Respiratory Distress Progress in Neonates Admitted to Neonatal Intensive Care Unit of Tishreen University Hospital

Dr. Adnan Dayoub*
Rand Slaiman**

(Received 26 / 6 / 2024. Accepted 9 / 7 / 2024)

□ ABSTRACT □

Background: Respiratory distress is one of the most common causes of admission in neonatal intensive care units, it has multiple morbidities and depletes human and medical resources and it is an important cause of mortality and long term sequelea.
Objective: Studying clinical progress of respiratory distress in neonates in neonatal intensive care unit in Tishreen university hospital.
Materials and Methods: An analytic prospective study, we studied clinical progress of all neonates admitted with respiratory distress when admitted or happened during hospitalisation in neonatal intensive care unit in Tishreen university hospital between June 2022 and June 2023.
We categorized the neonates by number of distress days, number of admission days, we studied the final diagnosis and the maternal history, we studied the complications and the final prognosis. We studied the relation between complications and final diagnosis and with prognosis.
We used IBM SPSS Statistics (Version 25) program to do
Statistics and analysis of results.
Results: The study included 268 neonates admitted to neonatal intensive care unit in Tishreen university hospital, respiratory distress prevalance was 45.7%, the most common cause of respiratory distress was neonatal sepsis 44%, complications occurred 34.2%, mortality rate was 22.4%.
Conclusion: Respiratory distress is an important cause of admission in neonatal intensive care unit and an important cause of complications and mortality so we have to study the clinical progress to limit morbidity and mortality.

Keywords: Respiratory distress, neonate, neonatal intensive care unit, outcome.

Copyright **:**Tishreen University journal-Syria, The authors retain the copyright under a CC BY-NC-SA 04

***Professor, Department of Pediatric,Faculty of Medicine , TishreenUniversity , Lattakia , Syria . adnan.dayoub@tishreen.edu.sy.**
****Postgraduate Student(Master) , Department of Pediatric , Faculty of Medicine , Tishreen University, Lattakia , Syria. rand.slaiman@tishreen.edu.sy.**

تطور حالات العسرة التنفسية لدى الولدان المقبولين في شعبة العناية المشددة الوليدية في مشفى تشرين الجامعي

د. عدنان ديوب*

رند سليمان**

(تاريخ الإيداع 26 / 6 / 2024. قبل للنشر في 9 / 7 / 2024)

□ ملخّص □

المقدمة: تعتبر العسرة التنفسية من أكثر استطبابات القبول في أقسام العناية بالخديج والوليد، وهي تملك إمراضية متنوعة وتشكل استنزافاً للموارد الطبية والبشرية وسبباً مهماً للوفاة والعقابيل طويلة الأمد. إن دراسة السير السريري ونتائج العسرة التنفسية يساهم في خفض الوفيات الناتجة عن حدوث هذه الحالة عند حديثي الولادة.

الهدف: دراسة السير السريري للعسرة التنفسية لدى الولدان في وحدة العناية المركزة للوليد في مشفى تشرين الجامعي.

طرق الدراسة: دراسة تحليلية مستقبلية، تم دراسة التطور السريري لجميع الولدان المقبولين بعسرة تنفسية عند القبول أو خلال فترة الاستشفاء في وحدة العناية المشددة للوليد في مشفى تشرين الجامعي خلال الفترة بين حزيران 2022 وحزيران 2023، تم تصنيف الولدان حسب عدد أيام الزلة وعدد أيام القبول، ودراسة التشخيص النهائي وسوابق الأم المرضية والتوليدية، تم مراقبة حدوث الاختلاطات والإنذار النهائي من حيث البقيا، تم دراسة علاقة التشخيص النهائي بحدوث الاختلاطات وبالإنذار النهائي من حيث البقيا.

النتائج : شملت الدراسة 268 وليداً من حديثي الولادة المقبولين في وحدة العناية المركزة للوليد في مشفى تشرين الجامعي، كانت نسبة انتشار العسرة التنفسية 45.7%، أشيع أسباب العسرة التنفسية هو إنتان الوليد بنسبة 44%، نسبة حدوث الاختلاطات 34.2%، نسبة الوفيات 22.4%

الخلاصة: العسرة التنفسية سبب هام للقبول في وحدة العناية المشددة للوليد وسبب هام للاختلاطات والوفيات لذلك يجب دراسة السريري لتقليل المراضة والوفيات.

الكلمات المفتاحية: عسرة تنفسية، وليد، وحدة العناية المركزة للوليد، نتائج.

حقوق النشر :مجلة جامعة تشرين- سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب الترخيص CC BY-NC-SA 04

* **أستاذ ، قسم الأطفال ، كلية الطب ، جامعة تشرين ، اللاذقية سورية.**

** **طالبة دراسات عليا ، قسم الأطفال ، كلية الطب ، جامعة تشرين ، اللاذقية ، سورية .**

مقدمة:

تعدّ قدرة الوليد على التأقلم مع الحياة خارج الرحم ذات أهمية بالغة في بقيا الوليد (1)، حيث تخضع كل أجهزة الجسم لتغيرات فيزيولوجية هامة عند الولادة، ولكن أهمها على الإطلاق هو تأقلم الرئتين والبدء بالعملية التنفسية خارج الرحم.

شكلت العسرة التنفسية لدى الوليد عالمياً أحد أشيع أسباب القبول في وحدات العناية الوليدية لدى كل من الولدان تامي الحمل والخدج، والتي قد تحتاج إلى فترات استشفاء قد تطول في بعض الحالات، بالإضافة إلى الرض النفسي الوالدي الذي يحدثه استشفاء الطفل عند الأهل، والتكلفة المادية العالية.

تشكل العسرة التنفسية لدى الوليد حالة إسعافية مسؤولة عن نسبة عالية من المراضة والوفيات لدى الولدان في الدول النامية، ويشكل الكشف الباكر عن أسبابها والبدء بالعلاج إحدى التحديات الكبرى لأطباء العناية الوليدية (4). يجب أن يهدف هذا التقييم البدئي للطفل المصاب بالعسرة التنفسية إلى تحديد الحالات المهددة للحياة والتي تحتاج إلى اتخاذ التدابير الفورية اللازمة لإنقاذ حياة الطفل.

يؤدي التأخير في تمييز التظاهرات السريرية وعلاج الأسباب المستبطنة للعسرة التنفسية الوليدية إلى عقابيل قصيرة وطويلة الأمد بما فيها الداء الرئوي المزمن، القصور التنفسي وحتى الوفاة.

أهمية البحث و أهدافه:

تعتبر العسرة التنفسية من أكثر استطبابات القبول في أقسام العناية بالخديج والوليد، وهي تملك إمراضية متنوعة، وتشكل استنزافاً للموارد الطبية والبشرية، وسبباً مهماً للوفاة أو العقابيل طويلة الأمد.

ونظراً لأرجحية حدوث هذه الحالة عند الولدان كان لابد من دراسة السير السريري ونتائج وإنذار العسرة التنفسية في ظروفنا بغية وضع مقترحات تهدف إلى خفض الوفيات الناتجة عن حدوث هذه الحالة عند حديثي الولادة.

أهداف البحث :

دراسة السير السريري للعسرة التنفسية لدى الولدان في وحدة العناية المركزة للوليد في مشفى تشرين الجامعي.

عينة البحث:

شملت عينة البحث 268 وليداً عسرة تنفسية عند القبول أو خلال فترة الاستشفاء في وحدة العناية المركزة للوليد في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية (حزيران 2022–حزيران 2023) والمحققين معايير الاشتمال في البحث.

تم استبعاد المرضى الذين تم تحويلهم إلى مشفى آخر.

طرائق البحث ومواده

- تم جمع معلومات مفصلة عن كل الولدان المشمولين بالدراسة من خلال استمارة تتضمن قصة الحمل والولادة.
- تم إجراء ما يلي لجميع الولدان:
- استجواب مفصل للأهل يتضمن القصة المرضية قبل الحمل.
- العمر الحملي، عمر بدء العسرة التنفسية، فحص سريري للطفل.
- بيانات الأم: العمر، الحالة بالنسبة للحمل (خروس/ ولود)، وجود إجهاضات، وفيات، الولادات الحية.

- وجود تألم جنيني، وجود العقي، طريقة الولادة، حمل وحيد أو متعدد.
- أية اختلاطات توليدية: نزف حول الولادة، تمزق باكر للأغشية الأمنيوسية، ما قبل الإرجاج، الإرجاج، وجود إنتان.

الدراسة الإحصائية :

تصميم الدراسة :

Analytic Study (Prospective)

1- **إحصاء وصفي Description Statistical**

متغيرات كميةquantitative بمقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت

متغيرات نوعية qualitative بالتكرارات والنسب المئوية.

2- **إحصاء استدلالي Inferential Statistical**

اختبار Chi-square لدراسة العلاقة بين المتغيرات النوعية.

تعتبر النتائج هامة احصائياً مع$p-value < 0.05$.

اعتماد البرنامج IBM SPSS statistics(Version20) لحساب المعاملات الاحصائية وتحليل النتائج.

النتائج والمناقشة

النتائج:

شملت عينة البحث 268 وليداً من حديثي الولادة المقبولين في وحدة العناية المركزة للوليد في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الزمنية من حزيران 2022 – حزيران 2023 بقصة تطور عسرة تنفسية والمحققين معايير الاشتمال في البحث من أصل 586 وليداً تم قبولهم في وحدة العناية المركزة للوليد في مستشفى تشرين.

وتراوحت الأعمار الحملية ما بين 27الى 40أسبوع حملي بمتوسط 2.7±36.46 أسبوع.

جدول (1) توزع عينة البحث حسب الجنس:

الجنس	العدد	النسبة
الذكور	174	64.9%
الإناث	94	35.1%
المجموع	268	100%

نلاحظ أن 64.9% من عينة البحث كانت من الذكور و 35.1% إناث مع Sex Ratio (M:F)= 1.8:1

جدول (2) توزع العينة حسب العمر الحملي:

الأعمار الحملية	العدد	النسبة
<28	7	2.6%
$28^{1/7}-30^{0/7}$	6	2.2%
$30^{1/7}-32^{0/7}$	9	3.3%
$32^{1/7}-34^{0/7}$	12	4.6%
$34^{1/7}-36^{0/7}$	50	18.6%

$36^{1/7}$–$38^{0/7}$	83	30.9%
>$38^{0/7}$	101	37.8%
المجموع	268	100%

نلاحظ من الجدول السابق أن 37.8% من عينة البحث المدروسة كانت ضمن الفئة الحملية >$38^{0/7}$ أسبوع و30.9% بالفئة من $38^{0/7}$–$36^{1/7}$ أسبوع

جدول توزع (3) عينة البحث حسب الوزن:

الوزن	العدد	النسبة
<1000	16	6%
1000–1499	11	4.1%
1500–2499	37	13.8%
2500–4000	202	75.4%
>4000	2	0.7%
المجموع	268	100%

نلاحظ من الجدول السابق أن 75.4% من عينة البحث المدروسة كانت ضمن الفئة الوزنية 4000–2500 غ

جدول توزع (4) عينة البحث حسب أبغار الدقيقة الخامسة:

أبغار الدقيقة الخامسة	العدد	النسبة
منخفض < 3	13	4.8%
متوسط 3 - 6	38	14.1%
جيد ≤ 7	217	81.1%
المجموع	268	100%

نلاحظ من الجدول السابق أن 81.1% من عينة البحث المدروسة كان أبغار الدقيقة الخامسة لها جيد ≤ 7

جدول (5) توزع عينة البحث حسب طريقة الولادة:

طريقة الولادة	العدد	النسبة
قيصرية انتخابية	193	72%
قيصرية إسعافية	64	23.9%
مهبلية	11	4.1%
المجموع	268	100%

نلاحظ من الجدول السابق أن 72% من عينة البحث المدروسة كانت بولادة قيصرية انتخابية تلاها القيصرية الإسعافية بنسبة 23.9% والمهبلية 4.1% .

جدول (6) توزع عينة البحث حسب السوابق المرضية والتوليدية لدى الأم:

سوابق مرضية وتوليدية لدى الأم	العدد	النسبة
انتان ثلث أول	4	1.5%
انتان ثلث ثاني	24	9%
انتان ثلث ثالث	130	48.5%
داء سكري	5	1.9%
الربو	1	0.4%
تمزق الأغشية	61	22.8%
نزف	15	5.6%
إرجاج	3	1.1%

نلاحظ من الجدول السابق أن 48.5% من عينة البحث المدروسة كان في سوابق الأم المرضية إنتان ثلث ثالث.

جدول (7) توزع عينة البحث حسب عدد أيام القبول:

عدد أيام القبول	العدد	النسبة
<3	73	27.2%
3-5	67	25%
>5	128	47%
المجموع	268	100%

نلاحظ من الجدول السابق أن 47% من عينة البحث المدروسة كانت مع عدد أيام قبول أكثر من 5 يوم كما وتراوحت عدد أيام القبول ما بين 1 الى 32يوم بمتوسط 6.8±7.38 يوم.

جدول (8) توزع عينة البحث حسب عدد أيام الزلة:

عدد أيام الزلة	العدد	النسبة
<3	115	42.9%
3-5	80	29.9%
>5	73	27.2%
المجموع	268	100%

نلاحظ من الجدول السابق أن 42.9% من عينة البحث المدروسة كانت مع عدد أيام زلة أقل من 3يوم كما وتراوحت عدد أيام الزلة ما بين 1 الى 28يوم بمتوسط 5.02±4.73 يوم.

جدول (9) توزع عينة البحث حسب الاختلاطات:

الاختلاطات	العدد	النسبة
قصور تنفسي	66	24.6%
ريح صدرية	22	8.2%
ريح منصفية	2	0.7%
نزف رئوي	2	0.7%

نلاحظ من الجدول السابق حدوث الاختلاطات لدى 34.2% من عينة البحث، 24.6% حدث لديها قصور تنفسي ، 8.2% ريح صدرية و0.7% لكل من الريح الصدرية والنزف الرئوي .

جدول (10) توزع عينة البحث حسب التشخيص النهائي علماً أنه قد يكون لدى الطفل أكثر من تشخيص:

التشخيص النهائي		العدد		النسبة	
انتان		118		44%	
باكر	متأخر	81	37	%68.7	%31.3
رئة رطبة		87		32.5%	
HMD		30		11%	
فرط توتر رئوي		19		7.1%	
اعتلال دماغي بنقص الأكسجة		8		2%	
تشوهات		27		10%	

نلاحظ من الجدول السابق أن 44% من عينة البحث المدروسة كان تشخيصها النهائي الانتان تلاها الرئة الرطبة بنسبة 32.5%.

جدول (11) توزع عينة البحث حسب الإنذار النهائي من حيث البقيا:

الإنذار النهائي	العدد	النسبة
بقيا	208	77.6%
وفاة	60	22.4%

نلاحظ من الجدول السابق أن الوفاة حدثت لدى 22.4% من عينة البحث المدروسة .

جدول (12) العلاقة ما بين الحاجة للتهوية الآلية والتشخيص النهائي:

التشخيص النهائي	الحاجة للتهوية الآلية		P– value
	موجود(66)	غير موجود(202)	
انتان	23(34.8%)	95(47%)	0.08

رئة رطبة	2(3%)	85(42.1%)	0.0001
فرط توتر رئوي	9(13.6%)	10(5%)	0.01
اعتلال دماغي بنقص الأكسجة	7(10.6%)	1(0.5%)	0.0001
HMD II	1(1.5%)	2(1%)	0.7
HMD III	2(3%)	0(0%)	0.01
HMD IV	25(37.9%)	0(0%)	0.0001

نلاحظ وجود فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين الحاجة للتهوية الآلية وتشخيص كل من اعتلال الدماغ بنقص الأكسجة، HMD III و HMD IV حيث كانت الحاجة للتهوية الآلية أعلى في كل منها، وكذلك بين الحاجة للتهوية الآلية وتشخيص الرئة الرطبة حيث كانت أقل.

جدول (13) العلاقة ما بين الإنذار النهائي من حيث البقيا والتشخيص النهائي:

التشخيص النهائي	الإنذار النهائي من حيث البقيا		P– value
	الوفاة(60)	بقيا(208)	
انتان	20(33.3%)	98(47.8%)	0.04
رئة رطبة	2(3.3%)	88(41.5%)	0.0001
فرط توتر رئوي	7(11.7%)	12(5.9%)	0.2
اعتلال دماغي بنقص الأكسجة	6(10%)	2(1%)	0.001
HMD II	0(0%)	3(1.5%)	0.6
HMD III	2(3.3%)	0(0%)	0.03
HMD IV	25(41.7%)	0(0%)	0.0001

نلاحظ وجود فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين حدوث الوفاة وكلاً من حالات الاعتلال الدماغي بنقص الأكسجة ، HMD III وHMD IV ، وبالمقابل زيادة البقيا مع حالات الرئة الرطبة.

جدول (14) العلاقة ما بين عدد أيام الزلة والتشخيص النهائي:

التشخيص النهائي	عدد أيام الزلة			P– value
	<3 (87)	3 – 5 (63)	>5 (58)	
انتان	17(19.5%)	38(60.3%)	43(74.1%)	0.0001
رئة رطبة	66(75.9%)	17(27%)	2(3.4%)	0.0001
فرط توتر رئوي	0(0%)	3(4.8%)	9(15.5%)	0.0001
اعتلال دماغي لنقص الأكسجة	0(0%)	0(0%)	2(3.4%)	0.07
HMD II	0(0%)	0(0%)	3(5.2%)	0.02

نلاحظ وجود فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين عدد أيام الزلة والتشخيص النهائي حيث نجد أن عدد أيام الزلة يزداد مع الإنتان وكذلك الأمر بالنسبة لفرط التوتر الرئوي والاعتلال الدماغي لنقص الأكسجة و HMD II في حين أن الرئة الرطبة كانت على علاقة مع عدد أيام الزلة الأقل.

المناقشة:

شملت الدراسة الحالية 268 وليداً ممن حققوا معايير الاشتمال في البحث خلال الفترة الممتدة من شهر حزيران 2022–حزيران 2023 .

تم دراسة السير السريري للعسرة التنفسية لدى الولدان المقبولين في وحدة العناية المركزة للوليد، وتراوحت الأعمار الحملية ما بين 27الى 40أسبوع حملي بمتوسط 2.7±36.46 أسبوع، وتوزعت عينة الدراسة حسب الجنس بين الذكور (64.9%) والإناث (35.1%) ، وبلغت نسبة الولدان بالطريقة القيصرية الانتخابية (72%) وهي أعلى من نسبة الولدان بالطريقة الطبيعية إذ بلغت (4.1%)،وبلغت نسبة الولادة القيصرية الإسعافية نسبة (23.9%).

لوحظ أن 81.1% من عينة البحث المدروسة كان أبغار الدقيقة الخامسة لها جيد ≤ 7، كما بلغت نسبة الاختلاطات في عينة البحث 34.2% منها 24.6% قصور تنفسي مع الحاجة للتهوية الآلية.

تمت دراسة السوابق المرضية والتوليدية عند الأم في عينة البحث وكانت النسبة الأكبر 48.5% لديها إنتان ثلث ثالث، يليه تمزق الأغشية الباكر بنسبة 22.8%.

تم متابعة عدد أيام القبول وكانت انسبة الأكبر 47% مع عدد أيام قبول أكثر من 5 أيام وتراوحت عدد أيام القبول ما بين 1 الى 32يوم بمتوسط 6.8±7.38 يوم.

تمت متابعة أيام الزلة التنفسية وكانت نسبة 42.9% من عينة البحث المدروسة مع عدد أيام زلة أقل من 3يوم كما وتراوحت عدد أيام الزلة ما بين 1 الى 28يوم بمتوسط 5.02±4.73 يوم.

تم تصنيف الولدان في عينة البحث حسب التشخيص النهائي علماً أن الطفل قد يكون لديه أكثر من تشخيص وشكل الإنتان نسبة 44% من العينة يليه الرئة الرطبة بنسبة 32.5%.

بلغت نسبة البقيا في الدراسة 77.6% بينما حدثت الوفاة في 22.4% من عينة البحث.

تمت دراسة علاقة الحاجة للتهوية الآلية مع التشخيص النهائي ولوحظ وجود فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين الحاجة للتهوية الآلية وتشخيص كل من اعتلال الدماغ بنقص الأكسجة (Pv = 0.0001)، HMD III (Pv = 0.01) و HMD IV (Pv = 0.0001) حيث كانت الحاجة للتهوية الآلية أعلى في كل منها، وكذلك بين الحاجة للتهوية الآلية وتشخيص الرئة الرطبة (Pv = 0.0001) حيث كانت أقل.

تمت دراسة العلاقة بين الإنذار النهائي من حيث البقيا والتشخيص النهائي ولوحظ وجود فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين حدوث الوفاة وكلاً من حالات الاعتلال الدماغي بنقص الأكسجة (Pv = 0.001)، HMD III (Pv = 0.03) و HMD IV (Pv = 0.0001)، وبالمقابل زيادة البقيا مع حالات الرئة الرطبة (Pv = 0.0001).

تمت دراسة العلاقة بين عدد أيام الزلة والتشخيص النهائي في عينة لبحث وتبين وجود فروقات ذات دلالة إحصائية ما بين عدد أيام الزلة والتشخيص النهائي حيث نجد أن عدد أيام الزلة يزداد مع الإنتان (Pv = 0.0001)، ،وكذلك الأمر بالنسبة لفرط التوتر الرئوي (Pv = 0.0001) والاعتلال الدماغي بنقص الأكسجة (Pv = 0.07) و HMD II Pv = (0.02) في حين أن الرئة الرطبة كانت على علاقة مع عدد أيام الزلة الأقل (Pv = 0.0001).

مقارنة مع الدراسات العالمية :

- في دراسة Abou Faddan وزملائها التي أجريت في مصر عام 2017 على 487 وليداً، كانت نسبة انتشار العسرة التنفسية الوليدية 52.9%، وفي دراسة Touchie وزملائه التي أجريت في الكاميرون عام 2015 على 703 ولیداً كانت النسبة 47.5%، وهذا يتقارب مع نسبة الانتشار في دراستنا حيث بلغت 45.7%. (Abou Faddan et al. 2017, Touchie et al. 2015)
- كان أشيع سبب لحدوث العسرة لتنفسية في دراسة Rubaltelli المجراة في إيطاليا عام 1998 هو داء الأغشية الهياليئية، بينما في دراسة Fedakar وزملائه المجراة في تركيا عام 2011 كان أشيع سبب هو الرئة الرطبة (Rubaltelli et al. 1998, Fedakar et al. 2011) وهذا يختلف عن دراستنا الحالية ربما بسبب زيادة الإنتان لدينا لسوء مراقبة الحوامل وارتفاع نسبة الإصابة بالعقديات في بلدنا حسب دراسة Kowati وزملائه المجراة في دمشق 2006 (Kowati et al. 2006).
- حدثت الاختلاطات في دراستنا بنسبة 34.2% منها 24.6% قصور تنفسي، وهذا مقارب لدراسة Abou Faddan التي شكل فيها القصور التنفسي نسبة 28.7%، ولم يُدرس غيره كاختلاط، أما في Rubaltelli فكانت نسبة الاختلاطات 28.8% شكل القصور التنفسي نسبة 12.7% منها، هذا الفارق ربما بسبب زيادة عدد الولدان الخدج في دراستنا كونها مجراة في مشفى جامعي يتم التحويل له من المشافي المحيطية.
- شكلت الوفيات 22.4% من عينة الدراسة وكان أشيع الأسباب الـ HMD بنسبة 45% وهذا يتقارب مع دراسة Abou Faddan حيث كانت نسبة الوفيات 30% شكل منها الـ HMD نسبة 65%، ربما بسبب عدم توفر السورفاكتانت، وكانت نسبة الوفيات في دراسةRubaltelli 28.8% ولم تدرس أشيع أسباب الوفيات، كما كانت نسبة الوفيات في دراسة Touchie 24.5% وأشيع سبب كان الإنتان بنسبة 42%، وقد فسرته الدراسة نفسها بعبء الإنتان الوليدي كسبب أول لوفيات الولدان في البلدان النامية كما صدر عن منظمة الصحة العالمية (The World Health Organisation Young Infant Study Group. 1999)

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات :

وجدت الدراسة الحالية أن نسبة انتشار للعسرة التنفسية مشابهة للنسب العالمية، وكان أشيع سبب لحدوثها هو الإنتان يليه الرئة الرطبة، وحدثت الاختلاطات بنسبة 34.2% والوفيات في 22.4% من الحالات.

التوصيات:

- إجراء دراسة على عينة أكبر تشمل جميع الولدان بشكاية عسرة تنفسية وليدية من عدة مراكز ذات مستويات متعددة، مما يعطي فكرة أكثر مصداقية عن سير العسرة التنفسية لدى الوليد في بلدنا.
- تطوير استراتيجيات تهدف لإنقاص العسرة التنفسية بين الولدان عن طريق العناية المناسبة قبل الولادة لتقليل الولادات الباكرة والإصابة بالإنتان والرئة الرطبة وتطوير الخدمات الصحية المقدمة في وحدة العناية المركزة للوليد.

Reference

1. Lorotte-Namouni S, Clamadieu C, Jarreau PH. Détresses respiratoires du nouveau-né (en dehors des malformations et des maladies génétiques ou constitutionnelles). EMC-Pédiatrie. 2004 May 1;1(2):152-70.
2. Hibbard JU, Wilkins I, Sun L, Gregory K, Haberman S, Hoffman M, Kominiarek MA, Reddy U, Bailit J, Branch DW, Burkman R. Respiratory morbidity in late preterm births. Jama. 2010 Jul 28;304(4):419-25.
3. Gomella TL, Cunningham M, Eyal F. Management, Procedures, on-call problems, diseases, and drugs. LANGE. 2009;7:65-70.
4. Helve O, Pitkanen OM, Andersson S, O'Brodovich H, Kirjavainen T, Otulakowski G. Low expression of human epithelial sodium channel in airway epithelium of preterm infants with respiratory distress. Pediatrics. 2004 May 1;113(5):1267-72.
5. Agrawal A, Awasthi S, Ghanghoriya P, Singh S. Study of current status of bacteriological prevalence and profile in an inborn unit of SNCU in central India. International Journal of Contemporary Pediatrics. 2018 May;5(3):764-9.
6. Singh M, Narang A, Bhakoo ON. Predictive perinatal score in the diagnosis of neonatal sepsis. Journal of Tropical Pediatrics. 1994 Dec 1;40(6):365-8.
7. ACoOa G. Executive Summary: Neonatal Encephalopathy and Neurologic Outcome. Obstetrics & Gynecology. 2014;123(4):896-901.
8. Hermansen CL, Lorah KN. Respiratory distress in the newborn. American family physician. 2007 Oct 1;76(7):987-94.
9. World Health Organisation – 14 March 2024. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality.
10. Pramanik AK, Rangaswamy N, Gates T. Neonatal respiratory distress: a practical approach to its diagnosis and management. Pediatric Clinics. 2015 Apr 1;62(2):453-69.
11. Swarnkar K, Swarnkar M. Neonatal respiratory distress in early neonatal period and its outcome. Int J Biomed Adv Res. 2015 Sep 8;6(9):643-7.
12. Warren JB, Anderson JM. Newborn respiratory disorders. Pediatrics in review. 2010 Dec 1;31(12):487-96.
13. Tochie JN, Choukem SP, Langmia RN, Barla E, Koki-Ndombo P. Neonatal respiratory distress in a reference neonatal unit in Cameroon: an analysis of prevalence, predictors, etiologies and outcomes. Pan African Medical Journal. 2016 Sep 16;24(1).
14. Abou-Faddan HH, Abdelaziz N. Respiratory Distress and Its Outcome among Neonates Admitted to Neonatal Intensive Care Unit of Assiut University Children Hospital, Egypt. Egypt The Egyptian Journal of Community Medicine. 2018 Apr;36(2).
15. Fedakar A, Aydoğdu C. Clinical features of neonates treated in the intensive care unit for respiratory distress. The Turkish journal of pediatrics. 2011 Apr 25;53(2):173-9.
16. Nisluchowska-Hodza A, Knota W, Zuba B, Ruci A, Czaciura-Jarno M, Jagielska A, Wojtowicz D, Kirach R, Dąbrowski K, Sidorowicz M, Skrzypulec-Plinta V. Retrospective study of the risk of respiratory distress syndrome in singleton pregnancies with premature rupture of membranes between 24+ 0 and 36+ 6 weeks of pregnancy using regression analysis for various factors. Obstetrics and gynecology: News. Opinions. Training. 2019(2 (24)):8-14.
17. Rubaltelli FF, Dani C, Reali MF, Bertini G, Wiechmann L, Tangucci M, Spagnolo A, Italian Group of Neonatal Pneumology. Acute neonatal respiratory distress in Italy: a one-year prospective study. Acta paediatrica. 1998 Dec;87(12):1261-8.
18. KH K. Epidemiology of group B streptococcus in pregnant women in Syria.
19. WHO Young Infants Study Group. Bacterial etiology of serious infections in young infants in developing countries: results of a multicenter study. The Pediatric infectious disease journal. 1999 Oct 1;18(10):S17-22.