مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (28) العدد (2) 2006
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research- Medical Science Series Vol. (28) No (2) 2006

دراسة سببية وإحصائية لالتهاب البلعوم المزمن

الدكتور يوسف يوسف*
الدكتور محمد الرستم**
تمّام صالح***

(قبل للنشر في 2006/7/19)

□ الملخّص □

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد وبائية التهاب البلعوم المزمن والعوامل المسببة المحتملة له من خلال استقصاءات سريرية ومخبرية.

وقد تكونت مادة البحث من **89** شخصاً لديهم التهاب بلعوم مزمن (مجموعة المرضى) و33 شخصاً ليس لديهم التهاب بلعوم مزمن (مجموعة المراقبة).

وتـمّ الحصـول علـى النتـائج الآتيـة: التهـاب البلعـوم المـزمن مـرض شـائع للغايـة حيـث مثّـل فـي دراسـتنا (20% تقريباً) من مجمل استشارات ***ENT***، وهو يصيب مختلف الأعمار لكنه أكثر شيوعاً بين سن 25–44سنة (36% تقريباً)، مع رجحان واضح لإصابة الإناث في كلّ من الشكلين الضموري والجاف (حوالى 78%، 83% على التوالي). وهو متعدد الإمراضيات لكنّ الأسباب الرضحية كانت الأكثر شيوعاً (81% تقريباً) ومتنوع الأعراض إلا أنّ العرض الرئيس كان حس عدم راحة في البلعوم (حوالى 92%)، ويليه تنظيف بلعوم متكرر (حوالى 84%).

كلمات مفتاحية: التهاب بلعوم مزمن نوعي، التهاب بلعوم مزمن لا نوعي، التهاب بلعوم ضخامي، التهاب بلعوم ضموري، التهاب بلعوم جاف، التهاب بلعوم احتقاني بسيط، التهاب بلعوم نزلي.

* 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.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (28) العدد (2) 2006
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research - Medical Science Series Vol. (28) No (2) 2006

A Causative and Statistical Study of Chronic Pharyngitis

Dr. Youssef Youssef [*]
Dr. Mohammad Alrostom **
Tammam Saleh ***

(Accepted 19/7/2006)

□ ABSTRACT □

The purpose of this study is to determine the epidemiology and the etiology of chronic pharyngitis (CP).

The study involved 89 persons with CP (patient group) and 33 persons without CP (control group).

The study concluded that chronic pharyngitis is a very common disease, but almost 20% of the total ENT consultations have been chosen for the study. Pharyngitis was encountered in various ages most commonly in ages between 25-44 years (almost 36%). There was obvious probability of the female catching the two forms of CP. The most common etiologic factors were traumatic (almost 81%). The crucial symptom was the feeling of discomfort in the throat (almost 92%).

Keywords: specific chronic pharyngitis, non-specific chronic pharyngitis, hypertrophic pharyngitis, atrophic pharyngitis, pharyngitis sicca, simple congestive pharyngitis, pharyngitis catarrhal.

[*]**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:

التهاب البلعوم المزمن *chronic pharyngitis* إحدى أكثر إصابات السبيل الهضمي الهوائي العلوي شيوعاً، المصادفة من قبل الطبيب العام واختصاصي الأذن والأنف والحنجرة على وجه التحديد. وهو في تزايد مضطّرد بما يتوافق مع زيادة عدد المدخنين ذكوراً وإناثاً والتقدم الصناعي الهائل وما يصاحبه من ازدياد ملحوظ في التلوث البيئي إضافة للإقبال المتزايد على تناول الأطعمة السريعة. يصادف المرض عند جميع الأعمار من عمر مادون الثلاث سنوات (التهاب البلعوم التحسسي والتخريشي مثلاً) وحتى الأعمار المتقدمة جداً، وتتراوح أعراضه من أعراض مزعجة جداً إلى أعراض خفيفة لا يكاد يشعر بها المريض [2,1].

يدلّ هذا المصطلح ضمناً على عملية إمراضية انتانية أوالتهابية طويلة الأمد للبلعوم. يقسم المرض تقليدياً إلى نمطين: نوعي*specific* ولانوعي*non-specific*. تعزى الانتانات المزمنة النوعية إلى كينونة إمراضية محددة جيداً رغم أنّ الفارق أحياناً بين الحاد والمزمن ضبابي نوعاً ما [2]. التهاب البلعوم المزمن اللانوعي هو حدثية مرضية من الصعوبة بمكان تشخيصها وعلاجها. تتبع صعوبة التشخيص من كون التهاب البلعوم المزمن متعدد الإمراضيات ولعلّ مردّ ذلك إلى توضع المخاطية البلعومية عند الملتقى الهضمي الهوائي لذا تتعرض لهجوم العديد من الغزاة [8]. معظم طرق العلاج الحالية غير مجدية وهذا يعود إلى عاملين أساسيين:

الأول: تلك السببيات والإمراضيات المبهمة لالتهاب البلعوم المزمن .

الثاني: اعتبار التهاب البلعوم المزمن التهاب موضعي للجدار الخلفي للغشاء المخاطي للبلعوم وعلاجه موضعياً.

من الصعب تخيل أنّ عملية إمراضية مزمنة تشمل هكذا مناطق محدودة كالغشاء المخاطي للبلعوم. الأكثر شيوعاً ترافق التهاب البلعوم المزمن مع اضطرابات أعضاء وأجهزة أخرى مثل: الغدد الصم، الجهاز القلبي الوعائي، الجهاز الرئوي، الجهاز الهضمي، الجهاز العصبي.. . [6].

لا يعتبر التهاب البلعوم المزمن مشكلة خطيرة في معظم الحالات، ولكنه يملك خطورة خفيفة في بعض الحالات وقد يكون خطيراً جداً في حالات أخرى.

لقد حاولنا في دراستنا هذه إلقاء الضوء على وبائية هذا المرض وسببياته المحتملة مما يمهد السبيل لوقاية نافعة وعلاج أمثل والتأثير الهام لهذا الأمرفي الإقلال من مخاطر الوصف العشوائي للصادات الحيوية، إضافةً إلى خفض الكلفة الإقتصادية غير المبررة.

هدف البحث:

1.تحديد وبائية المرض.

2.تحديد العوامل المسببة المحتملة لهذا المرض من خلال دراسة سريرية ومخبرية.

مواد وطرق البحث:

عينة عشوائية مؤلفة من 122 شخصاً من مراجعي العيادة الأذنية في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الواقعة بين 1\8\2004 ولغاية 1\8\2005.

تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين:

1. مرضى لديهم التهاب بلعوم مزمن، عددهم 89 مريضاً، سميت هذه المجموعة بالمجموعة المدروسة.
2. مرضى ليس لديهم التهاب بلعوم مزمن، عددهم 33 مريضاً، سميت هذه المجموعة مجموعة المراقبة (مجموعة الشاهد).

النتائج والمناقشة:

- بلغ **العدد الإجمالي للمرضى المفحوصين** من مراجعي العيادة الأذنية خلال الفترة المذكورة أعلاه 598 منهم 119 مريضاً لديه التهاب بلعوم مزمن بنسبة 19.9%، وهذا يدل على مدى شيوع هذه الإصابة، لا سيما إذا أخذنا بعين الاعتبار أنّ عدداً معتبراً من المرضى لا يراجعون الطبيب حيث يتأقلمون مع شكايتهم ومن جهة أخرى، فإن عدداً كبيراً من المرضى يراجعون أطباء من الاختصاصات الأخرى (داخلية، طب عام، طب أسرة، أطفال...)[7].

تم استثناء 30 مريضاً التهاب بلعوم مزمن من الدراسة لأسباب مختلفة منها ما يتعلق بعدم تعاون المريض ومنها ما يتعلق بعدم توافر التجهيزات والأدوات الملائمة في المشفى.

- **كان التهاب البلعوم المزمن هو المشكلة الأساسية** لدى غالبية المرضى(حوالى 86.6%) ومشكلة ثانوية (ثانية أو ثالثة) عند بعضهم الآخر (حوالى 13.4%).
- **كانت أكثر استشارات التهاب البلعوم المزمن** شتاءً(حوالى34.5%) وربيعاً(حوالى 31.9%) وبدرجة أقل خريفاً(حوالى 21.6%) أما أقلها صيفاً(فحوالى 11.8%)، وقد يعود هذا الأمر إلى انتشار الالتهابات التنفسية العلوية والتدفئة الزائدة والهواء البارد الجاف شتاءً والعوامل المحسسة ربيعاً... [5].
- **لقد توزّع المرضى بين مختلف المهن** منهم الأطباء والمهندسون والمدرسون والمزارعون وعمال الأفران...، لكن ما يلفت الانتباه أن نسبة إصابة المدرسين كانت مرتفعة حوالى 19% وقد يعزى هذا الأمر إلى الاستعمال المفرط للصوت والتعرض لغبار الطباشير [3].
- **تم توزيع مرضى كلّ من المجموعة المدروسة ومجموعة المراقبة حسب الجنس:**

الجدول رقم (1) يبيّن توزّع مرضى كلّ من المجموعة المدروسة ومجموعة المراقبةحسب الجنس

الجنس	المجموعة المدروسة		مجموعة المراقبة	
	abs	%	abs	%
ذكر	36	40.4	15	45.5
أنثى	53	59.6	18	54.5

نلاحظ من الجدول السابق رجحان خفيف لإصابة الإناث بالتهاب البلعوم المزمن.

- **تم توزيع مرضى كلّ من المجموعة المدروسة ومجموعة المراقبة حسب العمر(تراوحت الاعمار بين 9-80 سنة):**

الجدول رقم (2) يبيّن توزّع مرضى كلّ من المجموعة المدروسة ومجموعة المراقبة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	المجموعة المدروسة		مجموعة المراقبة	
	abs	%	abs	%
15>	13	14.6	3	9
24-15	17	19.1	10	30.3
44-25	32	36	11	33.3

64-45	18	20.2	7	21.2
≤65	9	10.1	2	6
العمر الوسطي	35.6		34.2	

نلاحظ من الجدول السابق أنّ أكبر نسبة للإصابة هي بين سن 25-44 سنة وهي سن النشاط والعمل التي يكثر فيها التعرض للعوامل البيئية الضارة .

 # أجري لمرضى كلّ من المجموعتين المدروسة ومجموعة المراقبة الدراسات الآتية:

[A] قصة مرضية مفصلة **[B]** فحص سريري شامل بما فيه تنظير للأنف والجيوب، الفم والبلعوم، الحنجرة، الأذن **[C]** دراسة دموية شاملة **[D]** لطاخات *smears* للفحص المجهري للفلورا الدقيقة مأخوذة من الجدار الخلفي للبلعوم **[E]** تصوير شعاعي (بسيط، طبقي محوري، مرنان) عند الضرورة **[F]** استشارات اختصاصية فيما يتعلق بأعضاء وأجهزة الجسم الأخرى عند الحاجة.

- **تم تصنيف التهاب البلعوم المزمن حسب حالة الغشاء المخاطي للبلعوم إلى خمسة أشكال سريرية:**

الجدول رقم (3) يبيّن توزّع المرضى حسب حالة الغشاء المخاطي للبلعوم

الشكل السريري	المجموعة المدروسة	
	abs	%
التهاب بلعوم احتقاني بسيط	8	9
التهاب بلعوم نزلي	11	12.4
التهاب بلعوم ضخامي	46	51.7
التهاب بلعوم ضموري	18	20.2
التهاب بلعوم جاف	6	6.7

نلاحظ من الجدول السابق أن التهاب البلعوم الضخامي *hypertrophic pharyngitis*(*follicular or granular*)هو أكثر أشكال التهاب البلعوم المزمن شيوعاً 52% تقريباً.

- **تم توزيع المرضى حسب طول الفترة الزمنية للإصابة (حسب قصة المريض) وعلاقة ذلك بنوع التهاب البلعوم المزمن:**

الجدول رقم (4) يبيّن تصنيف المرضى حسب طول الفترة الزمنية للإصابة وعلاقتها بنوع التهاب البلعوم المزمن

الفترة الزمنية بالسنوات	احتقاني بسيط		نزلي		ضخامي		ضموري		جاف		المجموع	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
2>	6	75	7	63.6	18	39.1	1	5.6	0	0	32	36
5-2	2	25	3	27.3	20	43.4	11	61.1	3	50	39	43.8
10-6	0	0	1	9	7	15.2	4	22.2	2	33.3	14	15.7
10<	0	0	0	0	1	2.2	2	11.1	1	16.7	4	4.5
المدة المتوسطة	3.5		3.9		3.3		4.3		5.2		4.4	

نلاحظ من الجدول السابق أن التهاب البلعوم الاحتقاني البسيط *simple congestive pharyngitis* والنزلي *atrophic pharyngitis catarrhal* أكثر شيوعاً في الفترات الأولى للإصابة بينما التهاب البلعوم الضموري

pharyngitis والجاف *pharyngitis sicca* أكثر شيوعاً في الفترات المتأخرة للإصابة أماالتهاب البلعوم الضخامي فهو بين الحالتين السابقتين.

- **تم توزيع المرضى حسب العلاقة بين نوع التهاب البلعوم المزمن وجنس المرضى:**

الجدول رقم (5) يبيّن العلاقة بين نوع التهاب البلعوم المزمن وجنس المرضى

جنس المريض	احتقاني بسيط		نزلي		ضخامي		ضموري		جاف	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
ذكور	4	50	6	54.5	21	45.7	4	22.2	1	16.7
إناث	4	50	5	45.5	25	54.3	14	77.8	5	83.3

نلاحظ من الجدول السابق رجحان واضح لإصابة الإناث في الشكل الضموري والجاف من التهاب البلعوم المزمن

- **تم توزيع المرضى حسب العلاقة بين نوع التهاب البلعوم المزمن والفئة العمرية للمرضى:**

الجدول رقم (6) يبيّن العلاقة بين نوع التهاب البلعوم المزمن والفئة العمرية للمرضى

الفئة العمرية	احتقاني بسيط		نزلي		ضخامي		ضموري		جاف	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
15>	3	37.5	4	36.4	6	13.1	0	0	0	0
24–15	2	25	3	27.3	9	19.6	3	16.7	0	0
44–25	1	12.5	2	18.2	24	52.2	4	22.2	1	16.7
64–45	2	25	1	9	6	13.1	7	38.9	2	33.3
65≤	0	0	1	9	1	2.2	4	22.2	3	50
العمر الوسطي	30.3		28.7		32.7		44.5		51.6	

نلاحظ من الجدول السابق أن التهاب البلعوم الضموري والجاف أكثر حدوثاً عند الأعمار المتقدمة.

- **تم توزيع المرضى حسب الشكاوى أو الاعراض السريرية وعلاقتها بنوع التهاب البلعوم المزمن:**

الجدول رقم (7) يبيّن الشكاوي أو الأعراض السريرية وعلاقتها بنوع التهاب البلعوم المزمن

الوصف السريري	احتقاني بسيط		نزلي		ضخامي		ضموري		جاف		المجموع	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
حس عدم راحة	7	87.5	10	90.9	44	95.7	16	88.9	5	83.3	82	92.1

												في البلعوم	
73	65	83.3	5	83.3	15	37.9	34	63.6	7	50	4	ألم بلعوم متقطع	
68.5	61	83.3	5	61.1	11	80.4	37	54.5	6	25	2	حس تخريش في البلعوم	
32.6	29	33.3	2	44.4	8	37	17	18.2	2	0	0	حس وخز متقطع في البلعوم	
29.2	26	50	3	55.6	10	28.2	13	0	0	0	0	حس حرقة في البلعوم	
39.3	35	66.7	4	16.7	3	47.8	22	45.5	5	12.5	1	حس حكة في البلعوم	
44.9	40	83.3	5	72.2	13	28.3	13	81.8	9	0	0	تجمع مفرزات لزجة صباحاً	
73	65	83.3	5	94.4	17	71.7	33	63.6	7	37.5	3	الكرة البلعومية*(احساس بجسم أجنبي و/أوانسداد أو امتلاء في البلعوم)	
70.8	63	100	6	100	18	67.4	31	45.5	5	37.5	3	إحساس بجفاف زائد في البلعوم	
68.5	61	83.3	5	72.2	13	73.9	34	54.5	6	37.5	3	سعال جاف تخريشي متقطع*	
12.4	11	33.3	2	2.2	4	10.9	5	0	0	0	0	بُخر	
50.6	45	66.7	4	50	9	58.7	27	36.4	4	12.5	1	الميل للشعور بالغثيان والإقياء خاصة صباحاً	
84.3	75	83.3	5	77.8	14	87	40	90.9	10	75	6	تنظيف بلعوم متكرر (نحنحة و/أو تنخع إجباريين)*	
47.2	42	50	3	66.7	12	47.8	22	36.4	4	12.5	1	بلع مؤلم	اضطرابات البلع
67.4	60	83.8	5	83.3	15	69.6	32	63.63	7	12.5	1	عسرة بلع بدون طعام	
41.6	37	33.3	2	33.3	6	23.6	21	72.7	8	0	0	بلع متكرر إجباري	
29.2	26	50	3	27.8	5	32.6	15	18.2	2	12.5	1	تعب صوت سريع	اضطرابات التصويت
10.1	9	33.3	2	16.7	3	8.7	4	0	0	0	0	ألم أثناء التكلم	
13.5	12	33.3	2	22.2	4	10.9	5	9	1	0	0	بحة صوت	

اضطرابات تنفسية	حس اختناق ليلي	0	0	0	0	0	15.2	8	44.4	4	66.7	19	21.3
	نفث دم	0	0	0	0	0	2.2	1	0	0	0	1	1.1
	شخير*	2	25	3	27.3	17	37	6	33.3	2	33.3	30	33.7
اضطرابات النوم		0	0	0	0	9	19.6	8	44.4	3	50	20	22.5
أعراض أذنية	حس عدم راحة في الأذن	0	0	1	9	9	19.6	6	33.3	1	16.7	17	19.1
	ألم أذني	0	0	0	0	1	2.2	3	16.7	1	16.7	5	5.6
	حكة في الأذن	0	0	0	0	7	15.2	5	27.8	0	0	12	13.5
	نقص سمع	0	0	0	0	0	0	3	16.7	2	33.3	5	5.6
أعراض الأنف والجيوب	انسداد أنفي	1	12.5	4	36.4	26	56.5	6	33.3	3	50	40	44.9
	سيلان أنف خلفي*	4	50	6	54.5	27	58.7	7	38.9	2	33.3	47	52.8
	حكة أنفية	0	0	0	0	8	17.4	2	11.1	1	16.7	11	12.4
اضطرابات هضمية	سوء هضم	0	0	0	0	0	0	1	5.6	0	0	1	1.1
	لذع	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
الصداع		0	0	3	27.3	7	15.2	0	0	1	16.7	11	12.4
الخمول والشعور بالتعب		0	0	1	9	18	39.1	7	38.9	2	33.3	28	31.5
الدعث		0	0	2	18.2	8	17.4	4	22.2	2	33.3	16	18
اعتلال غدد العنق		0	0	0	0	1	2.2	1	5.6	0	0	2	2.3
حمى منخفضة الدرجة (37.3-37.2)		0	0	1	9	3	6.5	2	11.1	1	16.2	7	7.9
ألم مع حركة الرأس والعنق		0	0	0	0	5	10.9	1	5.6	0	0	6	6.7

- : تعتبر هذه الشكاوى أعراضاً وعواملاً مسببة محتملة لالتهاب البلعوم المزمن في آن معاً

تم تسجيل الملاحظات الآتية من الجدول السابق: **[A]** العرض الرئيس في التهاب البلعوم المزمن بغض النظرعن نوعه هو حس عدم راحة في البلعوم 92% تقريباً، والعرض الثاني من حيث الشيوع هو تنظيف بلعوم متكرر 84% تقريباً، بينما العرض الرئيس في التهاب البلعوم الضموري والجاف هو الإحساس بجفاف زائد في البلعوم حيث لوحظ هذا العرض في جميع الحالات **[B]** ترافق نقص السمع المختلط مع التهاب البلعوم الجاف والضموري بنسب تقريبية 33%، 17% على التوالي، عند الأعمار المتقدمة حصراً (> 55 سنة)، وهذا قد يعود إلى التبدلات الضمورية المرافقة للتقدم بالعمر على مستوى الأذن وملحقاتها (نفير أوستاش خصوصاً) [8].

[C] لوحظت الكرة البلعومية *globus pharyngeous* عند 73% تقريباً من مرضى التهاب البلعوم المزمن وهذا يشير إلى العلاقة الوثيقة بين المرضين **[D]** لوحظت حالة واحدة من نفث الدم عند مريض التهاب بلعوم مزمن ضخامي وقد كانت ناجمة عن تمزّق الوريدات المتسعة على الجدار الخلفي للبلعوم **[E]** لوحظ سيلان الأنف الخلفي عند 53% تقريباً من مرضى التهاب البلعوم المزمن وهذا يشير إلى العلاقة الوثيقة بينهما **[F]** لوحظ ألم الاذن عند 6% تقريباً من مرضى التهاب البلعوم المزمن دون وجود علامات خطورة، ولكن هذا لا ينفي كون ألم الاذن الإنعكاسي علامة إنذار خطيرة في سياق التهاب بلعوم مزمن تستدعي الإستقصاء الدقيق بحثاً عن أي بؤرة سرطانية في الجوار [2]. **[G]** أكثر من 70% من حالات الصداع ترافقت مع التهاب بلعوم مزمن من منشأ تحسسي **[H]** كانت الأعراض تسوء صباحاً وتصبح أقل شدة مع تقدم النهار لتعود وتشتد قليلاً ليلاً **[I]** لوحظ ازدياد تكرار وشدة الشكاوى السريرية مع التقدم بالعمر **[J]** شوهدت اضطرابات النوم عند حوالى 23% وكانت ناجمة عن الجفاف، الألم في البلعوم، السعال، حس الاختناق الليلي.

- **تم توزيع المرضى حسب العلامات المشاهدة بالفحص وعلاقتها بنوع التهاب البلعوم المزمن:**

الجدول رقم (8) يبيّن العلامات المشاهدة بفحص مرضى التهاب البلعوم المزمن تبعاً لنوع الالتهاب

العلامة السريرية		احتقاني بسيط		نزلي		ضخامي		ضموري		جاف		المجموع		مجموعة المراقبة	
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
مخاطية البلعوم	محتقنة	8	100	11	100	46	100	4	22.2	1	16.7	59	66.3	9	27.3
	متثخنة	0	0	2	18.2	40	87	0	0	0	0	42	47.2	1	3
	رقيقة	0	0	0	0	0	0	18	100	6	100	24	27	0	0
	لماعة	0	0	0	0	0	0	10	55.6	3	50	13	14.6	0	0
	جافة	0	0	0	0	0	0	18	100	6	100	24	27	0	0
	متجعدة	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100	6	6.7	0	0
	لونها وردي شاحب	5	62.5	9	81.8	42	91.3	15	83.3	6	100	77	86.5	10	30.3
	لونها وردي زاهٍ	3	37.5	2	18.2	4	8.7	3	16.7	0	0	12	13.5	23	69.7
المفرزات	قليلة	5	62.5	0	0	30	65.2	15	83.3	5	83.3	55	71.8	16	48.5
	غزيرة	0	0	11	100	9	19.6	0	0	0	0	20	22.5	0	0
	لزجة	1	12.5	11	100	39	34.8	15	83.3	0	0	66	74.2	0	0
	صمغية	0	0	0	0	0	0	0	0	5	83.3	5	5.6	0	0
	ملتصقة	0	0	0	0	39	84.8	15	83.3	5	83.3	59	66.3	0	0
	قشور رمادية	0	0	0	0	0	0	0	0	2	33.3	2	2.2	0	0
	مخاطية رائقة	5	62.5	8	72.7	29	63	12	66.7	4	66.7	58	65.2	16	48.5
	قيحية صرفة	0	0	1	9	4	8.7	1	5.5	0	0	16	18	0	0
	مخاطية قيحية	0	0	2	18.2	6	13	2	11.1	1	16.7	11	12.4	0	0
	شفافة	2	25	1	9	0	0	0	0	0	0	3	3.4	16	48.5
	نصف شفافة	3	37.5	8	72.7	29	63	12	66.7	3	50	55	61.8	0	0

ارتسامات وعائية	خفيفة	8	100	0	0	16.7	3	8.7	4	0	0	15	16.9	8	24.3
	واضحة	0	0	11	100	0	42	91.3	0	0	0	53	59.6	4	12.1
لطخات بيضاء جبنية		0	0	1	9	5.6	1	0	0	0	0	2	2.2	0	0
لمعة بلعوم واسعة		0	0	0	0	27.8	5	0	0	0	4	66.7	10.1	9	0
سويقات خلفية كاذبة معزولة		0	0	1	9	11.1	2	26	12	9	0	0	16.9	15	15.2
تحببات مركزية قليلة (2–5)		0	0	2	18.2	16.7	3	19.6	9	18.2	0	14	15.7	4	12.1
تحببات مركزية كثيرة (> 5)		0	0	0	0	0	0	19.6	9	0	0	9	10.1	0	0
سويقات خلفية كاذبة وتحببات قليلة		0	0	0	0	0	0	15.2	7	0	0	7	7.9	3	9
سويقات خلفية كاذبة وتحببات كثيرة		0	0	0	0	0	0	19.6	9	0	0	9	10.1	0	0
ضخامة اللوزتين الحنكيتين		1	12.5	3	27.3	5.6	1	21.7	10	27.3	3	15	16.9	6	18.2
ضمور اللوزتين الحنكيتين		0	0	2	18.2	27.8	5	19.6	9	18.2	2	18	20.2	7	21.2
ضخامة اللوزتين اللسانيتين		0	0	0	0	0	0	6.5	3	0	0	3	3.4	1	3
احتقان في اللوزتين الحنكيتين و/أو السويقات اللوزية		2	25	8	72.7	11.1	2	84.8	39	72.7	8	51	57.3	5	15.2

تم تسجيل الملاحظات الآتية من الجدول السابق : **[A]** لوحظ وجود أشكال سريرية مختلطة (تجمع بين صفات أكثر من نوع واحد من أنواع التهاب البلعوم المزمن سابقة الذكر) عند (27) مريضاً أي بنسبة 30.3% من الحالات، وهنا اعتمدنا في التصنيف على العلامات السريرية المسيطرة **[B]** لوحظ وجود تشابه كبير بين التهاب البلعوم المزمن الاحتقاني البسيط والنزلي ما عدا فروق طفيفة تتعلق بشدة العلامات المشاهدة من الاحتقان في المخاطية والارتسامات الوعائية ...(أشد في الشكل النزلي) ، إضافة إلى المفرزات المخاطية الغزيرة اللزجة التي لوحظت في جميع حالات الشكل النزلي، وكانت هذه الاخيرة العلامة الفارقة الاكثر وضوحاً **[C]** وبشكل مماثل لما سبق لوحظ وجود تشابه كبير بين التهاب البلعوم المزمن الضموري والجاف باستثناء كون العلامات الضمورية أشد في الشكل الجاف، حيث كانت المخاطية البلعومية في كليهما جافة، رقيقة، لماعة، ولكنها كانت متجعدة في الشكل الجاف إضافة لوجود مادة صمغية وأحياناً قشور رمادية، ولعل هذه العلامات الأخيرة هي الفارق الأوضح بين الحالتين السابقتين **[D]** تميز التهاب البلعوم المزمن الضخامي بالتحببات المركزية و/أو السويقات الخلفية الكاذبة والتي تراوح لونها بين القرمزي والأصفر الباهت تبعاً لشدة الالتهاب، إضافة إلى التثخّن في مخاطية البلعوم **[E]** لا يمكن الاعتماد على لون المخاطية في تحديد وجود التهاب بلعوم مزمن فهو متباين بشكل كبير بين الأشخاص الطبيعيين حيث لوحظ اللون الوردي الشاحب عند 30% تقريباً من أفراد مجموعة المراقبة، الأمر نفسه ينطبق على السويقات الخلفية الكاذبة المعزولة، والتحببات المركزية القليلة (من 2–5) حيث كانت النسب متقاربة بين المجموعة المدروسة ومجموعة المراقبة حيث كانت نسبتا كل من العلامتين السابقتين: 17% مقابل 16% تقريباً، 15% مقابل 13% تقريباً على التوالي **[F]** لوحظ وجود تشابه كبير في نسب ضخامة اللوزتين الحنكيتين واللسانيتين بين المجموعة المدروسة ومجموعة المراقبة : 17% مقابل 18% تقريباً، 3% مقابل 3% تقريباً على التوالي، وهذا إن دلّ على شيء يدلّ على أهمية التخريش الكيماوي مقارنة مع التخريش الميكانيكي في إحداث التهاب بلعوم مزمن وما يدعم هذا الرأي التشابه الكبير في نسب التحببات المركزية القليلة والسويقات الخلفية الكاذبة بين المجموعتين المدروسة والمراقبة المذكور أعلاه **[G]** لا علاقة لحجم

اللوزتين الحنكيتين بحدوث التهاب بلعوم مزمن حيث كانت نسبتا الضخامة والضمور متشابهتين في المجموعة المدروسة : 17% تقريباً، 20% تقريباً على التوالي، وكانت النسبتان متشابهتين مع مجموعة المراقبة أيضاً : 18% تقريباً، 21% تقريباً على التوالي .

● **تم توزيع المرضى حسب العلاقة بين شدة الشكوى السريرية والعلامات المشاهدة بالفحص تبعاً لنوع التهاب البلعوم المزمن** حيث تم اعتماد مقياس من(3) درجات**[**خفيفة، متوسطة، شديدة**]** لكلّ من شدّة الشكوى السريرية (I، III) ,IIاعتماداً على قصة المريض والعلامات المشاهدة (a, b, c) :

الجدول رقم (9) يبيّن العلاقة بين شدّة الشكوى السريرية والعلامات المشاهدة بالفحص تبعًا لنوع التهاب البلعوم

الشكل السريري	شدّة الشكوى السريرية						العلامات المشاهدة بالفحص					
	I		II		III		a		b		c	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
احتقاني بسيط	5	62.5	3	37.5	0	0	2	25	6	75	0	0
نزلي	4	36.4	5	45.5	2	18.2	2	18.2	3	27.3	6	54.5
ضخامي	10	21.7	15	32.6	21	45.7	5	10.9	29	63.1	12	26.1
ضموري	0	0	3	16.7	15	83.3	5	27.8	7	38.9	6	33.3
جاف	0	0	1	16.7	5	83.3	0	0	0	0	6	100
المجموع	19	21.3	24	27	43	48.3	14	15.7	45	50.6	30	33.7

تم تسجيل الملاحظات الآتية من الجدول السابق : **[A]** لا يوجد توافق مطلقاً بين الشكاوى أو الأعراض السريرية والعلامات المشاهدة بالفحص، حيث كانت النسب التقريبية لشدة الشكوى السريرية من الخفيفة إلى الشديدة : 21%، 27%، 48% على التوالي في حين كانت النسب التقريبية للعلامات المشاهدة بالفحص : 16%، 51%، 34% على التوالي **[B]** التهاب البلعوم المزمن الضموري والجاف هما أكثر أشكال التهاب البلعوم المزمن ازعاجاً.

● **نظراً للطيف الواسع لإمراضيات التهاب البلعوم المزمن فقد تم تصنيفها إلى مجموعات رئيسة** ومن ثم تم تفصيل كل مجموعة على حده علماً أنه تم ربط الأسباب مع الشكل السريري لالتهاب البلعوم المزمن كما سنرى في الجداول الآتية:

الجدول رقم(10) يبيّن تصنيف إمراضيات التهاب البلعوم المزمن إلى مجموعات رئيسية

الإمراضية	احتقاني بسيط		نزلي		ضخامي		ضموري		جاف		المجموع	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
التهابية انتانية	2	25	5	45.6	16	34.8	7	38.9	1	16.7	31	34.8
التهابية غير انتانية	4	50	8	72.7	26	56.5	7	38.9	2	33.3	47	52.8
رضحية	4	50	9	81.	40	87	14	77.	5	83.	72	80.

9		3		8				8				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	ورمية
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	خلقية
1.1	1	0	0	5.6	1	0	0	0	0	0	0	غذائية
5.6	5	16.7	1	16.7	3	2.2	1	0	0	0	0	تنكسية
38.2	34	50	3	55.6	10	34.8	16	27.3	3	25	2	متفرقات

تم تسجيل الملاحظات الآتية من الجدول السابق : **[A]** إنّ سبب التهاب البلعوم المزمن غير إنتاني في معظم الحالات حيث احتلت الأسباب الإنتانية في دراستنا المرتبة الرابعة بنسبة حوالى 35%، ولم تكن هي السبب الوحيد في معظم الحالات بل كانت مشتركة مع أسباب أخرى، من هنا نعتقد أنه لا داعي للوصف العشوائي للصادات الحيوية في التهاب البلعوم المزمن (باستثناء الحالات الإنتانية المثبتة) تجنباً لمخاطرها من جهة (المقاومة، الحساسية، التأثيرات الجانبية، نمو المتعضيات الانتهازية ...) [4]. وإقلالاً من الكلفة الاقتصادية غير المبررة من جهة أخرى **[B]** جاءت الأسباب الرضحية في المرتبة الأولى بنسبة حوالي 81% وتليها الأسباب الالتهابية غير الإنتانية بنسبة حوالى 53% **[C]** لم تلاحظ أي حالات ورمية أو خلقية في دراستنا .

الجدول رقم (11) يبيّن الأسباب الالتهابية الإنتانية لالتهاب البلعوم المزمن

السبب		احتقاني بسيط		نزلي		ضخامي		ضموري		جاف		المجموع	
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
التهاب بلعوم حاد متكرر		1	12.5	2	18.2	5	10.9	2	11.1	0	0	10	11.2
التهاب طرق تنفسية علوية حاد متكرر أو مزمن	اللوز	0	0	0	0	7	15.2	3	16.7	1	16.7	11	12.4
	النواميات	0	0	1	9	3	6.5	0	0	0	0	4	4.5
	أنف و/أوجيوب	1	12.5	2	18.2	9	19.6	2	11.1	0	0	14	15.7
	الفم	0	0	0	0	4	8.7	3	16.7	1	16.7	8	9
التهاب طرق تنفسية سفلية حاد متكرر أو مزمن	الحنجرة	0	0	1	9	3	6.5	2	11.1	1	16.7	7	7.9
	قصبات و/أو رئة	0	0	1	9	2	4.3	1	5.6	0	0	4	4.5
التهاب البلعوم النوعي	سل	0	0	1	9	0	0	0	0	0	0	1	1.1
	انتان فطري	0	0	1	9	0	0	1	5.6	0	0	2	2.2
	حالات أخرى*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*: سفلس، جذام، الورم الصلب، حبيبوم واغنر، داء المقوسات، داء البروسيلا...

نلاحظ من الجدول السابق أنّ أكثر الأسباب الإنتانية شيوعاً هو التهابات الأنف و/أو الجيوب المزمنة حوالى 16%، ويليها التهاب اللوز المزمن حوالى 12% ، ثم التهاب البلعوم الحاد المتكرر حوالي 11%.

جدول رقم(12) يبيّن الأسباب الالتهابية غير الإنتانية لالتهاب البلعوم المزمن

السبب				احتقاني بسيط		نزلي		ضخامي		ضموري		جاف		المجموع	
				abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
جفاف الفم و البلعوم	دوائي			2	25	3	20	0	0	0	0	0	0	5	5.6
	تنفس فموي	انسداد انف أو تغيرات بنيوية في الحاجز الأنفي و/أو القرينات	انسداد أنف خلفي	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			التهاب انف ضموري	0	0	0	0	2	4.3	8	44.4	3	50	13	14.6
			بوليبات	0	0	1	9	1	2.2	0	0	0	0	2	2.2
			التهاب أنف محرك وعائي	1	12.5	0	0	3	6.5	0	0	0	0	4	4.5
			انحراف وتيرة	3	37.5	4	36.4	15	32.6	6	33.3	2	33.3	30	33.7
			التهاب انف تحسسي	1	12.5	1	9	6	13	2	11.1	0	0	10	11.2
			ضخامة قرينات	1	12.5	2	18.2	4	8.7	1	5.5	0	0	8	9
			أورام	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		انسداد في البلعوم الأنفي	نواميات	0	0	2	18.2	3	6.5	0	0	0	0	5	5.6
			أورام	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		حالات أخرى*		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	تغيرات في رطوبة الهواء المستنشق	علاج بالاكسجين		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		تغيرات جغرافية –جيوغرافية		3	37.5	4	36.4	6	13	4	22.2	1	16.2	18	20.2
	حالات أخرى**			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
شذوذات الجهاز المناعي	حساسية	غذائية		0	0	0	0	1	2.2	0	0	0	0	1	1.1
		استنشاقية		0	0	2	18.2	12	26	3	16.7	1	16.7	18	20.2
	حالات اخرى***			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*: أسنان بارزة، تشوهات الشفة، العادة دون أي سبب عضوي، ** : تالٍ للتشعيع، متلازمة جوغرن، قطع عصب حبل الطبل بعد عمليات الأذن الوسطى، *** : مناعة ذاتية، إيدز، ساركوئيد.

تم تسجيل الملاحظات الآتية من الجدول السابق : **[A]** أكثر الأسباب الالتهابية غير الإنتانية شيوعاً هو التنفس الفموي وأشيع اضطراب ترافق مع التنفس الفموي هو انحراف الوتيرة بنسبة حوالى 34 % **[B]** عدد مرضى التنفس الأنفي المشترك مع الفموي أو الفموي الصرف كان 47 بنسبة حوالى 53 %، وهذا يشير إلى دور التنفس الفموي المهم في إحداث الإصابة، وذلك يعود لفقدان الهواء المستنشق عن طريق الفم لعمليات التسخين والترطيب والتنقية التي يتعرض لها في الأنف [4,1]. **[C]** ترافق التهاب الأنف الضموري مع التهاب البلعوم المزمن الضموري والجاف بنسبة حوالى 44%، 50% على التوالي **[D]** قصة حساسية (استنشاقية أو غذائية) لدى حوالى 21% من المرضى، إضافة إلى التهاب انف تحسسي لدى حوالى 11% من المرضى، وهذا يشير إلى الدور الكبير الذي تلعبه الحساسية في إحداث التهاب بلعوم مزمن **[E]** يجب الانتباه إلى القصة الدوائية لدى المريض : مضادات الهيستامين، مضادات الاحتقان ... التي تؤدي إلى جفاف المخاطية فهي قد تلعب دوراً في حدوث التهاب بلعوم مزمن حيث شكلت في دراستنا حوالى 6% من الحالات **[F]** أسهمت العوامل الجغراغية والجيوغرافية : العيش في جو جاف، الحرارة الزائدة في البيت أو مكان العمل، التعرض لهواء بارد جاف ... في حوالى 20% من الحالات .

الجدول رقم (13) يبيّن الأسباب الرضحية

السبب		احتقاني بسيط		نزلي		ضخامي		ضموري		جاف		المجموع	
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
حروق كيماوية		0	0	0	0	0	0	1	5.6	0	0	1	1.1
أذية حرارية		3	37.5	2	18.2	12	26	5	27.8	2	33.3	24	27
مخرشات	استنشاقية	3	37.5	7	63.6	31	67.4	11	61.1	4	66.7	56	62.9
	غذائية	1	12.5	4	36.4	20	43.5	5	27.8	2	33.3	32	36
قلس معدي مريئي		0	0	2	18.2	12	26	8	44.4	2	33.3	24	27
استئصال اللوز و/أوالناميات		0	0	2	18.2	20	43.4	7	38.9	2	33.3	31	34.8
استعمال الجسور والفكوك الاصطناعية		0	0	0	0	0	0	3	16.2	2	33.3	5	5.6
الإجهاد العضلي للبلعوم والعيب في اصدار الأصوات		2	25	3	27.3	15	32.6	7	38.9	3	50	30	33.7
حالات أخرى *		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*: الأذيات النافذة للبلعوم، جسم أجنبي، تثبيب أنفي معدي و/أو رغامي.

تم تسجيل الملاحظات الآتية من الجدول السابق: **[A]** أكثر الأسباب الرضحية شيوعاً هي المخرشات سواء غذائية أو استنشاقية حيث مثلت 63% تقريباً **[B]** من بين المخرشات كان عدد المدخنين في التهاب البلعوم المزمن (49) مريضاً بنسبة 55% تقريباً، وهذا يشير إلى العلاقة الوثيقة بين التدخين والتهاب البلعوم المزمن، وكان عدد الكحوليين (13) مريضاً بنسبة 15% تقريباً، فإن الكحول يلعب دوراً مهماً في التهاب البلعوم المزمن **[C]** استئصال اللوز عامل مهيء للإصابة بالتهاب البلعوم المزمن حيث كانت نسبة المرضى 35% تقريباً خاصةً الشكل الضخامي حوالى 43%، وما يلفت الانتباه أن 7 مرضى فقط بنسبة 25% كانوا دون الـ 15 سنة أي أنّ استئصال اللوز يؤهب لالتهاب البلعوم المزمن خاصة عند البالغين **[D]** وجود قلس معدي مريئي في 27% تقريباً من الحالات، وهذا يشير إلى الدور المهم الذي يلعبه في إمراضية التهاب البلعوم المزمن، وبنسبة مماثلة لما سبق لوحظ وجود أذية حرارية (طعام أو شراب ساخن جداً ...)، وهذا يشير إلى دورها السببي المهم.

[E] يلعب الإجهاد العضلي للبلعوم والعيب في إصدار الأصوات دوراً مهماً في التهاب البلعوم المزمن حيث لوحظ عند 34% تقريباً من المرضى.

الجدول رقم (14) يبيّن الأسباب الغذائية والتنكسية

	السبب	احتقاني بسيط		نزلي		ضخامي		ضموري		جاف		المجموع	
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
غذائية	عوز الفيتامينات (A،C،مركبB)	0	0	0	0	0	0	1	5.6	0	0	1	1.1
	التجفاف	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
تنكسية	قسط فقاري رقبي (داء شوكي رقبي)	0	0	0	0	1	2.2	2	11.1	1	16.2	4	4.5
	رتج زنكر	0	0	0	0	0	0	1	5.6	0	0	1	1.1
	اللارتخائية	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

نلاحظ من الجدول السابق أنّ أكثر الأسباب الغذائية والتنكسية شيوعاً هو القسط الفقاري الرقبي بنسبة حوالى 5%

الجدول رقم (15) يبيّن الأسباب الأخرى لالتهاب البلعوم المزمن (متفرقات)

السبب	احتقاني بسيط		نزلي		ضخامي		ضموري		جاف		المجموع	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
داء المفصل الفكي الصدغي	0	0	0	0	3	6.5	3	16.2	2	33.3	8	9
متلازمة*Eagle* (تطاول الناتيء الإبري)	0	0	0	0	1	2.2	0	0	0	0	1	1.1
نفسي المنشأ	0	0	0	0	1	2.2	0	0	0	0	1	1.1
السكري	0	0	0	0	2	4.3	1	5.6	0	0	3	3.4
عوز الحديد	0	0	0	0	0	0	10	55.6	3	50	13	14.6

1.1	1	0	0	0	0	2.2	1	0	0	0	0	التهابات الكولون
28	25	16.7	1	38.9	7	34.8	16	0	0	12.5	1	استخدام طويل الأمد لأقراص المص المطهرة
14.6	13	0	0	16.2	3	17.4	8	0	0	25	2	الشدة
13.5	12	33.3	2	22.2	4	10.9	5	9	1	0	0	فرط كولسترول الدم
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	حالات اخرى *

*:تناذر هيلغر *Hilger Jerom* (إيلام السباتي)، ألم العصب البلعومي اللساني، التشنج المريئي، داء الشريان التاجي، السميّة الزئبقية (مرض الملغم *Amalgam*)، أمراض الدرق، التهابات الأوعية، النقرس، التهابات الكبد، التهابات الكلية، توسع القصبات، تحت خلع الغضروف القريني، إغلاق زائد للعضة.. .

تم تسجيل الملاحظات الآتية من الجدول السابق : **[A]** الدور المهم الذي يلعبه عوز الحديد في التهاب البلعوم المزمن الضموري والجاف حيث كانت النسب حوالى 56%، 50% على التوالي **[B]** أكثر الاسباب شيوعاً بين المتفرقات هو الاستخدام طويل الأمد لأقراص المص المطهرة، حيث لوحظ عند حوالى 28% من المرضى **[C]** ترافق داء المفصل الفكي الصدغي مع التهاب البلعوم المزمن في 9% تقريباً من الحالات، وهذا يشير إلى علاقة محتملة متبادلة بين المرضين **[D]** لا يمكن أن نغفل الدور الذي تلعبه الشدة (غضب ،انفعال شديد، حزن، قلق...) وفرط كولسترول الدم حيث كانت نسبتيهما حوالى 15%، 14% على التوالي **[E]** لوحظ وجود حالة واحدة من التهابات الكولون (1% تقريباً) وكانت عبارة عن داء كرون.

● نلاحظ من الجداول السابقة (10، 11، 12، 13، 14، 15) أنّ التهاب البلعوم المزمن متعدد الإمراضيات ونادراً ما ينجم عن عامل مسبب وحيد وهذا ما يطرح مشكلة تشخيصية وعلاجية في آنٍ معاً ولكن هذا يجب ألا يثنينا عن بذل الجهد والتفتيش الدقيق عن العوامل المسببة المحتملة وعدم الركون إلى العلاج العرضي المؤقت لأنه السبيل الأنجح للوصول إلى علاج فعال [5,2].

● **تم توزيع المرضى حسب تأثير التهاب البلعوم المزمن على حياتهم اليومية** اعتماداً على مقياس من أربع درجات(I: لا يوجد تأثير، II: تأثير خفيف، III : تأثير متوسط، IV : تأثير شديد):

الجدول رقم (16) يبيّن تأثير التهاب البلعوم المزمن على الحياة اليومية للمرضى

التهاب البلعوم المزمن	التأثير على الحياة اليومية							
	I		II		III		IV	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
احتقاني بسيط	3	37.5	4	50	1	12.5	0	0
نزلي	1	9.1	3	27.3	5	45.5	2	18.2
ضخامي	2	4.3	5	10.9	26	56.5	13	28.3
ضموري	0	0	1	5.6	8	44.4	9	50
جاف	0	0	0	0	1	16.7	5	83.3

32.6	29	46.1	41	14.6	13	6.7	6	المجموع

نلاحظ من الجدو ل السابق أنّ التهاب البلعوم المزمن خاصة الجاف والضموري له تأثير مباشر وهام على الحياة اليومية للمرضى وما يتبع ذلك من انخفاض في المردود الإنتاجي.

- **تم توزيع المرضى حسب نتائج الفحص المجهري للطخات المأخوذة من الجدار الخلفي للبلعوم:**

الجدول رقم (17) يبيّن نتائج الفحص المجهري للطخات المأخوذة من الجدار الخلفي للبلعوم

نمط المتعضيات	مجموعة المرضى		مجموعة المراقبة	
	abs	%	abs	%
عنقوديات مذهبة	38	42.7	1	3
عقديات حالة للدم – β	32	36	0	0
مستدمية نزلية	3	3.4	0	0
عقديات حالة للدم – α	36	40.4	18	54.5
عنقوديات	29	32.6	2	6.1
نيسيريا	33	37.1	8	24.2
وتديات	28	31.5	3	9.1
عقديات لا هوائية	20	22.5	5	15.2
عصيات مغزلية	11	12.4	2	6.1
لم يتم عزل متعضيات دقيقة	27	30.3	11	33.3

تم تسجيل الملاحظات الآتية من الجدول السابق: **[A]** الاضطراب الواضح في الفلورا الدقيقة للبلعوم وهذا يشير إلى الدور المهم الذي يلعبه هذا الاضطراب في إمراضية التهاب البلعوم المزمن **[B]** أكثر الجراثيم المعزولة كانت العنقوديات المذهبة بنسبة حوالى 43% أما العقديات الحالة للدم – β فقد بلغت نسبتها حوالى 36% عند مجموعة المرضى **[C]** وجود حالة واحدة من العنقوديات المذهبة عند مجموعة المراقبة (حوالى 3%) **[D]** لم يتم عزل متعضيات دقيقة عند (27) مريضاً التهاب بلعوم مزمن أي بنسبة حوالى 30%، وهذا يقدم دليلاً ثانياً **[** انظر مناقشة الجدول رقم (10) **]**على عدم ضرورة الوصف العشوائي للصادات الحيوية في التهاب البلعوم المزمن .

- **فيما يتعلق بنتائج فحص الدم العام** لم نلاحظ تبدلات مهمة (باستثناءالمساعدة في تشخيص بعض الحالات مثل عوز الحديد، فرط كولسترول الدم...) ما عدا ارتفاع نسبة محبات الحمض لدى مرضى التهاب البلعوم المزمن مقارنة بمجموعة المراقبة وهذا يعكس حساسية العضو ويعتمد جزئياً على الرأي القائل بوجود مصدر تحسسي لالتهاب البلعوم المزمن[7,5,2].

الاستنتاجات والتوصيات:

*التهاب البلعوم المزمن مرض شائع للغاية، متعدد الإمراضيات، متنوع الأعراض والعلامات السريرية وهذا ما يطرح مشكلة تشخيصية وعلاجية معقدة.

*أكثر أشكال التهاب البلعوم المزمن شيوعاً هو التهاب البلعوم الضخامي.

*يصادف هذا المرض عند مختلف الأعمار ولكنّه أكثر شيوعاً بين سن 25–44 سنة.

*الإناث أكثر اصابة من الذكور في كلّ من الشكلين الضموري والجاف من التهاب البلعوم المزمن.

*العرض الرئيس في التهاب البلعوم المزمن بغض النظر عن نوعه هو حس عدم راحة في البلعوم يليه تنظيف بلعوم متكرر، في حين أنّ العرض الرئيس في كلّ من التهاب البلعوم الضموري والجاف هو الإحساس بجفاف زائد في البلعوم.

* كانت الأعراض تسوء صباحاً وتصبح أقل شدة مع تقدم النهار لتعود وتشتد قليلاً ليلاً.

*ازدياد شدة وتكرار الشكاوى السريرية بشكل ملحوظ مع التقدم بالعمر.

*تباينت العلامات المشاهدة حسب نوع التهاب البلعوم المزمن: التحببات المركزية و/أوالسويقات الخلفية الكاذبة، مخاطية بلعومية جافة ورقيقة ولماعة، مفرزات لزجة، مادة صمغية، ارتسامات وعائية...

*التهاب البلعوم المزمن الضموري والجاف هما أكثر أشكال التهاب البلعوم المزمن إزعاجاً.

*التهاب البلعوم المزمن خاصة الجاف والضموري له تأثير مباشر ومهم على الحياة اليومية للمرضى وما يتبع ذلك من انخفاض في المردود الانتاجي .

* إنّ الأشكال السريرية لالتهاب البلعوم المزمن ما هي إلاّ مراحل تطورية في سياق الحدثية الالتهابية المزمنة ابتداءً من الشكل الاحتقاني البسيط مروراً بالنزلي فالضخامي فالضموري وانتهاءً بالشكل الجاف. ولكن هذا لا ينفي إمكانية ابتداء الإصابة بشكل سريري ما قبل آخر لأسباب عديدة لعلّ أهمها: طبيعة العامل المسبب، الاستعداد الشخصي...[8,7,6].

*تبيّن أنّ أكثر أسباب التهاب البلعوم المزمن شيوعاً هي الأسباب الرضحية (خاصة المخرشات بما فيها التدخين والكحول) وتليها الأسباب الالتهابية غير الانتانية (خاصة التنفس الفموي) ويجب الابتعاد عن التدخين والكحول والمخرشات الأخرى وتصحيح أسباب التنفس الفموي للوصول إلى علاج ناجع.

* التهاب البلعوم المزمن غالباً غير انتاني ولا داعي للوصف العشوائي للصادات الحيوية في التهاب البلعوم المزمن لما لها من آثار جانبية وكلفتها الاقتصادية غير المبرّرة.

*لا يجوز اعتبار التهاب البلعوم المزمن التهاب موضعي للجدار الخلفي للغشاء المخاطي للبلعوم وعلاجه موضعياً.

الأكثر شيوعاً ترافق التهاب البلعوم المزمن مع اضطرابات أعضاء وأجهزة أخرى، ويجب تصحيح هذه الاضطرابات إذا أردنا الوصول إلى نتيجة علاجية مرضية[7].

*يجب عدم التهاون في التعامل مع مشكلة التهاب بلعوم مزمن فهو قد يملك خطورة عالية جداً في بعض الحالات (إيدز، سرطان...).

المراجع:

1. BALLENGER,J.J.- *Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head & Neck*, 15th United States of America, 2002, 1223p. edition, Wiliams & Wilkins,

2. MACHAY, L. S. and BULL ,T.R.-*Scott – Brown's otolag volum 5*, 7th edition, Butterworth - Heinemann, London, 1999, 596p.

3. LEE, K.J. - *Essential Otolaryngology, Head & Neck Surgery*, ninth edition, McGraw-Hill, United States, 2005, 564p.

4. JAFEK, B.W, and MURROW, B. W. - *ENT Secrets*. Third edition, Hanley & Belfus, Philadelphia, 2004, 608p.

5. CUMMING, C. W. - *Otolaryngology, Head and Neck Surgery*, 5th ، 1432p. 2005 edition, Elsiever, Philadelphia,

6. SCHROEDER, H.G. - *Pharyngitis and its various clinical manifestations*. Ther Umsch German, Vol.165, N.2, 2004, pp.49-54.

7. JORGENSEN, K.E. - *Chronic hypertrophic pharyngitis*. Ugeskr Laeger Danish, Vol.84, N.1, 2005, pp.33-40.

8. MARGARINO, G.W and SCALA, M.H and ROSSI, E.K.- *Clinical study of patients with chronic pharyngitis*.Acta Otorhinolaryngol Ital,Vol.9,N.4, 2005,pp39-51.