

تقييم نتائج العلاج الجراحي للشخير عند البالغين

*الدكتور مصطفى إبراهيم

**الدكتور محمد الرستم

***عبيد إبراهيم

(قبل للنشر في 2005/12/15)

□ الملخص □

لقد هدفت الدراسة إلى تقييم نتائج العلاج الجراحي للشخير وذلك بعد شهر، 3 أشهر و 6 أشهر من الإجراء الجراحي بعد أن تم التقييم الجيد للمرضى والتحديد لموقع الإنسداد في الطريق التنفسي العلوي بالطرق المتوفرة لدينا. تكونت مادة البحث من 30 مريضاً من مراجعي العيادة الأذنية والوحدة المهنية لأمراض الأذن والأنف والحنجرة في مشفى الأسد الجامعي كانوا يشكون من الشخير وذلك بين عامي (2003- 2005) حيث تم تقسيم هؤلاء المرضى إلى مجموعتين اعتماداً على الأعراض والعلامات السريرية لديهم وقياس الأكسجة الدموية.

المجموعة الأولى: وشملت مرضى الـ Non apneic patients وعددهم 23 مريضاً. المجموعة الثانية: وشملت مرضى انقطاع النفس الإنسدادي OSA. S. وعددهم 7 مرضى وقد تمت معالجة هؤلاء المرضى جراحياً اعتماداً على موقع الإنسداد وتمت مقارنة النتائج قبل وبعد العمل الجراحي وذلك من حيث:

- 1- الأعراض والعلامات السريرية.
- 2- الأكسجة الدموية.
- 3- الأعراض والعلامات القلبية والتغيرات التخطيطية على الـ ECG وصورة الصدر.

وكانت النتائج على النحو التالي:

- 1- حدث تحسن ملحوظ لدى مرضى المجموعة الأولى وذلك بعد إزالة العائق الإنسدادي.
- 2- حدث تحسن ملحوظ لدى بعض مرضى المجموعة الثانية والذين كان لديهم موقع انسداد وحيد في السبيل التنفسي العلوي.
- 3- طرأ تحسن خفيف لدى مرضى المجموعة الثانية والذين كان لديهم أكثر من موقع انسداد دون أن يحدث تراجع كامل للأعراض والعلامات السريرية لديهم.

* 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.

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

Assessment of Results of Surgical Management of Snoring.

Dr. Mustafa Ibrahim^{*}
Dr. Muhammad Alrostrom^{**}
Abir Ibrahim^{***}

(Accepted 15/12/2005)

□ ABSTRACT □

The aim of this study is to assess the results of surgical management of snoring after one month, 3 months, and 6 months of surgery. This comes after accurate localization of the obstruction in the upper airway.

The study includes 30 suffering patients of snoring from ENT outpatient clinic in AL-Assad University Hospital in Lattakia between (2003-2005)

The cases are divided into two groups: First group includes non-apneic patients the numbers of these patients are /23/. Second group includes the obstructive sleep apneic patients. The number of these patients are / 7 /

These patients were treated surgically, and the results were compared before and after surgery in accordance with:

- 1- Signs and symptoms.
- 2- Blood oxygenation.
- 3- Changes in ECG and chest x-rays.

The results were:

- Significant improvement had happened to the patients of the 1rst group after removal of obstruction
- Significant improvement had happened to some of patients of second group who they had only one site of obstruction in the upper airway.
- Minimal improvement had happened to the patients of second group who they had more one site of obstruction in the upper airway.

^{*}Professor Department Of Otolaryngology, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia – Syria.

^{**}Professor Department Of Otolaryngology, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia – Syria.

^{***}Postgraduate Student, Department Of Otolaryngology, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia – Syria.

مقدمة:

إن الشخير هو عرض مزعج اجتماعياً كما أن له عواقب صحية قد تكون خطيرة وغير قابلة للتراجع وبشاهد بنسبة 30% من متوسطي العمر البالغين في حين أن الـ OSA (obstructive sleep apnea) العرضي يقدر حدوثه بنسبة 4% لدى الرجال و 2% من النساء وهناك عوامل متعلقة بالجنس، العرق، والعمر تؤثر في حدوث الـ OSAS (obstructive sleep apnea syndrome). (7،8،9).

ونظراً لكون الشخير مؤشراً غير مباشر لتظاهرات وأعراض أكثر خطورة ونظراً لأهمية هذا العرض الشائع صحياً واجتماعياً فقد تطرقت الدراسة إلى تقييم هؤلاء المرضى وتقسيمهم إلى مجموعات وفقاً لعدة معايير ثم تمت معالجة هؤلاء المرضى جراحياً وتقييم مدى التحسن لديهم.

تعريف الشخير:

هو ضوضاء تحدث أثناء التنفس ناجمة عن انسداد جزئي في الطريق التنفسي العلوي مما يؤدي لاضطراب جريان الهواء والذي يسبب اهتزاز شراع الحنك، السويقات اللوزية، اللهاة، والجدر الجانبية للبلعوم. (1،2،3)

- **انقطاع النفس: apnea:** هو انقطاع جريان الهواء عند فتحتي الأنف والجمجمة لمدة 10 ثوان على الأقل. (3،5)

- **ضعف التنفس: hypopnea:** هو انخفاض الجريان الهوائي بنسبة 50% وعلى الأقل 4% من الإشباع

الشرياني بالأوكسي هيموغلوبين (4،5)

- **AI Apnea Index:** هو عدد مرات غياب التنفس أثناء النوم في الساعة الواحدة. (4)

يصادف الشخير في واحد من ثلاث متلازمات سريرية متعلقة بانسداد الطريق التنفسي العلوي أثناء النوم وهي:

1- Primary snoring (ps): ويقصد به الشخير البسيط دون وجود انقطاع للنفس أو نقص في التهوية أو في الأكسجة الدموية ولا يوجد لدى هؤلاء أي اضطراب أثناء النوم أو في النهار لكنه عرض مزعج للآخرين وقد يكون صاخباً جداً. (2،6)

2- متلازمة ارتفاع مقاومة الطرق التنفسية العلوية: (UARS) upper airway resistance syndrome

وهم المرضى الذين لديهم انسداد جزئي في الطريق التنفسي العلوي أثناء النوم والتي يمكن أن تسبب اضطراباً في النوم مع أعراض نهائية مرافقة ولكن دون أن يكون هناك اضطراب في الأكسجة الدموية وهؤلاء يشكون من الشخير، النعاس النهاري وكذلك الاستيقاظ المتكرر أثناء النوم بسبب ارتفاع مقاومة الطرق التنفسية العلوية وزيادة الجهد التنفسي. (2،6)

3- OSAS: تتأذر يعود لوجود عائق انسداد في الطريق التنفسي العلوي أثناء النوم ويعرف بوجود فترات من انقطاع النفس تقدر بـ 30 مرة أو أكثر خلال 7 ساعات نوم وتترافق مع الشخير والنعاس الشديد أثناء النهار وعقائيل قلبية ورئوية وهذه العقائيل عائدة لـ:

1- الحلقة المتكررة من الانسداد التنفسي. 2- الجهد التنفسي الزائد. 3- نقص الأكسجة. 4- الاستيقاظ من النوم.

وتقدر شدة الـ OSA بمشعر الـ (AI) وقد حل محله مشعر apnea / hypopnea Index وهو يقيس عدد

مرات انقطاع النفس بالإضافة لضعف التنفس كل ساعة أثناء النوم. (2،6)

أهداف البحث:

- 1- التقييم الجيد لمرضى الشخير وتحديد السبب الأساسي قبل وضع طريقة العلاج من أجل وضع الاستطباب للحالات التي تحتاج للجراحة في الدراسة.
- 2- تبيان الآثار السلبية للشخير وخطورة العواقب التي قد تكون غير عكوسة ومهددة للحياة لدى مرضى الـ (OSA).
- 3- تقييم فعالية العلاج.

مادة الدراسة وطريقة البحث:

لقد شملت الدراسة 30 مريضاً يعانون من الشخير من مراجعي العيادة الأذنية والوحدة المهنية لأمراض الأذن والأنف والحنجرة في مشفى الأسد الجامعي بين عامي (2003-2005) وقد تضمنت الدراسة:

- 1- القصة المرضية المفصلة واستجواب الشريك.
- 2- الفحص السريري.
- 3- الفحوص المخبرية.
- 4- قياس الأكسجة الدموية أثناء النوم.
- 5- صورة صدر + ECG للمرضى المشكوك لديهم بأعراض وعلامات قلبية مع إجراء استشارة قلبية.
- 6- تحديد موقع الإنسداد وذلك اعتماداً على:

أ- الفحص السريري.

ب- مناورة Muller.

ج- Ctscan.

وبناء على ذلك فقد تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين.

- أ- المجموعة الأولى: **nonapnic patients**: وهم المرضى الذين لا يعانون من نوب انقطاع النفس أثناء النوم وشكايتهم الأساسية هي الشخير.
- ب- المجموعة الثانية: وهم مرضى OSAsyn الذين يترافق لديهم الشخير مع نوب من انقطاع النفس أثناء النوم وأعراض وعلامات قلبية ورئوية، ونعاس نهاري. كما هو موضح بالجدول:

الجدول رقم (1) يوضح تقسيم المرضى إلى مجموعتين

عدد المرضى	Non apneic patiets	OSA syn.
30	23	7
النسبة المئوية	76.6%	23.4%

كما تم تقسيم المرضى حسب العمر على النحو التالي:

الجدول رقم (2) يوضح تقسيم المرضى حسب العمر

عدد المرضى	(18- 45) years old	45- 60
30	10مرضى	20مريض
النسبة المئوية	30.3%	69.7%

من الجدول نلاحظ ازدياد مشاهدة هذا العرض مع التقدم بالعمر.

أما التقسيم حسب الجنس فكان كما هو مبين بالجدول

الجدول رقم (3) يوضح تقسيم المرضى حسب الجنس

الجنس		عدد المرضى
إناث	ذكور	30
5	25	
%16.7	%83.3	النسبة المئوية

مما يدل على شيوع الشخير لدى الذكور أكثر من الإناث.

1- تم أخذ قصة مرضية مفصلة لدى هؤلاء المرضى مع استجواب الشريك وتضمنت التركيز على النقاط التالية:

1- الشخير.

2- النوبات الانسدادية.

3- الاحتناق الليلي.

4- النعاس النهاري.

5- تدهور الملكات العقلية.

6- الصداع الصباحي.

7- بوال ليلي/ عنانة.

8- حرقه خلف القص

الأدوية، تناول الكحول، أعراض قلبية وعائية، أعراض تنفسية، أعراض درقية ومن القصة السريرية تم الحصول

على المعلومات التالية:

بالإضافة للعرض الأساسي وهو الشخير كان لدينا الجدول التالي:

الجدول رقم (4) يوضح الأعراض والعلامات الرئيسية لدى المرضى

المجموعة الثانية OSA patients	المجموعة الأولى Non apneic patients	العدد الكلي	العرض الرئيسي
7	23	30	
7	10		النعاس النهاري الشديد
7	0		الصداع الصباحي
7	3		اضطراب في الذاكرة والتركيز
7	0		الشعور بالاختناق ليلاً
7	12		عدم الراحة أثناء النوم
2	0		تسرع قلب أثناء الراحة- خفقان
2	1		حس حرقه خلف القص
7	3		عصبية وسرعة غضب
7	3		تعرق غزير
7	10		انزعاج الشريك
7	1		نعاس أثناء مشاهدة التلفاز
3	0		العنانة

من الجدول نلاحظ كثرة الأعراض لدى مرضى انقطاع النفس الانسدادي والتي تعود لنقص الأكسجة لدى هؤلاء المرضى أثناء النوم والاستيقاظ المتكرر أثناء النوم في حين كانت الأعراض بسيطة وغير مزعجة لدى مرضى الشخير البسيط وغير مؤثرة على النشاط اليومي للمرضى.

- كان عدد المدخنين 10 ذكور وأنثى واحدة.

- تناول الكحول: 2 ذكور وذكر واحد في المناسبات.

كما تم التركيز في الاستجواب على الشكاوي القلبية المرافقة وقد لوحظ عدم وجود أية شكايات قلبية لدى مرضى الـ non apneic أما مرضى الـ OSA فقد كان لدينا مريضان يعانيان من تسرع قلب أثناء الراحة ومريض واحد لديه سوابق احتشاء عضلة قلبية و5 مرضى من أصل 7 مرضى كان لديهم قصة ارتفاع توتر شرياني مع تعاطي أدوية خافضة للضغط كما هو مبين بالجدول:

الجدول رقم (5) يوضح الشكايات القلبية

الشكايات القلبية		
2	تسرع القلب أثناء الراحة	OSA P.
1	سوابق احتشاء	
5	ارتفاع توتر شرياني	
	-	Non apneicp.

2- الفحص السريري: وقد تضمن ما يلي:

أ- المظهر العام (بدانة، ضخامة نهايات، قصور درق)

ب- الوزن، الطول، وحساب الـ BMI

ج- قياس الضغط الشرياني.

د- شكل البنى القحفية الوجهية.

هـ- الفحص السريري للأنف، الفم، البلعوم الأنفي، البلعوم الفموي، والبلعوم الحنجري.

بالنسبة لوزن المرضى فقد تم حساب الـ BMI (body mass index) لدى جميع المرضى وكانت نسبة

المرضى الذين لديهم زيادة عن الحد الطبيعي من الذكور 15 مريضاً من أصل 25 مريضاً ذكر و 3 إناث من أصل 5 إناث كما هو مبين بالجدول التالية:

الجدول رقم (6) يوضح الـ BMI لدى الذكور

BMI ≤ 27.8 kg/m ²	BMI > 27.8 kg/m ²	ذكور
10	15	25

الجدول رقم (7) يوضح الـ BMI لدى الإناث

BMI ≤ 27.3 kg/m ²	BMI > 27.3 kg/m ²	إناث
2	3	5

الجدول رقم (8) يوضح الـ BMI لدى الذكور والإناث

عدد المرضى	لدى الإناث BMI > 27.3 لدى الذكور BMI > 27.8	لدى الإناث BMI ≤ 27.3 لدى الذكور BMI ≤ 27.8
30 مريض	18	12
النسبة المئوية	60%	40%

أي إن أكثر من نصف المرضى لديهم زيادة وزن هامة.

الفحص السريري للأنف والبلعوم:

الجدول رقم (9) يوضح نتائج الفحص السريري للأنف والبلعوم

عدد المرضى	
3 مرضى	ضخامة قرينات+ انحراف حاجزي+ تطاول لهاة
7 مرضى	فحص طبيعي للأنف مع تطاول اللهاة وضخامة في اللوزات درجة I
مريض واحد	بوليبات أنفية متعددة ثنائية الجانب.
مريض واحد	بوليب قمعي غاري متدلي في البلعوم الأنفي
5 مرضى	تطاول لهاة+ ضخامة لسان+ ترهل شراع حنك.
6 مرضى	تطاول لهاة + ترهل شراع حنك
4 مرضى	ضخامة لوزات درجة I+ تطاول لهاة+ ترهل شراع حنك.
3 مرضى	تطاول لهاة فقط

3- الفحوص المخبرية: وتضمنت تعداداً كاملاً للدم، Hb للبحث عن فرط الكريات الحمر فلم يلاحظ لدى المرضى أي تغير عن القيم الطبيعية.

4- دراسة الأكسجة الدموية PO₂:

لقد تمت دراسة أكسجة الدم الشرياني في بداية النوم وبعد عدة ساعات من النوم لدى مرضى الشخير البسيط (non apneic) في حين تمت دراسة الأكسجة الدموية في بداية النوم وخلال نوبة انقطاع النفس لدى مرضى الـ OSA فكانت النتائج على النحو التالي:

الجدول رقم (10) يوضح الأكسجة الدموية في بداية النوم لدى مرضى الشخير البسيط

الأكسجة الدموية	95%	97%	98%	العدد الكلي
non apneic P.	5	11	7	23
النسبة المئوية	21.7%	47.8%	30.5%	100%

الأكسجة الدموية بعد عدة ساعات من النوم لدى مرضى الـ non apneic patients .

الجدول رقم (11) يوضح الأكسجة الدموية لدى مرضى الشخير البسيط بعد عدة ساعات من النوم

الأكسجة الدموية	95%	95-96%	97-98%	عدد المرضى
non apneic P.	5	11	7	23
النسبة المئوية	21.7%	47.8%	30.5%	100%

من الجدول السابق نلاحظ أنه لم تطرأ تغيرات في الأكسجة الدموية أثناء النوم لدى هؤلاء المرضى وبقيت ضمن الحدود الطبيعية.

أما بالنسبة لمرضى الـ OSA فكانت النتائج على النحو التالي:

1- عند بداية النوم:

الجدول رقم (12) يوضح الأكسجة الدموية عند بداية النوم لدى مرضى الـ OSA

مقدار الأكسجة الدموية	%92	%95	%96	%97
عدد المرضى	3	2	1	1
النسبة المئوية	%43	%29	%9	%9

2- أثناء نوبة انقطاع النفس الانسدادي:

الجدول رقم (13) يوضح الأكسجة الدموية أثناء نوبة انقطاع النفس لدى مرضى الـ OSA

مقدار الأكسجة الدموية	%65-60	%70-66	%75-71
عدد المرضى	5	1	1
النسبة المئوية	%71.4	%14.3	%14.3

- 5- إجراء تخطيط قلب كهربائي وصورة صدر لدى المرضى المشكوك لديهم بمشاكل قلبية من خلال القصة المرضية والفحص السريري مع إجراء استشارة قلبية وطلب ECG روتيني لدى جميع المرضى فكانت النتائج:
- لوحظ وجود تشريح جيبي لدى مريضين من أصل 7 مرضى من مرضى الـ OSA.
 - لم يلاحظ وجود أية تغيرات تخطيطية لدى بقية المرضى مع صورة صدر طبيعية لدى جميع المرضى.

6- تقييم موقع الانسداد وذلك بالجوء لـ:

- 1- الفحص السريري: المباشر وبالتنظير الليفي المرين.
 - 2- منادرة موللر: Muller.
 - 3- CT- scan: لتحديد موقع الانسداد في البلعوم الفموي.
- مناورة Muller: حيث يقوم المريض بإجراء مناورة بعكس مناورة فالسالفا valsalva ويتم ملاحظة المعصرة البلعومية الحنكية من خلال منظار الأنف تنظيرياً ويتم تسجيل درجة الانخماص وفقاً لجدول خاص وبعد إعادة المناورة عدة مرات يتم إدخال المنظار إلى منطقة البلعوم الحنجري ثم يعاد الإجراء عدة مرات ثم يتم تسجيل درجة مستوى انخماص قاعدة اللسان أو تراجعها وبناءً على هذه المناورة كان تقييم درجة الانسداد البلعومي في كل مستوى على النحو التالي:

- 1+ انخماص قليل.
- 2+ انخماص ينقص مقطع المنطقة لـ 50%
- 3+ انخماص ينقص مقطع المنطقة لـ 75%
- 4+ انسداد الطريق الهوائي

مستوى أسفل البلعوم (البلعوم السفلي)	فإذا كان الانسداد
لا يوجد انخماص	بمستوى شراع الحنك
تحت مثالي لكن مقبول	+3 أو +4
أكثر من +2	+3 أو +4
ليس مناسب لجراحة UVPP	أقل من +3

وبناءً على ذلك كان لدينا:

- 3 مرضى لديهم انسداد أنفي + تطاول لهاة.
 - مريض لديه بوليبيات أنفية متعددة ثنائية الجانب.
 - مريض لديه بوليب قمعي غاري متدلي في البلعوم الأنفي.
 - 22 مريضاً لديهم عائق على مستوى البلعوم الفموي (شراع الحنك) ومن بينهم 5 مرضى ترافق لديهم بعائق انسدادية آخر بمستوى البلعوم السفلي (ضخامة قاعدة لسان).
 - 3 مرضى لديهم تطاول لهاة فقط
 - لقد كان الهدف من كل الإجراءات السابقة ما يلي:
 - 1- تقييم الحالة العامة للمريض.
 - 2- تأكيد وجود أو غياب انقطاع النفس أثناء النوم وتفريق الشخير البسيط عن انقطاع النفس الانسدادي أثناء النوم.
 - 3- تقييم موقع الانسداد.
- ولقد تم اختيار نوع العمل الجراحي اعتماداً على موقع الانسداد في الطريق التنفسي العلوي فكانت الإجراءات الجراحية المجرىة:

الجدول رقم (14) يوضح نوع العمل الجراحي

عدد المرضى	نوع العمل الجراحي
21 مريض	UVPP باستعمال المخثر الكهربائي
6 مرضى	استئصال لهاة فقط باستعمال المخثر الكهربائي
مريض واحد	استئصال بوليبيات أنفية تنظيرياً عبر الأنف
مريض واحد	استئصال بوليب قمعي غاري بالجراحة التنظيرية
مريض واحد تم اختياره من مرضى الشخير البسيط	إنقاص وزن فقط

بالإضافة للعلاج الجراحي فقد نصح جميع المرضى ذوي الوزن الزائد بإنقاص وزنهم وطلب من المرضى مراجعة العيادة الأذنية بعد شهر من الإجراء الجراحي ثم بعد 3 أشهر ثم بعد 6 أشهر لدراسة نتائج العلاج الجراحي حيث تم إعادة القصة المرضية مع ملاحظة مدى التحسن في الشكاوي قبل وبعد الجراحة كما أجري لهؤلاء المرضى دراسة للأكسجة الدموية وإعادة لـ ECG فكانت النتائج على النحو التالي:

1- الأعراض والعلامات ومدى التحسن قبل وبعد الجراحة وذلك بعد شهر من الجراحة:

الجدول رقم (15) يوضح الأعراض والعلامات قبل الجراحة وبعد شهر من الجراحة

الشخير							
7		7		OSA		قبل الجراحة	
23		23		Non apneic			
7		5		OSA		بعد الجراحة	
23		3		Non apneic			
الصداع الصباحي				النعاس الشديد أثناء النهار بعد 8 ساعات نوم			
7		7		OSA P.		قبل الجراحة	
23		0		Non apneic			
7		5		OSA P.		بعد الجراحة	
23		0		Non apneic			
الشعور بالاختناق ليلاً				اضطراب الذاكرة والتركيز			
7		7		OSA P.		قبل الجراحة	
23		0		Non apneic			
7		3		OSA P.		بعد الجراحة	
23		0		Non apneic			
الاستيقاظ للتبول ليلاً				عدم الراحة أثناء النوم			
7		3		OSA P.		قبل الجراحة	
23		0		Non apneic			
7		2		OSA P.		بعد الجراحة	
23		0		Non apneic			
حرقة خلف القص				تسرع قلب أثناء الراحة			
7		2		OSA P.		قبل الجراحة	
23		1		Non apneic			
7		1		OSA P.		بعد الجراحة	
23		1		Non apneic			
انزعاج الشريك				عصبية وسرعة غضب			
7		7		OSA P.		قبل الجراحة	
23		10		Non apneic			
7		3		OSA P.		بعد الجراحة	
23		2		Non apneic			
نعاس أثناء مشاهدة التلفاز				العنائة			
7		7		OSA P.		قبل الجراحة	
23		1		Non apneic			
7		3		OSA P.		بعد الجراحة	
23		0		Non apneic			

بالنسبة لعرض الشخير فقد لوحظ تحسن واستجابة واضحة لدى المرضى مع بقاء (5) مرضى من مرضى انقطاع النفس الانسدادي يعانون من الشخير بوضعية الاضطجاع الظهرى وإذا دققنا بالجدول نجد أن هؤلاء المرضى كان لديهم ضخامة في اللسان أي إنه تم التغلب على عائق انسدادى مع بقاء عائق انسدادى آخر ساهم باستمرار الأعراض.

أما مرضى الشخير البسيط non apneic فلم نلاحظ تحسناً لدى ثلاثة مرضى وكان السبب عدم الوصول للوزن المثالي بالإضافة لوجود انحراف حاجزي وضخامة قرينات فأجري لهؤلاء المرضى تصحيح للانحراف الحاجزي مع كي أو استئصال للقرينات وطلب منهم مراجعة العيادة الأذنية بعد ثلاثة أشهر مع متابعة الحمية وإنقاص الوزن فلوحظ لديهم تحسن ملحوظ مع تراجع للشخير.

أما بالنسبة للتغيرات التي طرأت على الأوكسجة الدموية فكانت لدينا النتائج التالية:

- قبل الجراحة كانت لدى مرضى الـ OSA تغيرات ملحوظة في الأوكسجة الدموية أثناء نوبة انقطاع النفس أما بعد الجراحة فقد لوحظ بعض التحسن مع تناقص عدد النوبات الانسدادية كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (16) يوضح مقدار الأوكسجة الدموية قبل وبعد الجراحة لدى مرضى الـ OSA

قبل الجراحة	بعد الجراحة	قبل الجراحة	بعد الجراحة	قبل الجراحة	بعد الجراحة	
60-65%	70-80%	66-70%	93-95%	71-75%	95-97%	مقدار الأوكسجة الدموية
5	5	1	1	1	1	عدد مرضى الـ OSA

- إن المرضى الذين طرأ لديهم تحسن خفيف كان عددهم 5 مرضى وقد ترافق لدى هؤلاء وجود عائق انسدادى في أكثر من موقع في السبيل التنفسي العلوي.

- كما تم قياس الضغط الشرياني لدى مرضى الـ OSA وأجري لهم تخطيط قلب كهربائي فكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (17) يوضح التغيرات القلبية قبل وبعد الجراحة

قبل الجراحة	OSA P.	تسرع جيبى	2
		ارتفاع توتر شرياني	5
بعد الجراحة	OSA P.	تسرع جيبى	0
		ارتفاع توتر شرياني	5

من الجدول نلاحظ تراجع عن التسرع الجيبى لدى كلا المريضين أما ارتفاع التوتر الشرياني فبقي موجوداً وهذا يدل على أن انقطاع النفس الانسدادي هو أحد العوامل المؤهبة لارتفاع الضغط الشرياني وهي تشكل عامل خطورة مستقل كأى من عوامل الخطورة في إحداث ارتفاع التوتر الشرياني كالبداية والتدخين وغيرها.

كما أن لدى هؤلاء المرضى أكثر من عامل مؤهب لارتفاع التوتر الشرياني.

- راجع المرضى العيادة الأذنية بعد ثلاثة أشهر ثم بعد ستة أشهر وأجري لهم في كل مرة نفس الإجراءات في الزيارة الأولى:

- بعد ثلاثة أشهر: لم يطرأ أية تغيرات نحو الأحسن أو الأسوأ لدى المرضى.

- بعد 6 أشهر: لوحظ عودة الشخير لدى 3 مرضى من مرضى الشخير البسيط ومرض واحد من مرضى الـ OSA وبمحاولة لمعرفة السبب فقد كان اكتسابهم لوزن زائد.
- أما بالنسبة للمريض الذي نصح بإنقاص الوزن دون أي إجراء جراحي فلم يطرأ لديه أي تحسن مما يدل على عدم كفاية العلاج المحافظ في الشفاء من الشخير.

مناقشة نتائج العلاج الجراحي:

مما سبق وبعد دراسة نتائج العلاج الجراحي للشخير نلاحظ أنه:

- 1- حدث شفاء تام لدى المرضى الذين كان لديهم عائق انسدادى وحيد في السبيل التنفسي العلوي تمت إزالته بالجراحة وبعد اتباع الحمية والرياضة للوصول للوزن المثالي.
- 2- طرأ تحسن خفيف على المرضى الذين كان لديهم أكثر من موقع انسدادى حيث هؤلاء المرضى كان لديهم عائق انسدادى في البلعوم السفلي إضافة للعائق الانسدادي الموجود في البلعوم الفموي (ضخامة قاعدة اللسان).
- 3- حدث نكس لدى 3 مرضى بعد الشفاء التام وكان السبب في ذلك زيادة الوزن مما يؤكد على أهمية البدانة كعامل مساهم في حدوث الشخير.

النصائح والتوصيات:

- إن الشخير عرض شائع لكن يجب عدم إهماله بسبب خطورته الكامنة.
- أهمية نشر الوعي الصحي والاهتمام بالشخير كعرض لا يخلو من الجدية في التعامل معه.
- ضرورة التقييم الدقيق لدى مرضى الشخير لمعرفة موقع العائق الانسدادي بدقة كي نجنب المريض إجراء جراحياً غير مناسب أو غير شافي.
- ضرورة التنسيق مع الاختصاصات الأخرى من أجل التقييم الشامل لمرضى الشخير وكشف العقابيل الخطيرة والتي قد تكون غير قابلة للتراجع لدى هؤلاء المرضى مما يؤثر سلباً على صحتهم.
- ضرورة وجود مخبر للنوم في المشافي العامة مما يسمح بالدراسة الدقيقة لهؤلاء المرضى.
- ضرورة توفر أجهزة حديثة مثل الـ Laser CO₂ والـ Radio Frequency للمضي قدماً نحو نتائج جراحية أفضل واختلاطات أقل بالنسبة للمريض.

المراجع:

- 1- K.J.LEE.Essential- otolaryngology. Head and neck surgery- eight editions.
- 2- Comming – 1999.
- 3- The otolaryngologic clinic of North America. Volume 23/ 1990- sleep apnea.
- 4- Decision making in ear, nose and throat Disorders- 2001.
- 5- SCOTT- BROWN' S otolaryngology 6th edition 1997.
- 6- Hoff stein: V: snoring- 1996.
- 7- <http://www.entnet.org/healthinfo/snoring/snoring.cfm>
- 8- <http://www.britishsnoring.co.uk/>
- 9-http://www.hcd2.bupa.co.uk/fact-sheets/mosby_hactsheets/snoring.html