

## بررسی بیماری‌های با علائم مشابه سینوزیت مزمن در بیمارستان بوعلی تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۹

دکتر مهرداد نادریان: استادیار و متخصص گوش، حلق و بینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران  
\*دکتر آرمان محمدی: پزشک عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران (\*مؤلف مسئول)

\*این مقاله خلاصه‌ای است از پایان‌نامه نام‌ دکتر آرمان محمدی جهت دریافت درجه دکترای عمومی به راهنمایی دکتر مهرداد نادریان، سال ۱۳۸۹.

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۱۱

تاریخ دریافت: ۸۹/۷/۴

### چکیده

**زمینه و هدف:** سینوزیت مزمن از جمله علل شایع مراجعه بیماران به کلینیک‌های گوش و حلق و بینی محسوب می‌شود. لذا این مطالعه به منظور بررسی بیماری‌های با علائم مشابه سینوزیت مزمن در بیمارستان بوعلی تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۹ انجام شده است.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی بر روی ۱۸۴ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه ENT بیمارستان بوعلی تهران که به طور غیرتصادفی انتخاب شدند، انجام شده است. بیمارانی که بیماری‌های زمینه ای داشتند یا دارای سابقه جراحی قبلی سینوس بودند و افراد کمتر از ۱۶ یا بیشتر از ۷۰ سال از مطالعه حذف شدند. پس از جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز اقدام به آنالیز داده‌ها شد که در این زمینه از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۱/۵ بهره گرفته شد. آزمون‌های آماری مورد استفاده شامل کای اسکوار، تست دقیق فیشر، تی مستقل و ANOVA بودند و سطح معناداری برای تفسیر نتایج ۰/۰۵ لحاظ گردید.

**یافته‌ها:** تشخیص‌های افتراقی مورد مشاهده به این ترتیب بود: ۱۶/۳ درصد رینیت آلرژیک، ۱۰/۹ درصد رینیت باکتریال، ۱۹/۶ درصد رینیت وازوموتور، ۹/۸ درصد رینیت مدیومنتوز، ۴/۳ درصد لارنژیت ناشی از ریفلاکس، ۱۵/۲ درصد سردرد Tension، ۱۳/۶ درصد سردرد میگرنی، ۲/۲ درصد Temporomandibular Dysfunction، ۴۴/۶ درصد انسداد آناتومیک بینی، ۱/۱ درصد اختلال سوماتیزاسیون و ۱۰/۹ درصد اختلال عملکرد Olfactory داشتند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه می‌توان چنین نتیجه گرفت که همواره در بیماران دارای علائم بالینی رینوسینوزیت مزمن باید به فکر سایر تشخیص‌های افتراقی به ویژه رینیت‌های آلرژیک و غیرآلرژیک نیز بود.

**کلید واژه‌ها:** سینوزیت مزمن، علائم، تشخیص‌های افتراقی

### مقدمه

روزانه و سلامت روحی افراد نیز تأثیرگذار است. بیشتر بیماران دچار احتقان بینی، ترشحات غلیظ موکوسی، کاهش حس بویایی، سردرد، درد صورت و کاهش کیفیت زندگی می‌باشند و اغلب در پی درمان مناسب به پزشکان متعددی مراجعه می‌نمایند.<sup>(۳و۱)</sup>

علت قطعی رینوسینوزیت مزمن ناشناخته است، اما اغلب طیف وسیعی از باکتری‌ها در این بیماری به عنوان پاتوژن در نظر گرفته می‌شوند.<sup>(۶و۵)</sup> انواعی از باکتری‌های هوازی، ارگانیس‌های بی‌هوازی و قارچ‌ها در کشت بیماران مبتلا به CRS یافت شده است.<sup>(۷-۹و۲)</sup>

اساساً تشخیص CRS مبتنی بر نشانه‌های موجود در آنتریور رینوسکوپیی یا آندوسکوپیی است و اگر هر گونه

رینوسینوزیت مزمن (Chronic rhinosinusitis- CRS) به تمامی اختلالات التهابی بینی و سینوس‌های پاراناژال اطلاق می‌شود که حداقل ۱۲ هفته به طول انجامیده باشد.<sup>(۱)</sup> این بیماری بسیار شایع است و ۴-۱٪ افراد جامعه را دچار می‌کند و در امریکا نزدیک به ۲۹ میلیون نفر از بالغین به آن مبتلا هستند.<sup>(۳و۱)</sup> اگرچه این بیماری را غالباً سینوزیت مزمن می‌نامند، اما امروزه بیشتر از واژه رینوسینوزیت مزمن (CRS) استفاده می‌شود چرا که در جریان این بیماری تمامی مجاری بینی و سینوس‌ها درگیر می‌شوند.<sup>(۴)</sup> رینوسینوزیت مزمن تنها یک بیماری جسمی نیست؛ بلکه بر عملکرد

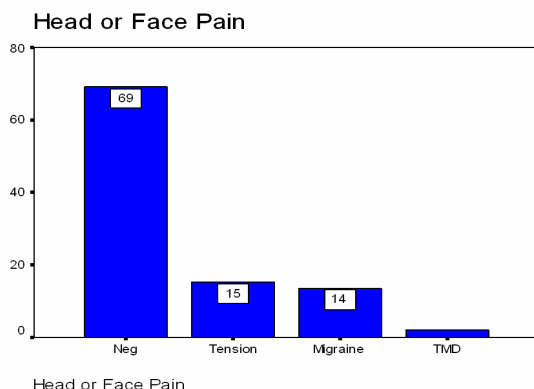
معاینه بالینی قرار گرفتند. از کلیه بیماران CT Scan به عمل آمد که بیمارانی که CT Scan آن‌ها در یک دوره عفونت تنفسی فوقانی ایجاد شده بود و دارای ابهام بود، پس از یک دوره ۳ تا ۴ هفته‌ای درمان با آنتی بیوتیک و استروئیدهای خوراکی مجدداً تحت CT Scan قرار گرفتند. افرادی که CT Scan طبیعی از نظر عدم وجود سینوزیت داشتند، وارد مطالعه شدند. بیمارانی که بیماری‌های زمینه‌ای داشتند یا دارای سابقه جراحی قبلی سینوس بودند و افراد کمتر از ۱۶ یا بیشتر از ۷۰ سال از مطالعه حذف شدند.

هدف اصلی این مطالعه تعیین بیماری‌های با علائم مشابه سینوزیت مزمن از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۹ در بیمارستان بوعلی تهران بوده و متغیرهای مورد بررسی را سن، جنسیت، احتقان بینی، رینوره، درد سر و صورت، سرفه، PND، یافته‌های CT اسکن، سابقه رینیت آلرژیک، سابقه رینوپلاستی، سابقه سپتوپلاستی و سابقه اندوسکوپي سینوس تشکیل می‌دادند.

در انتها، پس از جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز اقدام به آنالیز داده‌ها نمودیم که در این زمینه از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۱/۵ بهره گرفتیم. آزمون‌های آماری مورد استفاده شامل کای اسکوار، تست دقیق فیشر، تی مستقل و ANOVA بودند و سطح معنی‌داری برای تفسیر نتایج ۰/۰۵ لحاظ گردید.

### یافته‌ها

میانگین سنی بیماران مورد بررسی ۳۷/۰۱ سال بود. ۶۳ نفر (۳۴/۲ درصد) مذکر و ۱۲۱ نفر (۶۵/۸ درصد) مؤنث بودند. در بین علائم ماژور، ۱۳ نفر (۷/۱ درصد) درد صورت، ۱۰۵ نفر (۵۷/۱ درصد) PND، ۲۵ نفر



نمودار ۱- توزیع فراوانی انواع درد سر و صورت در بیماران مورد مطالعه

شک به صحت تشخیص وجود داشت از CT اسکن جهت اثبات بیماری کمک می‌گیریم.<sup>(۱)</sup>

غالباً CRS با دوره‌های آنتی بیوتیک‌های خوراکی درمان می‌شود که استفاده بیش از حد از آن‌ها سبب ایجاد مقاومت آنتی بیوتیکی در باکتری‌ها شده است.<sup>(۱۱و۱۰)</sup> گاهی از آنتی بیوتیک‌های موضعی استنشاقی نیز در درمان CRS استفاده می‌شود.<sup>(۱۱)</sup> استفاده از آنتی‌هیستامین‌ها در CRS توصیه نمی‌شود مگر در مواردی که بیمار همزمان رینیت آلرژیک نیز داشته باشد.<sup>(۱۳و۱۲)</sup> همچنین استفاده از دکونژستان‌های خوراکی و موضعی دارای عوارض جانبی می‌باشد از قبیل: ایجاد رینیت مدیکامنتوزا (در استفاده از انواع موضعی) و افزایش فشار خون (در انواع خوراکی).<sup>(۱۳)</sup> کورتیکواستروئیدهای اینترانازال سبب تسکین نشانه‌های CRS می‌شوند و نیز شستشو با سالی‌ن‌هایپرتونیک سبب تخفیف نشانه‌های CRS در بیماران می‌شود.<sup>(۱۳و۱)</sup>

مؤثر بودن اکثر این درمان‌ها نشان‌دهنده این مطلب است که در این زمینه تشخیص‌های افتراقی متعددی وجود دارد از جمله رینوسینوزیت‌های آلرژیک و غیرآلرژیک، سردردهای Tension و میگرنی، اختلالات Olfactory، سوماتیزاسیون و ... که شناخت این اختلالات می‌تواند در انتخاب درمان مناسب‌تر و بهبود علائم بالینی بیماران کمک کننده باشد.<sup>(۱۵و۱۴)</sup> از آنجایی که تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه در بین بیماران ایرانی انجام نشده بود، در این مطالعه به بررسی بیماری‌های با علائم مشابه سینوزیت مزمن در بیمارستان بوعلی تهران از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۹ پرداخته شد.

### روش کار

این مطالعه مشاهده‌ای در قالب یک بررسی توصیفی-تحلیلی مقطعی انجام شده است و حجم نمونه مورد بررسی شامل ۱۸۴ بیمار بود که به طور غیرتصادفی انتخاب شده بودند. انتخاب حجم نمونه بر اساس یک Pilot اولیه صورت گرفت. از کلیه بیماران به وسیله پرسشنامه اطلاعات لازم جمع‌آوری گردید و سن، جنسیت، علائم بالینی بیماران، سابقه بیماری‌های زمینه‌ای و تشخیص بالینی آن‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. به علاوه کلیه بیماران تحت

جدول شماره ۱- تشخیص های افتراقی رینوسینوزیت مزمن

تشخیص بالینی	فراوانی	درصد فراوانی
رینیت آلرژیک	۳۰ نفر	۱۶/۳ درصد
رینیت غیرآلرژیک	۷۴ نفر	۴۰/۲۱ درصد
لارنژیت ناشی از ریفلاکس	۸ نفر	۴/۳ درصد
درد سر یا صورت	۵۷ نفر	۳۰/۹۷ درصد
انسداد آناتومیک بینی	۸۲ نفر	۴۴/۶ درصد
اختلال سوماتیزاسیون	۲ نفر	۱/۱ درصد
اختلال عملکرد Olfactory.	۲۰ نفر	۱۰/۹ درصد

بیماری‌های با علائم بالینی مشابه رینوسینوزیت مزمن پرداخته شد. همان طور که نتایج این مطالعه نشان داد بیشترین تشخیص افتراقی رینوسینوزیت مزمن، انسداد آناتومیک بینی و رینیت غیرآلرژیک هستند که مورد دوم با جنسیت بیماران نیز در ارتباط می‌باشد و در مردان بیشتر دیده می‌شود.

در مطالعه‌ای که کرن و همکاران در ایالات متحده انجام دادند و نتایج آن در سال ۲۰۰۷ در مجله Ther Clin Risk Manag منتشر شد، اعلام گردید که بیشترین تشخیص افتراقی CRS شامل رینیت آلرژیک و رینیت غیرآلرژیک به ویژه انواع باکتریال می‌باشد که خصوصاً در مورد رینیت غیرآلرژیک، مشابه نتایج حاصل از مطالعه حاضر می‌باشد.<sup>(۱۳)</sup>

در مطالعه‌ای که Sok و همکاران در آمریکا انجام دادند و نتایج آن در سال ۲۰۰۶ در مجله Curr Allergy Asthma Rep منتشر شد، اعلام گردید که مهم‌ترین و شایع‌ترین تشخیص‌های افتراقی رینوسینوزیت مزمن شامل رینیت‌های غیرآلرژیک می‌باشد که مشابه نتایج حاصل از مطالعه حاضر می‌باشد.<sup>(۱۴)</sup>

در مطالعه‌ای که اودونه و همکاران در ایتالیا انجام دادند و نتایج آن در سال ۱۹۹۲ در مجله Minerva منتشر شد، اعلام گردید که در سنین پایین‌تر رینیت‌های آلرژیک مهم‌ترین تشخیص افتراقی رینوسینوزیت مزمن می‌باشند که البته در مطالعه حاضر رینیت آلرژیک در سنین بالاتر دیده می‌شد.<sup>(۱۵)</sup>

با توجه به آنکه در این مطالعه اکثریت قریب به اتفاق تشخیص‌های افتراقی در مردان بیش از خانم‌ها دیده می‌شدند؛ لذا در برخورد با بیماران مرد می‌بایست بیش از خانم‌ها، احتمال وجود تشخیص‌های افتراقی را در نظر داشت و اقدامات تشخیصی بیشتری را جهت

(۱۳/۶ درصد) کاهش بویایی، ۸۲ نفر (۴۴/۶ درصد) انسداد بینی، ۷۷ نفر (۴۱/۸ درصد) تب و ۲۱ نفر (۱۱/۴ درصد) دارای چرک در معاینه بینی بودند. در بین علائم مینور، ۴۶ نفر (۲۵ درصد) دچار سردرد، ۸۲ نفر (۴۴/۶ درصد) خستگی، ۳۸ نفر (۲۰/۷ درصد) درد دندان و ۳۸ نفر (۲۰/۷ درصد) دچار سرفه بودند.

تشخیص‌های افتراقی مورد مشاهده به این ترتیب بود: ۳۰ نفر (۱۶/۳ درصد) رینیت آلرژیک، ۷۴ نفر رینیت غیرآلرژیک شامل ۱۰/۹ درصد رینیت باکتریال، ۱۹/۶ درصد رینیت وازوموتور و ۹/۸ درصد رینیت مدیکومنتوزا، ۸ نفر (۴/۳ درصد) لارنژیت ناشی از ریفلاکس، ۵۷ مورد درد سر یا صورت شامل ۱۵ درصد سردرد Tension، ۱۴ درصد سردرد میگرنی و ۲ درصد Temporomandibular Dysfunction (نمودار شماره ۱)، ۸۲ نفر (۴۴/۶ درصد) انسداد آناتومیک بینی، ۱/۱ درصد اختلال سوماتیزاسیون و ۱۰/۹ درصد اختلال عملکرد Olfactory (جدول شماره ۱).

جنسیت بیماران با ابتلای آن‌ها به رینیت آلرژیک (۲۵/۴ درصد از آقایان و ۱۱/۶ درصد از خانم‌ها)، رینیت غیرآلرژیک (با شیوع بیشتر همه انواع در مردان)، درد سر و صورت (با شیوع بیشتر سردرد Tension و میگرن در مردان و TMD در خانم‌ها) و اختلال عملکرد Olfactory (۲۲/۲ درصد از آقایان و ۵ درصد از خانم‌ها) ارتباط آماری معنی‌داری داشت ( $p < 0.05$ ). بر اساس آزمون ANOVA، سن بالاتر در بیماران نیز با رینیت آلرژیک، لارنژیت ناشی از ریفلاکس ارتباط داشت و سن پایین‌تر نیز با انسداد آناتومیک بینی در ارتباط بود ( $p < 0.05$ ).

## بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه توصیفی مقطعی به بررسی

3. Brook I. Acute and chronic bacterial sinusitis. *Infect Dis Clin North Am*; 2007. 21(2): 427-48.

4. Brook I. Bacteriology of chronic sinusitis and acute exacerbation of chronic sinusitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*; 2006. 132(10): 1099-101.

5. Guilemany JM, Alobid I, Mullol J. Controversies in the treatment of chronic rhinosinusitis. *Expert Rev Respir Med*; 2010. 4(4): 463-77.

6. Brook I, Frazier EH, Foote PA. Microbiology of the transition from acute to chronic maxillary sinusitis. *J Med Microbiol*; 1996. 45(5): 372-75.

7. Brook I, Yocum P. Immune response to *Fusobacterium nucleatum* and *Prevotella intermedia* in patients with chronic maxillary sinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*; 1999. 108(3): 293-95.

8. Finegold SM, Flynn MJ, Rose FV, - . Bacteriologic findings associated with chronic bacterial maxillary sinusitis in adults. *Clin Infect Dis*; 2002. 35(4): 428-33.

9. Hafidh M, Harney M, Kane R, et al. The role of fungi in the etiology of chronic rhinosinusitis: a prospective study. *Auris Nasus Larynx*; 2007. 34(2): 185-89.

10. Nord CE. The role of anaerobic bacteria in recurrent episodes of sinusitis and tonsillitis. *Clin Infect Dis*; 1995. 20(6): 1512-24.

11. Johnson JT, Ferguson BJ. Infection/paranasal sinus. *Otolaryngol Head Neck Surg*; 1998. 2: 1107-34.

12. Lund VJ. Surgical outcomes in chronic rhinosinusitis and nasal polyposis. *Rhinology*; 2006. 44(2): 97.

13. Kern EB, Sherris D, Stergiou AM,

تشخیص دقیق علت علائم بالینی مشابه رینوسینوزیت مزمن در آن‌ها انجام داد.<sup>(۱)</sup>

از سوی دیگر برخی بیماری‌ها مانند رینیت آلرژیک، لارنژیت ناشی از ریفلاکس و انسداد آناتومیک بینی از جمله اختلالاتی هستند که با سن بیماران در ارتباط بوده و در گروه‌های سنی خاصی بیشتر دیده می‌شوند و لذا باید به خاطر داشت که فراوانی برخی از تشخیص‌های افتراقی بر اساس سن بیماران تفاوت‌هایی را نشان می‌دهد.<sup>(۳)</sup>

نکته مهمی که در این تحقیق مشاهده گردید این بود که تشخیص‌های افتراقی که بیشترین شیوع را در بین بیماران مورد بررسی داشتند، عمدتاً در زمره بیماری‌هایی هستند که درمان آن‌ها به صورت طبی و امکان پذیر می‌باشد و لذا در صورتی که بتوان به وسیله معاینه بالینی یا روش‌های تشخیصی موجود آن‌ها را به موقع تشخیص داد، می‌توان به آسانی آن‌ها را درمان نموده و سبب بهبود علائم بالینی بیمار و ارتقای کیفیت زندگی وی شد. از سوی دیگر این مسأله به ویژه از آنجایی اهمیت دارد که برخی از این بیماری‌ها مانند رینیت باکتریال در صورت عدم درمان مناسب و به موقع می‌توانند پیشرفت نموده و علائم شدیدتری برای بیمار ایجاد نمایند.<sup>(۱۶)</sup>

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه و مقایسه آن‌ها با سایر مطالعات انجام شده در این زمینه می‌توان چنین نتیجه گرفت که همواره در بیماران دارای علائم بالینی رینوسینوزیت مزمن باید به فکر سایر تشخیص‌های افتراقی به ویژه رینیت‌های آلرژیک و غیرآلرژیک نیز بود تا در صورت نیاز با انتخاب و انجام درمان مناسب سبب بهبود زودرس بیماران و ارتقای سطح سلامت آن‌ها شد.

## فهرست منابع

1. Eloy P, Watelet JB, Rombaux P, Daele J, Bertrand B. Management of chronic rhinosinusitis without polyps in adults. *B-ENT*; 2005. S1: 65-76.

2. Biel MA, Brown CA, Levinson RM, et al. Evaluation of the microbiology of chronic maxillary sinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*; 1998. 107: 942-45.

Katz LM, Rosenblatt LC, Ponikau J. Diagnosis and treatment of chronic rhinosinusitis: focus on intranasal Amphotericin B. *Ther Clin Risk Manag*; 2007. 3(2): 319–25.

14. Sok JC, Ferguson BJ. Differential diagnosis of eosinophilic chronic rhinosinusitis. *Curr Allergy Asthma Rep*; 2006. 6(3): 203-14.

15. Oddone M, Tomà P, Scotto Di Santillo L, Tarantino V. Chronic sinusitis in children. Current role of diagnostic imaging. *Minerva Pediatr*; 1992. 44: 17-25.

16. Watelet JB, Eloy PH, van Cauwenberge PB. Drug management in chronic rhinosinusitis: identification of the needs. *Ther Clin Risk Manag*; 2007. 3(1): 47-57.

## Evaluation of diseases with symptoms similar to chronic sinusitis, Booali Hospital, Tehran, 2009-2010

**M. Naderian, MD.** Assistant Professor of ENT, ENT Department, Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**\*A. Mohammadi, MD.** General Practitioner, Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran.  
(\*Corresponding author).

\*This article is a summary of the thesis by A. Mohammadi, MD under supervision of M. Naderian, MD (2010).

### Abstract

**Introduction:** Chronic sinusitis is a common cause of attending Otorhinolaryngology clinics. Hence in this study diseases with symptoms similar to chronic sinusitis were evaluated in Booali Hospital during 2009 and 2010.

**Methods:** In this descriptive-analytical cross-sectional survey, 184 nonrandom patients attending Otorhinolaryngology clinics in Booali Hospital during 2009 and 2010 were evaluated. Patients with underlying diseases and or with previous history of sinus surgery and patients less than 16 years or more than 70 years of age were excluded. For statistical analysis Chi square, t, One way ANOVA, Fisher's exact tests and SPSS V. 11.5 were used.

**Results:** The observed differential diagnoses included: 16.3% allergic rhinitis, 10.9% bacterial rhinitis, 19.6% vasomotor rhinitis, 9.8% medicamentosa rhinitis, 4.3% reflux-induced rhinitis, 15.2% tension headache, 13.6% migraine headache, 2.2% temporomandibular dysfunction, 44.6% nasal anatomical obstruction, 1.1% somatization disorder, and 10.9% olfactory dysfunction.

**Conclusion:** According to the findings, it may be concluded that in patients with symptoms similar to chronic sinusitis, the differential diagnoses especially allergic and non-allergic rhinitis should be mentioned.

**Keywords:** Chronic sinusitis, Symptoms, Differential diagnoses