

## دراسة مقارنة عملية لدور الكورتيكوستيروئيدات الجهازية في علاج التهاب القصيبات الشعرية

الدكتورة غزل ديب\*  
الدكتورة أمل الحكيم\*\*  
لينا منصور\*\*\*

(تاريخ الإيداع 2 / 3 / 2008. قُبِلَ للنشر في 21 / 4 / 2008)

### □ الملخص □

شملت الدراسة التي قمنا بها / 206 / رضيع من مجموع الأطفال الذين قبلوا في مشفى الأسد الجامعي، والذين تراوحت أعمارهم بين الشهر الثالث وعمر السنتين، كانوا مصابين بنوبة التهاب قصيبات شعرية لأول مرة. قسم هؤلاء الرضع إلى مجموعتين متساويتين: الأولى تم معالجتها بالكورتيكوستيروئيدات الجهازية وريدياً (الديكساميثازون) والموسعات القصيبية ارذاذاً (فنتولين)، أما الثانية فقد عولجت باستخدام الموسعات القصيبية ارذاذاً فقط. كانت نسبة الاستجابة للمعالجة في المجموعة الأولى (87.37%)، وفي المجموعة الثانية كانت النسبة (13.6%) فقط. وذلك بعد تقييم الرضع في اليوم الرابع من تطبيق المعالجة. في المجموعة الأولى تراوحت مدة الاستشفاء بين (3-5) أيام لدى (81.55%)، وبين (5-7) أيام لدى (10.67%)، وأكثر من أسبوع لدى (7.76%) فقط. أما في المجموعة الثانية فقد تراوحت مدة الاستشفاء بين (3-5) أيام لدى (12.62%) فقط، وبين (5-7) أيام لدى (47.57%) وهي النسبة العظمى، وأكثر من أسبوع لدى (39.81%)، وبذلك فإن مدة الاستشفاء كانت لدى المجموعة الثانية أطول من المجموعة الأولى.

**كلمات مفتاحية:** قصيبات، شعرية، كورتيكوستيروئيدات، رضع، موسعات، نوبة، استشفاء.

\* أستاذة مساعدة - قسم الأطفال - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

\*\*مدرسة - قسم الأطفال - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

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

## A Comparative Clinical Study of the Role of Systemic Corticosteroid in the Treatment of Bronchitis

Dr. Ghazal Dib\*  
Dr. Amal Al-Hakeem\*\*  
Lina Mansour\*\*\*

(Received 2 / 3 / 2008. Accepted 21/4/2008)

### □ ABSTRACT □

The study included /206/ infants of the admitted children to AL-ASAAD Teaching Hospital whose ages ranged between 3 months and 2 years and suffered from the first episode of bronchitis. Those children were divided into two equal groups: the first was treated by systemic corticosteroid and inhaled bronchodilators, while the second was treated only by inhaling bronchodilators. The average response to treatment in the first group was (87.37%), while the average response treatment in the second was only (13.6%). The period of hospitalization was /3-5/ days (81.55%), and /5-7/ days (10.67%), and more than a week for (7.76%) in the first group, while the period of hospitalization was /3-5/ days for (12.62%), and /5-7/ days for (47.57%), and more than a week for (39.81%).

**Keywords:** bronchitis, corticosteroid, infant, hospitalization, episode, dilators.

---

\* Associate Professor, Pediatrics Department, Faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*Assistant Professor, Pediatrics Department, Faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*\* Postgraduate student, Pediatrics Department, Faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**مقدمة:**

يعتبر مرض التهاب القصيبات الشعيرية من أشيع الأمراض التنفسية الحادة في مرحلة الرضاعة عالمياً، حيث تبلغ نسبة الإصابة 21% من الرضع بعمر أقل من سنتين [1]، وتتراوح نسبة الاستشفاء بين (6-10%) من هؤلاء الرضع المصابين من مجموع الأطفال المقبولين في المشافي [2]، كما أن نسبة الإصابة أكبر لدى الرضع الذكور بين أعمار (2-6) أشهر، الذين لم يتغذوا من حليب أمهاتهم، والذين يعيشون في المناطق المزدحمة [3]، وكذلك فإن نسبة الإصابة لدى رضع الأمهات المدخنات أكبر من الرضع لأمهات غير مدخنات [4].

وكما هو معروف فإن الفيروس المخلوي التنفسي (RSV) هو العامل الأكثر شيوعاً، والمعزول بنسبة (75%) من الأطفال الأصغر من عمر السنتين والذين قبلوا في المشفى من أجل التهاب قصيبات شعيرية [5]، وهذه النسبة تصل إلى (80-100%) في فصل الشتاء. أما بقية الحالات فمعظمها ينجم عن الإصابة بفيروسات تنفسية أخرى أهمها: الأدينو فيروس، والانفلونزا، وبارا انفلونزا نمط 3 المسؤولة عن معظم الحالات في فصل الربيع [6] ولا يوجد دليل صريح حتى الآن على أن الجراثيم والكلاميديا والميكوبلازما تسبب التهاب قصيبات شعيرية حاد [7].

كما يعتبر التهاب القصيبات الشعيرية أشيع الأمراض التنفسية في قطرنا ولاسيما في المنطقة الساحلية، ويترتب على ذلك أعباء اقتصادية - اجتماعية، ونفسية على الأهل، كما يسهم بشكل أساسي في نسبة المراضة والوفيات عند الأطفال الذين لديهم: أمراض قلبية - رئوية، والمتضمنة: عسرة تصنع رئوي قصبي - الداء الليفي الكيسي - وأمراض القلب الخلقية.

من هنا تأتي أهمية معالجة هذا المرض واختيار الطرق العلاجية المناسبة التي يمكن أن تخفف من شدة الأعراض وتنفص من مدة الاستشفاء، لذا برزت أهمية التركيز على العلاج والبحث عن السبل الممكنة لتحقيق هذه الأهداف المرجوة.

ورغم أن معظم الأطفال المصابين بالتهاب القصيبات الشعيرية يمكن تدبيرهم كمرضى خارجيين دون تردد [8]، إلا أن الاستشفاء مطلوب لدى الأطفال من هم بعمر دون الشهرين والأطفال ذوي الحالات الشديدة، كالرضع الذين لديهم نقص اكسجة مرافق للأعراض، أو نوب توقف تنفس أثناء الاستشفاء، أو مرض قلبي أو رئوي مرافق [9].

وتتضمن المعالجة بشكل أساسي الإجراءات الداعمة المتضمنة: وضع الرضيع في جو من الأوكسجين البارد الرطب، أو تزويده بالأوكسجين عبر سباب انفي أو قناع وجهي، بحيث يتم المحافظة على درجة إشباع بين (94-96%) [10]، وتخفيض المقدار المفقود غير المحسوس من الماء بسبب الزلة التنفسية، ومن ثم تأخير بدء تعب عضلات التنفس والسماح للمعالجات الأخرى بالعمل [11]. بالإضافة لوضع الطفل بوضعية ميلان (30-40) درجة، مع إعطاء السوائل الوريدية عند الحاجة فقط لتجنب فرط الحمل أو الوذمة الرئوية [12].

كما أن العلاج بالموسعات القصيبية ينقص من مقوية العضلات في الطرق التنفسية الكبيرة والصغيرة، وبالتالي يحسن من التهوية الرئوية [13]. وقد تم دراسة فعالية مقويات بيتا الأدرينالية الانتقائية كعلاج آمن وفعال في علاج مرضى التهاب القصبات الشعيرية.

وعلى الرغم من التأكد من فائدة استعمال الكورتيكوستيرويدات القشرية في إراحة المرضى المصابين بالربو، إلا أن دورها في الإلتان التنفسي السفلي المترافق مع الوزيز (التهاب القصيبات الشعيرية) مازال موضع جدل، خاصة لدى الرضع المصابين بنوبة التهاب قصيبات شعيرية لأول مرة [14].

وفي مقالة نشرت عام 1997 [15] تم فيها مراجعة الدراسات حول دور الستيروئيدات القشرية في التهاب القصبيات الشعرية، أظهرت انخفاضاً واضحاً في فترة المعالجة بالأوكسجين (25 ساعة مقابل 40 ساعة) ومدة الاستشفاء أقل (4.4 يوم مقابل 7 أيام) ، لكنهما لم تظهر تأثيراً للستيروئيدات القشرية الجهازية على السير الطبيعي لالتهاب القصبيات الشعرية [16] .

كما أن دراسات أخرى أظهرت أن استخدام الديكساميثازون الفموي لدى الرضع الذين لديهم مرض متوسط إلى شديد قد استفادوا خاصة عند استخدامه باكراً .

### أهمية البحث وأهدافه:

نظراً لشبوع مرض التهاب القصبيات الشعرية لدى الرضع دون عمر السنتين والى أعبائه على المجتمع من النواحي الاقتصادية والاجتماعية والنفسية ،ونظراً لصغر عمر الأطفال المصابين بهذا المرض ،ولأهمية المعالجة في إنقاص مدة وشدة الأعراض وتقصير مدة الاستشفاء ،كانت أهمية بحثنا في تحديد العلاقة بين استخدام الكورتيكوستيروئيدات الجهازية وبين تحسن الأعراض وإنقاص مدة الاستشفاء لدى مرضى التهاب القصبيات الشعرية . يهدف البحث إلى دراسة الرضع بعمر  $> 2$  سنة والمصابين بنوبة التهاب قصبيات شعرية لأول مرة لتبيان دور الكورتيكوستيروئيدات الجهازية في تخفيف شدة الأعراض وإنقاص مدة الاستشفاء.

### طريقة البحث ومواده:

شملت الدراسة /206/ رضيع تراوحت أعمارهم بين 3 أشهر والسنتين، مصابين بنوبة التهاب قصبيات شعرية لأول مرة ومقبولين في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية من عام 2004 حتى عام 2006 . وقد تم استثناء الرضع الذين كان لديهم نوب سابقة، أو أمراض قلبية أو رئوية خلقية، أو من كان لديه عوز مناعي خلقي أو مكتسب . تم تقسيم هؤلاء الرضع إلى مجموعتين متساويتين:

المجموعة الأولى :تم معالجتها باستخدام الستيروئيدات الجهازية (الديكساميثازون) حقناً وريدياً إضافة للموسعات القصبية (الفتنولين ) ارذاذاً .

المجموعة الثانية: عولجت فقط باستخدام الموسعات القصبية (الفتنولين ) ارذاذاً.

تم إعداد استمارة لكل رضيع تضمنت:

الاسم -العمر - الجنس -المجموعة

زمن بدء الأعراض قبل القبول -السوابق المرضية - السوابق العائلية

الأمراض المرافقة - نمط الرضاعة -القدرة على التغذية.

الفحص السريري: درجة الحرارة -الإشباع الاوكسجيني-النبض- الزرقعة - عدد مرات التنفس - الشحوب

علامات الشدة التنفسية - الإصغاء .

المراقبة السريرية: الاكسجة -عدد مرات التنفس - علامات الشدة التنفسية - عودة التغذية .

مدة الاستشفاء - صورة الصدر - الصادات الحيوية

مخبرياً: تعداد عام وصيغة - CRP رقمي

**النتائج العملية:**

بلغ عدد الرضع الذين شملتهم الدراسة /206/ رضيعٍ من الأطفال الذين تم قبولهم في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية من عام 2004 ولغاية عام 2006 ،والذين كانوا مصابين بنوبة التهاب قصبية شعيرية لأول مرة ،ممن تراوحت أعمارهم بين الشهر الثالث وعمر السنتين .

تم استبعاد جميع الرضع الذين كان لديهم أمراض قلبية أو رئوية مزمنة، أو ذات رئة، أو.....الخ. قمنا بتقسيم الرضع إلى مجموعتين رئيسيتين متساويتين عدداً وبطريقة عشوائية: المجموعة الأولى شملت الرضع الذين عولجوا باستخدام الكورتيكوستيروئيدات القشرية الجهازية /الديكساميثازون / والموسعات القصبية /الفنتولين / عن طريق الارذاذ ،أما المجموعة الثانية فشملت الرضع الذين عولجوا باستخدام الموسعات القصبية عن طريق الارذاذ فقط . تم مراقبة الاستجابة السريرية للمعالجة من حيث :عدد مرات التنفس -علامات الشدة التنفسية(سحب وريي او تحت الأضلاع، رقص خنابتي أنف، انخساف شرسوفي) - نسبة الإشباع الاوكسجيني - إصغاء الصدر - عودة التغذية ،لمدة 4 أيام من بدء تطبيق المعالجة وكانت النتائج على النحو التالي :

**1. من حيث الاستجابة للمعالجة:**

في المجموعة الأولى : بلغت نسبة التحسن على العلاج في اليوم الثالث (72.8%) وفي اليوم الرابع (14.56%) وبهذا فان نسبة التحسن الإجمالية بلغت (87.37%) ، أما نسبة الرضع الذين لم يستجيبوا للمعالجة فكانت (12.62%) .

في المجموعة الثانية: بلغت نسب الاستجابة للمعالجة في اليوم الثالث (6.79%) وفي اليوم الرابع (6.79%) وبهذا كانت النسبة الكلية للاستجابة (13.6%) فقط ، أما نسبة الرضع الذين لم يستجيبوا للمعالجة فقد كانت (86.4%) ، والجدول رقم (1) يبين هذه النتائج:

الجدول ( 1 ) يبين نتائج الاستجابة للمعالجة

الاستجابة للعلاج	المجموعة الأولى	النسبة	المجموعة الثانية	النسبة
تحسن في اليوم 3	75	72.8%	7	6.79%
تحسن في اليوم 4	15	14.56%	7	6.79%
تحسن كلي	90	87.37%	14	13.6%
عدم تحسن	13	12.62%	89	86.4%

**2. من حيث مدة الاستشفاء:**

في المجموعة الأولى: بلغ عدد الرضع الذين تراوحت مدة الاستشفاء لديهم (3-5) أيام / 84 / رضيعاً (81.55%) وشكلوا النسبة الأعلى ، أما عدد الرضع الذين تراوحت مدة الاستشفاء لديهم (5-7)أيام فكان /11/ طفلاً (10.67%) وعدد الرضع الذين كانت مدة الاستشفاء لديهم أكثر من أسبوع / 8 / رضع (7.76%) . في المجموعة الثانية: بلغ عدد الرضع الذين تراوحت مدة الاستشفاء لديهم (3-5) أيام / 13 / طفلاً فقط (12.62%) ، وعدد الرضع الذين تراوحت مدة الاستشفاء لديهم(5-7) أيام /49/ طفلاً (47.57%) شكلت النسبة

الأعلى ،بينما عدد الرضع الذين استشفوا لمدة تزيد عن أسبوع كان /41/ طفلاً (39.81%) كما هو مبين في الجدول رقم (2)

الجدول رقم ( 2 ) يبين مدة الاستشفاء

مدة الاستشفاء	المجموعة الأولى	النسبة	المجموعة الثانية	النسبة
3-5 أيام	84	81.55%	13	12.62%
5-7 أيام	11	10.67%	49	47.57%
< أسبوع	8	7.76%	41	39.81%

وبتطبيق اختبار كاي مربع (x2) لدراسة العلاقة بين مدى الاستجابة للعلاج وبين مدة الاستشفاء نجد أن: القيمة المحسوبة (x2= 14.95) أكبر من القيمة الجدولية (x2=5.991) ، وبالتالي لا يوجد استقلال بين مدى التحسن على المعالجة وبين مدة الاستشفاء ،بل توجد علاقة بينهما حيث إن p =0.00005 .

### (3) . من حيث عدد مرات التنفس:

المجموعة الأولى: كان عدد الأطفال الذين تراوح عدد مرات التنفس عندهم عند القبول بين (5060) مرة/د(28) رضيعاً وبنسبة (27.18%) ، وعدد الأطفال الذين تراوحت عدد مرات التنفس لديهم عند القبول بين (60-70) مرة /د (45) رضيعاً وبنسبة (43.69%)، أما عدد الأطفال الذين كان لديهم عدد مرات التنفس بين (70-80) مرة /د فكان (30) رضيعاً (29.13%) .

المجموعة الثانية: كان عدد الأطفال الذين تراوح لديهم عدد مرات التنفس عند القبول بين (50-60) مرة/د(48) رضيعاً (46.6%) ، وعدد الأطفال الذين تراوحت لديهم عدد مرات التنفس عند القبول بين (60-70) مرة/د (40) رضيعاً (38.83%) ، وبين (70-80) مرة/د (15) رضيعاً (14.56%) . والجدول رقم (3) يبين ذلك :

الجدول رقم (3) يوضح عدد مرات التنفس عند القبول

عدد مرات التنفس مرة/د	المجموعة الأولى	النسبة	المجموعة الثانية	النسبة
50-60	28	29.13%	48	46.6%
60-70	45	43.69%	40	38.83%
70-80	30	29.13%	15	14.56%

وبتطبيق اختبار كاي مربع (X2) لدراسة العلاقة بين عدد مرات التنفس عند القبول ومدى الاستجابة للعلاج نجد أن: القيمة المحسوبة (x2=17.65) أكبر من القيمة الجدولية (x2=9.210) ، أي لا يوجد استقلال بين عدد مرات التنفس ومدى التحسن ، وإنما هنالك ارتباط وثيق بينهما حيث إن p = 0.00009

### (4) . من حيث علامات الشدة التنفسية:

المجموعة الأولى: بلغ عدد الرضع الذين وجد لديهم بالفحص السريري سحب (فوق القص -سربي و/أو تحت القص) 78 طفلاً (75.73%) ، وعدد الرضع الذين كان لديهم سحب ضلعي مع رقص خنابتي انف 25 طفلاً (24.27%) .

المجموعة الثانية: بلغ عدد الرضع الذين كان لديهم بالفحص السريري سحب ( وريبي ،فوق القص،و/أو تحت الأضلاع ) 78 طفلاً (75.73%) ،وعدد الرضع الذين وجد لديهم سحب ضلعي مع رقص خنابتي انف 25 طفلاً (24.27%)، كما هو مبين في الجدول رقم (4) :

الجدول رقم (4) يبين علامات الشدة التنفسية عند القبول

علامات الشدة التنفسية	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
سحب ضلعي	78	75.73%	78	75.73%
سحب ضلعي مع رقص خنابتي انف	25	24.27%	25	24.27%

##### (5). من حيث القدرة على التغذية:

في المجموعة الأولى: بلغ عدد الرضع الذين كان لديهم القدرة على الرضاعة عند القبول (58) طفلاً وشكلوا نسبة قدرها (56.31%) ،بينما بلغ عدد الرضع الذين كان لديهم ضعف رضاعة عند القبول (45) طفلاً ونسبتهم (43.68%) ،واختلف هؤلاء الرضع فيما بينهم في زمن عودة التغذية لهم :فقد عادت القدرة على الرضاعة في اليوم الثاني لدى (23) رضيعاً (22.33) % ،في حين أن (19) رضيعاً أصبحوا قادرين على الرضاعة في اليوم الثالث وشكلوا نسبة قدرها (18.44%) ،و (3) رضع فقط عادت قدرتهم على التغذية في اليوم الرابع وكانت نسبتهم (2.91%)

في المجموعة الثانية: بلغ عدد الرضع الذين كانت لديهم القدرة على التغذية منذ القبول (52) طفلاً وبنسبة (50.48%) ،أما عدد الرضع الذين كان لديهم ضعف رضاعة عند القبول فقد بلغ (51) طفلاً وبنسبة قدرها (49.51%) ،أما عودة التغذية فقد كانت في اليوم الثاني لدى (11) رضيعاً شكلوا نسبة قدرها (10.68%)،وكانت في اليوم الثالث لدى (27) رضيعاً وبنسبة (26.21%) ،بينما عادت الرضاعة في اليوم الرابع لدى (13) رضيعاً نسبة تساوي (12.62%)، كما هو موضح في الجدول رقم (5) و (6) :

الجدول رقم (5) يوضح القدرة على التغذية عند القبول

القدرة على التغذية عند القبول	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
جيدة	58	56.31%	52	50.48%
ضعيفة	45	43.68%	51	49.51%

الجدول رقم (6) يوضح زمن عودة التغذية

عودة التغذية	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
في اليوم الثاني	23	22.33%	11	10.68%
في اليوم الثالث	19	18.44%	27	26.21%

12.62%	13	2.91%	3	في اليوم الرابع
--------	----	-------	---	-----------------

(6). من حيث الموجودات الاصفائية للصدر :

في المجموعة الأولى:

شكل وجود الوزيز بإصغاء الصدر عند القبول النسبة الأعلى (73.78%)، بينما شكل وجود تطاول زفير فقط بالإصغاء نسبة قدرها (9.7%)، بينما كانت نسبة الذين وجد لديهم وزيزوخرار ناعمة بالإصغاء (16.5%)، أما نسبة وجود خراخر فقط بإصغاء الصدر فكانت معدومة .

في المجموعة الثانية:

كانت النسبة الأعلى للموجودات الاصفائية للصدر للوزيز أيضاً فقد بلغت قيمة قدرها (81.55%)، أما نسبة وجود تطاول زفير فقط بإصغاء الصدر فكانت (8.73%)، أما نسبة وجود وزيز مع خراخر ناعمة بالإصغاء فكانت (9.71%) ، وكذلك نسبة وجود خراخر فقط بإصغاء الصدر كانت معدومة في هذه المجموعة أيضاً. والجدول رقم (7) يبين هذه النتائج:

الجدول (7) يبين الموجودات الاصفائية عند القبول

النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية	المجموعة الأولى	موجودات إصغاء الصدر
8.73%	9	9.7%	10	تطاول زفير
81.55%	84	73.78%	76	وزيز
0%	0	0%	0	خراخر
9.71%	10	16.5%	17	وزيز+خراخر

بدراسة تأثير مجموعة من العوامل عل مدى الاستجابة للعلاج وجدنا مايلي :

1/ تأثير الجنس :

في المجموعة الأولى: بلغ عدد الرضع الذكور 61 طفلاً (59.22%) وعدد الرضع الإناث 42 (40.78%)  
في المجموعة الثانية: بلغ عدد الرضع الذكور 59 طفلاً (57.28%) وعدد الرضع الإناث 44 (42.72%). والجدول رقم (8) يوضح ذلك :

الجدول رقم (8) يبين نسبة الذكور والإناث

النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية	المجموعة الأولى	الجنس
57.28%	59	59.22%	61	ذكر
42.72%	44	40.78%	42	أنثى

ويتطبيق اختبار كاي مربع ( $X^2$ ) لدراسة العلاقة بين نوع الجنس ومدى التحسن على المعالجة نجد أن: القيمة المحسوبة ( $x^2=17.066$ ) أكبر من القيمة الجدولية ( $x^2=3.841$ )، وبالتالي يوجد علاقة بين الجنس وبين مدى الاستجابة على المعالجة، وهي علاقة إحصائية مهمة حيث إن  $p=0.00011$  .

2/ تأثير العمر :



**المجموعة الأولى:** سجل الرضع الذين تراوحت أعمارهم بين (3-5) أشهر النسبة الأعلى التي بلغت (57.28%)، أما الرضع الذين تراوحت أعمارهم بين (6-12) أشهر فبلغت نسبتهم (38.83%)، والذين كانت أعمارهم بين (13-24) شهر فقد بلغت نسبتهم (3.88%) .

**المجموعة الثانية:** سجل الرضع الذين تراوحت أعمارهم بين (3-5) أشهر النسبة الأعلى أيضاً (56.31%)، أما الرضع الذين تراوحت أعمارهم بين (6-12) شهراً فكانت نسبتهم (36.89%) والرضع الذين تراوحت أعمارهم بين (13-24) شهراً فقد بلغت نسبتهم (6.8%) . كما هو مبين في الجدول رقم (9) :

الجدول رقم (9) يوضح عمر الرضع

العمر بالأشهر	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
3-5	59	57.28%	58	56.31%
6-12	40	38.83%	38	36.89%
13-24	4	3.88%	7	6.8%

وبتطبيق اختبار كاي مربع ( $X^2$ ) لتحديد العلاقة بين عمر الرضيع ومدى الاستجابة للمعالجة نجد أن: القيمة المحسوبة ( $x^2 = 1.85$ ) أصغر من القيمة الجدولية ( $x^2 = 5.991$ )، أي الاستجابة للمعالجة مستقلة عن عمر المريض.

### 3/ تأثير زمن بدء الأعراض قبل القبول:

**في المجموعة الأولى:** بلغ عدد الرضع الذين بدأت الأعراض لديهم قبل أو خلال 3 أيام من القبول في المشفى 62 طفلاً وبالتالي كانت نسبتهم (60.19%)، وعدد الرضع الذين بدأت الأعراض لديهم قبل أكثر من 3 أيام من القبول 41 طفلاً أي بنسبة (39.81%) .

**في المجموعة الثانية:** بلغ عدد الرضع الذين بدأت الأعراض لديهم قبل أو خلال 3 أيام من القبول 74 طفلاً وبنسبة قدرها (71.84%)، أما عدد الرضع الذين بدأت الأعراض لديهم منذ أكثر من 3 أيام فبلغ 29 طفلاً أي بنسبة (28.16%) . والجدول رقم (10) يبين ذلك :

الجدول رقم (10) يوضح زمن بدء الأعراض قبل القبول

زمن بدء الأعراض قبل القبول	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
قبل أو خلال 3 أيام	62	60.19%	74	71.84%
اثر من 3 أيام	41	39.81%	29	28.16%

وبتطبيق اختبار كاي مربع ( $X^2$ ) لدراسة العلاقة بين زمن بدء الأعراض وبين مدى الاستجابة للعلاج نجد أن: القيمة المحسوبة ( $x^2 = 0.29$ ) أكبر من القيمة الجدولية ( $x^2 = 0.0158$ )، وبالتالي هنالك علاقة بين زمن بدء الأعراض وبين مدى التحسن على العلاج، بمعنى أن لزمن بدء الأعراض تأثيراً على مدى التحسن ( $p = 0.0003$ ) .

### 4/ تأثير وجود سوابق مرضية لدى الرضيع :

**في المجموعة الأولى:** كان عدد الرضع الذين في سوابقهم المرضية التهاب جلد مثير (تأتبي) 13 طفلاً بنسبة (12.62%)، والذين في سوابقهم المرضية اقياءات قلسية 13 طفلاً أيضاً وبنسبة (12.62%)، والذين كان في سوابقهم لمرضية اكرزيميا تاتبية فبلغ عددهم 3 أطفال فقط وبنسبة قدرها (2.91%)، أما عدد الرضع الذين لم يكن لديهم أي سوابق مرضية فقد كان 72 طفلاً وشكلوا النسبة الأعلى التي بلغت قيمة قدرها (69.9%) .

في المجموعة الثانية: كان عدد الرضع الذين في سوابقهم المرضية التهاب جلد مئي 11 طفلاً (10.68%)، وسجل الرضع الذين كان لديهم اقياءات قلسية العدد والنسبة السابقة نفسها، وكان عدد الرضع الذين في سوابقهم المرضية اكزيما بنيوية 6 أطفال (5.82%)، أما الرضع الذين لم يكن لديهم أي سوابق مرضية فقد بلغ عددهم 75 طفلاً وشكلوا النسبة الأعلى أيضاً (72.82%). والجدول رقم (11) يوضح ذلك :

الجدول رقم (11) يبين السوابق المرضية عند الرضع

السوابق المرضية	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
التهاب جلد مئي	13	12.62%	11	10.68%
اكزيما تاتبية	3	2.91%	6	5.82%
اقياءات قلسية	13	12.62%	11	10.68%
التهاب جلد مئي +اقياءات قلسية	2	1.94%	0	0%
لايوجد	72	69.9%	75	72.82%

وبتطبيق اختبار كاي مربع (X2) لإيجاد العلاقة بين وجود سوابق مرضية وبين مدى التحسن على المعالجة نجد أن: القيمة المحسوبة (x2= 14.36) أكبر من القيمة الجدولية (x2= 3.841)، أي أن هنالك علاقة تربط بين وجود سوابق مرضية لدى الرضيع وبين مدى الاستجابة على المعالجة، (p= 0,0001).

#### 5/ تأثير وجود سوابق عائلية:

في المجموعة الأولى: بلغ عدد الرضع الذين كان لديهم قصة عائلية لتحسس قصبي 9 أطفال وشكلوا النسبة (8.73%)، وعدد الرضع الذين لديهم قصة تدخين سلبي 36 طفلاً ونسبتهم (34.95%)، وعدد الرضع الذين كان لديهم قصة عائلية لالتهاب قصيبات شعرية عند الإخوة 3 أطفال نسبة قدرها (2.91%)، أما الرضع الذين لم يكن لديهم أي سوابق عائلية فبلغ عددهم 42 طفلاً ونسبتهم (40.77%) كانت الأعلى .

في المجموعة الثانية: بلغ عدد الرضع الذين كان لديهم قصة عائلية لتحسس قصبي 5 أطفال ونسبتهم (4.85%)، وعدد الرضع الذين كان لديهم قصة تدخين سلبي 36 طفلاً ونسبتهم (34.95%)، وعدد الرضع الذين كان لديهم قصة عائلية لالتهاب قصيبات شعرية 8 أطفال ونسبتهم (7.67%)، أما الرضع الذين لم يكن لديهم أي سوابق عائلية فبلغ عددهم 36 طفلاً وشكلوا أيضاً النسبة الأعلى (34.95%). كما هو مبين في الجدول رقم (12):

الجدول رقم (12) يوضح السوابق العائلية لدى الرضع

السوابق العائلية	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
تحسس قصبي	9	8.73%	5	4.85%
تدخين سلبي	36	34.95%	8	34.95%
تحسس قصبي +تدخين سلبي	12	11.65%	18	17.48%
التهاب قصيبات شعرية عند الإخوة	3	2.91%	8	7.76%
لايوجد	42	40.77%	36	34.95%

وبتطبيق اختبار كاي مربع ( $X^2$ ) لدراسة العلاقة بين وجود سوابق عائلية وبين مدى الاستجابة للعلاج نجد أن القيمة المحسوبة ( $x^2=8.18$ ) أكبر من القيمة الجدولية ( $x^2=3.219$ )، وبالتالي فإن الاستجابة للعلاج غير مستقلة عن وجود سوابق، وإنما هنالك ارتباط بينهما ( $p=0.0002$ ) .

#### 6/ تأثير وجود ترفع حروري لدى الرضيع :

في المجموعة الأولى: سجل الرضع الذين تراوحت لديهم درجة الحرارة بالفحص السريري بين (38-38.5) نسبة قدرها (32.03%) ، أما الرضع الذين تجاوزت درجة حرارتهم (38.5) فقد شكلوا النسبة (6.79%) ، بينما بلغت نسبة الرضع الذين كانت درجة حرارتهم طبيعية بالفحص السريري (61.16%) .

في المجموعة الثانية: سجل الرضع الذين تراوحت لديهم درجة الحرارة بالفحص السريري بين (38-38.5) النسبة (24.27%) ، والرضع الذين كانت درجة حرارتهم أكثر من (38.5) النسبة (9.71%)، أما الرضع الذين كانت درجة الحرارة لديهم بالفحص السريري طبيعية فقد بلغت نسبتهم (66%) . والجدول رقم (13) التالي يوضح هذه النتائج:

الجدول رقم ( 13 ) يبين درجة الحرارة عند القبول

درجة الحرارة	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
38-38.5	33	32.03%	25	24.27%
38.5<	7	6.79%	10	9.71%
طبيعية	63	61.16%	68	66%

وبتطبيق اختبار كاي مربع لتحديد العلاقة بين وجود ترفع حروري بالفحص السريري للرضيع وبين مدى التحسن على المعالجة نجد أن: القيمة المحسوبة ( $x^2=1.3$ ) أصغر من القيمة الجدولية ( $x^2=3.841$ )، أي أن الاستجابة للمعالجة مستقلة عن وجود ترفع حروري لدى المريض .

كما توصلنا خلال الدراسة التي قمنا بها إلى مجموعة من النتائج الثانوية وهي :

#### ❖ الشكوى الأساسية :

في المجموعة الأولى: شكل وجود تنفس مصوت (خزة صدر) النسبة الأعلى من حيث الشكوى الأساسية التي راجع بها أهل الرضع المشفى والتي بلغت (32.04%) .

وفي المجموعة الثانية: شكلت الزلة التنفسية النسبة الأعلى من حيث الشكوى الأساسية التي راجع بها أهل المريض المشفى كانت (33.98%) . والجدول رقم (14) يظهر أهم شكوى راجع بها أهل الرضيع المشفى :

الجدول رقم ( 14 ) يظهر أهم الشكاوى الأساسية

الشكوى الأساسية	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
زلة تنفسية	30	29.13%	35	33.98%
خزة صدر (تنفس مصوت)	33	32.04%	28	27.51%
زلة تنفسية + خزة صدر	24	23.3%	19	18.45%
سعال	6	5.83%	7	6.79%
ضعف رضاعة	10	9.71%	14	13.59%

#### ❖ نمط الرضاعة :

في المجموعة الأولى: بلغ عدد الرضع ذوي الإرضاع الوالدي 36 طفلاً (34.95%)، وعدد الرضع ذوي الإرضاع الصناعي 35 طفلاً (33.98%)، بينما بلغ عدد الرضع ذوي الإرضاع المشترك 31 طفلاً (30.09%).  
في المجموعة الثانية: بلغ عدد الرضع ذوي الإرضاع الوالدي 41 طفلاً (39.81%)، وعدد الرضع ذوي الإرضاع الصناعي 27 طفلاً (26.21%)، أما عدد الرضع ذوي الإرضاع المشترك فبلغ 35 طفلاً (33.98%).  
والجدول التالي رقم (15) يبين ذلك :

الجدول رقم (15) يبين نمط الرضاعة لدى الرضع

نمط الرضاعة	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
والدي	36	34.95%	41	39.81%
صناعي	35	33.98%	27	26.21%
مشترك	31	30.09%	35	33.98%

وقد وجدنا في كلتا المجموعتين أن الرضع ذوي الإرضاع الوالدي سجلوا النسبة الأعلى على العكس من الدراسات العالمية، قد يعود ذلك إلى شيوع الإرضاع الوالدي في بلدنا بخلاف الدول الأخرى.

## ❖ عدد ضربات القلب عند القبول:

في المجموعة الأولى: كان عدد الرضع الذين تراوح معدل ضربات القلب لديهم بين (100-120) ن/د عند القبول 30 طفلاً بنسبة (29.12%)، وعدد الرضع الذين كان نبضهم < 120 ن/د 73 طفلاً وبنسبة قدرها (70.87%).

في المجموعة الثانية: كان عدد الرضع الذين تراوح معدل ضربات القلب لديهم بين (100-120) ن/د عند القبول 37 طفلاً (35.92%)، وعدد الرضع الذين كان نبضهم < 120 ن/د 66 طفلاً (64.08%).

كما هو موضح في الجدول رقم (16) :

الجدول رقم (16) يبين قيم النبض لدى القبول

النبض ن/د	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
100-120	30	29.12%	37	35.92%
<120	73	70.87%	66	64.08%

## ❖ وجود الزرقة والشحوب بالفحص السريري :

في المجموعة الأولى والثانية: لم نجد أي رضيع لديه شحوب بالفحص السريري عند القبول، أما الزرقة فقد وجدت لدى 3 أطفال (2.91%) في كلتا المجموعتين، وكانت الزرقة حول الشفاه أو في سرير الأظافر.

والجدولين رقم (17) ورقم (18) يبينان هذه النسب :

الجدول رقم (17) يوضح وجود أو غياب الزرقة لدى الرضع

الزرقة	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
يوجد	3	2.91%	3	2.91%
لا يوجد	100	97.08%	100	97.08%

الجدول رقم (18) يوضح وجود أو غياب الشحوب لدى القبول

النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية	المجموعة الأولى	الشحوب
0%	0	0%	0	يوجد
100%	103	100%	103	لا يوجد

❖ **الموجودات الشعاعية:**

في المجموعة الأولى: كانت الموجودات الشعاعية في صورة الصدر البسيطة طبيعية لدى 41 رضيعاً وبنسبة قدرها ( 39.8% )، بينما كانت تلك الموجودات على شكل فرط وضاحة لدى 22 رضيعاً أي بنسبة (21.36%)، وكانت على شكل ارتشاحات ثنائية بسيطة لدى 37 رضيعاً وبنسبة (35.9%)، أما وجود كثافة شعاعية بيضاء في صورة الصدر (انخماصية) فقد سجلت لدى 3 رضع فقط شكلوا النسبة الأقل ( 2.91%).

في المجموعة الثانية: كانت الموجودات الشعاعية في صورة الصدر البسيطة طبيعية لدى 31 رضيعاً (30.1%)، وكانت هذه الموجودات على شكل فرط وضاحة لدى 35 رضيعاً (33.98%)، وكانت على شكل ارتشاحات ثنائية بسيطة لدى 35 رضيعاً ( 33.98% )، بينما وجدت كثافة شعاعية بيضاء على صورة الصدر لدى رضيعين فقط ( 1.94% ). وهذه النتائج موضحة في الجدول رقم (19) :

الجدول رقم (19) يبين الموجودات الشعاعية

النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية	المجموعة الأولى	الموجودات الشعاعية
30.1%	31	39.8%	41	طبيعية
33.98%	35	21.36%	22	فرط وضاحة
33.98%	35	35.9%	37	ارتشاحات ثنائية
1.94%	2	2.91%	3	كثافة انخماصية

❖ **استخدام الصادات الحيوية:**

في كلتا المجموعتين لم يستخدم أي صاد حيوي في المعالجة، وذلك بناءً على الموجودات السريرية والشعاعية والمخبرية، إلا أننا أدخلنا الصادات الحيوية إلى خطة المعالجة بعد اليوم الرابع لدى الرضع الذين لم تتحسن حالتهم أو ساء وضعهم سريرياً وشعاعياً.

في المجموعة الأولى: تم إضافة الصادات الحيوية إلى العلاج في اليوم الرابع لدى 10 رضع (9.71%)، أما في المجموعة الثانية: فقد تم إضافة الصادات الحيوية إلى المعالجة في اليوم الرابع لدى 7 رضع بلغت نسبتهم (6.8%). كما هو مبين في الجدول رقم (20):

الجدول رقم (20) يوضح تطبيق الصادات الحيوية

النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية	المجموعة الأولى	استخدام الصادات الحيوية
6.8%	7	9.71%	10	في اليوم الرابع
93.20%	96	90.29%	93	لم تستخدم

## ❖ وجود نقص في نسبة الإشباع الاوكسجيني :

في الدراسة التي قمنا بها تم اعتبار وجود نقص في نسبة الإشباع الاوكسجيني إذا كانت SO2 اقل أو تساوي 92% كما هو معتمد في الدراسات الأخرى.

- في المجموعة الأولى: سجل وجود نقص في نسبة الإشباع الاوكسجيني لدى 7 رضع (6.79%).  
وفي المجموعة الثانية: سجل وجود نقص في درجة الإشباع الاوكسجيني لدى 4 رضع (3.88%).  
والجدول رقم ( 21 ) يوضح ذلك:

الجدول رقم ( 21 ) يوضح قيم ال So2 عند القبول

النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية	المجموعة الأولى	SO2
3.88%	4	6.79%	7	> أو = 92%
96.12%	99	93.2%	96	< 92%

## ❖ قيمة البروتين الارتكاسي -C-Reactive protein (CRP) الرقمي :

- أجري ال CRP الرقمي لكل رضيع عند القبول وكانت النتائج كالتالي :
- في المجموعة الأولى: كانت قيمة ال CRP الرقمي > أو = 8 لدى 66 رضيعاً (64.07%)  
وتراوحت قيمة CRP الرقمي بين (9-15) لدى 31 رضيعاً (30.09%)  
وتراوحت قيمة CRP الرقمي بين (16-20) لدى 5 رضع (4.85%)  
بينما كانت قيمة CRP الرقمي < 20 لدى رضيع واحد فقط (0.97%)  
وبلغت قيمته (22) .
- في المجموعة الثانية: كانت قيمة ال CRP الرقمي > أو = 8 لدى 64 طفلاً (62.14%)  
وتراوحت قيمة CRP الرقمي بين (9-15) لدى 29 طفلاً (28.15%)  
وتراوحت قيمة CRP الرقمي بين (16-20) لدى 5 أطفال (4.85%)  
بينما بلغت قيمة CRP الرقمي < 20 لدى 5 أطفال (4.85%)  
وكانت قيمته بين (21-25).  
كما هو مبين في الجدول رقم (22):

الجدول رقم (22) يبين قيم ال CRP لدى الرضع عند القبول

النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية	المجموعة الأولى	CRP رقمي
62.14%	64	64.07%	66	> أو = 8
28.15%	29	30.09%	31	9-15
4.85%	5	4.85%	5	16-20
4.85%	5	0.97%	1	< 20

## ❖ دراسة الصيغة الانتانية لدى الرضع:

تم إجراء تعداد عام وصيغة لكل رضيع عند القبول، وكانت النتائج على النحو التالي :

في المجموعة الأولى: بلغ عدد الرضع الذين كانت لديهم الصيغة على حساب المعتدلات 31 طفلاً، وشكلوا نسبة قدرها ( 30.09% )، بينما كان عدد الرضع الذين كانت صيغتهم على حساب اللمفاويات 72 طفلاً (69.91%).

في المجموعة الثانية: بلغ عدد الرضع الذين كانت لديهم الصيغة على حساب المعتدلات 25 طفلاً، وكانت نسبتهم ( 24.27%)، أما عدد الرضع الذين كانت صيغتهم على حساب للمفاويات فقد بلغ 78 طفلاً وبلغت نسبتهم ( 75.73% ) . والجدول رقم ( 23 ) يبين ذلك:

الجدول رقم (23) يوضح نتائج الصيغة الانتانية

الصيغة الانتانية	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
معتدلات	31	30.09%	25	24.27%
لمفاويات	72	69.91%	78	75.73%

#### ❖ دراسة الخضاب الدموي:

في المجموعة الأولى: تراوحت قيمة الخضاب الدموي بين (10-8) لدى 19 رضيعاً (18.44%)، بينما تراوحت قيمته بين (12-11) لدى 68 رضيعاً (66.01%)، بينما كان عدد الرضع الذين تجاوزت قيمة الخضاب لديهم 12 (16) رضيعاً (15.53%) .

في المجموعة الثانية: تراوحت قيمة الخضاب الدموي بين (10-8) لدى 22 طفلاً (21.36%)، وتراوحت قيمته بين (12-11) لدى 72 طفلاً (69.90%)، بينما بلغ عدد الرضع الذين كانت قيمة الخضاب لديهم أكثر من 12 (9) أطفال فقط (8.73%) .

#### المناقشة والنتائج:

شملت الدراسة التي قمنا بها / 206 / رضيع قبلوا بالمشفى بنوبة حادة من التهاب القصبات الشعرية من عام 2004 م ولغاية عام 2006 م، والرضع الذين تم إدخالهم في الدراسة تراوحت أعمارهم بين 3 أشهر والسنتين. تم استبعاد الرضع الذين كان لديهم أمراض قلبية أو رئوية مزمنة، أو من عولج مسبقاً بالديكساميثازون الفموي، أو من كان لديه قصة سابقة لنوبة وزير .

قسم الرضع إلى مجموعتين متساويتين وبشكل عشوائي :

المجموعة الأولى: عولجت باستخدام الستيروئيدات القشرية الجهازية (الديكساميثازون) بالإضافة إلى الموسعات القصبية عن طريق الارذاذ (الفتنولين) .

أما المجموعة الثانية: فقد عولجت باستخدام الموسعات القصبية عن طريق الارذاذ فقط .

تم متابعة حالة كل رضيع لمدة 4 أيام وتقييم النتائج السريرية بعد ذلك من خلال ( عدد مرات التنفس، علامات الشدة التنفسية، درجة الإشباع الأكسجيني، إصغاء الصدر، وعودة التغذية ) .

لوحظ زيادة نسبة حدوث الإصابة لدى الرضع الذين كان عمرهم دون ال 6 أشهر في كلتا المجموعتين وهذا يتماشى مع الدراسات العالمية، كما كانت هنالك ارجحية للإصابة لدى الذكور وهذا أيضاً يتفق مع الدراسات الأخرى.

كانت نسبة الاستجابة للمعالجة بالديكساميثازون الوريدي والفتنولين الانشافي أعلى وبشكل واضح بالمقارنة مع مدى الاستجابة للعلاج باستخدام الستيروئيدات الانشافي فقط، فقد بلغت نسبة الاستجابة في المجموعة الأولى (87.37%)، أما في المجموعة الثانية فكانت (13.6%) فقط .

كما أن مدة الاستشفاء لدى رضع المجموعة الأولى كانت اقصر مما كانت لدى الرضع المنتمين للمجموعة الثانية، حيث تراوحت مدة الاستشفاء لدى (81.55%) من الرضع في المجموعة الأولى (3-5) أيام، في حين كانت مدة الاستشفاء لدى (47.57%) من الرضع في المجموعة الثانية (5-7) أيام .

وهذا يمكن تفسيره بالآلية المفترضة لتأثير الكورتيكوستيروئيدات القشرية وهي تنظيم تصاعدي لمستقبلات B2 ،تقييض الأوعية الدموية في المخاطية ، تخفيف الوذمة في الطرق الهوائية، وبما أن الالتهاب والوذمة يشكلان جزءاً أساسياً في امراضية التهاب القصبيات الشعرية ،فان هذه الآلية يحتمل أن تكون قد لعبت دوراً في هذا المرض. كما أن الأدلة الحديثة أظهرت وجود ارتفاع في مستوى الانترلوكينات ووسائط التهابية أخرى عند مرضى التهاب القصبيات الشعرية ، وكما هو معروف عن دور الستيروئيدات القشرية في التأثير على اصطناع السيتوكينات الالتهابية في الربو، فلربما تملك التأثير نفسه في التهاب القصبيات الشعرية ،حيث يمكن أنها تثبط الكيموكينات المنتجة من قبل القصبات(17) .

هنالك دراسة كندية أجريت على أطفال كان لديهم التهاب قصبيات شعرية حاد في قسم الإسعاف وذلك من شهر تشرين الثاني عام 1997 م وحتى نيسان عام 2000 م ، وتم فيها إدخال الأطفال من عمر ال 8 أسابيع وحتى 23 شهراً وكان لديهم هجمة وزيز أولى مترافقة مع عسرة تنفس. وتم فيها استبعاد الرضع الذين كان لديهم قصة سابقة لوزير، أو معالجة سابقة بموسعات قصبية، أو خدج، أو احتاجوا لتهوية صناعية سابقة في مرحلة الوليد، أو من كان لديه آفة قلبية أو رئوية مزمنة أو عوز مناعي.

في هذه الدراسة قسم الرضع إلى مجموعتين: الأولى أعطيت الديكساميتازون الفموي، والثانية أعطيت شراباً موهماً .وكلنا المجموعتين أعطيت ال ALBUTEROL ارذاذاً.

خرج الأطفال إلى المنزل بعد 4 ساعات مراقبة أما على ديكساميتازون فموي أو شراب موهم لمدة 5 أيام، إضافة إلى البوتيرول ارذاذاً كل 4ساعلت.

وتم تقييم النتائج السريرية كل ساعة منذ البداية وحتى الدقيقة ال 240 ،ولاحقاً في اليوم الخامس . وبمقارنة نتائج هذه الدراسة مع دراستنا كان هنالك توافق في فعالية استخدام الديكساميتازون في إنقاص مدة وشدة الأعراض، وان اختلفت هذه الدراسة عنا من حيث طريق تطبيق الدواء ،كما أنها لم تدرس دور الستيروئيدات القشرية في إنقاص مدة الاستشفاء. لكنها أكدت فعالية الديكساميتازون في الإنقاص من نسبة القبول في المشفى. أما الدراسة الأمريكية التي أجريت في عام 2000 ،فقد تشابهت مع دراستنا في تأكيد دور الستيروئيدات القشرية في تحسين الأعراض والإنقاص من مدة الاستشفاء .

وفي مقالة نشرت في مجلة THE journal of pediatrics (18) ،تحدى سكا ( Schuh ) وجهة النظر الواسعة الانتشار والتي تقول إنه ليس من دور الستيروئيدات القشرية في معالجة التهاب القصبيات الشعرية. فقد وجد ( Schuh ) أن هنالك فائدة من تطبيق جرعة وحيدة وكبيرة من الديكساميتازون في تحسين الحالة التنفسية وفي معدل القبول في المشفى .وفي دراستنا وجدنا أن هنالك فائدة كبيرة لتطبيق الستيروئيدات الجهازية في سرعة تحسن الأعراض وتقصير مدة الاستشفاء عند الرضع المقبولين في المشفى .

## الاستنتاجات والتوصيات:



- إن استخدام الكورتيكوستيروئيدات الجهازية يؤدي إلى تسريع الاستجابة للمعالجة لدى الرضع المقبولين في المشفى بالتهاب قصيبات شعرية .
- إن استخدام الكورتيكوستيروئيدات الفشرية الجهازية يقود إلى تقصير مدة الاستشفاء لدى الأطفال المصابين بالتهاب قصيبات شعرية.
- لا يوجد تأثير للعمر على مدى التحسن على المعالجة، في حين أن للجنس تأثيراً على مدى التحسن على العلاج، فنسبة التحسن لدى الذكور أفضل منها لدى الإناث .
- أن نسبة الاستجابة للمعالجة باستخدام الستيروئيدات الجهازية أفضل لدى الرضع الذين لديهم سوابق عائلية بأمراض تحسسية.
- لإعلاقة لوجود ترفع حروري لدى الرضيع، مع مدى استجابته للمعالجة.
- يوصى باستخدام الكورتيكوستيروئيدات الجهازية لدى الأطفال المقبولين في المشفى بالتهاب قصيبات شعرية لما لها من فائدة في تحسين الأعراض بشكل أسرع وتقصير مدة الاستشفاء .

## المراجع:

1. KENDIG, S. *Disorder Of The Respiratory Tract in Children*, 1997, 1551-1552.
2. REYNOLD, EOR, COOK CD. *The Treatment Of Bronchiolitis*, 1993, 1205-1207.
3. DAVID, M. Orenstein. *Nelson Text Book Of Pediatrics-Bettrman Kliegman. Jenson*, 16 Edition, W.B.SAUNERS COMPANY, U.S.A, 2000, Bronchiolitis. 1285-1285.
4. DAVID, M. Orenstein. *Nelson text book of pediatrics*, 16 Edition, 2000. 996-997.
5. LOWELL, DI ; LISTER, G; VONKOSS, H et al. *The wheezing in infants: The response to epinephrine. Pediatrics*, 1997; 79: 39-945.
6. AAP: *Committee on infectious diseases: reassesmant of the indication for ribavarine therapy in RSV infection, pediatrics*, 1996 ; 128: 422-428.
7. DAVID M. Orenstein. *Nelson text book of pediatrics- Bettrman Kliegman. JENSON*, 17 Edition, 2004, 1415-1416.
8. NEIL, IZENBERG. MD. *Respiratory syncytial virus*, July, 2003.
9. LUCIAN, KENNETH; DE NICOLA. MS, MD FCCM. *Emedicine word medical library – Bronchiolitis*, JULY 17, 2002.
10. SETHI, GR ; NAGAR, G. *Evidence based treatment of bronchiolitis.INDIA j pediater*, 2004; 71: 733-737.
11. MAUD MEATS. *Bronchiolitis*. March, 2002.
12. SETHI, GR; NAGAR, G. *Evidence based treatment of bronchiolitis.India j pediater*, 2004. 741-745.
13. LUCIAN, KENNETH ;De NICOLA. MS. MD FCCM. *Emedicine word medical library –Bronchiolitis*, July 17, 2002.
14. DABBOUS, IA ; THACHYK, JS ; STAMM, SJ. *Adouble blind study on the effects of corticosteroids in the treatment of the bronchiolitis. Pediatrics*, 1999.477-484.
15. MILNER, AD. *The role of corticosteroids in Bronchiolitis and Group. Thorax*, 1997; 52: 595-597.
16. SPORIK, R. *Why block a small hole? The adverse effects of nasogastric tubes. Arch Dic Child*, 1994. 393-394.
17. SUSSMAN S, GROSSMAN M, MAGOFFINE R, SIELBA J. *Dexamethazone in obstactive respiratory tract infection children. QA controlled study. Pediatric* 1964 ; 34: 851.
18. SUZANNE SCHUH MD. ESRCP, ALLAN L, COATES MD, ROSE MARY BINNIE RN, TRACEY ALLIN RN, CRISTINE GOIA, MARRY CORRY PHD, and PAUL T. *THE JOURNAL OF PEDIATRIC – efficacy of oral dexamethazone in out patient with acut bronchiolitis*, 2002; 140:27-32 .