

## دور الصادات الحيوية في التهاب القصيبات الشعرية الحاد عند الرضع

الدكتور مأمون حكيم \*

الدكتورة هلايني \*\*

أصف حسين \*\*\*

(تاريخ الإبداع 13 / 4 / 2010. قُبِلَ للنشر في 25 / 5 / 2010)

### □ ملخص □

شملت الدراسة 100 رضيعاً ممن قبلوا في مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية بقصة التهاب قصيبات شعرية حاد كأول نوبة خلال فترة الدراسة الممتدة من 2009/1/1 حتى 2010/1/1 م لقد استبعد من الدراسة كل رضيع كان لديه واحد مما يأتي: إنتان ثانوي، كثافة فضية بصورة الصدر الشعاعية البسيطة آفة قلب ولادية زرع بول إيجابي، CRP أعلى من 40ملغ/ل. قسّم مرضى الدراسة عشوائياً و بصورة متساوية إلى مجموعتين: أولى تم اعتماد العلاج الداعم فقط بدون صادات حيوية، و مجموعة ثانية تم إضافة الأموكسيسيلين إلى العلاج الداعم لقد كان التحسن السريري متماثلاً تقريباً في كلتا المجموعتين، إذ بلغت نسبة التحسن السريري في المجموعتين 68%، 70% على الترتيب. كما أن فترة الاستشفاء كانت متقاربة إلى حد كبير، إذ بلغ معدل الاستشفاء 5، 3 يوم، 4، 3 يوم على التوالي. كما لوحظ أن إعطاء الصادات الحيوية لم يؤثر في زمن عودة القدرة على التغذية الفموية عند المرضى الذين كانت لديهم ضعيفة عند القبول، إذ عادت القدرة على التغذية في اليوم الثاني لدى النسبة الأكبر في كلتا المجموعتين 20%، 22%. كما كان التأثير متشابهاً من ناحية عودة نسبة الإشباع الأكسجيني للطبيعي. لم تسجل أية حالة وفاة في كلتا المجموعتين. كل ما سبق يؤكد بأنه لا يوجد دور هام للصادات الحيوية في علاج التهاب القصيبات الشعرية الحاد عند الرضع، لذلك يجب عدم تطبيق الصادات الحيوية بصورة روتينية في علاج التهاب القصيبات الشعرية الحاد عند هذه الفئة العمرية.

**الكلمات المفتاحية:** التهاب القصيبات الشعرية، الرضع، الصادات الحيوية.

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

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

\*\*\* طالب دراسات عليا (ماجستير) - قسم الأطفال - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## The Role of Antibiotics in Acute Bronchiolitis in Infants

Dr. Maamoun Hakim \*  
Dr. Hala Yanni\*\*  
Asif Hussein\*\*\*

(Received 11 / 11 / 2010. Accepted 9 / 5 / 2010)

### □ ABSTRACT □

This study included 100 infants who were admitted to the Pediatric Department at AL-Assad University Hospital in Lattakia between 1/1/2009 and 1/1/2010. We excluded every infant having one of these cases (secondary infection, lobar-density in CXR, congenital heart disease, positive urine culture, CRP exceeding 40mg/L). The study cases were randomly divided into two groups. The first group was treated by supportive management without antibiotics, and the second group was treated with I.V amoxicillin and supportive management. The clinical improvement was similar in both groups; the rate of clinical improvement on the second day of treatment was 68% , 70%, respectively. Hospitalization was not shorter in the second and so similar in both groups, 3-5 days in the first group and 3-4 days in the second group. Also antibiotics did not influence the time of oral feeding improvement in infants whose oral feeding was bad on admission. There was no time difference in oxygen saturation improvement of both groups. No fatalities were reported. In conclusion, antibiotics played no important role in the treatment of acute bronchiolitis in infants, so antibiotics must not be used routinely in the treatment of acute bronchiolitis in infants .

**Keywords:** bronciolitis,infants, antibiotics

---

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

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

\*\*\*Postgraduate Student, Pediatrics Department, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## مقدمة:

التهاب القصيبات الشعرية هو مرض التهابي خمجي حاد يصيب الطرق التنفسية السفلية ناتج عن انسداد في السبل التنفسية الصغيرة [1]. على الرغم من أنه قد يحدث في جميع المجموعات العمرية لكنه أكثر شيوعاً لدى الرضع من تمام الحمل دون عمر السنتين [2] ، مع ذروة حدوث بعمر ستة اشهر تقريباً [3]؛ إذ إن الطرق التنفسية الأكبر حجماً نسبياً لدى الاطفال الأكبر سناً وبالغين تتلائم بصورة أفضل مع الوذمة المخاطية [1]. كما أن التهاب القصيبات الشعرية يعدّ السبب الأكثر شيوعاً لاستشفاء الرضع في العديد من المناطق [3].

العامل المسبب الأكثر أهمية هو الفيروس المخلوي التنفسي (RSV) إذ يشكل أكثر من 50% من الأسباب ومن العوامل المسببة الأخرى البارز انفلونزا . الأدينوفيروس . الميكوبلازما . الحلاّ البسيط [4- 5] .

## أهمية البحث وأهدافه:

نظراً لشيوع مرض التهاب القصيبات الشعرية لدى الرضع دون عمر السنتين، ونظراً لاستخدام الصادات العشوائى وغير المبرر في علاجه وما يترتب على هذا الاستخدام من زيادة الأعباء الاقتصادية ومن زيادة مقاومة الجراثيم تجاه الصادات، وزيادة خطر الآثار الجانبية للصادات. من هنا تنبع أهمية بحثنا في تقييم دور الصادات في علاج التهاب القصيبات الشعرية عند الرضع، سيما وأنها الدراسة الأولى في هذا المجال في هذه المحافظة. يهدف البحث إلى:

تقييم دور الصادات في علاج التهاب القصيبات الشعرية عند الرضع.

## طرائق البحث ومواده:

شملت الدراسة 100 مريضاً تراوحت أعمارهم بين الشهرين والسنتين مصابين بالتهاب القصيبات الشعرية كأول نوبة ومقبولين في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية خلال عام 2009.

تم استثناء المرضى الذين لديهم إنتان ثانوي ، CRp < 40 ملغ/ل، كثافة متجانسة في صورة الصدر ، فحص بول إيجابي أو زرع بول إيجابي ، مرض قلبي أو رئوي مزمن. إذ تم استبعاد 4 مرضى من الدراسة اثنين تطور عندهم ذات رئة ومريض كان لديه فحص بول وزرع بول إيجابي وآخر كان لديه آفة قلب ولادية.

تم تقسيم المرضى الذين شملتهم الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين وبشكل متساوي إذ شملت كل مجموعة 50 مريض.

شملت المجموعة الأولى المرضى الذين لم يستخدم في علاجهم الصادات الحيوية وتم اعتماد العلاج الداعم فقط . شملت المجموعة الثانية المرضى الذين استخدم في علاجهم الأموكسسلين 50ملغ/كغ/يوم فضلاً عن العلاج الداعم طيلة فترة الاستشفاء.

تم إعداد استمارة لكل مريض.

## الطرائق الإحصائية المستخدمة:

تم استخدام اختبار (ستودينت) والذي يستخدم لمقارنة متوسط الظاهرة في مجموعتين لتبيان فيما إذا كانا مستقلين أم لا، إذ نستخرج احتمال الدلالة P ونقارنها مع مستوى الدلالة  $\alpha$  فإذا كانت  $\alpha < P$  فإننا نقبل الفرضية

الابتدائية وبالتالي العينتين مستقلتين، أما إذا كانت  $\alpha > P$  فإننا نرفض الفرضية الابتدائية ونقول إن العينتين غير مستقلتين.

## النتائج والمناقشة:

### النتائج:

بلغ عدد المرضى الذين شملتهم الدراسة 100 مريض من الأطفال المقبولين بمشفى الأسد الجامعي باللاذقية خلال عام 2009 والذين تراوحت أعمارهم بين الشهرين والسنتين والذين كانوا مصابين بالتهاب قصبيات شعرية كأول نوبة.

في كلتا المجموعتين تم دراسة التحسن السريري . فترة الاستشفاء . القدرة على التغذية . وزمن عودتها . نسبة الإشباع الأكسجيني . نسبة الوفيات.

### 1 ) التحسن السريري:

تم تقييم التحسن السريري من خلال مراقبة : عدد مرات التنفس . علامات الشدة التنفسية . الإصغاء يومياً طيلة أيام الاستشفاء .

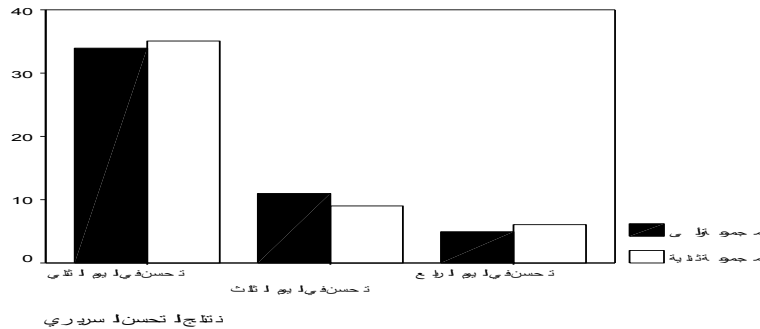
### فكانت النتائج كالتالي:

في المجموعة الأولى: بلغت نسبة التحسن على العلاج في اليوم الثاني 68% (34 مريض) وفي اليوم الثالث 22% (11 مريض) ، أما نسبة الرضع الذين تحسّنوا باليوم الرابع 10% (5 رضع).  
في المجموعة الثانية: بلغت نسبة التحسن السريري باليوم الثاني 70% (35 رضيع) . وفي اليوم الثالث 18% (9 رضع) وفي اليوم الرابع 12% (6 رضع) .

الجدول رقم (1) يبين نتائج التحسن السريري

التحسين السريري	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
اليوم الثاني	34	68%	35	70%
اليوم الثالث	11	22%	9	18%
اليوم الرابع	5	10%	6	12%

- من خلال الجدول نجد أن احتمال الدلالة ( $p=0.816$ ) وهو أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) ، وبالتالي نقبل فرضية تساوي تبايني العينتين، مما يعني القبول بفرضية عدم وجود فرق جوهري بين متوسطي العينتين، مما يؤكد أن تطبيق الصادات لم يؤثر في نتائج التحسن السريري.



المخطط رقم (1) يبين نتائج التحسن السريري.

## 2) مدة الاستشفاء:

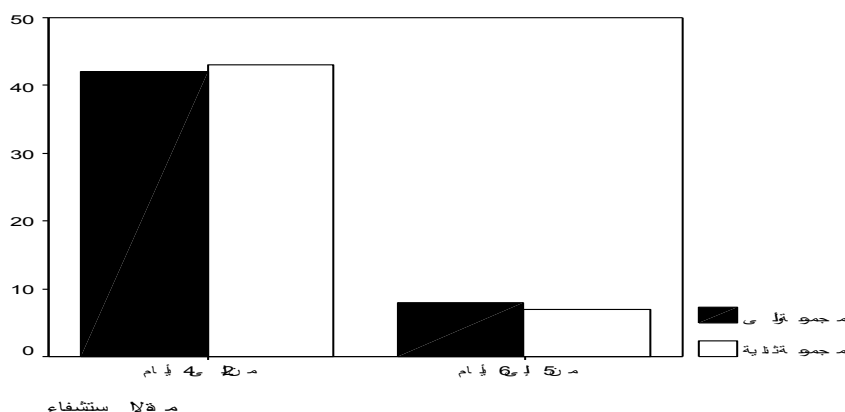
- في المجموعة الأولى: بلغ عدد المرضى الذين تراوحت مدة الاستشفاء لديهم (2 . 4) أيام 42 مريض بمعدل 84% وشكلوا النسبة الأكبر، أما عدد المرضى الذين تراوحت مدة الاستشفاء لديهم (5 . 6) أيام 8 مرضى بنسبة 16%.

في المجموعة الثانية: بلغ عدد المرضى الذين تراوحت مدة الاستشفاء لديهم (2 . 4) أيام 43 مريض بمعدل 86% في حين عدد المرضى الذين تراوحت مدة الاستشفاء لديهم (5 . 6) أيام 7 مرضى بنسبة 14%.

جدول رقم (2) يبين مدة الاستشفاء

مدة الاستشفاء	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
2 . 4 أيام	42 مريض	84%	43 مريض	86%
5-6 أيام	8 مرضى	16%	7 مرضى	14%

من خلال الجدول نلاحظ أن  $p=0.580$  أكبر من  $\alpha=0.05$  ونقبل فرضية عدم وجود فرق جوهري بين متوسطي العينتين مما يشير لعدم وجود تأثير للصادات الحيوية على مدة الأستشفاء.



المخطط رقم (2) يبين مدة الاستشفاء

## 3- القدرة على التغذية وزمن عودة التغذية:

المجموعة الأولى: بلغ عدد المرضى الذين كان لديهم القدرة على التغذية عند القبول 38 مريض وشكلوا النسبة 76% ، في حين بلغ عدد المرضى الذين كانت لديهم القدرة على التغذية ضعيفة عند القبول 12 مريض بنسبة 24% ، واختلف هؤلاء فيما بينهم في زمن عودة التغذية حيث عادت القدرة على التغذية في اليوم الثاني لدى 10 مرضى بنسبة 20% وفي اليوم الثالث لدى مريضين بنسبة 4%.

المجموعة الثانية: بلغ عدد المرضى الذين كانت لديهم القدرة على التغذية الفموية عند القبول 36 مريض بنسبة 72% أما عدد المرضى الذين كانت لديهم القدرة على التغذية الفموية ضعيفة عند القبول 14 مريض بنسبة 28% ، واختلف هؤلاء فيما بينهم في زمن عودة التغذية إذ عادت القدرة على التغذية الفموية في اليوم الثاني لدى 11 مريض بنسبة 22% وعادت في اليوم الثالث لدى 3 مرضى بنسبة 6%.

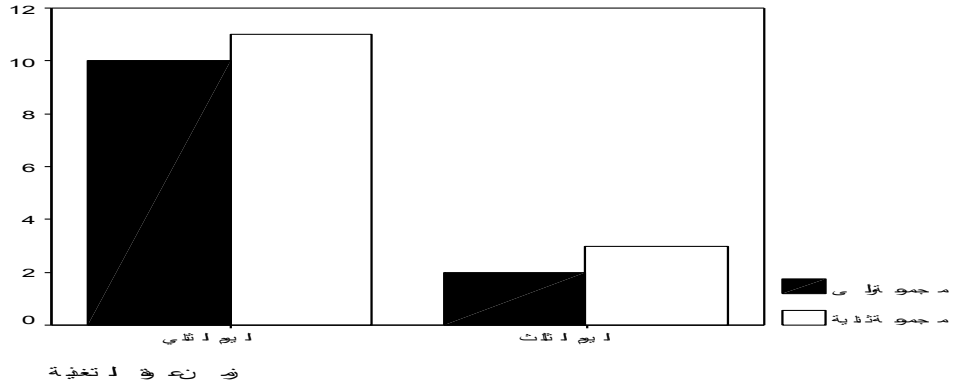
الجدول رقم (3) يوضح القدرة على التغذية عند القبول

القدرة على التغذية عند القبول	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
جيدة	38 مريض	76%	36 مريض	72%
ضعيفة	12 مريض	24%	14 مريض	28%

الجدول رقم (4) يوضح زمن عودة التغذية

عودة التغذية	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
اليوم الثاني	10 مرضى	20%	11 مريض	22%
اليوم الثالث	2 مريض	4%	3 مرضى	6%

من خلال الجدول رقم 4 نلاحظ أن ( $p=0.556$ ) أكبر من ( $\alpha=0.05$ ) وبالتالي نقبل بعدم وجود فرق جوهري بين متوسطي العينتين مما يؤكد عدم تأثير الصادات الحيوية على زمن عودة التغذية الفموية.



المخطط رقم (3) يبين زمن عودة التغذية الفموية

4 - نسبة الإشباع الأكسجيني ووجود نقص فيها:

تم اعتبار وجود نقص في نسبة الإشباع الأكسجيني إذا كانت  $SO_2$  أقل أو تساوي 92% كما هو معتمد في الدراسات العالمية [2].

في المجموعة الأولى: سجل وجود نقص في نسبة الإشباع الأكسجيني عند القبول لدى 6 مرضى (12%) وعند هؤلاء عادت نسبة الإشباع الأكسجيني للطبيعي لدى 4 مرضى في اليوم الثاني (8%)، ولدى مريضين باليوم الثالث (4%).

في المجموعة الثانية: سجل وجود نقص في نسبة الإشباع الأكسجيني عند القبول لدى 5 مرضى (10%) وعند هؤلاء عادت نسبة الإشباع الأكسجيني للطبيعي لدى 4 مرضى باليوم الثاني (8%) ، ولدى مريض واحد باليوم الثالث (2%).

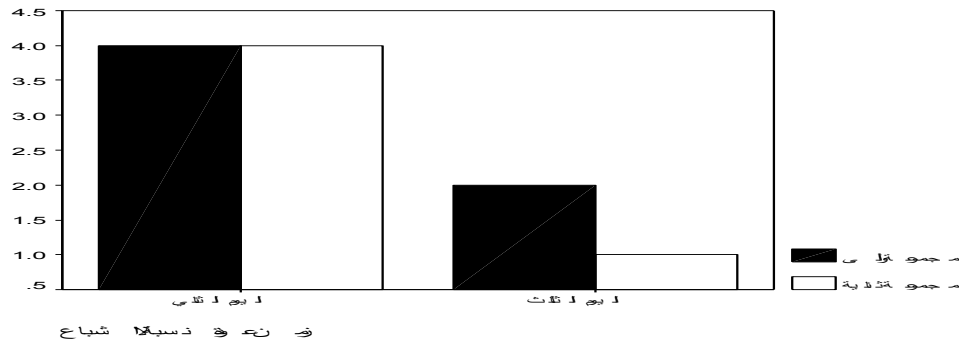
الجدول رقم (5) يوضح قيم  $SO_2$  عند القبول.

قيم $SO_2$ عند القبول	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
> أو = 92%	6 مرضى	12%	5 مرضى	10%
< 92%	44 مريض	88%	45 مريض	90%

الجدول رقم (6) يبين زمن عودة نسبة الإشباع الأكسجيني للطبيعي

عودة $SO_2$ للطبيعي	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
اليوم الثاني	4 مرضى	8%	4 مرضى	8%
اليوم الثالث	2 مريض	4%	1 مريض	2%

من خلال الجدول رقم 6 أن  $(p=0.527)$  أكبر من  $(\alpha=0.05)$  وبالتالي نقبل بعدم وجود فرق جوهري بين متوسطي العينتين، مما يؤكد عدم تأثير الصادات الحيوية على زمن عودة نسبة الإشباع الأوكسجيني للطبيعي.



المخطط رقم (4) يبين زمن عودة نسبة الإشباع الأوكسجيني للطبيعي

5- عدد مرات التنفس عند الرضع:

تم تقييم عدد مرات التنفس لدى الرضع عند الرضع عدة مرات يومياً طيلة أيام الاستشفاء ولكننا لم نذكر سوى يوم القبول بسبب كثرة الجداول. وكانت عند القبول كالاتي:

المجموعة الأولى: كان عدد الأطفال الذين تراوح عدد مرات التنفس لديهم عند القبول من (50 . 60) ت/د 15 مريض (30%) ، وعدد الأطفال الذين كان عدد مرات التنفس لديهم من (60 . 70) ت/د 23 مريضاً (46%) وعدد الأطفال الذين كان عدد مرات التنفس لديهم من (70 . 80) ت/د 12 مريضاً (24%).

المجموعة الثانية: كان عدد الأطفال الذين تراوح عدد مرات التنفس لديهم عند القبول من (50 . 60) ت/د 21 مريض (42%) ، وعدد الأطفال الذين كان عدد مرات التنفس لديهم من (60 . 70) ت/د 17 مريضاً (34%) ، وعدد الأطفال الذين كان عدد مرات التنفس لديهم من (70 . 80) ت/د 12 مريضاً (24%).

الجدول رقم (7) يبين عدد مرات التنفس عند القبول.

عدد مرات التنفس عند القبول	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
60 . 50 ت/د	15 مريض	30%	21 مريض	42%
70 . 60 ت/د	23 مريض	46%	17 مريض	34%
80 . 70 ت/د	12 مريض	24%	12 مريض	24%

6 ( علامات الشدة التنفسية عند الرضع:

تم تقييم علامات الشدة التنفسية يومياً عند الرضع عدة مرات على مدى أيام الاستشفاء، وكانت عند القبول كالاتي : المجموعة الأولى: بلغ عدد المرضى الذين وجد لديهم بالفحص السريري عند القبول سحب (فوق القص وربي - تحت القص) 40 مريضاً (80%) ، وعدد المرضى الذين وجد لديهم سحب مع رقص خنابتي الأنف 10 مرضى (20%).

المجموعة الثانية: بلغ عدد المرضى الذين وجد لديهم بالفحص السريري عند القبول سحب (فوق القص وربي - تحت القص) 41 مريضاً (82%) ، وعدد المرضى الذين وجد لديهم سحب مع رقص خنابتي الأنف 9 مرضى (18%).

الجدول رقم (8) يبين علامات الشدة التنفسية عند القبول

علامات الشدة التنفسية عند القبول	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
سحب ضلعي	40 مريض	80%	41 مريض	82%
سحب ضلعي مع رقص خنابتي الأنف	10 مريض	20%	9 مريض	18%

## 7-الموجودات الإصغائية للصدر عند الرضع:

تم اصغاء الصدر يومياً عدة مرات على مدى أيام الاستشفاء وكانت الموجودات الاصغائية عند القبول كالاتي:  
في المجموعة الأولى: شكل وجود الوزيز بإصغاء الصدر عند القبول النسبة الأعلى 36 مريض (72%) بينما شكل وجود تطاول الزفير لوحده فقط 8% (4 مريض) بينما كانت نسبة وجود وزيز مع خراخر ناعمة 20% (10 مريض) أما نسبة وجود خراخر فقط بإصغاء الصدر فكانت معدومة.

في المجموعة الثانية: شكل وجود الوزيز بإصغاء الصدر عند القبول النسبة الأعلى 74% (37 مريض) بينما شكل وجود تطاول الزفير لوحده فقط شكل نسبة 8% (4 مريض)، في حين شكل وجود الوزيز مع الخراخر الناعمة نسبة 18% (9 مريض)، أما الخراخر لوحدها فكانت معدومة.

الجدول رقم (9) يبين الموجودات الإصغائية عند القبول

موجودات الإصغاء عند القبول	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
تطاول زفير	4 مريض	8%	4 مريض	8%
وزيز	36 مريض	72%	37 مريض	74%
وزيز وخراخر	10 مريض	20%	9 مريض	18%
خراخر فقط	0	0%	0	0%

## 8- نسبة الوفيات:

لم تحدث لدينا أية حالة وفاة في كلتا المجموعتين.

الخصائص السريرية:

## 1 - الجنس:

في المجموعة الأولى: بلغ عدد المرضى الذكور 28 مريضاً (56%) وعدد المرضى الإناث 22 مريضة نسبة 44%.

في المجموعة الثانية: بلغ عدد المرضى الذكور 34 مريضاً (68%) وعدد المرضى الإناث 16 مريضة (32%).

الجدول رقم (10) يبين نسبة الذكور والإناث

الجنس	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
ذكر	28	56%	34	68%
أنثى	22	44%	16	32%



## 2- العمر:

المجموعة الأولى: سجل المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين (2 . 5) أشهر النسبة الأكبر 60% (30 مريض) والأطفال الذين تتراوح أعمارهم (6 . 12) شهر شكلوا نسبة 32% (16 مريض) والمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين (13 . 24) شهر نسبة 8% (4 مريض).

المجموعة الثانية: سجل المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين (2 . 5) أشهر النسبة الأكبر 56% (28 مريض) والمرضى الذين تتراوح أعمارهم (6 . 12) شهر شكلوا نسبة 32% (16 مريض)، والمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين (13 . 24) شهر نسبة 12% (6 مريض).

الجدول رقم (11) يبين عمر المرضى الذين شملتهم الدراسة

العمر بالأشهر	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
5 . 2	30 مريض	60%	28 مريض	56%
12 . 6	16 مريض	32%	16 مريض	32%
24 . 13	4 مريض	8%	6 مريض	12%

## 3- وجود سوابق مرضية لدى الطفل:

في المجموعة الأولى: كان عدد الرضع الذين في سوابقهم المرضية التهاب جلد تأتبي 6 أطفال بنسبة 12% والذين في سوابقهم المرضية إقياءات قلسية 8 رضع بنسبة 16%، أما عدد الرضع الذين لم يكن لديهم سوابق مرضية 36 رضيع وشكلوا النسبة الأكبر 72%.

في المجموعة الثانية: كان عدد الرضع الذين في سوابقهم المرضية التهاب جلد تأتبي 4 رضع بنسبة 8% والذين فيه سوابقهم المرضية إقياءات قلسية 9 رضع بنسبة 18%، أما عدد الرضع الذين لم يكن لديهم سوابق مرضية 37 رضيع وشكلوا النسبة الأكبر 74%.

الجدول رقم (12) يبين السوابق المرضية لدى الرضيع.

السوابق المرضية	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
التهاب جلد تأتبي	6 مريض	12%	4 مريض	8%
إقياءات قلسية	8 مريض	16%	9 مريض	18%

## 4 - وجود سوابق عائلية تأتبية وتدخين سلبي:

في المجموعة الأولى: بلغ عدد الرضع الذين كان لديهم قصة عائلية لتحسس قصبي 4 رضع (8%)، في حين كان عدد الرضع الذين لديهم قصة تدخين سلبي 16 رضيع بنسبة 32%، وعدد الرضع الذين لديهم قصة عائلية لالتهاب قصبية شعيرية عند الأخوة 3 رضع بنسبة 6% وعدد الرضع الذين لديهم قصة عائلية لتحسس قصبي مع قصة تدخين سلبي 7 رضع (14%) أما عدد الرضع الذين ليس لديهم سوابق عائلية فكان 20 رضيع وشكلوا النسبة الأكبر (40%).

في المجموعة الثانية: بلغ عدد الرضع الذين كان لديهم قصة عائلية لتحسس قصبي 3 رضع (6%)، في حين كان عدد الرضع الذين لديهم قصة تدخين سلبي 16 رضيع بنسبة 32%، وعدد الرضع الذين لديهم قصة عائلية

لالتهاب قصبية شعرية عند الأخوة 5 رضع بنسبة 10%، وعدد الرضع الذين لديهم قصة عائلية لتحسس قصبي مع قصة تدخين سلبي 8 رضع (16%)، أما عدد الرضع الذين ليس لديهم سوابق عائلية فبلغ 18 رضيع وشكلوا النسبة الأكبر (36%).

النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية	المجموعة الأولى	السوابق العائلية
6%	3 مرضى	8%	4 مرضى	تحسس قصبي
32%	16 مريض	32%	16 مريض	تدخين سلبي
16%	8 مرضى	14%	7 مرضى	تحسس قصبي + تدخين سلبي
10%	5 مرضى	6%	3 مرضى	التهاب قصبية شعرية عند الأخوة
36%	18 مريض	40%	20 مريض	لا يوجد

5- وجود زرقة بالفحص السريري عن القبول:

المجموعة الأولى: وجدت الزرقة بالفحص السريري عند القبول لدى 2 رضيع بنسبة (4%) وكانت الزرقة حول الشفاه أو في سرير الأظافر.

المجموعة الثانية: وجدت الزرقة بالفحص السريري عند القبول لدى 3 رضع بنسبة (6%).

الجدول رقم (14) يبين وجود الزرقة أو غيابها لدى الرضع عند القبول

النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية	المجموعة الأولى	الزرقة
6%	3 مرضى	4%	2 مريض	يوجد
94%	47 مريض	96%	48 مريض	لا يوجد

الخصائص الشعاعية:

الموجودات الشعاعية:

اجريت صورة صدر شعاعية بسيطة لكل رضيع عند القبول وكانت كالتالي : في المجموعة الأولى كانت الموجودات الشعاعية في صورة الصدر البسيطة طبيعية لدى (20 رضيعاً) 40%، وشكلت النسبة الأكبر في حين كانت تلك الموجودات على شكل ارتشاحات ثنائية الجانب لدى 17 رضيعاً (34%) وكانت على شكل فرط وضاحة لدى 13 رضيعاً (26%).

في المجموعة الثانية: كانت الموجودات الشعاعية في صورة الصدر البسيطة طبيعية لدى 21 رضيع وشكلت النسبة الأكبر (42%)، وكانت على شكل ارتشاحات ثنائية الجانب لدى 19 رضيع (38%) وعلى شكل فرط وضاحة لدى 10 رضع (20%).

الجدول رقم (15) يبين الموجودات الشعاعية

النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية	المجموعة الأولى	الموجودات الشعاعية
42%	21 مريض	40%	20 مريض	طبيعية
38%	19 مريض	34%	17 مريض	ارتشاحات ثنائية
20%	10 مرضى	26%	13 مريض	فرط وضاحة

## الخصائص المخبرية

قيمة البروتين الارتكاسي (CRP رقمي)

أجرى CRP رقمي لكل رضيع عند القبول وكانت النتائج كالتالي:

في المجموعة الأولى: كانت قيم CRP الرقمي  $\geq 8$  لدى 37 رضيع بنسبة 74%.وتراوح بين (9 . 20) لدى 12 رضيع (24%)، وكانت  $< 20$  لدى رضيع واحد 2% وكانت قيمته 27.في المجموعة الثانية: كانت قيم CRP الرقمي  $\geq 8$  لدى 39 رضيع بنسبة 78%.

وتراوح بين (9 . 20) لدى 7 رضيع (14%)، وكانت بين (21 . 40) لدى 4 رضيع 8%

الجدول رقم (16) بين قيم CRP لدى الرضع عند القبول

قيم CRP	المجموعة الأولى	النسبة المئوية	المجموعة الثانية	النسبة المئوية
$\geq 8$	37 مريض	74%	39 مريض	78%
20 . 9	12 مريض	24%	7 مرضى	14%
40 . 21	1 مريض	2%	4 مرضى	8%

## المنافشة:

شملت الدراسة 100 رضيع قبلوا في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية خلال عام 2009 بقصة التهاب قصبات شعرية. معظم الرضع الذين شملتهم الدراسة كانوا تحت عمر 6 اشهر (58%)، وهذا يمكن تفسيره بأن الطرق التنفسية الأكبر حجماً لدى الأطفال الأكبر سناً تتلائم بشكل أفضل مع الوذمة المخاطية وتراكم المخاط وتشنج القصبات [1]. أيضاً كانت هناك ارجحية للإصابة لدى الذكور (62%) وهذا يتماشى مع الدراسات العالمية . تم دراسة التحسن السريري لكل رضيع مقبول بالدراسة من خلال : عدد مرات التنفس علامات الشدة التنفسية الموجودات الاصبغائية طيلة فترة الاستشفاء فلاحظنا: أن التحسن السريري لم يكن أسرع عند المجموعة التي اعطيت الأموكسيسيلين مع العلاج الداعم، فترة استشفاء المرضى كانت متقاربة في كلتا المجموعتين، إذ بلغ معدل الاستشفاء 3.5 يوم بالمجموعة الأولى و 3.4 يوم بالمجموعة الثانية. وفيما يتعلق بالمرضى الذين كانت قدرتهم على التغذية الفموية ضعيفة عند القبول لم تحسن الصادات الحيوية من قدرتهم على التغذية الفموية ، حيث كان زمن العودة إلى التغذية الفموية متماثلاً في كلتا المجموعتين ، إذ أصبحت القدرة على التغذية الفموية جيدة في اليوم الثاني من العلاج في المجموعتين. كذلك اعطاء الصادات الحيوية لم يؤثر في نسبة الاشباع الأكسجيني، حيث لم يؤد إلى تسريع عودة نسبة الاشباع الأكسجيني إلى الطبيعي عند المرضى الذين كان لديهم نقص في نسبة الاشباع الأكسجيني عند القبول بمقارنة النتائج التي توصلنا إليها مع نتائج الدراسات الأخرى نجد ما يأتي:

في الدراسة التي أجريت في بنغلادش [6] خلال عامي 2006 . 2007 على الأطفال المقبولين بالتهاب قصبيات شعرية كأول نوبة من تشرين أول 2006 حتى آذار 2007، حيث كان جميع المرضى تحت عمر السنتين. وقسم المرضى إلى ثلاث مجموعات أعطيت الصادات وريدياً واخرى أعطيت الصادات عن طريق الفم وثالثة عولجت بدون صادات حيوية.

في هذه الدراسة تمت مراقبة الأعراض السريرية والعلامات السريرية ثلاث مرات يومياً وشملت الدراسة 60 مريض معظمهم كانوا تحت عمر الست أشهر ( 80%).

تم تقييم المرضى اعتماداً على صعوبة التغذية . تسرع القلب تسرع النبض . السحب . صعوبة النوم . وقد وجدت هذه الدراسة أن التأثير الأكبر في التحسن السريري كان للمعالجة الداعمة، كما أن فترة الاستشفاء لم تكن أقصر عند المرضى المعالجين بالصادات الحيوية سواء عن طريق الفم أو وريدياً . وبمقارنة نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراستنا كان هنالك توافق في عدم وجود أي تأثير للصادات الحيوية على التحسن السريري . مدة الاستشفاء . نسبة الإثباع الأكسجيني في دراسة أخرى أجريت في مشفى Dhaka التعليمي في بنغلادش [7] خلال أول فصل الشتاء عام 2005، شملت هذه الدراسة على 126 مريض، تراوحت أعمارهم بين الشهر والسنين والذين حضروا للمشفى بقصة سعال . وزيز . زلة تنفسية . سحب وريي . تم تقسيم المرضى أيضاً إلى ثلاث مجموعات: مجموعة أولى معالجة بالصادات وريدياً ومجموعة ثانية معالجة بالصادات فمويًا ومجموعة ثالثة عولجت بدون صادات حيوية . أغلب المرضى في هذه الدراسة كانوا تحت عمر السنة 92.2% . 67.3% ذكور و 32.7% إناث . تمت دراسة التحسن السريري عند هؤلاء المرضى من خلال مراقبة صعوبة التنفس، السحب، الزراق، التملل، صعوبة التغذية .

وجد في هذه الدراسة ان التحسن السريري لم يكن أفضل عند المجموعة التي استخدمت الصادات الحيوية، ولم تكن فترة الاستشفاء أقصر، وأن العلاج الداعم كان كافياً لعلاج المرضى . هذه النتائج تتماشى من نتائج دراستنا وتؤكد بعدم وجود اي أهمية للصادات الحيوية في علاج التهاب القصبيات الشعرية الحاد . وفي الدراسة أجريت في مدينة بلفاست عام 1964 [8] حيث شملت هذه الدراسة 52 مريضاً مصابين بالتهاب القصبيات الشعرية وقبلوا في المشفى ما بين تشرين أول وتشرين ثاني عام 1964 تم استبعاد 8 مرضى من الدراسة لإصابتهم بإنتان ثانوي . في هذه الدراسة كان معظم المرضى تحت عمر الست أشهر . في هذه الدراسة تم استخدام الأمبسلين و placebo في علاج المرضى، وتمت مقارنة مدة الاستشفاء . شدة الأعراض السريرية . نسبة الوفيات بين المجموعتين . حيث لوحظ أنه لا يوجد تأثير ذو أهمية للأمبسلين على مدة الاستشفاء، ولم يكن له أي دور في تحسن الأعراض السريرية أو تسريع شفاء المرضى . وهذا ما أكدته نتائج دراستنا .

### الاستنتاجات والتوصيات:

وجدنا أن شفاء التهاب القصبيات الشعرية المعالج بالداعم فقط كان مماثلاً لذلك المعالج بالصادات الحيوية مع العلاج الداعم . إذ كان التحسن السريري متماثلاً في المجموعتين ، كما أن فترة الاستشفاء لم تكن أقصر في المجموعة المعالجة بالصادات الحيوية مع العلاج الداعم ، ولم يتأثر زمن عودة القدرة على التغذية الفموية بإضافة الصادات الحيوية ، أيضاً زمن عودة نسبة الإثباع الأكسجيني الطبيعي لم يكن أقصر في المجموعة المعالجة بالصادات الحيوية مع العلاج الداعم . لذلك نوصي بـ:

عدم استخدام الصادات الحيوية في علاج المرضى المصابين بالتهاب القصبيات الشعرية الحاد في حال عدم وجود إنتان ثانوي لعدم فائدته في تسريع الشفاء .

## المراجع:

- 1- SHAY, D.K; HOLMAN, R.C; NEWMAN, R.D ; LICE, L.L; STOUT, J.W; ANDERSON, L.J. *Bronshiolitis associated hospitalization among US children* . JAMJ, 262, US, 1999, 1440-6
- 2- REYNOLD, E.O.R; Cook, C.D . *the trttatment of Bronshiolitis* . Betrman Kliegman , JENSON , EdiTIO , USA, 2004, 1415-1416 .
- 3- DAVID, M.O. *Nelson text book of pedia trics*. 16 edition, W.B.S.AUNERS COMPANY , USA, 2000, 1285-1285.
- 4- FRIIS, B; ANDERSEN, P; BRENO,E ; HORNSLETH, A ; JENSEN,P ; KUNDSSEN,F . U et al . *antibiotics trttatment of Pneumonia and Bronshiolitis*. PRCHDIS CHLD, 59, US, 1984, 1038-45.
- 5- BEHRMAN , R.E; KLIEGMAN, R.M; JENSON, H.B ; STANTON, B.F . *Nelson text book of pedia trics* . 18<sup>TH</sup> ,USA, ED, 2007, 1973- 77.
- 6- RASUL, CH; KABIR, A ; RASHID, AKMM; MAHBOOB, AKMM; HSSAN, MA. *Role of antibiotics in the outcome of Bronshiolitis*. paKJmed Sci, 24(s) , Bangladish, 2008 , 707-11
- 7- MAZUMDER, M.J.U; HOSSAIN, M.M; KABIR, A. *management of Bronshiolitis with or without antibiotics*. J Bangladish coll phys sury, 27(2) 2009 may: 63-69.
- 8- FIELD, C.M.B; CONNOLLY, J.H ; MURTAGH, G ; SLATTERY , M; TURKINGTON, E.E . *antibiotics trttatment of Epidemic Bronshiolitis*. Brit. Med, 7,USA, 1966, 83-85.

