (استاف غیرهمولیتیک و اتروباکتر) همانند سایر مطالعات مشابه، استرپتوکوک ها سهم عمده ای در بروز این عفونت ها داشتند و شایعترین عامل در مطالعه ما، استرپتوکوک غیر همولیتیک بود که به طور طبیعی در دهان زندگی می کند و در شرایط مساعد باعث بیماری می شود. همانگونه که ملاحظه می کنید هیچ گونه رشدی از باکتری های بی هوازی رخ نداده بود و در برابر، نتیجه تعداد زیادی از کشت ها (۱۶ مورد) منفی بود. می دانیم که باکتری های بی هوازی سهم مهمی در ترکیب میکروارگانیزم های محیط دهان دارند و در بروز عفونت های دندانیه مؤثرند. متأسفانه به علت عدم انجام کشت های بی هوازی در مورد این بیماران، نتوانستیم به شیوع میکروارگانیزم های بی هوازی دست یابیم. همچنین نتوانستیم تعیین کنیم که شیوع عفونت ها بر اساس ترکیب میکروارگانیزمی (فقط هوازی، فقط بی هوازی و پلی میکروبیال) چگونه است. بیماران با عفونت فضاهای عمقی گردن به ویژه بیماران دارای آئزین لودویگ ممکن است دچار مشکلات راه هوایی گردند که در صورت نیاز باید سریعاً راه هوایی بیمار با اینتوباسیون اورتراکتال یا نازوتراکتال یا تراکئوستومی باز نگه داشته شود.

در مطالعه آقای Ovassapian و همکاران روش ترجیحی باز کردن راه هوایی در بیماران با آبسه های سر و گردن و آئزین لودویگ، لوله گذاری با استفاده از برونکوسکوپ قابل انعطاف ذکر شده است و پیشنهاد شده که در صورت عدم امکان انجام این کار، از روش تراکئوستومی استفاده گردد (۱۱). در مطالعه ما ۸ مورد تراکئوستومی برای بیماران انجام شده بود که ۷ بیمار

بافت ها را کاهش می دهد و بنابراین می تواند در گسترش عفونت نقش داشته باشد. شاید بتوان گفت که ما نیازمند تحقیقات خاصی در این زمینه هستیم تا رابطه میان اعتیاد (غیر تزریقی) و بروز یا گسترش عفونت را برای ما روشن تر سازد.

### نتیجه گیری

عفونت های فضاهاى سر و گردن، خطرناک و تهدید کننده حیات اند و اغلب به دنبال عفونت های دندانی رخ می دهند. لذا به نظر می رسد که افزایش دانش عمومی درباره بهداشت دهان و دندان، افزایش مراکز دندانپزشکی و درمان به موقع و درست عفونت های دندانی نقش مهمی در کاهش شیوع آبنه های سر و گردن و عوارض آن ها داشته باشد.

### تشکر و قدردانی

به این وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز که در اجرای این طرح با ما همکاری نموده اند کمال تشکر را داریم.

از این مجموعه دچار آنژین لودویگ شده بودند و ۱ بیمار درگیری عفونی فضای پارافارنژیال داشت. با توجه به این که تراکتوستومی روشی تهاجمی بوده و عوارض خاص خود مانند خونریزی، آسیب به عروق و اعصاب گردن، تنگی تراشه و نیز به جا ماندن محل زخم آن دارد شایسته است که با به روی کارآمدن روش های جدید مانند لوله گذاری تراشه با لارنگوسکوپ فیبراپتیک که می تواند جایگزین خوبی برای این عمل باشد، ما نیز در بیمارستان های خود از این روش های پیشرفته تر استفاده کنیم. انجام ۱۱۹ مورد برش و درناژ جهت تخلیه عفونت، نشان می دهد که مصرف آنتی بیوتیک در درمان عفونت های سر و گردن نقش ثانویه ای دارد و در روند درمان، برش و درناژ یک جزء تقریباً حتمی است. چون در مواردی هم که عفونت به صورت آبنه در نیامده است، مثلاً در مورد آنژین لودویگ، از بیماران ما ۷ نفر به سیگار و ۲ نفر به مواد مخدر اعتیاد داشتند. این ارقام کوچک احتمالاً نشان دهنده عدم وجود یک ارتباط تنگاتنگ بین اعتیاد و گسترش عفونت هستند و از طرف دیگر می دانیم که سیگار جریان خون

\*\*\*\*\*

### Reference

- 1- Wang LF, Kuo WR, Tsai SM, Hucng KJ. Characterization of life threatening deep cervical space infections: A review of one hundred ninety six cases. American J of otolaryngology 2003; 24 (2): 111 – 117.
- 2- Ungkanont K: Head and neck space infections in infants and children. Otolaryngol head Neck Surg 1995; 112: 375.
- 3- Myers EM, Kirkland LS, Mickey R. The head and neck sequelae of cervical intravenous drug abuse. Laryngoscope 1980; 98: 213.
- 4- Bottin R, Marioni G, Rinaldi R, Boninsegna M, salvadoni L, Staffieri A. Deep neck infection : A present day complication . A retrospective review of 83 cases (1998 – 2001). Ear Arch Otolaryngology 2003 ; 260: 576 – 579.
- 5- Baqain ZH, Newman L, Hyde N. How serious are oral infections. The J of laryngology and otology 2004; 118 (7): 561– 565.
- 6- Parhiscar A, Har – EL G. Deep neck abscess: A retrospective review of 210 cases. The annals of otology, Rhinology& laryngology 2001; 110: 1051 – 1055 .
- 7- Meher R, Jain A, Sabharwal A, Gupta B, Singh I, Ajarwal Ak. Deep neck abscess: A prospective study of 54 cases . The J of Laryngology and Otology 2005 ; 119 (4): 299 – 303 .
- 8- Leibovici L, Yehezkelli Y, Porter A. Influence of diabetes mellitus and glycemic control on the characteristics and outcome of common infection. Diabetic med 1996; 13: 457 – 463.
- 9- Schuster GS. Microbiology of the or facial Region. In: Topazian RG, Goldberg MH , Hupp JR, editors. Oral and Maxillofacial Infections. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W. B. SUNDERS; 2002. P. 332 – 337.
- 10- Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep Neck infection: Analysis of 185 cases. Head Neck 2004; 26 (10): 854 – 914.
- 11-Ovassapian A, Tuncblik M, Wetzel EK, Joshi CW. Airway management in adult patients with deep neck infections : a case series and review of the literature. Anesth Analg 2005; 100 (2): 585 – 594.