

بررسی شیوع و علل مرگ‌ومیر در بیماران بستری در بخش گوش، گلو، بینی و

جراحی سر و گردن بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) از سال ۱۳۷۱ تا ۱۳۸۲

چکیده

زمینه و هدف: آمار مربوط به مرگ‌ومیر را می‌توان در بررسی روند بیماری در سطح بیمارستان، شهر و کشور مورد استفاده قرار داد تا بتوان کیفیت عرضه مراقبت‌های بهداشتی را ارزیابی نمود. هدف از انجام این مطالعه، تعیین شیوع مرگ‌ومیر مربوط به بیماری‌های گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن در بخش مربوطه و مشخص کردن علل شایع آن در بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) در مدت ۱۱ سال می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر، پرونده‌های بیماران که در بخش گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) در این مدت بستری شده و متعاقب آن فوت نموده بودند، مورد بررسی قرار گرفت و خصوصیات دموگرافیک بیماران (سن و جنس)، شکایت اولیه، نحوه بستری، طول مدت بستری، تشخیص، اقدامات درمانی انجام شده و محل فوت، با رعایت اخلاق پزشکی استخراج و ثبت شد و به صورت آمار توصیفی و کلی ارائه گردید. **یافته‌ها:** تعداد کل موارد بستری شده در بخش گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن در این مدت ۱۹۲۶۶ نفر بوده است و از این تعداد، ۲۵ بیمار فوت نموده بودند که نشان دهنده متوسط مرگ‌ومیر ۱/۲۹ در هزار می‌باشد. نسبت زن به مرد ۱۱/۲۷ به ۱ بوده است. بیشترین و کمترین میزان مرگ‌ومیر در محدوده سنی بیشتر از ۵۰ سال و کمتر از ۳۰ سال قرار داشته است. بدخیمی، اولین علت مرگ (۲۸٪ موارد) بود و بعد از آن، عفونت شدید یا آبسه سر و گردن (۲۴٪) علت شایع مرگ بود.

نتیجه‌گیری: مقایسه متوسط مرگ‌ومیر مربوط به بیماری‌های گوش، گلو، بینی در این بیمارستان دانشگاهی با بیمارستان‌های مشابه در سایر کشورها، نشان دهنده بهتر بودن شرایط مراقبت‌های بهداشتی در این بخش می‌باشد. نتایج حاصل از بدخیم و عفونت‌های سر و گردن به ترتیب شایع‌ترین علل مرگ و میر در بیماران بستری در بخش گوش، گلو و بینی بوده است.

کلید واژه‌ها: ۱- مرگ‌ومیر ۲- گوش و گلو و بینی ۳- شیوع

دکتر سید بهزاد پوستی I

دکتر فرزاد ایزدی I

*دکتر مریم جالسی II

دکتر سید کامران کامروا II

دکتر آبتین درودی نیا III

دکتر شهیاد صحرانشین سامانی III

نادیا همدرسی IV

تاریخ دریافت: ۸۷/۳/۴، تاریخ پذیرش: ۸۷/۸/۱۲

مقدمه

داده‌های مربوط به مرگ‌ومیر، نقطه شروع بسیاری از بررسی‌های پزشکی می‌باشند. هنگامی که به منظور روشن کردن سبب‌شناسی بیماری‌ها، تجزیه و تحلیل انجام می‌شود، لازم است از میزان‌های اختصاصی مرگ‌ومیر استفاده شود؛ به این ترتیب، علت نیز جزو میزان‌های اختصاصی مرگ‌ومیر قرار می‌گیرد و به شناسایی گروه‌های خاص یا گروه‌های در معرض خطر کمک می‌کند تا اقدامات پیشگیرانه انجام شوند. همچنین از آنجایی که اساس داده‌های مربوط به مرگ‌ومیر، پرونده پزشکی بیماران است، کیفیت عرضه مراقبت‌های بهداشتی نیز مشخص می‌گردد. لذا در سال ۱۹۸۶ میلادی، دپارتمان بهداشت و سرویس‌های انسانی فدرال امریکا، لیستی از بیمارستان‌های این کشور منتشر ساخت که در آن میزان مرگ‌ومیر بر اساس گروه‌های تشخیصی ذکر

این مطالعه با استفاده از حمایت‌های مالی مرکز تحقیقات گوش و حلق و بینی و سر و گردن و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است. (I) استادیار و متخصص گوش، گلو و بینی، بخش و مرکز تحقیقات گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران. (II) عضو مرکز تحقیقات گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن و متخصص گوش و گلو و بینی، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (* مؤلف مسؤول). (III) متخصص گوش، گلو و بینی. (IV) کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۴۶

شده بود و جایگاه هر بیمارستان نسبت به میانگین کشوری را مشخص می‌ساخت.^(۱)

به علت مجاورت گوش و گلو و بینی با مغز، چشم و راه هوایی، تأخیر در درمان بیماری‌های این نواحی می‌تواند با مرگ‌ومیر و ناتوانی بالایی همراه گردد.^(۲) البته باید در نظر گرفت که در کشورهایی که سیستم ارجاع وجود دارد، در بیمارستان‌های سطح اول ارجاع، معمولاً مرگ‌های مرتبط با به مشکلات گوش و گلو و بینی، نادر است ولی در بیمارستان‌های سطح سوم ارجاع، به دلیل ارجاع موارد بحرانی و وخیم، این گونه مرگ‌ها، بیشتر دیده می‌شوند. علاوه بر این، بیماران مبتلا به بدخیمی‌های پیشرفته سر و گردن که برای جراحی، شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی در بیمارستان‌های آموزشی بستری می‌شوند، نیز به افزایش میزان مرگ‌ومیر در این بیمارستان‌ها می‌افزایند.^(۳)

در حال حاضر اطلاعات دقیقی در مورد علل اصلی مرگ‌ومیر در بیماری‌های گوش و گلو و بینی در ایران موجود نیست. هدف از انجام این مطالعه، تعیین شایع‌ترین علل مرگ‌ومیر در حوزه گوش و گلو و بینی و تخمین شیوع مرگ‌ومیر بر اساس علل مربوطه، در بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) تهران به عنوان یک بیمارستان آموزشی در سطح سوم ارجاع، در یک دوره ۱۱ ساله (۱۳۸۲-۱۳۷۱) می‌باشد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر، کلیه بیمارانی که طی تاریخ اول فروردین‌ماه ۱۳۷۱ تا ۲۹ اسفندماه ۱۳۸۱ در بخش گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) بستری شده بودند، با مراجعه به دفاتر پذیرش سالانه موجود در بخش مذکور، مورد بررسی قرار گرفتند و بیمارانی که فوت شده بودند، وارد مطالعه شدند و پرونده‌های آنان به طور

کامل بررسی گردید و متغیرهایی مانند خصوصیات دموگرافیک (سن و جنس)، اطلاعات مربوط به نحوه بستری (از درمانگاه یا اورژانس)، طول مدت بستری (از زمان بستری تا فوت)، شکایت بیمار هنگام پذیرش (شکایت اصلی ثبت شده در پرونده)، تشخیص (تشخیص ثبت شده در شرح حال دستگیری و گزارش آسیب‌شناسی)، اقدامات درمانی صورت‌گرفته (جراحی انجام شده و یا درمان دارویی)، طول مدت عمل جراحی، علت فوت و محل آن، از آن‌ها استخراج شد و در پرسشنامه‌های مخصوص وارد گردید. اطلاعات بیماران محرمانه تلقی گشته، بدون ذکر نام و به صورت کلی گزارش گردیدند. داده‌ها به صورت آمار توصیفی ارائه شده‌اند.

یافته‌ها

تعداد کل بیماران بستری‌شده در این فاصله زمانی، ۱۹۲۶۶ نفر و تعداد موارد فوت‌شده، ۲۵ نفر بود که نشان‌دهنده متوسط مرگ‌ومیر ۱/۲۹ در هزار می‌باشد. ۱۴ نفر از بیماران فوت‌شده، مرد و ۱۱ نفر، زن بودند و نسبت مرد به زن، ۱/۲۷ به ۱ بوده است. اطلاعات دموگرافیک این بیماران در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱- توزیع سنی و جنسی بیماران فوت‌شده

گروه سنی	جمع			
	سال <۳۰	سال ۳۰-۵۰	سال >۵۰	
جنس				
مرد	۴	۴	۶	۱۴
زن	۲	۰	۹	۱۱
جمع	۶	۴	۱۵	۲۵

از کل ۲۵ مورد بیماران فوت‌شده، ۱۳ نفر (۵۲٪) از طریق مراجعه به اورژانس بیمارستان و ۱۲ نفر (۴۸٪) به طور غیر اورژانس و از طریق درمانگاه بستری شده بودند.

جراحی صورت گرفته بود (۸۰٪). لازم به ذکر است که در مورد برخی بیماران بیش از یک اقدام جراحی انجام شده بود و به همین دلیل تعداد کل اقدام‌های جراحی انجام‌شده، از تعداد بیماران بیشتر است. شایع‌ترین جراحی انجام‌شده در این بیماران، تراکتوستومی بوده است (۷ مورد برابر با ۳۰/۴٪). سایر جراحی‌های انجام‌شده عبارتند از: انسزیون و درناژ (۴ مورد = ۱۷/۳۹٪)، لارنگوسکوپی یا برونکوسکوپی (۵ مورد = ۲۱/۷۴٪)، لارنژکتومی با یا بدون دیسکسیون (۲ مورد = ۸/۷۰٪)، جراحی قاعده جمجمه (۲ مورد = ۸/۷۰٪)، رزکسیون کرانیوفاسیال (۲ مورد = ۸/۷۰٪) و برداشتن وسیع موضعی به همراه بازسازی (۱ مورد = ۴/۳۴٪).

مدت عمل جراحی بین ۳۰ دقیقه تا ۱۱ ساعت متغیر بود. جراحی‌ها به طور متوسط در ۵۰٪ موارد، کمتر از ۳ ساعت و در ۵۰٪ موارد، بیشتر از ۳ ساعت طول کشیده بودند. اکثر بیماران (۱۷ نفر = ۶۸٪) به دلیل شرایط بالینی و شدت علائم، در بخش مراقبت‌های ویژه، ۵ نفر (۲۰٪) در بخش گوش و گلو و بینی و ۳ نفر (۱۲٪) در سایر مکان‌ها نظیر CCU، ریکاوری و اتاق عمل فوت شده بودند.

بحث

آمار مربوط به مرگ‌ومیر، نشانگرهای مفیدی در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و نیز بهداشت عمومی جمعیت می‌باشند و به ما در درک موارد زیر کمک می‌کنند:

علت مرتبط با مرگ، تحلیل روند مرگ‌ومیر، تحلیل مرگ‌ومیر در مرگ‌های ناشی از یک علت خاص، تحلیل تفاوت‌های جغرافیایی در مرگ‌ومیر و علل مرگ، تحلیل مرگ‌ومیر و علل مرگ در یک گروه جمعیتی که در تماس با اثرات بالقوه مضر یا مفید برای سلامتی بوده‌اند.^(۳)

متوسط مرگ‌ومیر بخش گوش و گلو و بینی این بیمارستان در فاصله زمانی مذکور که تقریباً برابر با

شکایات شایع این بیماران در هنگام بستری، تورم و توده موضعی در ناحیه سروگردن (۸ مورد = ۲٪) و تنگی نفس (۵ مورد = ۲۰٪) بود. سایر علل مراجعه این بیماران عبارت بودند از: خونریزی‌های شدید، دیسفاژی شدید و خشونت صدا. در هیچ یک از بیماران، مودی از اقدام به خودکشی مشاهده نشد.

تشخیص‌ها در این بیماران بدین شرح بود: تومور بدخیم سروگردن (۷ مورد = ۲۸٪)، عفونت شدید یا آبسه سروگردن (۶ مورد = ۲۴٪)، موکورمایکوزیس (۵ مورد = ۲۰٪)، انسداد راه هوایی (۳ مورد = ۱۲٪)، تومور خوش‌خیم سروگردن (۲ مورد = ۸٪) و تروما (۲ مورد = ۸٪). در جدول شماره ۲ توزیع فراوانی تشخیص بیماران بر حسب جنس آورده شده است.

جدول شماره ۲- تشخیص اولیه بیماران فوت‌شده بر حسب توزیع جنسی

تشخیص اولیه	مرد	زن	جمع
موکورمایکوز مهاجم	۳	۲	۵
کانسر بدخیم سروگردن	۲	۵	۷
نئوپلاسم خوش خیم سروگردن	۰	۲	۲
عفونت شدید یا آبسه سروگردن	۵	۱	۶
انسداد راه هوایی	۳	۰	۳
صدمه و تروما	۱	۱	۲
جمع	۱۴	۱۱	۲۵

تومورهای بدخیم سر و گردن شامل ۴ مورد کارسینومای سلول سنگفرشی (SCC = Squamous cell carcinoma) حنجره، یک مورد کارسینومای سلول پایه (BCC=Basal cell carcinoma) ابرو با گسترش به داخل جمجمه، یک مورد کارسینوم موکوپیدرومئید پارتید، یک مورد کارسینوم پاپیلری تیروئید و ۲ مورد تومور خوش خیم شامل نورینوم آکوسیتک و نورومای عصب زوج نهم مغزی بود. ۲ مورد تروما شامل یک مورد ترومای سر و یک مورد پارگی وسیع زبان بود.

از کل بیماران فوت شده، در مورد ۲۰ نفر اقدامات

۲۰۰۳-۱۹۹۲ می‌باشد، ۱/۲۹ در هزار بوده است در حالیکه در مطالعه Somnath و همکارانش در بیمارستانی در سطح سوم ارجاع در هندوستان (بیمارستان کلکته)، میزان متوسط مرگ‌ومیر در فاصله زمانی ۲۰۰۰-۱۹۹۵، ۲۱ در هزار بوده است.^(۳) این تفاوت حدود ۱۷ برابر، با توجه به جنرال و آموزشی بودن هر دو بیمارستان، می‌تواند نشان‌دهنده بالاتر بودن سطح بهداشت عمومی، امکان بهتر دسترسی و فرهنگ بیماران ایرانی در مراجعه سریع‌تر باشد که امکان انجام اقدامات درمانی بموقع را فراهم ساخته است؛ از سوی دیگر می‌تواند مطرح‌کننده بهتر بودن کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص) باشد. این مدعا با در نظر گرفتن میزان توسط مرگ‌ومیر بخش گوش و گلو و بینی در بیمارستان‌های ایالت نیویورک در سال ۱۹۸۵-۱۹۸۳ (حدوداً ۹ سال قبل از زمان این مطالعه) که برابر با ۶ در هزار بیمار بوده است،^(۴) پررنگ‌تر می‌گردد.

علت اصلی مرگ در این مطالعه، تومورهای بدخیم سر و گردن بوده است. در مطالعه سومنات و همکاران، نیز عوارض بیماری‌های نئوپلاستیک با نسبت ۳/۷ به ۱، علت اصلی مرگ بوده است؛ در حالی که در مطالعه حاضر ۳۵٪ علل مرگ را تشکیل می‌دهد. در روسیه نیز در فاصله زمانی ۱۹۹۰-۱۹۷۹، بدخیمی‌های گوش و گلو و بینی ۷۳/۶٪ از علل مرگ‌ومیر را در بخش مربوطه، به خود اختصاص داده بودند.^(۴) به این تفاوت‌ها می‌توان از جنبه‌های مختلف توجه نمود؛ از یک سو می‌توان این تفاوت را به دلایلی مانند تشخیص و مراجعه زودتر، سیستم ارجاع بهتر و درمان مؤثرتر در زمینه نئوپلاسم‌های سر و گردن در ایران دانست و از سوی دیگر می‌توان آن را حاصل بالاتر بودن میزان مرگ‌ومیر به علل عفونی در حیطه گوش و گلو و بینی در ایران فرض نمود. اوتیت میانی مزمن چرکی، شایع‌ترین علت غیرنئوپلاستیک مرگ در مطالعه سومنات بوده است در حالی که در بین موارد مرگ‌ومیر

در این مطالعه وجود نداشته است. با توجه به این مساله که عفونت فضای عمقی گردن و موکورمایکوز رویهم ۴۴٪ از موارد مرگ‌ومیر در این مطالعه را تشکیل داده‌اند و از سویی دیگر این عفونت‌ها در همراهی با بیماری‌هایی مانند دیابت شایع‌تر می‌باشند، کنترل بیماری دیابت و آگاهی‌رسانی عمومی در مورد جدی‌گرفتن عفونت‌های این ناحیه به بیماران دیابتی و پزشکانی که در خط اول برخورد با این بیماران هستند، حیاتی به نظر می‌رسد.

شایع‌ترین نئوپلاسم مسؤول مرگ در بیماران ایرانی و هندی در این دو مطالعه، SCC حنجره بوده است که می‌تواند به دلیل شیوع قابل ملاحظه این نوع از نئوپلاسم در مقایسه با سایر نئوپلاسم‌های این حوزه باشد. از آنجایی که این نوع از بدخیمی اساساً در مراحل اولیه قابل درمان کامل است، تمرکز بر افزایش آگاهی‌های عمومی در مورد عوامل خطر آن (استفاده از دخانیات) و ارجاع به پزشک متخصص در موارد ادامه خشونت صدا بیش از ۳ هفته، ضروری به نظر می‌رسد.

در مورد نحوه دستیابی به پرونده‌های بیماران فوت شده، در مطالعات مختلف از روش‌های متفاوتی استفاده شده است. استفاده از سیستم بین‌المللی کدگذاری بیماری‌ها (Intrnational Classification of Diseases=ICD) در برخی مطالعات مبتنی بر جمعیت (population-based) گزارش شده است که البته با محدودیت‌هایی همراه بوده است که از آن جمله می‌توان به احتمال اشتباه در تعیین علت زمینه‌ای مرگ و اشتباه در کدگذاری اشاره کرد. در مطالعه Mehta و همکاران در ماساچوست،^(۵) در یک دوره ۲ ماهه، این روش نتوانسته بود یک مورد از ۳ مورد فوت شده به دلایل مربوط به گوش، گلو، بینی را مشخص نماید، لذا در این مطالعه از این سیستم استفاده نشده است.

از مشکلات فراروی این تحقیق، ناقص بودن یادداشت‌های مربوط به سیر بالینی بیماران بستری چه در بخش گوش، گلو، بینی و چه در بخش مراقبت‌های

نتیجه گیری

به نظر می‌رسد شیوع مرگومیر برابر ۱/۲۹ در هزار در بخش گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن در این بیمارستان دانشگاهی در مقایسه با بیمارستان‌های مشابه در سایر کشورها، نشان دهنده بهتر بودن شرایط مراقبت‌های بهداشتی در این بخش می‌باشد. با توجه به این نکته که سرطان حنجره و عفونت‌های سر و گردن، دو علل شایع‌تر مرگ در این بیماران بوده است و هر دو در مراحل اولیه قابل درمان می‌باشند، افزایش آگاهی عمومی در مورد عوامل خطر سرطان حنجره، افزایش آگاهی بیماران دیابتی و پزشکان در مورد مرگ‌زا بودن عفونت‌های این ناحیه و افزایش توان علمی و عملی پرسنل می‌تواند در کاهش مرگومیر در این حیطه مفید باشد.

تقدیر و تشکر

این تحقیق با استفاده از حمایت مالی مرکز تحقیقات گوش و حلق و بینی و سر و گردن دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (معاونت پژوهشی) انجام گردیده است که بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین آن مرکز ابراز می‌دارند.

ویژه بود که امکان بررسی و پیگیری دقیق بیماران را با مشکل مواجه می‌ساخت؛ لذا ضروری است در مورد بیماران جراحی شده حتماً یادداشت مربوط به پیشرفت سیر بیماری از سوی دستیاری که در جراحی بیمار حضور داشته است، به طور کامل نوشته شود.

در اکثر موارد علت فوت به تفصیل و به طور دقیق در پرونده‌ها مشخص نشده و به ذکر عبارات کلی بسنده شده بود؛ بویژه گزارش‌های پرستاری در مورد زمان و نحوه فوت بیماران، بیش از حد ناقص و غیر قابل ارزیابی بود. از سوی دیگر عدم انجام اتوپسی، امکان تعیین دقیق علت مرگ را با مشکل مواجه می‌ساخت. پیشنهاد می‌شود برای موارد مرگومیر، برگه مخصوصی در نظر گرفته شود که حاوی جزئیات دقیقی باشد و توسط افراد کادر درمانی شامل استاد، دستیار، کارورز و پرستار مربوطه تکمیل گردد و نتایج اتوپسی نیز در آن لحاظ گردد (به دلیل وجود بخش پزشکی قانونی در این بیمارستان، امکان آن وجود دارد) تا بتوان مطالعات دقیق تری را انجام داد. اضافه نمودن نتایج بدست آمده در جلسات گزارش مرگومیر بخش به پرونده بیماران، دقت تحقیقات بعدی را افزایش می‌دهد.

فهرست منابع

- 1- Leopold DA, Lagoe RJ. Hospital Mortality for Otolaryngological Disorders in New York State. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988;114:416-20.
- 2- Kitcher ED, Jangu A, Baidoo K. Emergency Ear, Nose and Throat Admissions at the Korle- Bu Teaching Hospital. Ghana Med J 2007;41(1):9-11.
- 3- Somnath S, Misra S, Mondal AR, Gupta A, Kumar Nandi T. Mortality audit in otolaryngology - A Kolkata-based hospital study. Indian J Otolaryngol Head

Neck Surg 2005;57:185-8.

4- Chumakov FI. An analysis of patient mortality based on the data from the ENT Department of the M. F. Vladimirskiĭ Moscow Province Clinical Research Institute for a 12-year period (1979-1990). Vestn Otorinolaringol 1992;(4):33.

5- Mehta RP, Chesnulovitch K, Jones DT, Roberson DW. Pediatric deaths due to otolaryngologic causes: a population-based study in Massachusetts, 1990-2002. Laryngoscope 2005;115(11):1923-9.

Mortality Rate in Patients Admitted to Otolaryngology Ward of Hazrat Rasoul-e-Akram Hospital between 1992 and 2003

**B. Pousti, MD^I F. Izadi, MD^I *M. Jalesi, MD^{II}
 K. Kamrava, MD^I A. Doroudinia, MD^{III}
 Sh. Sahraneshin Samani, MD^{III} N. Hamdarsi, MS^{IV}**

Abstract

Background & Aim: Mortality statistics can be used in assessing course of diseases at the level of a hospital, a city or a country in order to evaluate the quality of health care systems. The aim of this study is to define the prevalence and common causes of otolaryngology-related deaths in otolaryngology ward of Hazrat Rasoul-Akram Hospital during an 11-year period. **Patients and Method:** In this retrospective study, all patients who had been hospitalized in ENT Ward and died thereafter were included. The individual medical records were then reviewed and information such as demographic data (age and sex), primary complaint, root and duration of hospitalization, diagnosis, treatment modalities, and place of death was recorded ethically and mentioned as descriptive statistics. **Results:** Among a total of 19266 admitted patients, 25 fatalities were recorded, showing an average of 1.29 per 1000 admissions. Female to male ratio was 1.27:1. The highest and the lowest mortality rates belonged to the age groups of over 50 and under 30. Malignancy was the first cause of death (28%) followed by severe infection or abscess of head and neck (24%). **Conclusion:** Compared to hospitals in other countries, the prevalence of mortality due to ENT causes in this teaching hospital showed a better health care condition in this ward. The most common causes of death in ENT Ward were malignant neoplasms and head & neck infections respectively.

Key Words: 1) Mortality 2) Era, Nose and Throat (ENT) 3) Prevalence

This study has been conducted under the financial support of ENT - Head & Neck Research Deputy of Iran University of Medical Sciences.

I) Assistant Professor of ENT and Head & Neck Surgery. Rasoul-e-Akram Hospital. Ear, Nose and Throat Research Center. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

II) ENT Specialist. Ear, Nose and Throat Research Center. Rasoul-e-Akram Hospital. Niayesh St., Sattarkhan Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

III) ENT Specialist.

IV) MS in Nursing. Rasoul-e-Akram Hospital. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.