مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی شهید صدوقی یزد
دوره شانزدهم ، شماره چهارم ، زمستان ۱۳۸۷، صفحات ۹-۳

بررسی اثر کورتیکواستروئیدها در درمان روتین آبسه پری تونسیلر

دکتر سیدعباس میروکیلی[۱]، دکتر محمدباقر اولیاء[۲]، دکتر سعید عتیقه چی*[۳]، دکتر سوره علاف اکبری[٤]

چکیده

مقدمه: درمان آبسه پری‌تونسیلر به عنوان یک عفونت شایع در سر و گردن در بسیاری از جنبه‌ها، به خصوص استفاده از کورتیکواستروئیدها مورد بحث و اختلاف نظر است. در بررسی متون، استفاده از کورتیکواستروئیدها در درمان این آبسه رو به افزایش است و اثرات مفیدی از آن ذکر شده است. ولی مطالعه‌هایی که به صورت مقایسه‌ای و کنترل شده این اثر را مورد بررسی قرار داده‌اند کافی به نظر نمی‌رسد. این مطالعه اثرات کورتیکواستروئید در درمان جانبی آبسه پری‌تونسیلر به صورت کارآزمایی بالینی بررسی شده است.

روش بررسی: این مطالعه کار آزمایی بالینی روی ۵۰ بیمار در دو گروه استروئید و پلاسبو انجام شد. همه بیماران بستری شده و آنتی‌بیوتیک دریافت کردند و تخلیه آبسه به روش یکسانی انجام شد گروهها فقط از نظر دریافت استروئید یا پلاسبو با هم متفاوت بودند. اطلاعات جمع‌آوری شده شامل مشخصات، علایم و سیر بیماری و عوارض، در پرسشنامه تهیه شده برای هر بیمار تکمیل شد و با استفاده از نرم افزار SPSS و تست‌های آماری T- test, Chi-Square آنالیز شد.

نتایج: درصد قطع تب در ۱۲ ساعت بعد از شروع درمان و متوسط زمان توانایی بلع غیر دردناک در دو گروه استروئید و پلاسبو ۱۰۰٪ در مقابل ۸۴٪ و ۹ ساعت در مقابل ۱۵ساعت بود(P=۰/۰۴). درصد میزان بهبودی تریسموس در زمان‌های مختلف برای گروه استروئید بیشتر و تعداد روزهای بستری ۳ روز برای گروه استروئید در مقابل ۴ روز برای گروه پلاسبو بود(P>۰/۰۵). عوارض در گروه استروئید کمتر و عود آبسه پری‌تونسیلر یک مورد در گروه استروئید در مقایسه با ۵ مورد در گروه پلاسبو بود(P=۰/۰۹).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد استفاده از کورتیکواستروئید در درمان جانبی آبسه پری تونسیلر مؤثر و بدون عارضه مهمی باشد. بنابراین براساس این مطالعه استفاده از کورتیکواستروئید در درمان جانبی آبسه پری‌تونسیلر می‌تواند به طور اساسی مد نظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: آبسه پری تونسیلر،کورتیکواستروئید، دگزامتازون

مقدمه

آبسه پری تونسیلر هنوز یک عفونت شایع در سر و گردن تلقی می‌شود ولی در برخورد با آن، به خصوص نحوه درمان، اختلاف نظر وجود دارد و در مراکز مختلف، از درمانهای مختلفی استفاده می‌شود(۱،۲).

استفاده از استروئید در درمان آبسه پری تونسیلر رو به افزایش است ولی هنوز مدارک کافی در مورد استفاده از آن به عنوان درمان روتین آبسه پری‌تونسیلر وجود ندارد(۱). علت بیماری ناشناخته است. ولی تونسیلیت مزمن که درمان کافی نشده یا عفونت سطحی که در پل فوقانی وجود دارد عمقی شده و به شکل آبسه بین کپسول لوزه و بستر(عضلات لترال حلق) گسترش می‌یابد می‌تواند موجب این عارضه شود. یک مکانیسم دیگر بسته

۱- استادیار گروه گوش و حلق و بینی
۲- دانشیار گروه داخلی؛ روماتولوژیست
*۳-نویسنده مسئول: استادیار گروه گوش و حلق و بینی
تلفن: ۰۳۵۱-۸۲۲٤۰۰۱ ، نمابر: ۰۳۵۱-۸۲۲٤۱۰۰
Email: saeidatighechi@yahoo.com
٤- دستیار گروه گوش و حلق و بینی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی
تاریخ دریافت:۱۳۸۷/۲/۱٦ تاریخ پذیرش:۱۳۸۷/۵/۱۷

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-05-14]

شدن غدد Weber در پل فوقانی است که منجر به عفونت، نکروز و تشکیل آبسه می‌شود(۱،۳).

بروز آن در آمریکا ۴۵۰۰۰ مورد در سال و حداقل هزینه آن معادل ۱۵۰ میلیون دلار در سال برآورد شده است(۱).

بیماران دچار آبسه پری‌تونسیلر درد شدید یک طرفه گلو، تب، دیسفاژی و تریسموس دارند که به علت التهاب و ادم عضلات پتریگوئید و عضلات کنستریکتور حلق در مجاورت بستر لوزه است. دهیدراتاسیون پیش می‌آید و منجر به بستری می‌شود(۳).

درمان آنتی بیوتیک و تخلیه آبسه به روش‌های مختلف انجام می‌شود. از آن جمله تخلیه چرک با روش انسزیون و درناژ یا روش آسپیراسیون با سوزن ویا تونسیکلتومی می‌باشد.

در درمان آبسه پری‌تونسیلر علایم التهابی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند. در حالی که جزء مهمی از بیماری می‌باشد. استروئید داروی ضد التهابی قوی است که در درمان روتین آبسه پری‌تونسیلر کاربرد ندارد. در خصوص استفاده از استروئید در درمان آن مدارک کافی وجود ندارد و فقط Ozbek و همکاران به صورت کار آزمایی بالینی آن را مورد مطالعه قرار داده و استفاده از آن را مؤثر یافته است(۳). Ozbek و همکاران در یک مطالعه Randomized Clinical Trial به استفاده از استروئید در درمان PTA اقدام کردند. ۶۲ بیمار PTA را به دو گروه تقسیم کردند. درهر دو گروه آنتی‌بیوتیک وریدی تجویزشد و درناژ با آسپیراسیون با سوزن انجام گرفت و بیماران برای مشاهده علایم و ثبت آن بستری شدند. یک گروه متیل پردنیزولون به صورت دوز بولوس حداکثر تا2 250mg/kg(۳-۲) و گروه دیگر پلاسبو دریافت کردند. گلو درد، تب، تریسموس، روزهای بستری در دو گروه بررسی شد.

نتیجه کلی در گروه دریافت کننده استروئید بهتر از گروه پلاسبو بود. مثلاً در ۱۲ ساعت بعد از درمان ۷۰٪ بیماران گروه استروئید قادر به بلع مایعات بودند. در حالی که این روند در گروه پلاسیبو ۱۸٪ بود. در ۲۴ ساعت بعد از درمان ۸۶٪ قطع تب در گروه استروئید و ۲۸٪ در گروه پلاسبو داشتند که از نظر آماری معنی‌دار بود. به طور کل در این مقاله استفاده از استروئید را برای درمان PTA مؤثر دانسته و توصیه کرده است(۳).

استفاده از استروئید به عنوان درمان کمکی برای فارنژیت و تونسیلیت مؤثر گزارش شده و در سال‌های اخیر پذیرش بیشتری داشته است. استفاده از استروئید در درمان PTA کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. ولی به نظر می‌رسد که در حال افزایش است(۴). ۲۰ سال قبل Lamkin و Port اثر برجسته سینرژی AB و استروئید را در درمان عفونت‌های مختلف سر و گردن توضیح دادند و ۱۰ سال بعد از آن را برای اولین بار در درمان PTA با دوز بالا همراه با آنتی‌بیوتیک (AB) استفاده کردند(۵).

در دو مطالعه دیگر که به صورت مروری انجام شد (مطالعه Johnson و همکاران در سال ۲۰۰۵ و مقاله Ninfa در سال ۲۰۰۷) در خصوص استفاده از استروئید در درمان PTA تنها به مطالعه Ozbek استناد کردند(۱،۲).

در مطالعه Millar و همکاران در سال ۲۰۰۷ استفاده از استروئید بدون فایده واضح یا بدون نتایج بد ذکر شده است(۶).

در مطالعه Obrien و همکاران تک دوز دگزا متازون به صورت عضلانی در درمان فارنژیت شدید در بهبود درد تأثیر بسزایی داشته است(۷) .

در مطالعه Hanna و همکاران با وجود اینکه در مطالعه‌های قبلی از فاکتورهای ایجاد کننده PTA مونونوکلئوز عفونی بوده است ولی در این مطالعه استفاده از استروئید را در بیماران IM منع نکرده و توصیه به استفاده از استروئید در این بیماران کرده است(۸).

در بعضی مطالعه‌ها مثل مطالعه Palomar Asenjov و همکاران، Port و Lamkin (که به صورت درمان سرپایی بوده) و همچنین Herzon و Martin(۵،۹،۱۰) استفاده از استروئید را جز پروتکل درمانی خود قرار دادند ولی گروه کنترل نداشتند. در مطالعه Lamkin دوز بالای استروئید برای ۱۰ روز و Out patient استفاده شده است.

در بعضی از مطالعه‌ها در پروتکل درمانی PTA استفاده از استروئید را قرار نداده‌اند که توصیه به درمان Out patient بیماران داشتند(۱۱،۱۲).

در مطالعه Edinger و همکاران استفاده از استروئید قبل از تشخیص را یک فاکتور در اشتباه تشخیص دادن یا ندادن به علت

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-05-14]

از بین بردن علایم معرفی کرده است(۱۳).

استفاده از استروییدها به شکل دگزامتازون در حیطه ENT به عنوان ضد التهاب کاربرد رایجی دارد مثل فارنژیت حاد، اپی‌گلوتیت، التهاب سر و گردن بعد از عمل جراحی، بعد از عمل تونسیکلتومی و آبسه‌های سر و گردن (۳،۷،۱۴،۱۰). دراین مطالعه اثر دگزامتازون وریدی در درمان آبسه پری تونسیلر به صورت کار آزمایی بالینی مورد بررسی قرار گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه تحلیلی از نوع کار آزمایی بالینی و به روش آینده‌نگر بود. مطالعه به صورت دو سوکور انجام شد. مشاهده‌گر و بیمار هر دو از نوع دارو بی اطلاع بودند. حجم نمونه بر اساس تعداد بیماران آبسه پری تونسیلر بستری شده در بیمارستان شهید صدوقی یزد، از مهر ۱۳۸۴ تا آذر ۱۳۸۶ در طول مدت مطالعه به ۵۰ بیمار رسید.که به صورت راندوم به ۲ گروه استروِیید و پلاسبو تقسیم شد. حجم نمونه مطالعه به علت تعداد کم بیماران بستری شده در مدت مطالعه کمتر از حجم نمونه واقعی ولی مشابه با مطالعه استناد شده بود. اولین بیمار به طور شانس ۵۰٪ قرعه کشی وارد گروه استروییید شد و بیمار بعدی وارد گروه پلاسیبو شد و بقیه بیماران یکی در میان وارد گروه استروییید و پلاسیبوشدند. بیماران کاملاً به صورت راندوم و اتفاقی یکی در میان وارد گروه استروئید و پلاسبو و در هر گروه ۲۵ بیمار وارد شدند.

کودکان زیر ۱۶ سال، بیماران با نقص ایمنی و کسانی که به پنی‌سیلین حساسیت داشند از مطالعه خارج شدند. همه بیماران تحت درمان با آنتی‌بیوتیک (پنی‌سیلین و مترونیدازول وریدی)، هیدراتاسیون و تخلیه آبسه به روش انسزیون و درناژ قرار گرفتند.

گروه استروئید ۸ mg دگزامتازون وریدی ۲ بار در روز به مدت ۴۸ ساعت و گروه پلاسبو با همان مقدار آب مقطر دریافت کردند.

برای هر بیمار یک پرسشنامه پر شد و اطلاعات سن، جنس، تعداد روزهای علامت‌دار قبل بستری، داروی مصرفی قبل از بستری، تب، تریسموس (فاصله دندانهای ثنایای فوقانی و تحتانی به سانتی‌متر) در زمان‌های ۰، ۶، ۱۲ و ۴۸ ثبت شد.

از بیماران خواسته شد زمانی را که قادر به بلعیدن و خوردن بدون درد بودند ثبت کنند و در نهایت تعداد روزهای بستری ثبت شد. بیماران در طول بستری از نظر عوارض مثل عود آبسه پری‌تونسیلر بعد از ۴۸ ساعت و گسترش عفونت به فضاهای مجاور، عوارض مربوط به استروئید مثل ایجاد آکنه، میوپاتی، مشکلات قلبی، تغییرات فشار خون، تغییرات سدیم و پتاسیم و قند خون مورد بررسی قرار گرفتند و در صورت مشاهده ثبت شدند. بیماران ۴۸ ساعت بعد از قطع علایم مرخص و ۷ روز بعد از ترخیص مجدد ویزیت شدند و در صورت بروز مشکل موارد ثبت شد.

این مطالعه توسط هیئت اخلاق پزشکی دانشگاه شهید صدوقی یزد تائید شده است.

اطلاعات بیماران وارد نرم افزار SPSS شد و با تست‌های آماری Chi – Square، T-test test آنالیز شدند.

نتایج

متوسط سن بیماران در این مطالعه ۳۷±۲/۳ سال بود (۷۷-۱۷سال) نسبت بیماری مرد به زن ۳/۲ به ۱ و میانگین تعداد روزهای علامت‌دار قبل از بیماری ۴ روز بود. دو گروه از نظر توزیع سن، جنس و تعداد روزهای علامت‌دار تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند(P>۰/۰۵).

گروه استروئید برگشت سریع‌تری به دمای طبیعی بدن نسبت به گروه پلاسبو داشت. به طوری که ۱۰۰ درصد افراد در گروه استروئید بهبود تب را در ۱۲ ساعت اول بعد از شروع درمان داشتند در حالی که در گروه پلاسبو ۸۴ درصد بود(P=۰/۰۴) (نمودار و جدول۱).

بیماران از نظر توانایی خوردن، تفاوت آماری معنی‌دار داشتند ۹ ساعت در گروه استروئید در مقابل ۱۵ ساعت برای گروه پلاسبو (P=۰/۰۴)(جدول ۳). ۱۰۰ درصد افراد در ۲۴ ساعت قادر به خوردن بودند در حالی که در گروه پلاسبو در ۴۸ ساعت تمام افراد قادر به خوردن بدون درد بودند.

از نظر بهبود تریسموس، درصدهای میانگین فاصله دندان‌های ثنایای فوقانی و تحتانی در گروه استروئید بیشتر از گروه پلاسبو بود ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۲) (نمودار و جدول۲).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-05-14]

بیماران گروه استروئید یک روز زودتر از گروه پلاسبو مرخص شدند، ۳ روز در مقابل ۴ روز، که از نظر آماری معنی‌دار نبود(P =۰/۰۷)(جدول ۴).

از نظر مقایسه عوارض در گروه استروئید عارضه کمتری نسبت به گروه پلاسبو دیده شد(۴٪ در مقابل ۲۴٪) .

عود آبسه پری تونسیلر بعد از ۴۸ ساعت در گروه پلاسبو بیشتر از گروه استروئید بود. ۵ مورد درگروه پلاسبو در مقابل ۱ مورد در گروه استروئید، ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود(P=۰/۰۹).

گسترش آبسه پری تونسیلربه فضای پارافارنکس یک مورد در گروه پلاسبو دیده شد ولی در گروه استروئید دیده نشد.

از نظر عوارض مربوط به کورتیکواستروئید از جمله آکنه، میوپاتی، آریتمی قلبی، افزایش فشارخون و قند خون، تغییرات سدیم، پتاسیم و ... دردو گروه عارضه‌ای مشاهده نشد. در روز هفتم معاینه، در دو گروه مشکل یا عارضه‌ای مشاهده نشد(صفر درصد).

جدول ۱ : توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه که بعداز شروع درمان دمای بدنشان به حالت نرمال برگشته در زمانهای مختلف

زمان (ساعت) / گروه	۶	۱۲	۴۸
دریافت کننده استروئید	۲۳	۲۵	۲۵
دریافت کننده پلاسبو	۲۱	۲۱	۲۵

این جدول حاکی از آنست که برگشت به دمای طبیعی بدن در گروه استروئید سریعتر از گروه پلاسبو می‌باشد.

در ساعت ۱۲ تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر برطرف شدن تب وجود دارد.

P= ۰/۰۴ Chi-Square Test

جدول ۲ : درصد توزیع فراوانی میانگین میزان بهبودی تریسموس (فاصله باز شدن بین دندانهای ثنایای فوقانی و تحتانی) در دو گروه در زمانهای مختلف

زمان (ساعت) / گروه	۶	۱۲	۴۸
دریافت کننده استروئید	۳۰	۷۱	۸۶
دریافت کننده پلاسبو	۲۶	۵۹	۷۵

این جدول حاکی از آنست که میزان بهبودی تریسموس افراد تحت درمان با استروئید نسبت به گروه پلاسبو بهتر بوده است ولی از نظر آماری معنی دار نبوده است.

P> ۰/۱ Chi-Square Test

جدول ۳ : توزیع فراوانی میانگین زمان توانایی افراد تحت مطالعه برای خوردن بدون درد برحسب گروه های مورد بررسی

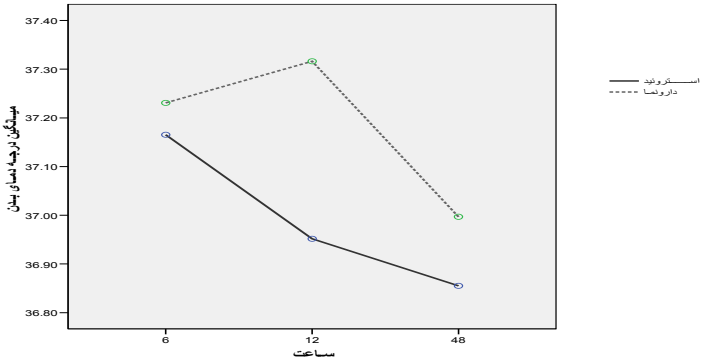
زمان خوردن بدون درد (ساعت) / گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
دریافت کننده استروئید	۹	۷	۲	۲۴
دریافت کننده پلاسیبو	۱۵	۱۳/۵	۳	۴۸

P= ۰/۰۴۶ (Independent Samples T-Test)

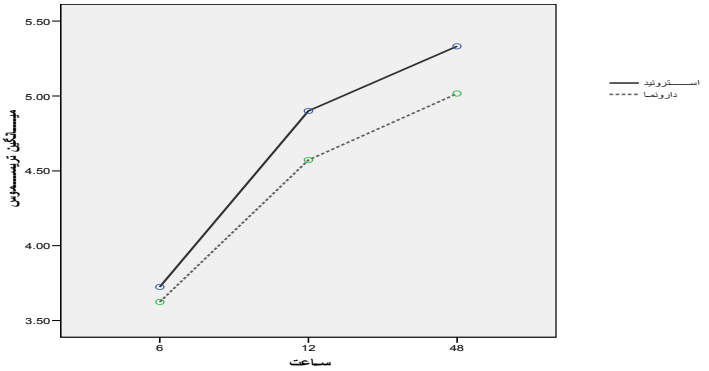
جدول ٤ : توزیع فراوانی تعداد روزهای بستری افراد تحت مطالعه برحسب گروه های مورد بررسی

تعداد روز بستری / گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
دریافت کننده استروئید	۳	۱	۲	۶
دریافت کننده پلاسیبو	۴	۱	۲	۷

P= ۰/۰۷ (Independent Samples T-Test)



نمودار ۱: سیر میانگین دمای بدن در سه زمان مختلف بعد از شروع درمان در دوگروه مورد مطالعه



نمودار ۲: نمودار سیر میانگین تریسموس در سه زمان مختلف بعد از شروع درمان در دوگروه مورد مطالعه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-05-14]

بحث

آبسه پری‌تونسیلر یک اورژانس ENT تلقی می‌شود و بلافاصله بعد از تشخیص باید به درمان آن اقدام شود. بیشترین بحث در نحوه درمان آن است. در درمان آن چند هدف وجود دارد: درمان آنتی‌بیوتیک مناسب و روش مناسب برای تخلیه آبسه(۱).

اما جزیی از بیماری که کمتر در درمان اولیه مورد توجه قرار می‌گیرد، التهاب بیماری است. بیماران به علت التهاب عضلات پتریگوئید و فارنکس که در مجاورت بستر لوزه قرار دارد درد شدید، دیسفاژی، ادینوفاژی، تریسموس و تب دارند به طوری که بیمار به علت درد شدید قادر به خوردن نیست و حتی نیاز به بستری شدن پیش می‌آید(۳).

کورتیکواستروئیدها به عنوان داروهای ضد التهاب قوی از سالها قبل در حیطه ENT استفاده می‌شود از آن جمله در فارنژیت حاد، اپی‌گلوتیت، جراحی فک و صورت و فلج بلز(۳،۱۴).

اولین بار Lamkin و Port آن را در درمان آبسه پری تونسیلر استفاده کردند(۵) Herzon و همکارش استروئید را در میان آبسه‌های سر و گردن مؤثر دانستند ولی گروه کنترل نداشتند(۱۰).

با وجود اینکه تمایل زیادی در استفاده از استروئید برای درمان آبسه پری تونسیلر وجود دارد ولی هنوز استفاده روتین آن در درمان آبسه پری‌تونسیلر جای سوال دارد و مدارک کافی در خصوص استفاده از آن وجود ندارد(۱). تنها مطالعه‌ای که به صورت Clinical trial به آن پرداخته است، مطالعه Ozbek و همکاران می‌باشد(۳) و بقیه مطالعه‌ها یا به آن استناد کرده‌اند یا گروه کنترل نداشته‌اند. این مطالعه با گروه کنترل و برای رسیدن به نقش و جایگاه استروئید در درمان آبسه پری تونسیلر انجام شد.

در این مطالعه متوسط سن بیماران ۳۷ سال بود که بین توزیع سنی ۲۰ تا ۴۰ سال که در بقیه مطالعه‌ها ذکر شده است(۱۵) قرار دارد. در مطالعه ما این بیماری در مردان بیشتر دیده شد در حالی که در اکثر مطالعه‌ها ارجحیت جنسی ذکر نشده است. ولی مطابق با یک مطالعه ژاپنی بود که ارجحیت با جنس مرد را ذکر کرده است(۱۶) این شاید به دلیل تشابه منطقه‌ای باشد. همچنین سیگار کشیدن و بهداشت بد دهان به عنوان فاکتورهای مساعد کننده ذکرشده‌اند(۱۰) که شاید در مردان بیشتر مطرح باشد.

در این مطالعه بیماران گروه استروئید بهبود علایم مثل تب، تریسموس، دیسفاژی، بهتر و سریع‌تر از گروه پلاسبو داشتند و ترخیص بیماران گروه استروئید هم سریع‌تر بود. این یافته‌ها مطابق با مطالعه Ozbek بود و تأثیر مثبت استروئید را نشان داد.

قطع تب در ساعت ۱۲و زمان توانایی بلع غیر دردناک از نظر آماری معنی‌دار بود. در حالی که در مطالعه Ozbek و همکاران تمام یافته‌ها معنی‌دار بودند. این ناهماهنگی در یافته ها می‌تواند به دلیل تفاوت در پروتکل درمانی ما با مطالعه Ozbek و همکاران یا شاید نوع استروئید باشد. مطالعه ما روش تخلیه آبسه انسزیون و درناژ بود و نوع استروئید دگزامتازون بود در حالی که در مطالعه ایشان روش تخلیه آبسه عمدتاً آسپراسیون با سوزن و نوع استروئید متیل پردنیزولون به شکل بولوس و تک دوزبود و دلیل دیگرشاید تعداد حجم نمونه کم مطالعه ما باشد.

از طرف دیگر بهبود علایم مثل تب، دیسفاژی و زمان ترخیص ما در گروه استروئید و پلاسبو در مقایسه با گروه Ozbek و همکاران سریع‌تر بود. یعنی در کل پروتکل درمانی ما تأثیر بهتری از پروتکل درمانی ایشان داشت. به عنوان مثال مطالعه ما ۱۰۰٪ قطع تب در ۱۲ ساعت در گروه استروئید داشتیم که در مطالعه Ozbek و همکاران ۶۰٪ بود و در گروه پلاسبو ۱۰۰٪ در ۴۸ ساعت برای مطالعه ما و ۵۰٪ برای مطالعه Ozbek و همکاران بود.

از نقاط قوت این مطالعه بررسی عوارض مربوط به کورتیکواستروئید بود. به طوری که علایمی مثل آکنه، میوپاتی، آریتمی قلبی بررسی شدند و تغییرات فشار خون ثبت شد. Na و k و FBS در روزهای اول و سوم بعد از شروع درمان چک شد. نه تنها در دو گروه عوارض مربوط به کورتیکواستروئید مشاهده نشد. بلکه عوارضی مثل عود آبسه بعد ا ز۴۸ ساعت بعد از شروع درمان و گسترش عفونت در گروه استروئید کمتر از پلاسبو بود(۴٪ درمقابل ۲۴٪).

کمتر بودن میزان عود آبسه در گروه استروئید شاید به این دلیل باشد که کورتیکواستروئید ها ترمیم محل زخم را به تأخیر

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-05-14]

می اندازند(۱۷،۱۸) و این تأخیر در ترمیم زخم شاید باعث باز ماندن طولانی‌تر محل انسزیون و درناژ آبسه شود.

بیماران در ویزیت روز هفتم مشکل خاصی نداشتند و دو گروه مثل هم بودند.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد استفاده از کورتیکواستروئید در درمان جانبی آبسه پری تونسیلر مؤثر و بدون عارضه مهمی باشد. بنابراین بر اساس این مطالعه استفاده از کورتیکواستروئید در درمان جانبی آبسه پری تونسیلر می‌تواند به طور اساسی مد نظر قرار بگیرد.

مشکلات طرح: از مشکلات طرح کم بودن تعداد بیماران بود با وجود تفاوت‌های بارز، بسیاری از یافته‌های ما در سطح اطمینان ۹۵٪ معنی‌دار نشد.

References

1- Johnson RF, Stewart MG. ***The contemporary approach to diagnosis and management of peritonsillar abscess.*** Curr opin otolaryngol Head Neck surg 2005; 13(3):157-60.

2- Ninfa M. ***Peritonsillar Abscess.*** eMedicine, Article last updated: may 16,2007.

3- Ozbek C, Aygenc E, Tuna EU. ***Use of steroids in the treatment of peritonsillar abscess***. J laryngol otol 2004;118 (6):439-42.

4- Berin JF, Meade JL, Falk JL. ***Dexamethasone as adjuvant therapy for severe acute pharyngitis***. Ann Emerg Med 1993;22(2):212–5.

5- Lamkin RH, Port J. ***An outpatient medical treatment protocol for peritonsilla abscess***. Ear Nose Throat J 2006; 85 (10):658-66

6- Millar KR, Johnson DW, Drummond D, Kellner JD. ***Suspected peritonsillar abscess in children.*** Pediat emerg care 2007;23(7):431-8.

7- Stewart R, Bill R, Ullah R, Mcconaghy P, Hall SJ. ***Dexamethasone reduce pain after tonsillectomy in adults.*** Clin otolaryngol allied sci 2002;5(27):321–6.

8- Hanna BC, McMullan R, Hall SJ. ***Corticosteroids and peritonsillar abscess formation in infectious mononucleosis.*** J Laryngo Otol 2004;118(6): 459-61.

9- Palomar Asenjo V, Borras perara M, Ruiz Guiner A, Palomar Gracia V. ***Peritonsillar infection: Out-patient management.*** An otorrinal Ibro Am 2006;33(4):399-407.

10- Herzon FS, Martin AD. ***Medical and surgical treatment of peritonsillar, retropharyngeal, and Para pharyngeal abscesses.*** curr Infect Dis Rep 2006;8 (3):196-202.

11- Maharaj D, Rajah V, Hemsley S. ***Management of peritonsillar abscess.*** J Laryngol otol 1991; 105(9):743–5.

12- Nwe TT, Singh B. ***Manegment of pain in peritonsillar abscess.*** J Laryngol otol 2000; 114(10): 765-7.

13- Edinger JT, Hilal EY, Dastur KJ. ***Bilateral peritonsillar abscess: a challenging diagnosis.*** Ear Nose Throat J 2007;86(3):162-3.

14- Baroso AB, Lima V, Guzzo GC, Moraes RA, Vasconcellos MC, Bezzera MM, et al. ***Efficacy and safety of combined piroxicam,dexamethasone, orphenadine, and cyano coblamin treatment in***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-05-14]

mandibular molar surgery. Braz J Med Biol Res.2006; (39):1241–7.

15- Steyer TE. ***Peritonsillar Abscess: Diagnosis and treatment.*** Am Fam Physician 2002;65(1):93-6.

16- Matsuda A, Tanaka H, Kanaya T, Kamata K, Hasegawa M. ***Peritonsillar abscess: a study of 724 cases in Japan.*** Ear Nose throat J 2002; 81(6), 384-9.

17- Sarchahi AA, Maimandi A, Tafti AK, Amani M. ***Effects of acetylcysteine and dexamethasone on experimental corneal wounds in rabbits.*** Ophthalmic Res 2008; 40(1):41-8.

18- Jalali M, Bayat A. ***Current use of steroids in management of abnormal raised skin scars.*** Surgeon 2007; 5(3):175-80.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-05-14]