

تقييم نتائج علاج التهاب البلعوم المزمن

الدكتور يوسف يوسف *

الدكتور محمد الرستم **

سامر داود ***

(قبل للنشر في 2005/8/30)

□ الملخص □

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أفضل السبل في علاج مرضى التهاب البلعوم المزمن، وذلك بالاعتماد على الأعراض التي اشتكى منها المرضى قبل العلاج وبعده، وكذلك بالاعتماد على معطيات الفحص السريري. وقد تكونت مادة البحث من 100 مريض من مراجعي العيادة الأذنية والوحدة المهنية لأمراض الأذن والأنف والحنجرة في مشفى الأسد الجامعي ممن شُخص لهم التهاب بلعوم مزمن، وذلك بين عامي (2003-2005). حيث تم تقسيم هؤلاء المرضى إلى ثلاث مجموعات:

1- المجموعة الأولى: تألفت من 25 مريضا عولجوا معاملة دوائية.

2- المجموعة الثانية: تألفت من 31 مريضا عولجوا معاملة خاصة بضبط الأمراض العامة المرافقة

3- المجموعة الثالثة: تألفت من 44 مريضا عولجوا معاملة فيزيائية بالأشعة فوق البنفسجية.

وقد تمت مراقبة هؤلاء المرضى لمدة عام بعد المعالجة، وقد قمنا بتقييم نتائج العلاج على الشكل التالي:

1- التحسن الجيد: تراجمت فيه كل شكاوى المريض.

2- التحسن الوسط: تراجمت فيه بعض الأعراض وبقيت أعراض أخرى.

3- عدم التحسن: لم يحدث فيه أي تراجع للأعراض السريرية.

وقد تم الحصول على النتائج التالية:

عند المجموعة الأولى: التحسن الجيد : 33.3%، التحسن الوسط: 26.6%، عدم التحسن: 40%

عند المجموعة الثانية:

عند مرضى السكري : وقد كان عددهم 15 مريض التحسن الجيد : 14.2%، التحسن الوسط: 28.57%، عدم التحسن : 57.14%

عند مرضى القلس المعدي المريئي : وقد كان عددهم 10 مرضى التحسن الجيد: 40%، التحسن الوسط: 40%، عدم التحسن : 20%

عند مرضى فقر الدم بعوز الحديد : وقد كان عددهم 6 مرضى التحسن الجيد : 83.3%، التحسن الوسط: 16.6%، عدم التحسن : 0%

عند المجموعة الثالثة: التحسن الجيد : 61.36%، التحسن الوسط : 20.45%، عدم التحسن : 18.18%

مما سبق نستنتج أن أفضل النتائج 61.36% كانت عند المرضى الذين عولجوا فيزيائيا بالأشعة فوق البنفسجية، كذلك كانت النتائج

أفضل عند مجموعات المرضى الذين عولجوا إضافة للمعالجة الخاصة بالأشعة فوق البنفسجية .

* أستاذ في قسم أمراض الأذن والأنف والحنجرة، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية - سوريا.

** أستاذ في قسم أمراض الأذن والأنف والحنجرة، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية - سوريا.

*** طالب دراسات عليا في قسم أمراض الأذن والأنف والحنجرة، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، اللاذقية - سوريا.

Assessment of the Results of Chronic Pharyngitis Treatment

Dr. Youssef Youssef *
Dr. Mohammad Alrostom**
Dr. Samer Daoud ***

(Accepted 30/8/2005)

□ ABSTRACT □

The aim of this study was to know the best methods in treatment of patients with chronic pharyngitis depending on symptoms which the patients complained before and after treatment, depending on the findings in clinical examination .

The study includes 100 patients from E.N.T outpatient clinic in Al-Assad University Hospital – Lattakia between {2003-2005}, who complained of chronic pharyngitis in different type and causes.

Patients were classified into 3 groups:

1-first group: consists of 25 patients, who were treated by medical therapy .

2-second group: consists of 31patients, who were treated by special therapy by control the associated general diseases.

3-third group: consist of 44 patients, who were treated by physical therapy with ultra-violet rays.

After 1 year of observation post therapy ,we assess the treatment results as following:

1-good improvement: patient's complaints decreased.

2-intermediate improvement: some of the patient's complaints decreased and others did not.

3-no improvement: no regression of patients complaints.

we reached to the following results : in the first group : the good improvement was 33.3%, the

intermediate improvement was 26.6% and no improvement was 40% in the second group :

a-diabetic patients{ 15cases } the good improvement was 14.2%, the intermediate improvement was 28.57% and no improvement was 57.14%

b-patients with gastro esophageal reflux{ 10cases } the good improvement was 40%, the intermediate improvement was 40% and no improvement was 20%

c-patients with iron deficiency anemia {6cases}: the good improvement was 83.3%, the intermediate improvement was 16.6%, no improvement was 0%. in the third group : the good improvement was 61.36% the intermediate improvement was 20.45% no improvement was 18.18% So the best results were 61.36% in physically treatment patients by ultra-violet rays. the results were also better in the group which treated by special therapy in addition to ultra-violte rays .

*Professor, Department Of Otolaryngology, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria

**Professor, Department Of Otolaryngology, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria

***Postgraduate Studies Student, Department Of Otolaryngology, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria

مقدمة:

يعتبر التهاب البلعوم المزمن من الأمراض الشائعة نسبيا في مجال اختصاص الأذن والأنف والحنجرة [1]، [2]، [4]، وذلك تبعا لمجموعة كبيرة من العوامل والمسببات الخارجية وغير الخارجية التي يتعرض لها البلعوم كالتلوث الخارجي والأجواء غير الصحية والأمراض العضوية الخاصة بالبلعوم أو الأمراض الأخرى التي يأتي التهاب البلعوم المزمن فيها كنتيجة ثانوية.

كما أن عدد المرضى الذين يشكون من هذا المرض قد أخذ بالازدياد بسبب ازدياد نسبة التلوث وزيادة مصادره وكذلك زيادة الاتجاه نحو التدخين بمختلف أشكاله [5]

وحيث أن علاج التهاب البلعوم المزمن لا يزال في وقتنا الحالي غير مرض إلى درجة كبيرة للمريض وللطبيب وانطلاقا من ذلك فقد قمنا بإجراء دراسة تطبيقية علاجية لمختلف أشكال التهاب البلعوم المزمن، وذلك بعد تحديد أسباب التهاب البلعوم المزمن، حيث أن هذه الدراسة تضمنت تطبيق مختلف أنواع العلاج لهذا المرض دوائيا وفيزيائيا. [3]، [6]، [7]، [8]

إن مرض التهاب البلعوم المزمن يترافق بمجموعة من الأعراض المزعجة الناجمة عن التغيرات التي تطرأ على الخلية أو على المسافات بين الخلايا والتي بدورها تؤدي إلى أشكال مختلفة من التهاب البلعوم المزمن وهي:

1- التهاب البلعوم المزمن النزلي:

الالتهاب النزلي يكون سطحيا وهو التهاب غير شديد للسطوح المخاطية حيث تكون المادة المخاطية هي الجزء الرئيسي من النتحة الغدد المخاطية تكون منتفخة محتقنة والنسج متوذمة وهناك احتقان في البلعوم.

2- التهاب البلعوم المزمن الضخامي:

هنا يوجد ضخامة قد تشمل كل جدار البلعوم أو إنها فقط تتوضع في الشريطين الجانبيين للمفاويين. البلعوم يكون محتقنا وهناك أوعية كبيرة ظاهرة فيه ويكون جداره عقديا بسبب ضخامة الجريبات للمفاوية كما يتشكل نسيج حبيبي مما يؤدي لانسداد الغدد المخاطية وزيادة في ثخانة جدار البلعوم.

3- التهاب البلعوم المزمن الضموري:

هنا نجد ضمورا في مخاطية البلعوم والغدد المخاطية مما يجعل المخاطية جافة فتظهر عليها قشور ولها رائحة كريهة. جدار البلعوم يكون لناعا وبسبب ضموره نجد توسع في لمعة البلعوم.

هدف البحث:

تقييم نتائج علاج التهاب البلعوم المزمن ومعرفة الطرائق الأفضل في العلاج.

مادة الدراسة وطريقة البحث:

لقد شملت الدراسة 100 مريض مصابين بالتهاب بلعوم مزمن من مراجعي العيادة الأذنية والوحدة المهنية لأمراض الأذن والأنف والحنجرة في مشفى الأسد الجامعي وذلك خلال عامي 2003-2005.

وقد تضمنت الدراسة السريرية دراسة الأسباب والعوامل المؤهبة للمرض من التعرض للأبخرة والغازات المخرشة والتدخين وأمراض الأنف والجيوب وما يرافقها من تنفس فموي واستئصال اللوزات والتهابات البلعوم الحادة المتكررة غير المعالجة بشكل جيد، إضافة إلى دراسة الاضطرابات الهضمية المرافقة والأمراض العامة الاستقلابية والتحسسية. وقد وضع التشخيص اعتمادا على الأعراض السريرية التي يشكو منها هؤلاء المرضى من عدم الراحة في البلعوم وجفاف الحلق وصعوبة البلع بدون طعام والتقيح والشعور بوجود جسم أجنبي والحاجة للحنحة والسعال المتكرر.

وكذلك اعتمادا على نتائج الفحص السريري للبلعوم من احتقان وضخامة الجريبات للمفاوية على الجدار الخلفي للبلعوم ووجود تشكلات لمفاوية على الجدار الجانبي للبلعوم أو ضمور المخاطية وشحوبها. أما الدراسة المخبرية فشملت إجراء اختبار زرع وتحسس جرثومي للمفرزات البلعومية-فحوصات دموية : تعداد عام وصيغة -حديد الدم والسعة الرابطة للحديد - سكر الدم - البولة - الكرياتينين.

وقد تم تقسيم المرضى حسب الجنس كما في الجدول رقم -1-

الجدول رقم -1- يبين توزع المرضى حسب الجنس

جنس المريض	ذكور	إناث
عدد المرضى	56 > 56%	44 > 44%

و تكون بذلك نسبة إصابة الذكور أكبر نسبيا من نسبة إصابة الإناث ، وذلك بسبب تعرض الذكور بشكل أوسع للعوامل الممرضة .

كما تم تقسيم المرضى حسب العمر كما في الجدول رقم -2-

الجدول رقم -2- يبين توزع المرضى حسب العمر

عمر المريض	10 - 20 سنة	21 - 30 سنة	31 - 40 سنة	41 - 50 سنة
عدد المرضى	7 > 7%	50 > 50%	23 > 23%	20 > 20%

ونلاحظ أن نسبة الإصابة تزداد بين عمر 20 - 50 سنة وهو سن الشباب والنشاط والعمل .

كما تم توزيع المرضى حسب العوامل المؤهبة:

1- التدخين: حيث يبين الجدول رقم -3- توزيع المرضى حسب التدخين

الجدول رقم -3- يبين توزيع المرضى حسب التدخين

عدد المرضى	مدخن	غير مدخن
60 > 60%	40 > 40%	

وهذا يشير على العلاقة الوثيقة بين التدخين والتهاب البلعوم المزمن .

2- أمراض الأنف والجيوب: وذلك كما في الجدول رقم -4-

الجدول رقم -4- يبين توزع المرضى حسب وجود المشاكل الأنفية لديهم

عدد المرضى	المرضى الذين لديهم مشاكل أنفية	المرضى الذين ليس لديهم مشاكل أنفية
67 > 67%	33 > 33%	

وهذا يشير إلى الدور الكبير الذي تلعبه المشاكل الأنفية في التهاب البلعوم المزمن وذلك لما تسببه من تنفس

فموي .

وقد اختلفت الأمراض الأنفية الموجودة من انحراف الوتيرة الذي كان أكثر المشاكل شيوعا >30 مريض <، إلى التهاب الأنف التحسسي >22 مريض<، إلى التهاب الجيوب المزمن >14 مريض<، إلى وجود بوليبيات أنفية > مريض واحد<، وذلك كما في الجدول رقم 5-

الجدول رقم 5- يبين توزيع المرضى حسب نوع المرض الأنفي الموجود

بدون مشاكل أنفية	البوليبيات الأنفية	التهاب الجيوب المزمن	التهاب الأنف التحسسي	انحراف الوتيرة	100 مريض
<33>33%	<1>1%	<14>14%	<22>22%	<30>30%	

3- استئصال اللوزات: وذلك كما في الجدول رقم 6-

الجدول رقم 6- يبين توزيع المرضى حسب وجود أو عدم وجود اللوزتين .

مرضى التهاب البلعوم المزمن بعد استئصال اللوزتين	مرضى التهاب البلعوم المزمن مع وجود اللوزتين	عدد المرضى
<22>22%	<78>78%	

وهذا يشير إلى الدور الذي يلعبه استئصال اللوزتين في حدوث التهاب البلعوم المزمن .

4- الأمراض العامة والتهاب البلعوم المزمن :

وجد الفلوس المعدي المترافق مع التهاب معدة مزمن عند 10 مرضى

كما وجد السكري عند 15 مريضا

كما وجد فقر الدم بعوز الحديد عند 6 مرضى

وذلك وفقا للجدول رقم 7-

الجدول رقم 7- يبين توزيع المرضى حسب الأمراض العامة المتواجدة لديهم .

بدون أمراض عامة	فقر الدم بعوز الحديد	السكري	الفلوس المعدي	100 مريض
<69>69%	<6>6%	<15>15%	<10>10%	

كما تم توزيع المرضى حسب الأعراض السريرية:

حيث كان الإحساس بعدم الراحة والانزعاج وجفاف الحلق العرض الأكثر شيوعا عند المرضى حيث وجدناه عند

97 مريضا، وتلاه من حيث تواتر الأعراض الشكوى من التقشع وذلك عند 93 مريضا، ثم صعوبة البلع عند 67

مريضا، ثم الشعور بجسم أجنبي عند 38 مريضا، أما المفرزات فقد وجدت عند 45 مريض وأغلبها مخاطية لزجة،

والجدول رقم 8- يبين ذلك

الجدول رقم 8- يبين توزيع المرضى حسب الأعراض السريرية

المفرزات	وجود جسم أجنبي	صعوبة البلع	التقشع	حس عدم الراحة والانزعاج في البلعوم
<45>45%	<38>38%	<67>67%	<93>93%	<97>97%

كما تم توزيع المرضى حسب نتائج الفحص السريري:

بفحص بلعوم المرضى وجد 32 مريضاً كان البلعوم عندهم أملس بدون ضخامات حبيبية وأغلب هؤلاء المرضى كان لون المخاطية عندهم شاحب وقد صنفنا هؤلاء المرضى على أنهم مرضى التهاب بلعوم مزمن ضموري أما باقي المرضى والذين عددهم 68 فكان البلعوم عندهم محتقناً مع ضخامات حبيبية قد تكون مفردة موزعة على الجدار الخلفي للبلعوم أو مجتمعة ضمن الشريطين البلعوميين الجانبيين وقد صنفت هذه المجموعة على أنهم مرضى التهاب بلعوم مزمن ضخامي .

وبالتالي كانت نسبة التهاب البلعوم المزمن الضخامي أكثر من ضعف نسبة التهاب المزمن الضموري وذلك وفقاً للجدول رقم 9-

الجدول رقم 9- يبين توزع المرضى حسب نتائج الفحص السريري

نوع الالتهاب	التهاب بلعوم مزمن ضموري	التهاب بلعوم مزمن ضخامي
عدد المرضى	32 > 32%	68 > 68%

و عند إجراء الدراسة المخبرية المتضمنة اخذ مسحة بلعومية وزرعها لمعرفة الجراثيم المتواجدة، كذلك إجراء الفحوص الدموية التي شملت > تعداد عام وصيغة - حديد المصل والسعة الرابطة - سكر الدم - البولة - الكرياتينين <، علماً أن هذه الدراسة أجريت على 75 مريض فقط ورفض الباقي إجراءها .

تبين نتيجة الزرع الجرثومي تواجد الجراثيم غير الممرضة التالية :

30 مريضاً وجد عندهم > النيسريا - المكورات الرئوية - المكورات العقدية < .

24 مريضاً وجد عندهم > هيروفيلس انفلونزا - العنقوديات البيضاء < .

21 مريضاً وجد عندهم جراثيم متفرقة من كلتا المجموعتين السابقتين .

ومنه نستنتج انه لم توجد جراثيم ممرضة في التهاب البلعوم المزمن .

كما لوحظ وجود ارتفاع سكر الدم عند 15 مريضاً وانخفاض مقدار الهيموغلوبين المترافق مع نقص حديد المصل وزيادة السعة الرابطة للحديد عند 6 مرضى .



المعالجة ونتائجها:

قبل تطبيق المعالجة كان هناك مجموعة من النصائح والإجراءات تضمنت :

- 1- تجنب العوامل المؤهبة من التدخين والكحول والأطعمة المخرشة .
 - 2- الابتعاد عن الأجواء الملوثة بالغبار .
 - 3- معالجة البؤر الإلتانانية المجاورة في الفم والأنف والجيوب .
 - 4- تطبيق المعالجة الجراحية للآفات الانسدادية الأنفية مثل البوليبيات الأنفية وانحراف الوتيرة .
- ثم طبقت المعالجة التي تضمنت المعالجة الدوائية والفيزيائية وعلاجات خاصة بالنسبة لالتهاب البلعوم المزمن المترافق مع أمراض عامة.

أما المعالجة الدوائية فتضمنت إعطاء:

- 1- الصادات الحيوية
- 2- مضادات الهيستامين
- 3- مضادات الوذمة
- 4- السوائل المعقمة للبلعوم على شكل غرغرة .
- 5- التبخيرات لاسيما في حال جفاف المخاطية

أما المعالجة الفيزيائية فتضمنت العلاج بالأشعة فوق البنفسجية وقد قمنا بتطبيقها لما تملكه الأشعة فوق البنفسجية من تأثير كيميائي واضح ناجم عن فعالية ضوئية تحلل الروابط بين الذرات في الجزيئات البروتينية المعقدة مما يؤدي لتغير في بنيتها <

وان آلية تأثير الأشعة فوق البنفسجية على العضوية معقد ومختلف الأشكال ويتجلى بظواهر بيوفيزيائية - خلطية - وعصبية وانعكاسية .

حيث تمتص الأشعة فوق البنفسجية من الطبقات السطحية للجلد أو الأغشية المخاطية مما يؤدي إلى تكون عناصر فعالة بيولوجيا والتي بدورها عن الطريق الخلطي تظهر تأثيرا على كثير من الحوادث الفيزيائية في العضوية مثل > تقوية العود الوريدي الدموي وتغذية الأنسجة، زيادة نفوذية الأغشية الخلوية، تفعيل الخمائر، تفعيل جميع أنواع استقلاب العناصر <

كما أن التأثير على الجهاز المستقبل في الجلد أو الأغشية المخاطية مع التحريض التالي لجميع أجزاء الجهاز العصبي يؤدي لظهور الفعل الانعكاسي الذي يسبب تأثير الأشعة فوق البنفسجية المعمم على جميع أجزاء العضوية .

كذلك للأشعة فوق البنفسجية تأثير مضاد للتحسس حيث تبين انها تغير من مستوى الهستامين في الدم . [6]

وقد كانت طريقة التطبيق على الشكل التالي:

استخدمت هذه الأشعة بجرعة 1-2 جرعة بيولوجية

مرضى التهاب البلعوم المزمن الضموري عولجوا بإجراء مسح للبلعوم ببنترات الفضة 1% ثم وضع أنبوب الجهاز في فم المريض وتم من خلاله إدخال الأشعة فوق البنفسجية وتسلطها على بلعوم المريض .
أما في مرضى التهاب البلعوم المزمن الضخامي فتم أولا كي الأقسام المتضخمة من النسيج للمفاوي ببنترات الفضة بتركيز 50 - 60 % بشكل نقطي ثم عرض البلعوم للأشعة .
مدة الجلسة 10 دقائق وعدد الجلسات 10 بفاصل يوم واحد بين الجلسة والأخرى .
أما العلاجات الخاصة فشملت :

- 1- معالجة القلس المريئي المعدي
- 2- ضبط سكر الدم عند المرضى السكريين
- 3- تصحيح عوز الحديد عند المرضى الذين لديهم فقر دم بعوز الحديد

ووفقا للدراسة السببية:

عولج 25 مريضا بعلاجات دوائية، و 44 مريضا بعلاج بالأشعة فوق البنفسجية، 31 مريضا طبقت عليهم علاجات خاصة وذلك بعد إجراء استشارات هضمية وغدد وأمراض دم .

- ثم تمت مراقبة المرضى لمدة عام بعد المعالجة، وقد كان تقييمنا لفاعلية العلاج ونتائجه على الشكل التالي :
- التحسن الجيد :تراجعت فيه كل شكاوى المريض، وقد لوحظ هذا التحسن عند المرضى الذين لا يشكون من مشاكل أنفية وكان التدخين عندهم خفيفا، أي أن التحسن الجيد حصل عند المرضى الذين كانت نسبة العوامل المؤهبة عندهم قليلة
 - التحسن الوسط : تراجعت فيه بعض الأعراض وبقيت أعراض أخرى .
 - عدم التحسن : لم يحدث فيه أي تراجع للأعراض السريرية، ومعظم حالات عدم التحسن كانت عند المرضى المدخنين بشدة أو الذين وجد عندهم مشاكل أنفية انسدادية أو استمر عندهم وجود العوامل المؤهبة أثناء وبعد فترة العلاج وقد كانت النتائج على الشكل التالي :

المعالجة الدوائية:

- لقد قسم مرضى المعالجة الدوائية بدورهم الى قسمين :
- 10 مرضى تم علاجهم بالصادات الحيوية فقط، وقد تم استخدام سيفالوسبورينات الجيل الأول حصرا، وكانت مدة العلاج 14 يوما .
- لم يحدث تحسن جيد عند أي مريض، وحصل التحسن المتوسط عند مريضين فقط، وعدم التحسن عند 8 مرضى ، وذلك كما في الجدول رقم -10-

الجدول رقم -10- يبين نتائج المعالجة الدوائية باستخدام الصادات الحيوية فقط

عدم التحسن	التحسن المتوسط	التحسن الجيد	المعالجة الدوائية باستخدام الصادات الحيوية فقط
8	2	0	عدد المرضى -10-
%80	%20	%0	النسبة المئوية

- وبالتالي ينصح بالإقلال من تناول الصادات الحيوية في علاج التهاب البلعوم المزمن كونها عديمة الفائدة .
- 15 مريضا تم علاجهم بمضادات الهستامين ومضادات الالتهاب والغرغر المعقمة والتبخيرات المرطبة.
- حدث التحسن الجيد عند 5 مرضى، وحصل التحسن المتوسط عند 4 مرضى، وعدم التحسن عند 6 مرضى، وذلك وفقا للجدول رقم -11-

الجدول رقم -11- يبين نتائج المعالجة الدوائية باستخدام مضادات الهستامين ومضادات الالتهاب والغرغر الفموية والتبخيرات المرطبة

عدم التحسن	التحسن المتوسط	التحسن الجيد	المعالجة الدوائية

عدد المرضى-15-	5	4	6
النسبة المئوية	%33.3	%26.6	%40

المعالجة الفيزيائية بالأشعة فوق البنفسجية:

من بين 44 مريض تمت معالجتهم بالأشعة فوق البنفسجية حدث التحسن الجيد عند 27 مريض، وحدث التحسن المتوسط عند 9 مرضى، وعدم التحسن عند 8 مرضى، وذلك كما يبين الجدول رقم -12-

الجدول رقم-12- يبين نتائج المعالجة بالأشعة فوق البنفسجية

المعالجة بالأشعة فوق البنفسجية	التحسن الجيد	التحسن المتوسط	عدم التحسن
عدد المرضى -44-	27	9	8
النسبة المئوية	%61.36	%20.45	%18.18

العلاجات الخاصة لالتهاب البلعوم المزمن المترافق مع أمراض عامة :

بالنسبة لمرضى القلس المعدي وكان عددهم 10 مرضى أجريت لهم استشارة هضمية، وبناء عليها عولج المرضى بمضادات الحمض لمدة شهرين، ثم قسم المرضى إلى قسمين متساويين :

القسم الأول خضع بعد العلاج بمضادات الحمض لمدة شهرين إلى علاج فيزيائي بالأشعة فوق البنفسجية .
القسم الثاني لم يخضع إلى العلاج بالأشعة فوق البنفسجية بعد العلاج بمضادات الحمض .

وكانت النتائج كما في الجدولين رقم -13- و-14-

الجدول رقم -13- يبين نتائج المعالجة بمضادات الحمض فقط

العلاج بمضادات الحمض فقط	التحسن الجيد	التحسن المتوسط	عدم التحسن
عدد المرضى -5-	2	2	1
النسبة المئوية	%40	%40	%20

الجدول رقم-14- يبين نتائج المعالجة بمضادات الحمض والمتبوع بالعلاج الفيزيائي عند مرضى القلس المعدي

العلاج بمضادات الحمض والذي تبعه علاج فيزيائي	التحسن الجيد	التحسن المتوسط	عدم التحسن
عدد المرضى -5-	3	1	1
النسبة المئوية	%60	%20	%20

ومنه نستنتج أن متابعة العلاج بمضادات الحمض بعلاج فيزيائي بالأشعة فوق البنفسجية يحسن من نتائج المعالجة عند هؤلاء المرضى .

أما بالنسبة لمرضى السكري وكان عددهم 15 مريضا فقد تم أولا ضبط السكري لديهم وذلك بناء على استشارة غدد أجريت لهم ثم التنسيق مع طبيب الغدد لمتابعة العلاج، ثم قسم المرضى إلى قسمين :

8 مرضى اجري لهم علاج فيزيائي بعد ضبط سكر الدم عندهم.
7 مرضى لم يجرى لهم علاج فيزيائي بعد ضبط سكر الدم عندهم.
و كانت النتائج كما في الجدولين -15- و- 16 -

الجدول رقم -15- يبين نتائج المعالجة بضبط سكر الدم فقط عند مرضى السكري

ضبط سكر الدم فقط	التحسن الجيد	التحسن المتوسط	عدم التحسن
عدد المرضى 7	1	2	4
النسبة المئوية	%14.2	%28.57	%57.14

الجدول رقم-16- يبين نتائج متابعة ضبط سكر الدم بالعلاج الفيزيائي عند مرضى السكري

علاج فيزيائي بعد ضبط سكر الدم	التحسن الجيد	التحسن المتوسط	عدم التحسن
عدد المرضى 8	3	3	2
النسبة المئوية	%37.5	%37.5	%25

و منه نستنتج أيضا أن العلاج الفيزيائي يحسن من نتائج المعالجة عند مرضى السكري
أما بالنسبة لمرضى فقر الدم بعوز الحديد، وقد كان عددهم 6 مرضى فقد أجريت لهم استشارة دموية، وتم
علاج فقر الدم وتعويض الحديد من خلال التنسيق مع طبيب أمراض الدم، وكان العلاج يستغرق فترات مختلفة بحسب
شدة فقر الدم عندهم، وتراوحت هذه الفترة من 3 إلى 9 اشهر ثم تم إعادة تقييم فقر الدم والحكم على نتائج المعالجة
على التهاب البلعوم المزمن، وكانت النتائج كما في الجدول رقم -17-

الجدول رقم -17- يبين نتائج علاج فقر الدم وتعويض الحديد

علاج فقر الدم بعوز الحديد	التحسن الجيد	التحسن المتوسط	عدم التحسن
عدد المرضى	5	1	0
النسبة المئوية	%83.3	%16.6	% 0

مناقشة نتائج العلاج:

بدراسة نتائج العلاج نجد أنه :
في المعالجة الدوائية التي استخدمت الصادات الحيوية فقط كانت نسبة التحسن الجيد 0 %، ونسبة التحسن
الوسط 20%، وعدم التحسن 80%.
أما في المعالجة الدوائية التي تضمنت إعطاء مضادات الهستامين ومضادات الازمة والغراغر الفموية
والتبخيرات المرطبة كانت نسبة التحسن الجيد 33.3%، ونسبة التحسن المتوسط 26.6%، وعدم التحسن 40% .
أما في المعالجة الفيزيائية بالأشعة فوق البنفسجية فقد كانت نسبة التحسن الجيد 61.36%، ونسبة التحسن
المتوسط 20.45%، وعدم التحسن 18.18 % .

وعند مرضى القلس المعدي الذين تمت معالجتهم بمضادات الحمض فقط لمدة شهرين كانت نسبة التحسن الجيد 40%، ونسبة التحسن المتوسط 40%، وعدم التحسن 20% .
 أما عند متابعة المعالجة بمضادات الحمض بعلاج فيزيائي فإن نسبة التحسن الجيد ارتفعت إلى 60%، في حين انخفضت نسبة كل من التحسن المتوسط وعدم التحسن إلى 20% .
 وعند المرضى السكريين الذين تم ضبط سكر الدم عندهم فقد كانت نسبة التحسن الجيد 14.2%، والتحسن المتوسط 28.57%، وعدم التحسن 57.14% .
 أما عند متابعة ضبط سكر الدم بالعلاج الفيزيائي فقد ارتفعت نسبة التحسن الجيد إلى 37.5% وكذلك التحسن المتوسط ارتفع إلى النسبة نفسها في حين انخفضت نسبة عدم التحسن إلى 25% .
 وإن إصلاح فقر الدم وعوز الحديد أدى إلى التحسن الجيد بنسبة 83.3%، والتحسن المتوسط بنسبة 16.6%، وعدم التحسن بنسبة 0% .

وانطلاقاً من هذه النتائج يتضح لنا أن المعالجة الفيزيائية هي الوسيلة الأفضل للوصول إلى التحسن الجيد عند مرضى التهاب البلعوم المزمن حيث أن المعالجة الدوائية لم تحقق لنا النتائج المرجوة، كذلك الحال بالنسبة لالتهاب البلعوم المزمن التالي للأمراض العامة فإن متابعة علاج المرض العام بالعلاج الفيزيائي يزيد من فرصة الوصول إلى التحسن الجيد .

أما عند مرضى فقر الدم بعوز الحديد فإن إصلاح فقر الدم وتعويض الحديد يحقق نسبة تحسن جيد في اغلب الحالات وهذا ما يجعله أمراً ضرورياً وهاماً .

وهذا ما يجعلنا ننصح باستخدام المعالجة الفيزيائية بشكل أوسع، وذلك بعد معالجة الآفات الأنفية الموجودة ومعالجة البؤر الإنتانية المجاورة واستبعاد العوامل المؤهبة من التدخين والكحول والأطعمة المخرشة، إضافة إلى ضرورة معالجة القلس المعدي وضبط سكر الدم وإصلاح فقر الدم بعوز الحديد . حيث يصعب الوصول إلى التحسن الجيد بوجود هذه المشاكل .

النصائح والتوصيات:

من خلال الدراسة لوحظ انه:

- 1- من الضروري تجنب العوامل المؤهبة من التدخين والكحول والأطعمة المخرشة والابتعاد عن الأجواء الملوثة بالغبار ومعالجة البؤر الإنتانية المجاورة وتصحيح الأمراض السادة للأنف لتحسين نتائج معالجة التهاب الأنف التحسسي .
- 2- ينصح بالإقلال من تناول الصادات الحيوية في معالجة التهاب البلعوم المزمن وذلك كونها عديمة الفائدة .
- 3- ينصح باستخدام المعالجة الفيزيائية بشكل أوسع، نظراً للنتائج التي حصلنا عليها في معالجة التهاب البلعوم المزمن .
- 4- من الضروري علاج الأمراض العامة التي تترافق بالتهاب البلعوم المزمن للحصول على نتائج جيدة في العلاج، ولتحسين هذه النتائج ينصح بمتابعة العلاج بتطبيق علاج فيزيائي بالأشعة فوق البنفسجية .

المراجع:

- 1-ALROSTOM.M, IBRAHEEM.M ,YOUSSEF.Y ,ALALLOUNI.F-Disease of the Ear ,Nose, Throat ,and it's surgery ,1998-1999, Tishreen University , Lattakia .
- 2-ALSHAAR.G.1990, Dessertation ,Chronic pharyngitis ,halab university ,halab.
- 3-AL-ASHKAR.M.1993-1994 , Dessertation, Physical and medical treatment of patients with chronic pharyngitis ,Tishreen university, lattakia .
- 4-BALLENGER J.J 1990 –Disease of the Nose ,throat, Ear ,Head and neck ,Fourteenth edition. Philadelphia ,London.
- 5- Essential- K.J.LEE -otolaryngology, head and neck surgery eight edition .
- 6-.NIKALAYFSKAYA.F.B 1989 –Principles of Physical therapy in Ear, Nose, Throat diseases –Moskow.
- 7-SUPRONOFE.F.K. 1963 Introduction to ear –nose- throat disease. Moskow
- 8-Yousef Yousef 1991-Dessertation(PH.D) Therapy middle ear disease by ultraviolet and lazer, Ukrania .kharkov .