مقارنة للفعالية المسكنة بين ثلاثة غسولات فموية في تدبير ألم القرحات القلاعية الناكسة

محمود عبد الحق*

الملخص

خلفية البحث والهدف : مع التطور الكبير في المجال الطبي مازال السبب الحقيقي وراء ظهور القرحات القلاعية مجهولاً. لذا فإنه من الأهمية بمكان- ومن أجل تأمين راحة المريض– معالجة أهم الأعراض حرجاً وهو الألم، ومن ثَمَّ هدف هذا إلى تقييم عدة غسولات فموية مقترحة في تخفيف هذا العرض المزعج كعلاج قد يضفي بعض الراحة في ظل عدم وجود العلاج الحقيقي.

المواد والطرائق: أجريت الدراسة على 60 مريضاً (29 ذكوراً و31 إناثاً) من مراجعي كلية طب الأسنان بجامعة دمشق تراوحت أعمارهم بين 18 – 35، والذين يشكون من قرحة قلاعية مفردة ناكسة من النمط الصغير Minor على باطن الشفة السفلية، قسمت العينة إلى أربع مجموعات. طبق على المجموعة الأولى الغسول الفموي الحاوي على الفينول، والمجموعة الثانية الغسول الحاوي على البنزيد أمين، والمجموعة الثالثة الغسول الحاوي على الديفين هيدرامين، أمَّا المجموعة الرابعة فكانت شاهدة طبق عليها غسول من الماء المقطر الحاوي على المينتول كمادة منكهة، ودرست الفعالية المخففة للألم بعد يومين من التطبيق باستخدام المدرج القياسي البصري VAS.

النتائج : أجري اختبار تحليل التباين أحادي الجانب ANOVA لدراسة دلالة الفروق في متوسط مقدار الألم المقيس بصرياً بين المجموعات الأربع لنوع الغسول الفموي المدروسة. يوجد على الأقل أحد متوسطات مقدار الألم المقيس بصرياً يختلف اختلافاً جوهرياً عن متوسط آخر في المجموعات الأربع المدروسة. ولمعرفة أي من المتوسطات يختلف عن الآخر أجريت المقارنة الثنائية وفق طريقة Bonferroni، ووجد أنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ثنائية دالة إحصائياً في متوسط مقدار الألم بصرياً بين المجموعات الأربع المدروسة لنوع الغسول الفموي المستخدم في عينة البحث، وكانت القيمة المطلقة للفرق بين متوسطات المواد مع الديفين هيدرامين تحتل القيمة الأكبر (2.67).

الاستنتاجات: يعدُّ الغسول الفموي الحاوي على الديفين هيدرامين ذا قدرة ممتازة في تخفيف الألم الناجم عن القرحات القلاعية الناكسة بشكل أفضل من البنزيد أمين ومن الفينول .

* أستاذ مساعد- قسم طب الفم - كلية طب الأسنان- جامعة دمشق.

Comparative Study for the Anesthetic Efficiency Between Three Mouth Rinses for the Management of Recurrent Aphthous Ulcers Pain

Mahmoud Abdulhak*

Abstract

Background and aim of the study: In spite of the huge development in the medical field, the main exact reason of recurrent aphthous stomatitis RAS is still unknown. For this reason, it is important to treat the most critical symptom "pain". This study aimed to evaluate the capacity of suggested different mouth rinses in pain management whereas the definite treatment is still unknown.

Methods: 60 patients (29 M and 31F) aged 18-35 years were selected from the faculty of dental medicine in Damascus University. They had one ulcer of minor recurrent aphthous stomatitis in the lower labial mucosa. The sample had been divided into 4 groups. First group treated with phenol contained mouth rinse, the second treated with benzydamin contained mouth rinse, the third group treated with dephenhydramine contained mouth rinse, but the fourth was control and treated with placebo contained of water and menthol. The capacity of pain management had been studied after 2 days of administration using the visual analyzing scale VAS.

Results: One-way ANOVA test has been used to study the significance between mean VAS of the groups. There was at least one of the means significantly different from each other. Bonferroni test has been used to determine which mean is different from the other and there were bilateral differences between the studied groups (Diphenhydramine; I-J= -2.67).

Conclusion: Diphenhydramine contained mouth rinse has the major benefit in the relieving from pain associated with RAS and is better than Benzydamine or Phenol contained mouth rinses.

* Assistant Professor, Oral Medicine Department, Faculty of Dentistry, Damascus University.

المقدمة :

يعدُّ التهاب الفم القلاعي النـاكس Recurrent Aphthous Stomatitis من أكثر أمراض الفم شيوعاً، وهـو مـرض التهابي يتميز بقرحات فموية ناكـسة مؤلمـة دائريـة أو بيضوية الشكل محددة جيداً وذات حافات حماميـة علـى شكل هالة تحيط بمركز ذي غشاء كاذب رمادي مـصفر. وهي من أكثر آفات الغشاء المخاطي ألماً، وخاصةً لـدى التكلم والبلع وتناول الطعام.

ورد أول ذكر للقلاع في الأدب الطبي على لسان أبقـراط قبل نحو 2500 سنة ولكن لم يدرس بشكل مفصل إلا في القرنين الأخيرين بدءاً من عام 1898 على يد Kummel .

تتفاوت نسبة حدوث التهاب الفم القلاعـي النـاكس RAS كثيراً حسب الدراسات المنشورة، وأماً حديثاً فإن النـسبة في التعداد العام للـسكان نحـو 20-25 % إذْ يـصيب الأعراق والمناطق الجغرافية جميعهم، رغم وجـود أدلـة على إصابة ذات نسبة أعلى لدى المناطق الغنيـة أو ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي العالي [1].

قد يبدأ ظهور القلاع خلال مدة الطفولة في أي مرحلة، ثم تخف الشدة والنكس مع تقدم العمر وقد أشـارت بعـض الدراسات إلى أن ذلك يحدث نحو العقد الثالث من العمر. ينخفض سن بدء الهجمات مع وجود قصة عائلية لالتهاب الفم القلاعي الناكس؛ مما يشير إلى دور للوراثة في هـذا الداء خاصة لدى معاناة الوالدين معاً، في حين لـوحظ أن التأخر في عمر البدء يشاهد لـدى الأفـراد ذوي القـصة العائلية السلبية [2].

سريرياً توجد أربع مراحل لتشكل القرحـة القلاعيـة [3,4]:

المرحلة الأولية : 24 ساعة من حس الوخز أو الحرق أو النمل في المكان المصاب، ولا توجد تغيـرات سـريرية واضحة . مرحلة ما قبل التقرح : تستمر حتـى 3 أيـام أحياناً على شكل لويحات أو حطاطات متوسـطة الـشدة الألمية .

مرحلة التقرح : من يوم إلى 16 يوماً مـن التنخـر فـي الغشاء المخاطي المركزي للآفة ويترك هذا التنخر قرحة واضحة الحدود بلون أبيض مائل للرمادي محاطة بهالـة حمامية حمراء .

مرحلة الشفاء : يتراجع الألم وحجم الآفة .

وتوجد ثلاثة أنماط السريرية :

القرحات القلاعيـة مـن الـنمط الـصغير : أو Minor aphthous ulcers وتشكل مانسبته 80-85% من القرحات القلاعية، وهي ذات قطر أقل مـن 8-10 مـم، وتـشفى خلال 10-14 يوماً بشكل أبطأ من باقي جروح الفم دون أن تترك ندبة .

والقرحات القلاعية من النمط الكبير: أو Major aphthous ulcers أو داء ساتون Sutton وهي تشكل 10-15 % من الحالات، وهي ذات أعراض أكثر حدة من باقي الأنماط . يزيد قطرها على 1 سم وتستمر أسابيع أو أشهراً، مع ندبة غالباً، ويميل الأشـخاص ذوي المناعـة الـضعيفة إلـى الإصابة بهذا المرض.

والقرحات القلاعية الحلئية الشكل: أو Herpetiform ulcers وهي تشكل ما نسبته 5-10% من الحالات وهي نـادرة الحدوث. تتظاهر على شكل قرحات بأعداد كبيرة (من 5-20 قرحة) ذات قطر يتراوح بين 1-3 مم علـى شـكل تجمعات مؤلمة تنتشر على المخاطيـة المتقرنـة وغيـر المتقرنة ما يميزها عن النمطين السابقين اللذين ينتـشران على المخاطية غير المتقرنة فقط . يمكن أن تجتمع هـذه القرحات لتشكل قرحة واحدة كبيرة تستمر مـدة 10-14 يوماً .

ما تزال الأسباب الحقيقية للآفات مجهولة، ويعتقد بعضهم أن هذا المرض ليس مرضاً مستقلاً ، وإنما هـو ظـاهرة مرضية لعدة مسببات، إذْ اقترح بأنه ينجم عـن عوامـل وراثية و ذاتية و بيئية متعددة [5] وتبقى الآلية الإمراضـية أو الفيزيولوجيا المرضية Pathophysiology لهذا المرض

غير محددة حتى الآن، ولكن يبدو أن هذا المرض هو نتيجة فعالية الجملة المناعية الخلوية Cell-mediated immune system [1]. كما أنه يمكننا أن نشاهد في هذا المرض ارتفاع الأضداد في الدم، وهو دليل إضافي يثبت الخلفية المناعية الذاتية له [6]. كما يبدي مرضى القلاع زيادة في عدد الخلايا السمية +CD8، ونقصاً في عدد الخلايا اللمفاوية المساعدة +CD4 في الدم المحيطي، وذلك في المرحلة الفعالة من المرض.

يلاحظ ضمن الآفات ارتفاع في مستويات الإنترفيرون غاما Interferon gamma ، وعامل التنخر الورمي ألفا TNF-a، والانترلوكين IL-2، والانترلوكين IL-4 ، والانترلوكين IL-5 ، وهي عبارة عن سيتوكينات قبيل التهابية، كما يظهر اضطراب وظيفي في عمل الانترلوكين IL-10 (وهو سيتوكين مضاد للالتهاب)، عادةً ما يحرض الـ IL-10 التكاثر البشروي في مرحلة الشفاء ، ومن ثَمَّ فإن انخفاض مستواه و فعاليته لدى مرضى الـ RAS ينقص التشكل البشروي، و يطيل من مدة التقرح [7].

لا توجد حتى الآن معالجة سببية شافية له ، بل تقتصر المعالجة على المعالجات العرضية التي تنحصر أهدافها في تخفيف الأعراض الالتهابية، وخاصة الألم وإنقاص حجم القرحات وعددها، وكذلك إطالة مدد الشفاء من المرض. ومن هذه الأدوية: مضادات الهيستامين: Antihistamines (Diphenhydramine elixir(Benadryl)) والمخدرات الموضعية: Topical anesthetics

مثل الـ Lidocaine (Xylocaine) على شكل محاليل فموية، أو هلام تطبق بأداة ذات رأس قطني على الآفة، أو يمكن أن تحقن ضمن الآفة [8]. يعدُّ الفينول من المواد ذات التأثير المسكن والبنزيد أمين من المستحضرات ذات التأثير المسكن والمضاد للالتهاب.

كما توجد معالجات فيزيائية موضعية: Local physical treatment والمعالجة بالاستئصال الجراحي: Surgical removal والمعالجة بالليزر: والمواد الكاوية Chemical cautery مثل نترات الفضة والمواد المغطية الحيوية: ذات أساس لاصق تشكل غطاء على القرحة مخففة من الألم لدى المريض. وكأمثلة عليها الـ Carmellose أو (orabase pectin gelatin plus) التي تطبق 4 مرات يومياً مدة أسبوعين، أو حتى شفاء القرحة [5].

كما استخدمت المعالجات المضادة للجراثيم، وذلك بالاعتماد على النظرية الجرثومية أو الإنتانية كسبب للقلاع، أو تعتمد للوقاية من الإنتان الثانوي في القرحة القلاعية ومنها مركبات الكلور هيكسيدين غلوكونات المائية ومركبات الليسترين. والمضادات الحيوية الموضعية وأشهرها مضامض التتراسكلين Tetracycline.

والمعالجة بمضادات الالتهاب الموضعية: 5 % Amlexanox أو ال (Aphthasol) . ومضامض الأسبرين: Aspirin mouthrinse .

معالجات أخرى: العناصر المؤكسجة: و تطبق موضعياً.

والمعالجة بالأوزون : وهي تعتمد على تطهير القرحة و الوقاية من الإنتان الثانوي مما يسرع الشفاء .

كما تطبق الستيروئيدات القشرية جهازياً وموضعياً:

توجد الستيروئيدات القشرية الموضعية صيدلانياً على شكل: (مراهم، كريمات، هلام، غسولات، أو بخاخ.) وعادةً ما يبدي الهلام التصاقاً أفضل مع المخاطية الفموية، مما يبديه الكريم والمرهم، لذلك يعدُّ الهلام الشكل الأكثر فعاليةً [9].

ثانياً - الهدف من البحث :

- التقييم السريري للفعالية المسكنة لثلاثة غسولات فموية مختلفة مسكنة – مضادة للحساسية – ومضادة للالتهاب مقارنة بمجموعة شاهدة في تدبير ألم القرحات القلاعية الناكسة .

ثالثاً – مواد البحث وطرائقه Materials and Methods

1- عينة البحث:

تألفت عينة البحث من 60 مريضاً (ذكوراً وإناثاً) من مراجعي كليّة طب الأسنان بجامعة دمشق، تراوحت أعمارهم بين 18 و 35 سنة. وقد قسمت العينة إلى 4 مجموعات وفقاً لنوع الغسول المستخدم على النحو الآتي:

المجموعة الأولى : 15 مريضاً يطبق عليهم الغسول الفموي الحاوي على الفينول .

المجموعة الثانية : 15 مريضاً يطبق عليهم الغسول الفموي الحاوي على البنزيد أمين .

المجموعة الثالثة : 15 مريضاً يطبق عليهم الغسول الفموي الحاوي على الديفين هيدرامين .

المجموعة الرابعة : 15 مريضاً عينة شاهدة يطبق عليهم غسول فموي غير فعال مؤلف من الماء المقطر والمينتول كمادة منكهة .

2- معايير اختيار مرضى عينة البحث:

موافقة المريض الخطية على الانضمام إلى عينة البحث .لدى المريض قرحة قلاعية ناكسة واحدة من النمط الصغير Minor على الغشاء المخاطي للشفة السفلية في المرحلة الثالثة .تتراوح أعمار المرضى بين 18-35 سنة .والمريض غير مدخن أو كحولي .و لا يشكو من أمراض عامة أو الأمراض المناعية .و لا يتناول أدوية مسكنة أو تسبب جفاف الفم أو تؤثر في الغشاء المخاطي .

شكل رقم (1) : قرحة قلاعية شفوية ناكسة من النمط الصغير لدى أحد أفراد عينة البحث

الفحص السريري الفموي:

عند مطابقة المريض لمعايير اختيار عينة الدراسة تفتح استمارة خاصة سترد تفاصيلها لاحقاً، تتضمن المعلومات الشخصية، والعادات، والأمراض العامة، والأدوية المتناولة لتأكيد سلامة المريض من الأمراض التي تتعارض مع المعايير سابقة الذكر، كما تتضمن الموافقة الخطية للمريض للانضمام إلى العينة.

تتضمن الاستمارة وسيلة لتقييم شدة الألم تعرف بالمدرج القياسي البصري VAS، وهو مزود أيضاً بصور بسيطة مرفقة قد تساعد المريض على التقدير الأكثر دقة لحالته.

يطلب من المريض استخدام الغسول الفموي وفقاً للمجموعة التي سينضم إليها، وذلك مدة يومين، وتكون قبل تناول الوجبات الرئيسة، وقبل النوم، وفي الزيارة الثانية تناقش حالة الألم مع المريض وفقاً للمدرج القياسي البصري، أي ما مدى قدرة هذا الغسول على تأمين راحة للمريض خلال اليوم وخاصة في أثناء تناول الطعام .

استخدم في البحث 4 أنواع من الغسولات الفموية وهي على النحو الآتي:

1- غسول فموي حاوي على مادة الفينول وهو متوفر تجارياً باسم Phenoseptic، صنع شركة آراك المحلية حلب- سورية (شكل 2).

شكل رقم (2) : الغسول الفموي الحاوي على الفينول ومتوافر تجارياً باسم Phenoseptic صنع شركة آراك المحلية

2- غسول فموي حاوي على البنزيد أمين 0.15%، وهو متوافر تجارياً باسم De-flam صنع شركة السعد المحلية حلب- سورية (شكل3) .

شكل رقم (3) : الغسول الفموي الحاوي على البنزيد أمين ومتوافر تجارياً باسم De-flam صنع شركة السعد المحلية

3- غسول فموي حاوي على الديفين هيدرامين وهو من الأدوية المضادة للتحسس على شكل أنبولات معدة للحقن العضلي والوريدي (parke-Davis, Pfizer)، ولكن قد يستخدم موضعياً نظراً إلى فعاليته المسكنة القوية، ويتميز بطعمه المر والمزعج، لذلك يمزج مع كمية مكافئة من الحليب .

4- غسول فموي خامل Placebo مكون من الماء المقطر ومادة المينتول المنكهة تعطى للمجموعة الشاهدة بتركيز 0,3%، ليس لها أي تأثير دوائي[10] حضر كلية الصيدلة- جامعة دمشق.

الدراسة الإحصائية :

استخدم اختبار تحليل التباين ANOVA لدراسة وجود الفروق الإحصائية في أحد المتوسطات المدروسة على الأقل. واختبار Bonferroni لإجراء المقارنات الثنائية بين المتوسطات.

رابعاً – النتائج :

أولاً - وصف العينة :

تألفت عينة البحث من 60 مريضاً ومريضةً كانوا جميعهم مصابين بقرحة قلاعية ناكسة على باطن الشفة السفلية، وتراوحت أعمارهم بين 18 و31 عاماً، وكانت عينة البحث مقسمةً إلى أربع مجموعات متساوية وفقاً لنوع الغسول الفموي المستخدم (ديفين هيدرامين+ حليب، فينول، بنزيد أمين، المجموعة الشاهدة)، وقد كان توزع العينة وفقاً لنوع الغسول الفموي المستخدم والجنس والعمر كما يأتي:

1 – توزع عينة البحث وفقاً لنوع الغسول الفموي المستخدم:

جدول يبّين توزع عينة البحث وفقاً لجنس المريض ونوع الغسول الفموي، وقد ألف الذكور في البحث نسبة 48.3% والإناث 51.7%، وتحوي كل مجموعة 15 مريضاً.

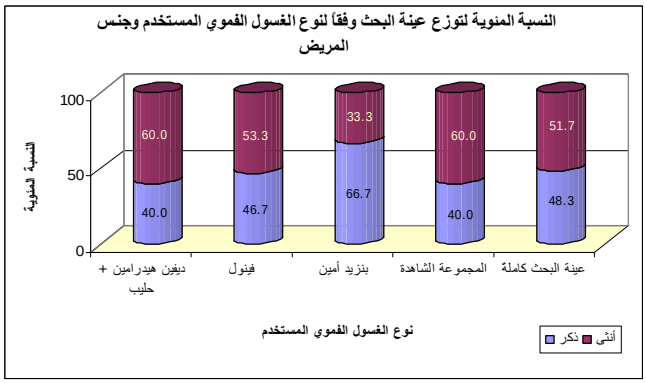
جدول رقم (1) يبّين توزع عينة البحث وفقاً لنوع الغسول الفموي المستخدم.

نوع الغسول الفموي المستخدم	عدد المرضى	النسبة المئوية
ديفين هيدرامين + حليب	15	25.0
فينول	15	25.0
بنزيد أمين	15	25.0
المجموعة الشاهدة	15	25.0
المجموع	60	100

- توزع عينة البحث وفقاً لنوع الغسول الفموي المستخدم وجنس المريض:

جدول رقم (2) يبّين توزع عينة البحث وفقاً لنوع الغسول الفموي المستخدم وجنس المريض.

نوع الغسول الفموي المستخدم	عدد المرضى			النسبة المئوية		
	ذكر	أنثى	المجموع	ذكر	أنثى	المجموع
ديفين هيدرامين + حليب	6	9	15	40.0	60.0	100
فينول	7	8	15	46.7	53.3	100
بنزيد أمين	10	5	15	66.7	33.3	100
المجموعة الشاهدة	6	9	15	40.0	60.0	100
عينة البحث كاملة	29	31	60	48.3	51.7	100

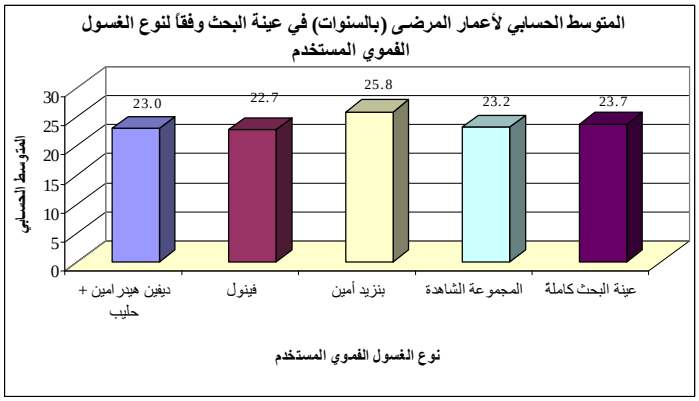


مخطط رقم (1) يمثل النسبة المئوية لتوزع عينة البحث وفقاً لنوع الغسول الفموي المستخدم وجنس المريض.

3 – المتوسط الحسابي لأعمار المرضى (بالسنوات) في عينة البحث وفقاً لنوع الغسول الفموي المستخدم:

جدول رقم (3) يبين الحد الأدنى والحد الأعلى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأعمار المرضى (بالسنوات) في عينة البحث وفقاً لنوع الغسول الفموي المستخدم.

نوع الغسول الفموي المستخدم	عدد المرضى	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ديفين هيدرامين + حليب	15	18	29	23.0	3.6
فينول	15	18	28	22.7	2.7
بنزيد أمين	15	18	30	25.8	3.5
المجموعة الشاهدة	15	18	31	23.2	4.0
عينة البحث كاملةً	60	18	31	23.7	3.6



مخطط رقم (2) يمثل المتوسط الحسابي لأعمار المرضى (بالسنوات) في عينة البحث وفقاً لنوع الغسول الفموي المستخدم.

ثانياً - الدراسة الإحصائية التحليلية :

قيس مقدار الألم بصرياً (VAS) لكل مريض ومريضة في عينة البحث ثم درس تأثير نوع الغسول الفموي المستخدم في مقدار الألم بصرياً، وكانت نتائج التحليل كما يأتي:

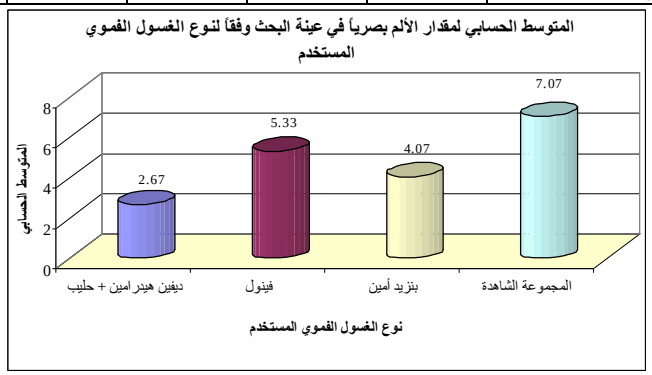
× دراسة تأثير نوع الغسول الفموي في مقدار الألم بصرياً في عينة البحث :

بلغ متوسط الألم في مجموعة الديفين هيدرامين 2.67 وفي مجموعة الفينول 5.33 و4.07 لعينة البنزيد أمين أجري اختبار تحليل التباين أحادي الجانب ANOVA لدراسة دلالة الفروق في متوسط مقدار الألم بصرياً بين المجموعات الأربع لنوع الغسول الفموي المدروسة (ديفين هيدرامين + حليب، فينول، بنزيد أمين، المجموعة الشاهدة) كما يأتي:

- **إحصاءات وصفية:**

جدول رقم (4) يبيّن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى لمقدار الألم بصرياً في عينة البحث وفقاً لنوع الغسول الفموي المستخدم.

المتغير المدروس	نوع الغسول الفموي المستخدم	عدد المرضى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الحد الأدنى	الحد الأعلى
مقدار الألم بصرياً	ديفين هيدرامين + حليب	15	2.67	0.98	0.25	1	4
	فينول	15	5.33	0.72	0.19	4	7
	بنزيد أمين	15	4.07	0.59	0.15	3	5
	المجموعة الشاهدة	15	7.07	0.80	0.21	6	8



مخطط رقم (3) يمثل المتوسط الحسابي لمقدار الألم بصرياً في عينة البحث وفقاً لنوع الغسول الفموي المستخدم.

- **نتائج اختبار تحليل التباين أحادي الجانب** ANOVA :

جدول رقم (5) يبين نتائج اختبار تحليل التباين ANOVA **لدراسة دلالة الفروق في متوسط مقدار الألم بصرياً بين المجموعات الأربع المدروسة لنوع الغسول الفموي المستخدم (ديفين هيدرامين + حليب، فينول، بنزيد أمين، المجموعة الشاهدة).**

المتغير المدروس		مجموع المربعات	درجات الحرية	تقدير التباين	F	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مقدار الألم بصرياً	بين المجموعات	**157.65**	**3**	**52.55**	**85.216**	**0.000**	توجد فروق دالة
	داخل المجموعات	**34.53**	**56**	**0.62**			
	المجموع	**192.18**	**59**				

يُلاحظ في الجدول (5) أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05، أي أنَّه عند مستوى الثقة 95% يوجد على الأقل أحد متوسطات مقدار الألم بصرياً يختلف اختلافاً جوهرياً عن متوسط آخر في المجموعات الأربع المدروسة. ولمعرفة أي من المتوسطات يختلف عن الآخر أجريت المقارنة الثنائية وفق طريقة Bonferroni كما يأتي:

جدول رقم (6) يبين نتائج المقارنة الثنائية وفقاً لطريقة Bonferroni **لدراسة دلالة الفروق الثنائية في متوسط مقدار الألم بصرياً بين المجموعات الأربع المدروسة لنوع الغسول الفموي المستخدم في عينة البحث.**

المتغير المدروس	المجموعة **(I)**	المجموعة **(J)**	الفرق بين المتوسطين **(I-J)**	الخطأ المعياري	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مقدار الألم بصرياً	ديفين هيدرامين + حليب	فينول	-2.67	0.29	0.000	توجد فروق دالة
		بنزيد أمين	-1.40	0.29	0.000	توجد فروق دالة
		المجموعة الشاهدة	-4.40	0.29	0.000	توجد فروق دالة
	فينول	بنزيد أمين	1.27	0.29	0.000	توجد فروق دالة
		المجموعة الشاهدة	-1.73	0.29	0.000	توجد فروق دالة
	بنزيد أمين	المجموعة الشاهدة	-3.00	0.29	0.000	توجد فروق دالة

يبّين الجدول (6) أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05 بالنسبة إلى المقارنات الثنائية المدروسة جميعها، أي أنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ثنائية دالة إحصائياً في متوسط مقدار الألم بصرياً بين المجموعات الأربع المدروسة لنوع الغسول الفموي المستخدم في عينة البحث، وبدراسة الإشارة الجبرية للفروق بين المتوسطات نستنتج أن قيم مقدار الألم بصرياً في المجموعة الشاهدة كانت أكبر منها في باقي المجموعات المدروسة (ديفين هيدرامين + حليب، فينول، بنزيد أمين) ونستنتج أيضاً أن قيم مقدار الألم بصرياً في مجموعة الفينول كانت أكبر منها في كل من مجموعة الغسول الفموي (ديفين هيدرامين + حليب) ومجموعة الغسول الفموي (بنزيد أمين)، ونستنتج أن قيم مقدار الألم بصرياً في مجموعة الغسول الفموي (بنزيد أمين) كانت أكبر منها في مجموعة الغسول الفموي (ديفين هيدرامين + حليب) في عينة البحث.

خامساً – المناقشة:

طبقت في هذه الدراسة ثلاثة غسولات فموية مسكنة على ثلاث مجموعات لمقارنة الفعالية المسكنة للمستحضرات المتوافرة تجارياً، وبالطبع لن تقتصر المعالجة على المستحضرات المسكنة ولكنها عامل مساعد جداً إلى جانب الأدوية ذات الفعالية المعروفة كالكورتيكوستيروئيدات الموضعية التي تقلل زمن الشفاء وحجم الآفات إلى حد بعيد [11,12].

تتوافر في الأسواق المحلية المستحضرات الحاوية على مادة الفينول ومادة البنزيد أمين بشكل شائع، وهي من المواد المسكنة التي توصف بكثرة للمرضى الذين يعانون من الألم الناجم عن الآفات التقرحية في الحفرة الفموية.

تعدُّ مادة الديفين هيدرامين من الأدوية المضادة للهيستامين ذات الفعالية المسكنة القوية جداً، إذا ما استخدمت موضعياً على الأغشية المخاطية الفموية بعد مزجها بحجم مكافئ من الحليب أو أي مادة منكهة خاملة لتخفيف الطعم المر لهذا المستحضر[13] . وقد استخدمت هذه المادة في الدراسة الحالية لتقييم فعاليتها، ومقارنة هذه الفعالية بالمستحضرات المتوافرة التي قد لا تكون مرضية في تخفيف الألم وحدها.

وجدنا من خلال الدراسة الحالية أن محلول الديفين هيدرامين 0.5% مع كمية من الحليب قد أعطى نتائج مسكنة مرضية، وهو الأفضل من بين المستحضرات المدروسة على المدرج القياسي البصري VAS بعد تطبيقه مدة يومين قبل الوجبات الطعامية وقبل النوم، حيث كان متوسط شدة الألم 2.67 في حين كان 5.33 لدى مرضى مجموعة المعالجة بالفينول و4.07 لدى المرضى المعالجين بالبنزيد أمين.

المشكلة الأساسية في استخدام المضامض الفموية المسكنة أنها تعطي تأثيراً مريحاً مؤقتاً، ومن ثَمَّ يجب أن تستخدم طيلة مدة الإصابة حتى زوال القرحة، ولكنها متوافرة بسهولة وكثرة وللفئات العمرية جميعها، وسهلة التطبيق بخلاف المعالجات التي تعطي تأثيراً مزيلاً للألم تماماً مباشرة بعد التطبيق والمرتفعة الكلفة كالمعالجة بالليزر والذي وصلت فيه نسبة زوال الألم إلى 100% مباشرة بعد التطبيق في بعض الدراسات [14].

لم تتعرض الدراسات السابقة إلى المقارنة بين غسولات متعددة في تخفيف الألم، فقط لكنها درست عدة أشكال دوائية في معالجة القرحات لتخفيف الأعراض، وتقليل زمن الشفاء، وحجم القرحات وقد درس Binnie وزملاؤه عام 1997 المعالجة بـ Amlexanox 5% على شكل معجون فموي، ووجد زمنَ شفاء مقدراً بـ 1.6 يوماً وزوال الألم نهائياً بعد 1.3 يوماً دون قياس لشدة الألم، [15] في حين لم يدرس Khandwala وزملاؤه في العام نفسه مشعر الألم نهائياً بل ركزوا على زمن شفاء القرحة [16].

درس Kerr وآخرون عام 2003 تطبيقاً موضعياً لـ 50mg penicillin G ولم يدرس مشعر الألم، ولكنه استنتج تسارعاً في زمن الشفاء، [17] بينما وجد Alidaee وزملاؤه عام 2005 تناقصاً مهماً في مشعر الألم بنسبة 70% بعد يوم واحد من التطبيق الموضعي للصاقات نترات الفضة مباشرة على القرحة [18].

سادساً – الاستنتاجات :

كانت مادة الديفين هيدرامين المضادة للهيستامين ذات فعالية جيدة في تخفيف الألم المرافق للقرحات الفموية.

ووجدت هذه الدراسة إمكانية تطبيق مادة الديفين هيدرامين بشكل صيدلاني مقبول من قبل المرضى.

References

1- Brett JE, Michael CP, Joseph ED. Aphthous ulcers. Medicine Int from Web MD; June 2006.

2- Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: A consensus approach. J Am Dent Assoc 2003;134(2):200-207.

3- Wanda C, Angela C, Brad W. Common oral lesions: part 1. Superfacial mucosal lesions. AAFP2007;vol 75. No 4.

4- Scully C, Felix DH. Oral medicine: update for the dental practitioner. Aphthous and other common ulcers. Br Dent J 2005;199(5):259-264.

5- Miller MF ,Garfunkel AA ,Ram C ,Ship I . inheritance patterns in recurrent aphthous ulcers : twin and pedigree data . Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1977 ; 43 : 886-910 .

6- Philip J , Lewis R , Eversole George P. contemporary oral and maxillofacial pathology ,second edition 2004 ; 252-256.

7- Lewkowics N, Lewkowics P, Dzitko K, Kur B,Tarkowski M, Kurnatowska A , Tchorzewski H. Dysfunction of CD4+ CD25(high) T regulatory cells in patients with recurrent aphthous stomatitis . J Oral Pathol Med 2008 Mar 3[Epub ahead of print] .

8- Porter SR , Scully C . aphthous ulcers : (recurrent).Clin Evid 2005 ;13 :380-381 .

9- Gonzalez-Moles MA ,Scully C . vesiculo-erosive oral mucosal diseases , management with topical corticosteroids : (1) fundamental principles and specific agents available . J Dent Res 2005 ; 84(4) :294-301.

10- Raymond C Rowe ,Paul J Sheskey and Sian C Owen. Handbook of pharmaceutical excipients. Fifth edition 2006 : 459-461.

11- Lozada-Nur F, Miranda C , Maliksi R. double- blind clinical trial of 0.05% clobetasol propionate ointment in orabase and 0.05% fluocinonide ointment in orabase in the treatment of patients with oral vesiculo-erosive diseases .Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1994;77:598-604 .

12- Muzio LO,Della valle A, Mignogna M ,Pannone G ,Bucci P, Bucci E , Sciubba J . The treatment of oral aphthous ulceration or erosive lichen planus with topical clobetasol propionate in three preparations : a clinical and pilot study on 54 patients . J Oral Pathol Med 2001 ; 30(10) :611 – 617 .

13- Greenberg MS. Ulcerative, vesicular, and bullous lesions. (In), Greenberg MS, Glick M. *Burket's Oral Medicine Diagnosis & Treatment*, BC Decker Inc, 10th Edition 2003;50-84.

14- Senda A, Gomi A, Tani T,Yoshino H, Hora G,Yamaguchi M, Matsumoto T, Narita T, Hasegawa J. A clinical study on soft laser 632 Helium-Neon low energy medical laser ,the effects in reliving pain after irradiation .Aichi Gakuin J .Dent Sci 1985; 23(4) :773-780 .

15- Binnie WB, Curro FA, Khandwala A and Van Inwegen RG. Amlexanox oral paste: a novel treatment that accelerates the healing of aphthous ulcers. Compendium 1997:1116-25.

16- Khandwala A, Van Inwegen RG and Alfano MC. 5% amlexanox oral paste, a new treatment for recurrent minor aphthous ulcers. Oral Medicine 1997; 83(2):222-30.

17- Ross Kerr A, Drexel, CA and Spielman AI. The efficacy and safety of 50mg penicillin G potassium troches for recurrent aphthous ulcers. Oral Medicine 2003; 96(6):685-94.

18- Alidaee MR, Taheri A, Mansoori P and Ghodsi SZ Silver nitrate cautery in aphthous stomatitis: a randomized controlled trial. Brit J Dermatl 2005;153:521-525.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/4/12.

تاريخ قبوله للنشر 2010/8/24.