مجلة جامعة تشرين للدراسات و البحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (19) العدد (6) 1997
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research - Medicine Series Vol. (19) No (6) 1997

العلاج الدوائي لمرضى التهاب اللوزات المزمن دراسة نتائج العلاج المحافظ لمرض التهاب اللوزات الزمن بوساطة الحقن الموضعي لـ/300/ مريض راجعوا العيادة الأذنية بمشفى الأسد الجامعي في الأعوام 93-94-95

الدكتور يوسف يوسف*

قبل للنشر في 1997/2/15

☐ ملخص ☐

في السنوات الأخيرة كثرت المحاولات من قبل العديد من الباحثين في مجال اختصاص الأذن أنف حنجرة لإيجاد طرق جديدة في علاج مرضى التهاب اللوزات المزمن من أجل الابتعاد قدر الإمكان عن الاستئصال الجراحي لهذا العضو الفعال في عملية الدفاع المناعي للجسم وخاصة في التهابات البلعوم والطرق التنفسية العليا.

وهنالك العديد من الدراسات العالمية حول استخدام مختلف الطرق الدوائية والادوائية كالأشعة فوق البنفسجية والأمواج فوق الصوتية، واستخدام اللايزر مع الأوكسجين [Nigiba L.S 1989] كانت الغاية منها تخفيف نسبة عمليات استئصال اللوزات والحفاظ على هذا الجهاز الدفاعي.

ولقد قمنا في دراستنا هذه بتطبيق العلاج الدوائي بوساطة الحقن الموضعي للصادات الحيوية في نسيج اللوزة مباشرة لـ/300/ مريض راجعوا العيادة الأذنية بمشفى الأسد الجامعي ومن مختلف الأعمال وذلك بوساطة محقن خاص من أجل هذه الغاية يحتوي رأس الحقن فيه على 32-50 إبرة أطولها من 0.5-1.5 سم بحيث يتم انتشار الدواء بشكل متناظر في جميع النسيج اللوزي وبتراكيز عالية فكانت لدينا النتائج التالية:

- *نسبة الشفاء الكامل في الأعمار 5-10 سنوات 95%.*
- *نسبة الشفاء الكامل في الأعمار 10-25 سنة 80-85%.*
- *نسبة الشفاء الكامل في الأعمار 25-45 سنة 70-75%.*

وكانت المراقبة السريرية لهؤلاء المرضى لمدة عام ونصف بعد انتهاء العلاج، وهذا ما سيقلل من تواتر العمليات الجراحية وكذلك من اختلاطات هذا المرض.

* مدرس في قسم أمراض الرأس - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية – سلسلة العلوم الطبية المجلد (19) العدد (6) 1997
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medicine Series Vol. (19) No (6) 1997

THE PHARMACO THERAPY OF CHRONIC TONSILLITIS BY TAPICAL INJECTION (300)PATENTS ATTENDED THE OTIC CLINICE IN AL-ASSAD UNIVERSITY HOSPITAL FROM 1993-1994-1995

DR. YOUSEF YOUSEF*

Accepted 15/2/1997

ABSTRACT

Many attempts were made in the last few years by otorhinolayn geologists to find a new method for the treatment of chronic tonsillitis. The purpose of these attempts is to help avoid tonsillectomy, since tonsils have a effective defensive system against pharynx and upper respiratory infections. The methods so far used are: ultraviolet rays, ultra sonic waves, and laser therapy with oxygen [Nigiba, L.S]. Such methods, however, could only decrease the opportunity of tonsillectomy, and therefore preserve the tonsils.

In this study, however, We applied a totally different method for treatment of chronic tonsillitis which consists in a local injection in the tonsils themselves with antibiotics. This method has been applied to 300 patients who came to the ear-nose-throat clinic in al-Assad University Hospital, the injection was done by a special inceptor containing 32-50 needles (2Mn separating each needle from the other), so that the medicine can spread over densely and equally in the tonsils.

The following diagram shows the percentage of totally cured patients:

Age	*Percentage of Cured patients*
5-10	*90-95%*
10-25	*80-85%*
25-45	*70-75%*

surveillance of the patients lasted for one and a half year after treatment, and this method proved highly effective, helping us avoid tonsillectomy and the various problems that tonsil infection can cause.

* Lecturer at the Department of Head and Neck Diseases, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

إن مشكلة التهاب اللوزات المزمن كمرض شائع الانتشار في مختلف الأعمار يعتبر من أهم المسائل المطروحة في حقل اهتمامات اختصاص الأذن أنف وحنجرة.

حيث أن هذا المرض يؤدي إلى حدوث العديد من الاختلاطات الموضعية وكذلك الجهازية البعيدة التي قد تكون إلى درجة كبيرة من الخطورة بحيث تجعل الإنسان غير فعال اجتماعياً.

وعلى الرغم من الطرق الكثيرة المتوفرة حالياً من فحوص وتحاليل وأساليب العلاج المختلفة فإننا لا نستطيع أن نقول أن هذه المشكلة محلولة حتى الآن[Noda Y.Tamara SH.1989].

إن الطرق العلاجية المحافظة المتبعة في أيامنا هذه لا تؤدي إلى الشفاء الحقيقي من هذا المرض وإنما تؤدي إلى إخماد الجهة الحادة لدى المريض التي يتلوها هادة هجمة حادة لالتهاب لوزات مزمن كذلك فإن الاستئصال الجراحي للوزات الحنكية يؤدي إلى خروج هذا الحاجز الدفاعي المناعي من حلقة الدفاع المناعي للجسم وهذا بدوره يؤدي إلى تسهيل عبور العوامل الممرضة إلى الطرق التنفسية العليا وحدوث التهاباتها المتكررة.

وكذلك يؤدي إلى زيادة في حجم التشكلات اللمفاوية والموضعية.

وقد أثبتت الدراسات التي قام بها البروفسور[Iakovenko V.D.,1991] على مجموعة من المرضى الذين استئصلت لوزاتهم وكانوا قبل العمل الجراحي مباشرة قد خضعوا للعلاج الدوائي حتى يوم العمل الجراحي بـ البنسلين – الجنتامايسين – والمترنيرازول حيث وجد أن تركيز الصاد الحيوي في نسيج اللوزة أقل بـ(30-50) مرة من التركيز اللازم لقتل الجراثيم حيث وجد أن تركيز.

البنسلين في نسيج اللوزة

أقل بـ/15/ مرة من تركيزه في الدم

الجنتامايسين في نسيج اللوزة

أقل بـ/9/ مرات من تركيزه في الدم

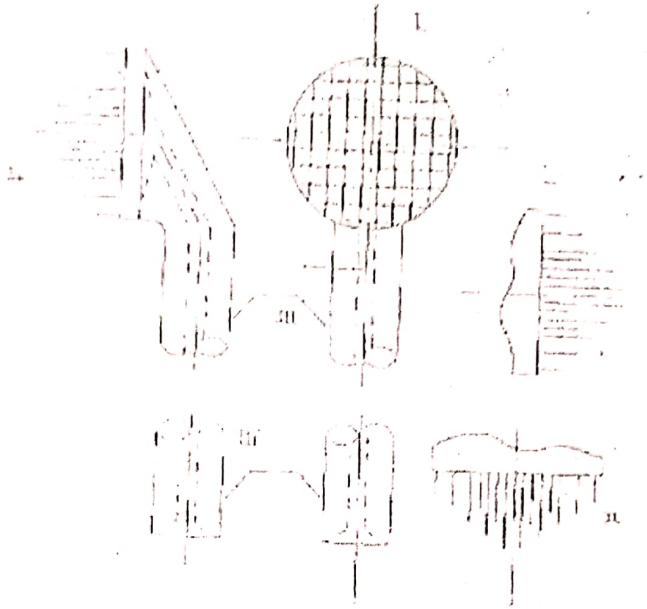
المترونيدازول في نسيج اللوزة

أقل بـ/17/ مرة من تركيزه في الدم.

كما أن هناك دراسات قام بها البروفسور[Dikie E.L., 1989] حيث وجد أن الحقن الموضعي للصادات في نسيج اللوزة بوساطة إبرة واحدة في نسيج اللوزة لا يؤدي إلى ارتشاح الصاد الحيوي أكثر من 2-3 مم من نقطة الحقن ولا يسمح بحقن كمية كبيرة من المادة الدوائية. وهذا الارتشاح لا يعادل 1/30-1/50 من حجم اللوزة.

لقد قمنا بدراسة على /300/ مريض راجعوا العيادة الأذنية في مشفى الأسد الجامعي وكلهم كانوا يعانون من التهاب لوزات مزمن ومن مختلف الأعمار وكانوا قد خضعوا للعلاج الدوائي أكثر من مرة.

حيث قمنا بإجراء الحقن الموضعي للصادات الحيوية في نسيج اللوزة مباشرة في المرحلة غير الجادة. وذلك في ظروف العيادة وباستخدام محقن خاص لهذه الغاية يتألف من رأس حقن مدور قطره حوالي /2/سم له ثلاثة أحجام تتناسب وحجم اللوزات يحتوي رأس الحقن على 32-5 إبرة موزعة بشكل متناظر على هذه المساحة وأطوال هذه الإبر في المركز 1.5 سم تتناقص لتصل إلى المحيط ليصبح طولها 0.5 سم والمسافة بين الإبرة والأخرى حوالي /2/ مم تؤلف هذه الإبر مع بعضها سطحاً محدباً يتناسب وتحدب جسم اللوزة.



I- منظر أمامي.

II- منظر جانبي.

III- قناة توصيل الدواء.

شكل المحقن

لقد تم توزيع المرض حسب الجنس والعمر في الجدول رقم I

جدول رقم 1

عدد المرضى	عمر المرضى	ذكور	إناث
115	5-10 سنوات	63	52
120	10-25 سنوات	65	55
65	25-45 سنوات	35	30

لقد قمنا باختيار الصادات الحيوية المستخدمة في العلاج بناءً على نتائج دراسة جرثومية على /80/ مريضاً لدراسة الأنواع الجرثومية المسببة وتحسسها للصادات الحيوية وكان بعض العينات ممن استئصلت لوزاتهم حيث أخذت لديهم مسح للدراسة الجرثومية من نسيج اللوزة بعد قطعها. فكانت لدينا النتائج التالية:

نوع الجرثوم	مكان أخذ المسحة					
	من سطح اللوزة		من سطح اللوزية		من نسيج اللوزة بعد قطعها	
	عدد المرضى	نسبة %	عدد المرضى	نسبة %	عدد المرضى	نسبة %
Haemo lyti strep	25	11.1	11	6.5	14	8.5
Non lytic. strep	36	16.2	17	837	2	1.2
Staph. sapr opbyticus	20	8.8	21	10.9	8	4.7
Staph. aureus	6	2.4	8	4.1	12	7.1
Staph. epidemis	12	5.3	11	5.6	7	3.8
E. coli	7	3.1	3	1.3	1	0.6
Proteus	3	0.4	4	1.8	1	0.6
Non Airobic, coc. g+	2	0.9	16	79.5	22	12.6
Bacteroide	1	0.4	6	1.4	9	5.5
Fusabacterium	1	0.4	2	1.1	10	5.9

وعند إجراء التحسس الدوائي للعينات المأخوذة كانت أغلب الجراثيم حساسةً لزمرة الامينوغليوكوزايد، والبنسلينات، والريفاميسين وكذلك المترومیزازول، واللانكومايسين.

وبناءً على ذلك فقد اخترنا نوعين من الصادات الحيوية وهي البنسلين G والجنتامايسين كصادات حيوية فعالة تغطي جميع الزمر الجرثومية إيجابية وسلبية الغرام المسببة لهذا المرض وبتراكيز عالية قاتلة للجراثيم تم حقن /1/سم في كل لوزة من المادة الدوائية وكان التركيز الدوائي للصادات الحيوية في /1/سم ما يعادل /80.000/ وحدة بنسلين G و/15/ مع جنتامايسين سلفات.

لقد كان يتم الحقن في ظرف العيادة الطبيعية حيث كان يجرى لكل مريض اختبار التحسس لمركب الدوائي قبل الحقن.

وكان يتم الحقن بدون ألم وذلك بعد إجراء التخدير الموضعي للوزات والجدار الخلفي بوساطة الليدوكائين 10% Spray.

ولقد كان تحمل المرضى للعلاج جيداً ولم يشعر المريض بألم وإنما ببعض الثقل والانزعاج في منطقة البلعوم لعدة ساعات بعد إجراء الحقن فقط ولم يكن هناك نزف حقيقي ولا عند أي مريض.

وقد كان يتم غالباً على مرحلتين، الحقنة الأولى في كل لوزة والحقنة الثانية بعد أسبوع من الحقنة الأولى وفي بعض الأعمار الكبيرة كان هناك أذى بفترات زمنية مختلفة.

- النتائج التي حصلنا عليها كانت على الشكل التالي:

في مجموعة المرضى 5-10 سنوات، تم الحقن لديهم على دفعتين فقط بفاصل أسبوع واحد وقد تمت مراقبة هؤلاء المرضى في فترة زمنية لمدة عام ونصف بعد العلاج حيث لم نلاحظ نكساً التهابياً حقيقياً عند هؤلاء المرضى سوى بعض الشكايات البسيطة عند /3/ مرضى. وكان جميع هؤلاء المرضى ينصحون بعدم التعرض للظروف الجوية غير المواتية، وتبدلات درجة الحرارة، وقد لاحظنا عند هؤلاء المرضى غياب العلامات الموضعية لالتهاب اللوزات المزمن خلال الشهر الأول للعلاج وكذلك تضاؤل حجم العقد اللمفاوية الناحية الموافقة وكذلك بعد أشهر من العلاج انخفاض في مقدار A.S.L.O في دم هؤلاء المرضى حتى الطبيعي وهبوط سرعة التثفل نحو الطبيعي.

فكانت نسبة الشفاء عند هؤلاء المرضى خلال المراقبة السريرية لعام ونصف حوالي 95%. أما مجموعة المرضى 10-25 سنة فقد أجري لهم حقنة أولى وحقنة ثانية بعد أسبوع وهناك عدد قليل من المرضى ممن شعر بعد شهر ونصف بإزعاج في منطقة البلعوم فأجري لهم حقنة ثالثة. وكانت نسبتهم لا تتجاوز 15%. ولم تحدث لديهم بعدها أي إزعاجات خلال عام ونصف. وكانت نسبة الشفاء عند هؤلاء المرضى 85%. وفي المراقبة السريرية خلال /6/ أشهر، كانت لديهم المؤشرات الدموية طبيعية .A.S.L.O سرعة التثفل مع غياب العلامات الموضعية لالتهاب اللوزات المزمن.

أما مجموعة المرضى 25-40 سنة فقد كانت فعالية العلاج المحافظ أكثر ثباتاً بعد أن تم حقن جرعة ثالثة عند أغلب المرضى 80% من المرضى حيث كانت الحقنة الثانية بعد أسبوع والحقنة الثالثة بعد شهرين وكانت نسبة الشفاء عند هؤلاء 70% أما بقية المرضى الذين كانت لديهم شكايات أجري لهم حقنة رابعة فكانت النتائج بعدها أفضل بكثير لمدة عام من العلاج.

من جميع هؤلاء المرضى كان لدينا اختلاط عند مريض واحد حيث حدث لديه خراج حول اللوزة الذي تم تفجيره جراحياً.

إن تقييم فعالية العلاج السابق يعود إلى ما يحققه هذا المبدأ العلاجي من إمكانية حقن صادات حيوية بتركيز عالي وبشكل منتشر في كل أنحاء اللوزة مما يؤدي إلى تعقيم النسيج اللوزي وقتل كافة الجراثيم واستئصال البؤرة الالتهابية.

مما يؤدي بدوره إلى تحسين وضع النسيج اللوزي وإعادته إلى وظيفته الدفاعية.

إضافة لذلك فإن الحقن الموضعي للصادات الحيوية في نسيج اللوزة لا يؤدي كما ذكرنا إلى تعقيم النسيج اللوزي فقط وإنما يؤدي إلى إيقاف مرور الزيفانات والجراثيم إلى العقد اللمفاوية الناحية والأوعية اللمفاوية. ويعيد التوازن الدفاعي الطبيعي للجوف الفموي. بمناقشة النتائج السابقة نلاحظ أن العلاج الدوائي بالحقن الموضعي للصادات الحيوية في نسيج اللوزات يؤدي بشكل فعال إلى الشفاء من هذا المرض ويؤدي إلى تقليل نسبة العمليات الجراحية خاصة في الأعمار الصغيرة حيث كانت النتائج أفضل ثباتاً. وكذلك فإن العلاج الدوائي بالحقن الموضعي يؤدي إلى إيقاف الاختلاطات التي يسببها وجود هذه البؤر الالتهابية في اللوزات. وبمراقبة جميع مرضانا كانت نسبة النكس في الأعمال الصغيرة لا تتجاوز 3% وفي الأعمال كانت نسبة النكس حوالي 15-20% ولكن بعد إجراء حقنة ثالثة ورابعة ارتفعت نسبة الشفاء حتى 90% وهذا ما يجعلنا ننصح باستخدام هذا المبدأ العلاجي المحافظ كطريقة فعالة في علاج التهاب اللوزات المزمن بدون جراحة.

REFERANCES المراجع

[1]- Noda, Y. Pre. Operative, diagnosis for dermatosis tonsilar focal infection 1989-Vol. 16 N. supple. 1 p59-64.

[2]- Tamara, sh. Fujuhara K. Yokota M., Tabata T. Diagnostic methods of the tonsil with focalinfection proct. oval. kyoto 1989 Vol.82. suppl 33 p.112-118.

[3]- Filatov V.F. Dikie, E.L. about farmacontherapy patients with chronic Tonsicitis, J. Diseases of Ear, nose and pharynx, No.6 1989 kieve p.17-20.

[4]- Iakovenko V.D. methods of medical Treatment of chronic tonsillitis (un published Ph.D dissertation high medical institute of kieve 1991.

[5]- Nigiba L.S. Treatment of chronic tonsillitis by means of laser therapy with oxygen, J. Disease of ear, nose and pharynx, 2(1989) p.41-43.