

درمان های آسم

ارائه دهنده: دکتر سید علی اصغر فخرموسوی
فوق تخصص بیماری های ریه و مراقبت های ویژه
عضوهیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

- درمان آسم دو جنبه دارد یک درمان دارویی و دوم درمان غیر دارویی
- گاهی اهمیت درمان غیر دارویی میتونه به اندازه درمان دارویی باشه که

جنبه های مختلف آن را اشاره خواهیم کرد

- اساساً درمان بیماران آسم بر چهار پایه استوار می باشد :

• اول آموزش به بیمار

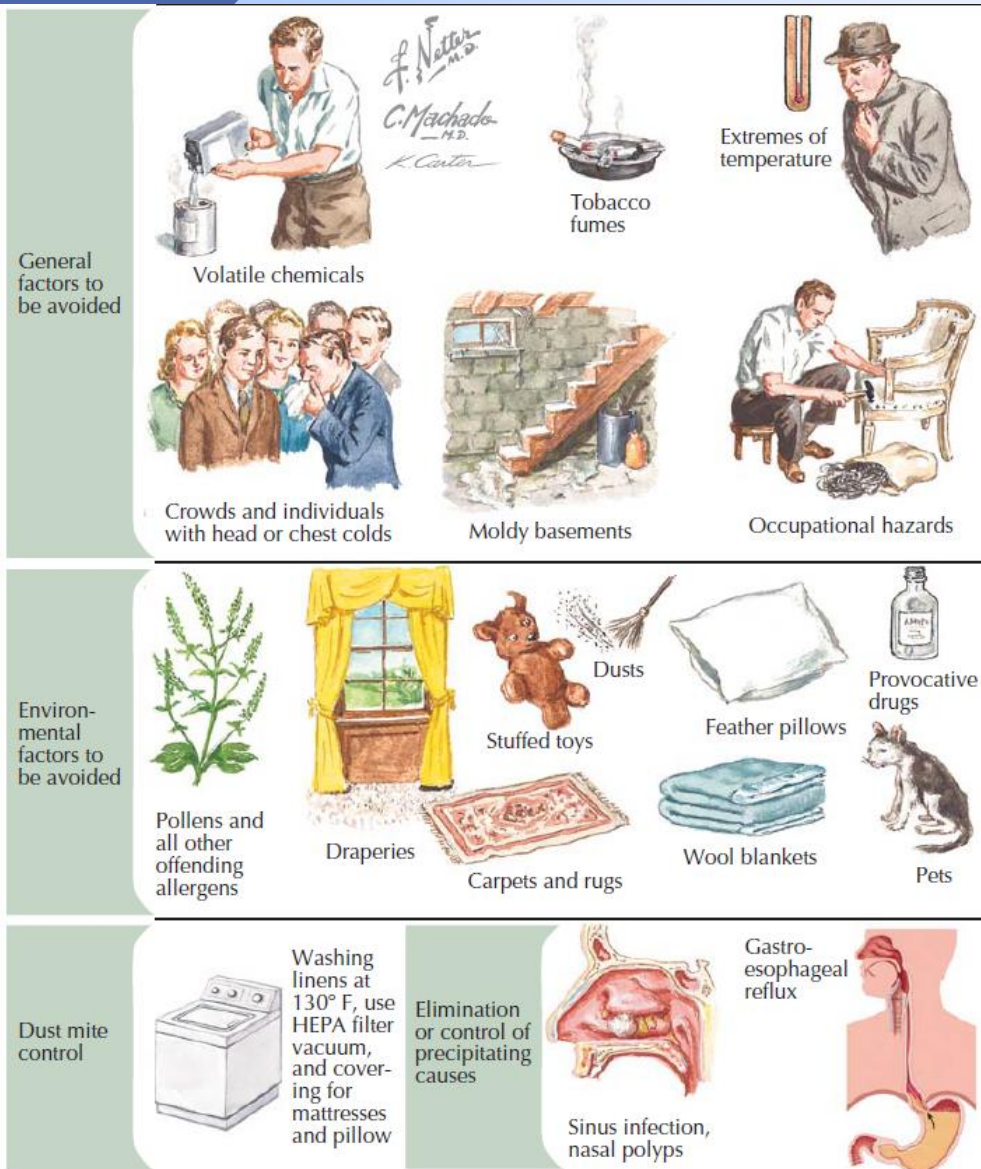
• دوم کنترل کردن عوامل برانگیزاننده آسم

• سوم مانیتور کردن تغییرات علائم و فونکسیون ریه

• و چهارم درمان دارویی

- اگر بخواهیم فقط با درمان دارویی بیماران را اداره نماییم

درمان مان مطلوب نخواهد بود

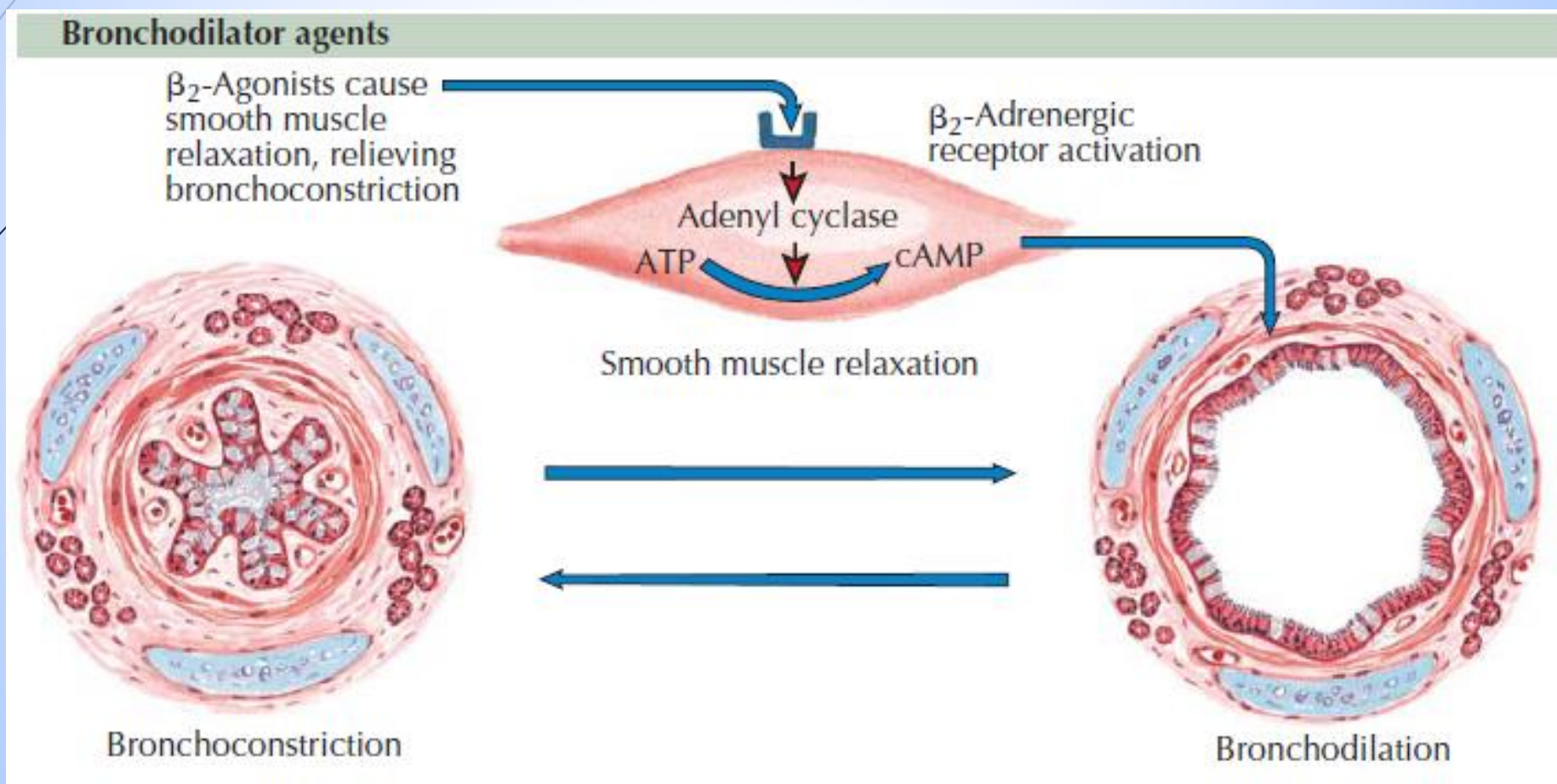


درمان دارویی خودش به دو دسته عمده تقسیم می شوند:

➡ اول درمان با برونکو دیلاتورها که در واقع باعث می شوند عضلات صاف راه های هوایی ریلاکس شوند و با ریلاکسیشن عضله صاف راه هوایی علائم بیمار به سرعت بهبود پیدا می کند

➡ • دوم. درمانهای کنترل کننده که در حقیقت پروسه التهابی رو هدف قرار می دهند و با کنترل التهاب زمینه ای باعث اثرات درمانی می شوند در واقع ما می دانیم که آسم یک بیماری التهابی می باشد

داروهای بتا آگونیست در حقیقت سبب افزایش آدنوزین مونوفسفات حلقوی می شوند تا سلول های عضله صاف به حالت شل در بیایند البته تعدادی از واسطه های التهابی رو هم به ویژه در mast cells مهار می کنند



▶ بتا آگونیست ها به خاطر اینکه عوارض جانبی کمتری داشته باشند از طریق استنشاقی تجویز می شوند دو تا از بتا آگونیست های کوتاه اثر یکی با نام علمی آلبوترول که همان سالبوتامول میباشد و داروی دیگر تربوتالین می باشد طول اثر این داروها ۳ تا ۶ ساعت می باشد اثر آنها به سرعت ظاهر می شود و در واقع این داروها به عنوان برطرف کننده های علائم مصرف می شوند اگر بیماری چنان چه به به طور مکرر نیاز به استفاده از بتا آگونیست های کوتاه اثر داشته باشد این خود یکی از معیارهای کنترل نبودن بیماری آسم میباشد یکی دیگر از موارد مصرف بتا آگونیست های کوتاه اثر در پیشگیری از آسم ورزشی می باشد کسانی که به بیماری آسم القا شونده توسط ورزش مبتلا هستند قبل از ورزش می توانند با استفاده از بتا آگونیست های کوتاه اثر جلوی انقباض برونش و و بروز علائم آسم را را بگیرند



ما میتوانیم دوزهای بالای بتا آگونیست را توسط نبولایزر یا به صورت MDI با SPACER برای بیماران تجویز نماییم بتا آگونیست های طولانی اثر شامل سالمتروپول و فورمتروپول مدت اثر ۱۲ ساعت دارند و عموماً دو بار در روز از طریق استنشاقی تجویز می شوند اما بتا آگونیست های طولانی اثر دیگری هم وجود دارند که می توان آنها را یکبار در روز تجویز نمود این داروها شامل indacaterol و olodaterol و vilanterol میباشند داروی vilanterol در بازار ایران به صورت ترکیب با یک آنتی کولینرژیک طولانی اثر موجود می باشد



9.10 Patients may use a spacer device to increase the efficiency of the delivery of inhaled medication.



نکته بسیار مهمی که در بیمارانی که تحت درمان با آگونیست های طولانی اثر بتا دو هستند این مهم می باشد که بدون تجویز کورتیکو استروئید استنشاقی این آگونیست ها به تنهایی نباید مصرف شوند و تجویز LABA باید حتماً همراه با کورتیکواستروئید استنشاقی (ICS) باشد در واقع وقتی ما کورتیکواستروئید استنشاقی رو همراه با آگونیست بتای طولانی اثر باهم مصرف میکنیم این اجازه می دهد تا دوز کمتری اکورتیکو استروئید مورد نیاز برای کنترل التهاب زمینه ای باشد و از دوره های تشدید آسم نیست بهتر جلوگیری می شود

ICS/LABA combination inhalers



در واقع اثرات جانبی با تجویز آگونیست های بتا خیلی شایع نیستند چراکه این داروها به صورت استنشاقی مصرف میشوند شایعترین عوارض شامل لرزش عضلانی و تپش قلب می باشد که بیشتر در افراد مسن دیده میشود کاهش کمی در پتاسیم سرم نیز ممکن است به علت برداشته شدن پتاسیم توسط سلول های عضلانی دیده شود که معمولاً این کاهش پتاسیم مشکل بالینی قابل توجهی ایجاد نمی کند

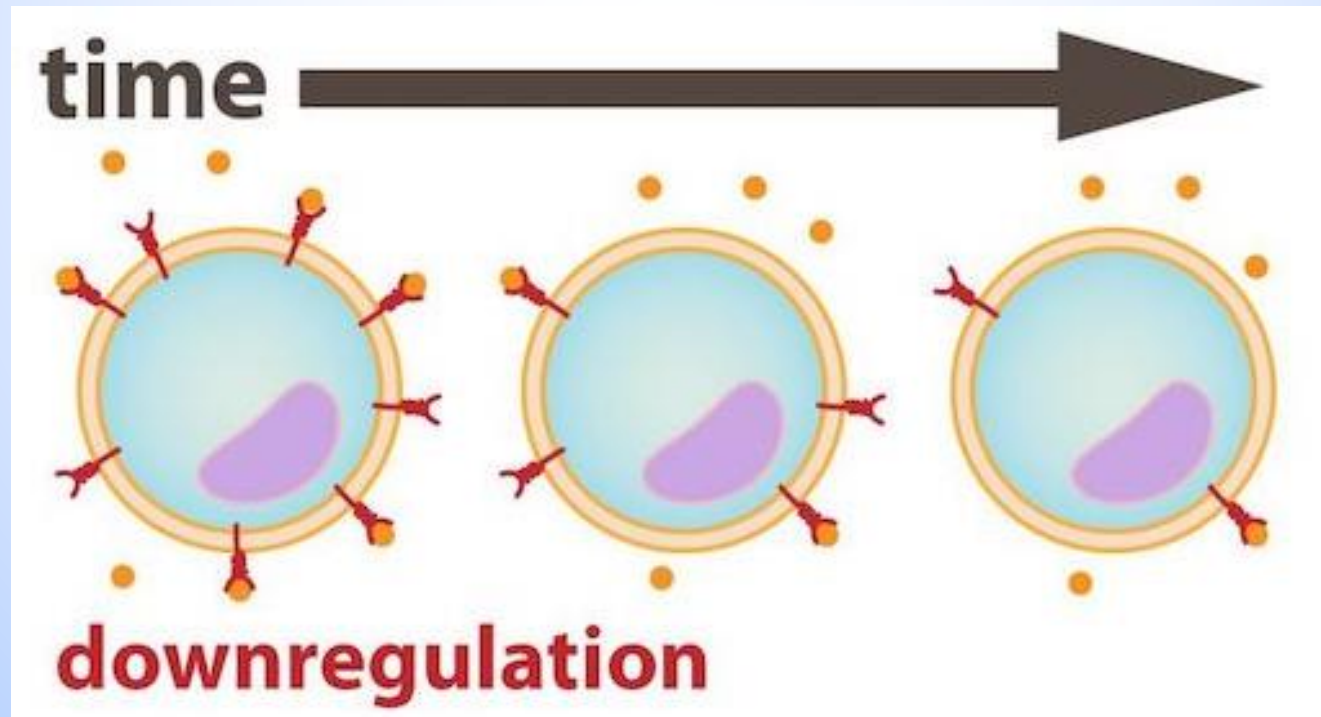


QUICKENED HEARTBEAT



TREMBLING

تولرانس مشکل بالقوه در تجویز هرنوع آگونیستی میباشد که به طور مزمّن مصرف میشود اما با توجه به تعداد بسیار زیاد رسپتور بتا در سلولهای عضلات صاف راههای هوایی علیرغم اینکه پدیده **down regulation** اتفاق می افتد اما اما مشکلی با توجه به تعداد زیاد رسپتور ها ایجاد نمی شود در مقابل سلول های **mast cell** به سرعت تولرانس اتفاق می افتد اما با تجویز کورتیکو استروئید استنشاقی ممکن است جلوی این اتفاق گرفته شود



بی خطر بودن بتا آگونیست ها موضوع بسیار مهمی می باشد در واقع نشان داده شده کسانی که به طور مکرر نیاز به مصرف آگونیست کوتاه اثر بتا پیدا می کنند میزان مرگ در آنها بیشتر میباشد اما در واقع افزایش میزان مرگ در این گروه به علت عوارض آگونیست بتا نیست بلکه به علت کنترل نامناسب بیماری آسم در این افراد اتفاق می افتد در مقابل مقدار کمی افزایش مورتالیتته در کسانی که آگونیست بتا طولانی اثر را به تنهایی مصرف می کنند دیده می شود و این هم در حقیقت به علت عدم استفاده همزمان از کورتیکو استروئید استنشاقی می باشد چرا که در واقع التهاب زمینه ایی بدون مصرف کورتیکو استروئید استنشاقی سرکوب نمی شود

■ آنتاگونیستهای موسکارینی گروه دیگری از داروهای مورد استفاده در درمان آسم هستند آنتاگونیست های رسپتور موسکارینی مثل ipratropium bromide که ما به عنوان آتروونت بیشتر میشناسیم سبب میشوند که برونکو کانستریکشن ناشی از عصب کولینرژیک مهار شود همچنین ترشح موکوس را مهار می کنند آنتاگونیستهای موسکارینی از آگونیست های بتا در درمان آسم کمتر موثر هستند در برخی از بیمارانی که با حداکثر درمانهای برونکودیلاتور اسمشون کنترل نیست ممکن استفاده از آنتاگونیست های موسکارینی طولانی اثر که در اصطلاح به آنها LAMA گفته می شود در درمان آسم این بیماران خیلی کمک کننده و موثر باشند این آنتاگونیست های طولانی اثر هم سبب بهبود فونکسیون ریه و هم سبب کاهش دوره های تشدید آسم می توانند بشوند در حمله حاد اسم دوزهای بالای آنتی کولینرژیک های کوتاه اثر را می توان از طریق نبولایزر به عنوان درمان حاد تجویز کرد اما حتماً باید فقط متعاقب تجویز بتا آگونیست ها داده بشه چون که اثر اینها آهسته تر از داروهای بتا آگونیست می باشد از آنجایی که جذب سیستمیک که این داروها ناچیز می باشد لذا عوارض جانبی معمولاً یک مشکل شایع نمی باشد شایع ترین عارضه جانبی دهان خشک و در افراد مسن احتباس ادراری و گلوکوم ممکن مشاهده شود



تئوفیلین در واقع در سالیان گذشته به مقدار زیادی تجویز می شد داروی ارزان قیمتی است منتهای مراتب امروزه کمتر از اون استفاده میشه علت اثرات جانبی این دارو است در واقع وقتی تئوفیلین را برای بیمار تجویز می کنیم خصوصاً در افراد سالمند باید سطح خونی دارو را هم داشته باشیم عوارض جانبی بخصوص در افراد سالمند ایجاد میشود تئوفیلین علاوه بر اثر برونکودیلاتور ای که در واقع با مهار فسفو دی استراز واسطه گری میشود اثرات ضد التهابی هم دارد در صورتی که بخواهیم تئوفیلین تجویز بکنیم بهتر می باشد که به صورت قرص های آهسته رهش یک تا دو بار در ۲۴ ساعت تجویز بشود در گذشته از آمینوفیلین وریدی در درمان حمله آسم شدید استفاده می شد اما امروزه بیشتر از بتا آگونیست های کوتاه اثر استنشاقی استفاده می شود





در مقابل با داروهای برونکو دیلاتور ما داروهای کنترل کننده آسم رو هم داریم که اصطلاحاً به آنها کنترلر میگویند موثر ترین داروی کنترلر آسم کورتیکواستروئیدهای استنشاقی میباشد کورتیکواستروئید های استنشاقی را معمولاً دو بار در روز استفاده می کنند اما گاهی در موارد خفیف بیماری ممکن است یک بار استفاده در روز هم موثر باشد کورتیکواستروئید استنشاقی به سرعت علائم آسم را بهبود میبخشد و فونکسیون ریه در عرض چند روز بهبود پیدا میکند کورتیکواستروئید های استنشاقی در پیشگیری از علائم به عنوان مثال آسم القا شده توسط ورزش و حملات شبانه موثر میباشد بسیار مهم است که بدانیم درمان زودرس با کورتیکواستروئید های استنشاقی سبب میشوند تا از تغییرات غیر قابل برگشت در راه های هوایی و فونکسیون ریه جلوگیری بشود در واقع در اسم پایدار کورتیکواستروئید های استنشاقی خط اول درمان می باشد اما اگر با دوز پایین کورتیکواستروئید استنشاقی نتواند علائم را کنترل نماید مرحله بعد اضافه کردن یک آگونیست طولانی اثر به کورتیکواستروئید استنشاقی میباشد



■ عوارض جانبی شامل دیسفونی یا گرفتگی صدا و یا کاندیدیازیس دهانی می باشند که چنان که از اسپیسر با حجم بالا استفاده بشود احتمال این عوارض به حداقل می رسد آیا واقعاً کورتیکو استروئید های استنشاقی جذب سیستمیک قابل توجهی دارند در پاسخ باید بگوییم که خوشبختانه این داروها جذب سیستمیک قابل توجهی ندارند نگرانی در رابطه با تجهیز دوزهای بالای کورتیکواستروئید استنشاقی و مختل شدن رشد کودکان و یا ایجاد پوکی استخوان در بزرگسالان وجود داشت که خوشبختانه بر اساس تحقیقات انجام شده این اتفاقات به دنبال تجهیز دوزهای بالای کورتیکو استروئید های استنشاقی رخ نمی دهند

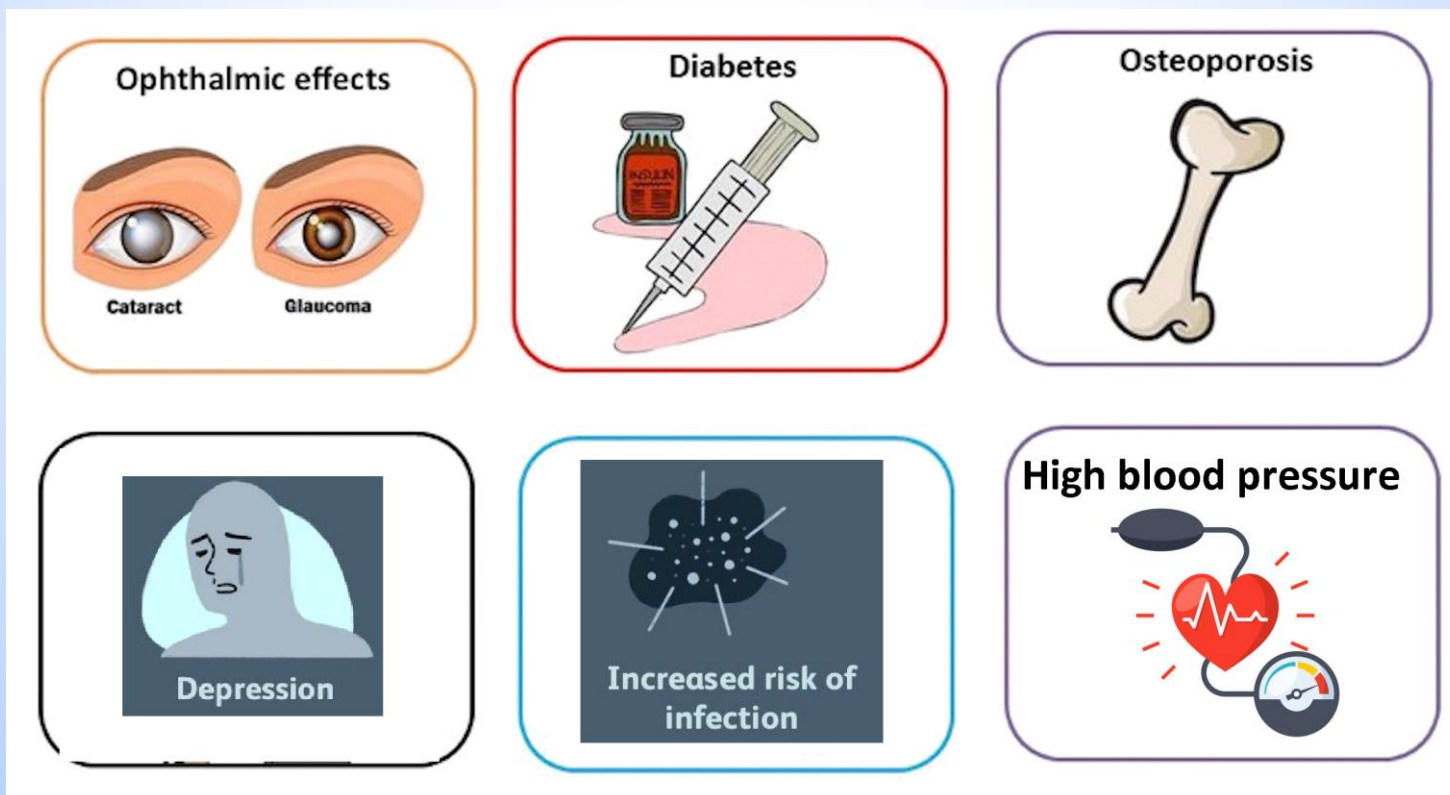


Inhaled corticosteroids:
Thrush

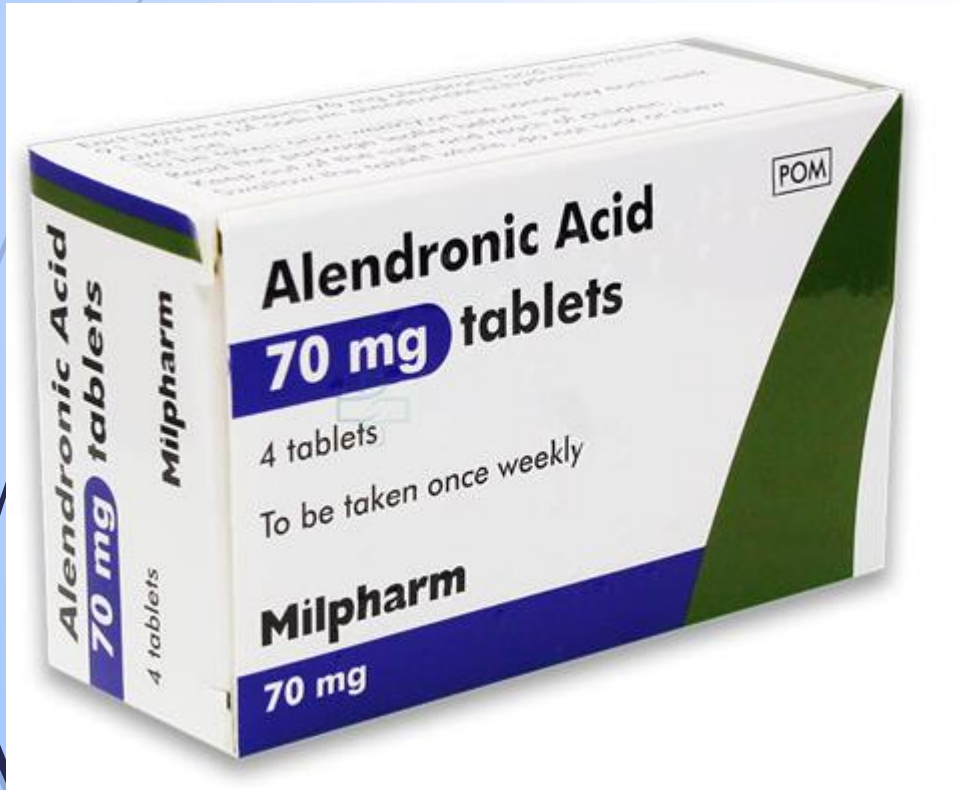
در موارد حمله شدید آسم گاهی اوقات مجبور هستیم که از کورتون سیستمیک استفاده کنیم که این کورتون سیستمیک میتواند به صورت خوراکی و یا به صورت وریدی باشد که البته مصرف وریدی ارجحیتی به فرم خوراکی ندارد معمولاً در حمله شدید آست ما ۳۰ تا ۴۵ میلی گرم پردنیزولون خوراکی را روزی یکبار و به مدت ۵ تا ۱۰ روز تجویز می کنیم و هیچ نیازی به taper کردن دوز در این موارد وجود ندارد



در یک درصد بیماران آسمی ناگزیر هستیم که از کورتون خوراکی به صورت دائمی استفاده کنیم و در این موارد با توجه به عوارض درمان کورتون سیستمیک سعی می کنیم که حداقل و کمترین دوزی را که قادر به کنترل علائم بیمار باشد را تجویز بنماییم عوارض سیستمیک کورتون شامل چاقی مرکزی کبود شدن آسان پوکی استخوان دیابت افزایش فشار خون شریانی ایجاد زخمهای معده و دوازده میوپاتی پروگزیمال افسردگی و کاتاراکت میباشند



چنانچه نیاز به مصرف کورتون سیستمیک باشد باید بیمار از نظر تراکم استخوان مورد بررسی دقیق قرار بگیرد و اقدامات پیشگیرانه با مصرف داروهای بیسفسفونات مانند آلدرونیت و یا تجویز استروژن در زنان بعد از دوران یائسگی آغاز بشود در بیمارانی که همکاری مناسبی در گرفتن درمان ندارند میتوان از فرم آهسته رهش تریامسینولون عضلانی استفاده نمود اما باید توجه داشت میوپاتی یک مشکل عمده با این روش درمان می باشد



➤ داروهای ضد لوکو ترین گروه دیگری از داروهای مورد استفاده در درمان آسم می باشند شامل مونته لوکاست و زفیر لوکاست این گروه دارویی نسبت به کورتیکو استروئید استنشاقی قدرت کمتری در کنترل آسم دارند اما به عنوان داروهایی که به رژیم درمانی از قبل شروع شده اضافه می شوند کارایی بسیار خوبی دارند به عنوان مثال بیماری که با تجویز دوز پایین ICS به خوبی کنترل نمی شود را می توان با اضافه کردن یک آنتی لوکوترین به سطح مطلوب تری از کنترل رسید این گروه دارویی را به صورت روزانه یا دو بار در روز مصرف می نمایند



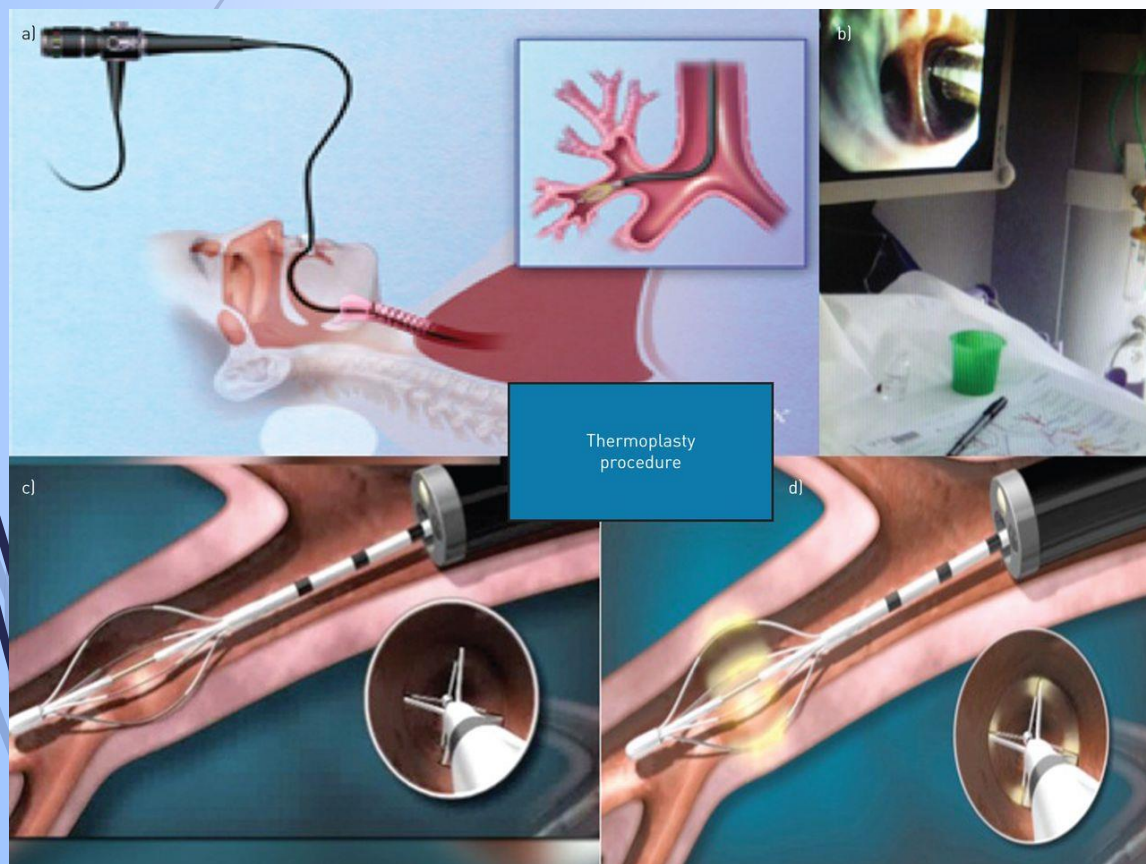
▶ آنتی بادی بر علیه **igE** در حال گردش از دیگر درمان هایی است که در موارد آسم شدید و مقاوم در بیمارانی که سطح **igE** در حال گردش بالایی دارند به کار می رود دارویی که بدین منظور استفاده می شود **omalizumab** نام دارد به طور معمول به صورت زیر جلدی هر دو تا چهار هفته تجویز می کنند **omalizumab** عوارض جانبی قابل توجهی ندارد لیکن مواردی از آنافیلاکسی به دنبال تجویز این دارو گزارش شده است



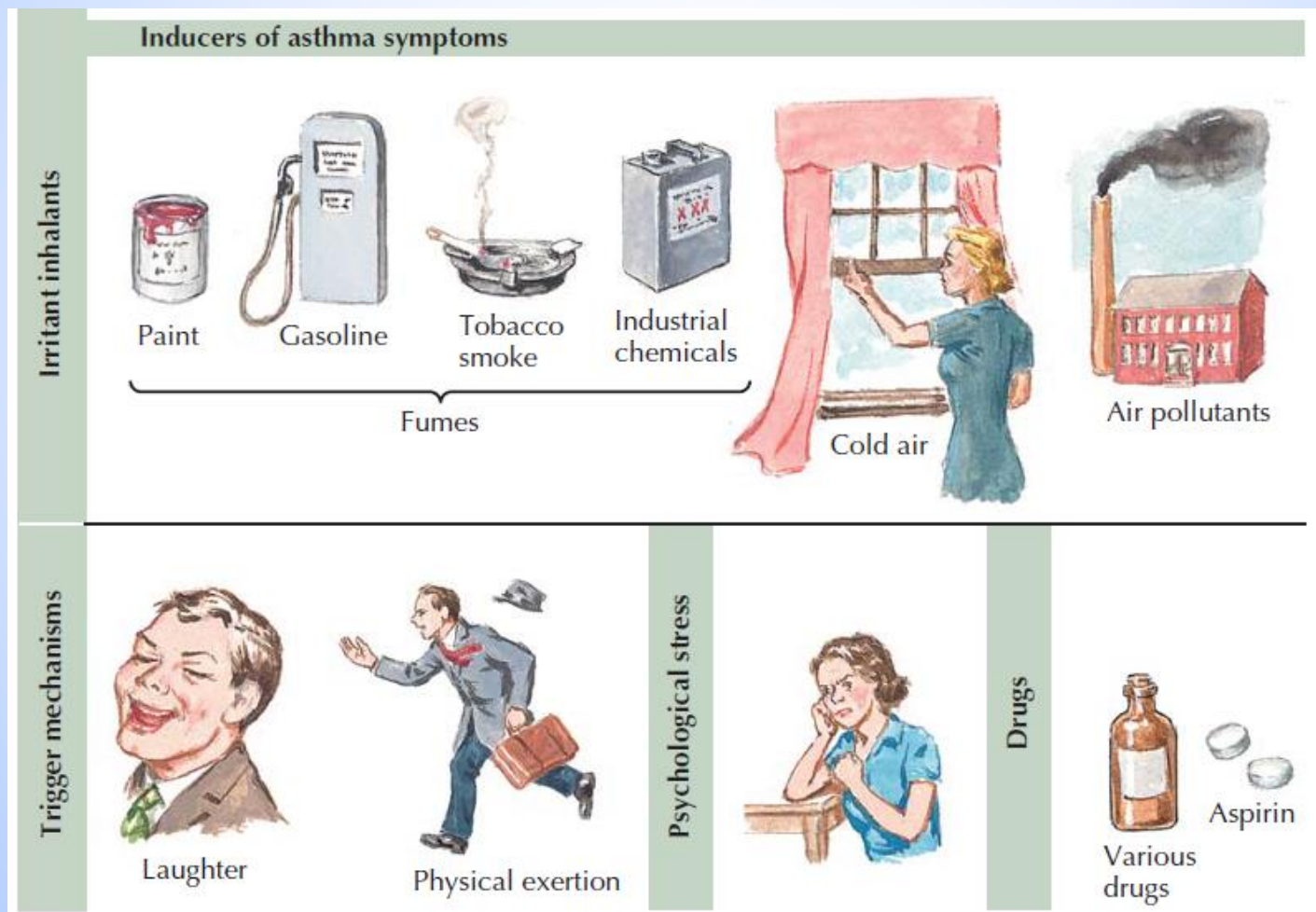


از موارد دیگر روش های درمانی تراپی اشاره نمود ایمونوتراپی با استفاده از عصاره
گرده گیاهان یا از مایت ها میباشد که در گایدلاین ها استفاده چندانی از این روش
ها نشده است چراکه هم خطر آنافیلاکسی دارند و هم اینکه موثر بودن بالینی این
روشها خیلی اثبات شده نمی باشد

روش درمانی دیگر در درمان موارد آسم شدید که علیرغم تمام درمانهای استنشاقی همچنان بیمار علامت دار میباشد استفاده از ترمو پلاستی از طریق برونکوسکوپ میباشد در این روش با ایجاد حرارت عضله صاف برونش را ablate می کنند در بیمارانی که به دقت انتخاب شده باشند استفاده از این روش می تواند سبب کاهش قابل توجه دوره های تشدید بیماری و کنترل بهتر بیماری بشود



به جز درمان دارویی در اداره بیماران با آسم پرهیز و عدم مواجهه با عوامل برانگیزاننده نیز اهمیت بسیار زیادی دارد آلرژن ها مواجهه های شغلی تا سر حد امکان باید از آن ها پرهیز شود برخی از بیماران به دنبال فعالیت و ورزش کردن دچار علائم می شوند در برخی از بیماران مه عامل برانگیزاننده حمله آسم می باشد



از موارد مهم دیگر در اداره بیمارانه آسم ارزیابی کنترل بیماری می باشد باید در مورد دوره های بیدار شدن شبانه میزان نیاز به مصرف داروهای برونکو دیلاتور کوتاه اثر میزان ناتوانی در فعالیتهای بدنی و همچنین ارزیابی بر اساس تست های فونکسیون ریه قضاوت نمود

با توجه به عوارض جانبی درمان و همچنین هزینه درمان نیز از موارد مهم در کنترل مناسب بیماران آسم می باشد برای ارزیابی وضعیت کنترل بیماری پرسشنامه های متعددی طراحی شده است



9.6 Spirometry may be used to measure the severity of airflow obstruction.

Stepwise therapy

Short-acting β_2 -agonist as required for symptom relief				
Mild intermittent	Mild persistent	Moderate persistent	Severe persistent	Very severe persistent
	ICS Low dose	ICS Low dose	ICS High dose	ICS High dose
		LABA	LABA	LABA
				OCS

FIGURE 281-8 Stepwise approach to asthma therapy according to the severity of asthma and ability to control symptoms. ICS, inhaled corticosteroids; LABA, long-acting β_2 -agonist; OCS, oral corticosteroid.

در یک بیمار آسم که دچار بیماری خفیف و متناوب می باشد ممکن است تنها استفاده از یک آگونیست بتا کوتاه اثر برای درمان کفایت بکند یعنی بیمار در مواقعی که علامت دار میشه از آگونیست کوتاه اثر استفاده کنند اما اگر میزان نیاز استفاده از آگونیست کوتاه اثر بیش از دو بار در هفته بشود درمان با کورتیکواستروئید استنشاقی با دوز متوسط به صورت روزی دو بار اضافه میشود مثلاً ۲۰۰ میکروگرم بکلومتازون هر ۱۲ ساعت و یا معادل های بکلومتازون در صورتی که با استفاده از این ترکیب هم علائم به طور مطلوب کنترل نشود در مرحله بعد یک آگونیست بتا طولانی اثر به رژیم درمانی اضافه میشود استفاده از تئوفیلین با دوز پایین و آنتی لوکو ترین در این موارد کاربرد دارد اما اثربخشی کمتری از آگونیست های طولانی اثر بتا خواهند داشت

نکته بسیار مهم در اداره بیماران آسم این مهم می باشد که اگر بیماری علیرغم حداکثر دوزهای توصیه شده است داروها همچنان علامت دار می باشد باید بررسی نماییم که آیا داروهایی را که تجویز می کنیم را بیمار مصرف می کند و یا تکنیک استفاده از دارو را در بیمار مورد بررسی قرار می دهیم در مواردی که بیمار علیرغم مصرف حداکثر دوز داروهای استنشاقی به طور مناسبی کنترل نمی شود ممکن است نیاز به استفاده از کورتیکو استروئید خوراکی در درمان بیماران داشته باشیم و در این موارد سعی می کنیم کمترین دوزی را که می تواند علائم بیمار را کنترل نماید مورد استفاده قرار دهیم و باز نکته مهم دیگر در درمان بیماران آسم در کسانی که به خوبی کنترل شده اند ارزیابی کاهش میزان مصرف داروها می باشد



معیار کنترل مناسب اسم آن است بیمار مان نباید بیش از دوبار در هفته علامت دار شود

بیمار نباید بیش از دو بار در ماه به علت اسم شب از خواب بیدار شود
بیمار نباید بیش از دوبار در هفته نیاز به مصرف سالبوتامول داشته باشد

آموزش بیماران قسمت مهمی از اداره بیماران آغاز می باشد با آموزش بیمار داروها را بهتر مصرف میکند با آموزش میتوانیم به بیمار پرهیز از عوامل برانگیزاننده را خاطرنشان نماییم باید به بیماران مان نحوه استفاده صحیح از داروهای استنشاقی را با دقت آموزش دهیم



➤ با توجه به اینکه در پاندمی COVID-19 بسر میبریم یک سوال مهم آیا بیماران که دچار بیماری آسم میباشند باید واکسیناسیون کووید را دریافت بکنند یا نه ؟

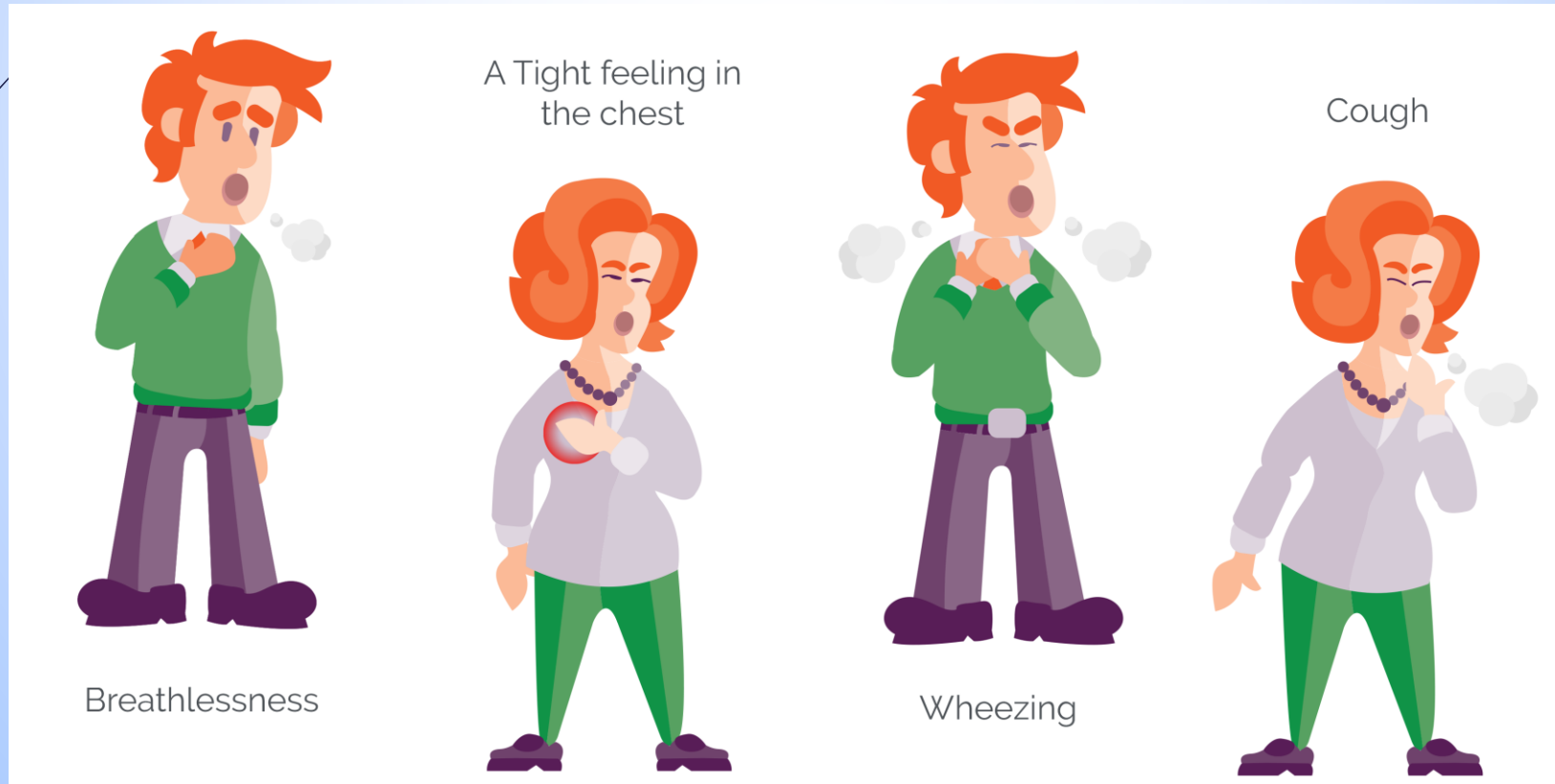
در پاسخ باید بگوییم کسانی که شرایط دریافت واکسن را دارند باید طبق برنامه واکسیناسیون آنها انجام شود اگر بیماری به علت آسم شدید نیاز به مصرف کورتون با دوز بیشتر یا مساوی ۲۰ میلی گرم پردنیزولون داشته باشد مصرف کورتون سبب می شود پاسخ ایمنی نسبت به واکسن تحت تاثیر قرار بگیرد باید دوز پوستر در این بیماران داده شود و یا استراتژی دیگر آن است که واکسیناسیون را تا زمانی که بتوانیم میزان کورتون مصرفی را به کمتر از ۱۰ میلی گرم پردنیزولون یا معادل های آن برسانیم به تاخیر بیندازیم





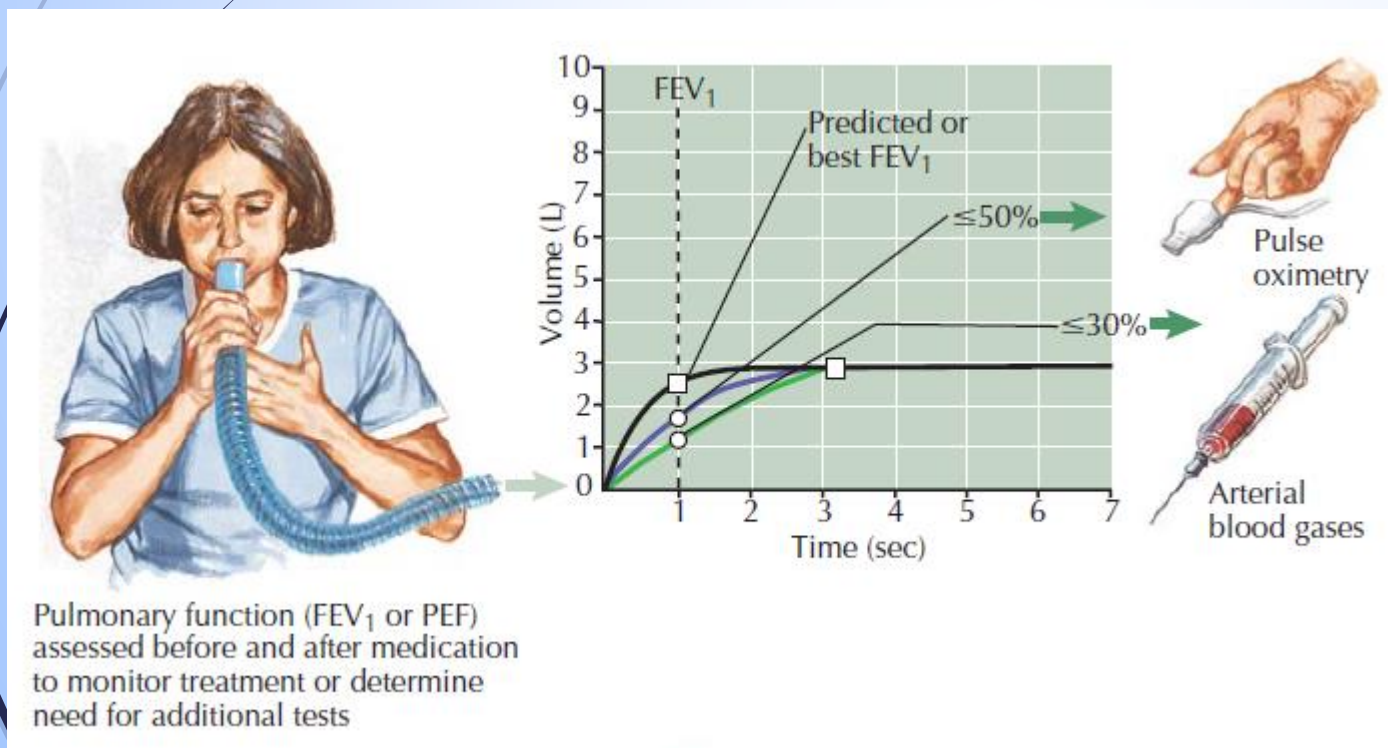
درمان آسم گفتیم دو جنبه دارد جنبه کنترلر و جنبه درمان علائم در واقع یکی از اهداف مهم در جنبه کنترلر پیشگیری از حملات حاد اسم این حملات حاد میتواند بسیار ترسناک باشد و برای بیمار تهدید کننده حیات بیمار باشد

در حمله آسم علائم به صورت احساس سنگینی قفسه سینه خس خس تنگی نفس که با درمان های معمولی که بیمار انجام می داده است کنترل نمی شود در یک حمله شدید شدت تنگی نفس ممکن است به حدی باشد که بیمار قادر به بیان یک جمله کامل نباشد و حتی ممکن است دچار سیانوز شود در معاینه افزایش ونتیلیسیون پرهوایی و تاکی کاردی را خواهیم داشت ممکن است پالس پارادوکس را داشته باشیم اما این یافته معمولاً از نظر بالینی سودمند نیست

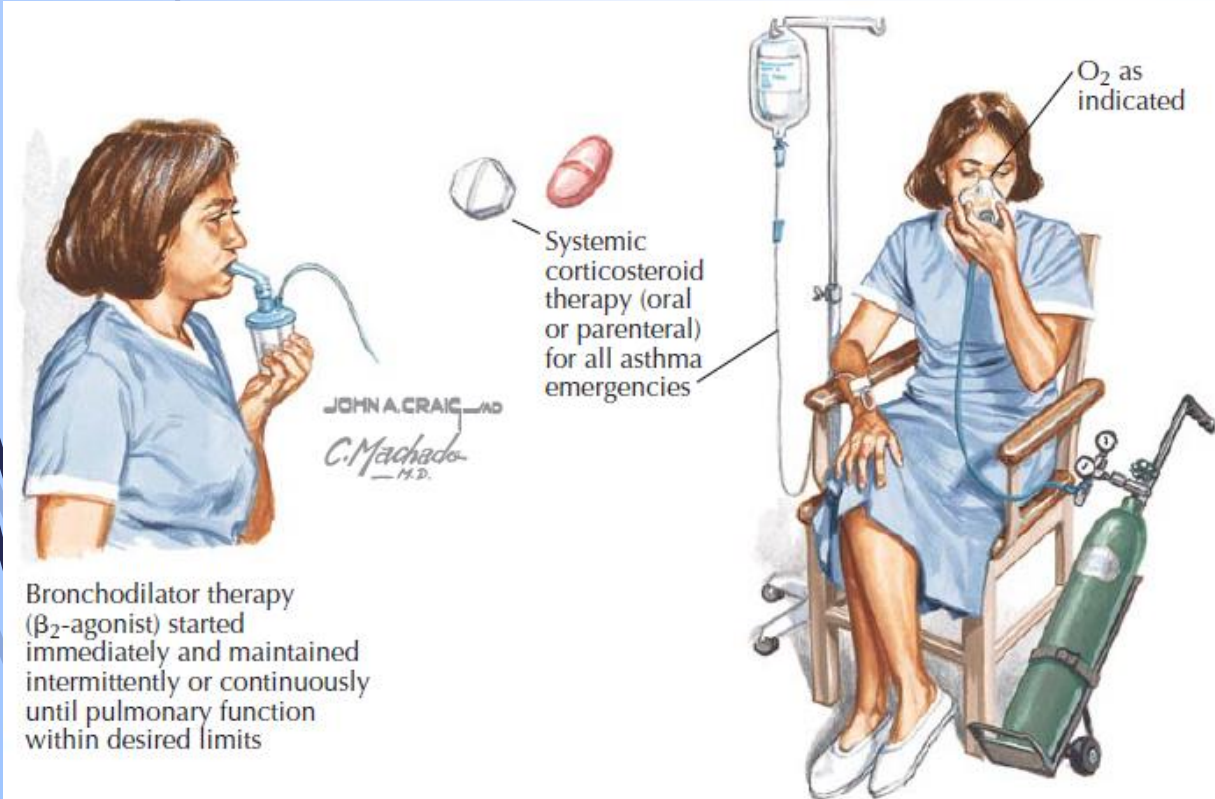


► اگر بیمار پیک فلومتر داشته باشد افت قابل توجه در حجمهای پیک فلومتری را خواهیم داشت اگر از بیمار ABG به عمل آوریم هایپوکسی و PCO_2 کاهش یافته را خواهیم داشت چرا که بیمار در حالت هایپر ونتیلیسیون می باشد و اگر در حمله حاد آسم PCO_2 نرمال و یا بالا باشد محتمل است که بیمار دچار نارسایی تنفسی پیش رونده که منجر به تهویه مکانیکی بیمار شود باشد

► انجام تصویربرداری مانند CXR در حمله حاد آسم ضروری نمی باشد مگر آنکه به تشخیص هم زمان دیگری مشکوک شده باشیم مانند پنومو توراکس و یا پنومونی



درمان حمله حاد آسم باید اکسیژن با غلظت بالا مثلاً با ماسک صورت برای بیمار تجویز شود و درصد اشباع بیمار بالای ۹۰ درصد باشد درصد اشباع اکسیژن هدف در درمان حمله آسم ۹۳ تا ۹۵ درصد میباشد یعنی اکسیژناسیون بالاتر از ۹۵ درصد نیازی نمی باشد و ممکن است حتی برای بیمار همراه سنگ بنای درمان در حمله آسم استفاده از SABA می باشد که یا از طریق نبولایزر یا به صورت MDI از طریق اسپیسر برای بیماران تجویز میشود در موارد نادر در بیماران بدحال که در معرض نارسایی تنفسی قریب الوقوع می باشند تجویز فرم وریدی آگونیستهای بتا ۲ ممکن است داده شود





یک داروی آنتی کولینرژیک به صورت نبولایزر ممکن به درمان بتا آگونیست اضافه کنیم اگر که درمان با بتا آگونیست ما اثر مناسب نداشته باشد ممکن است اضافه کردن این درمان آنتی کولینرژیک یک پاسخ بسیار مطلوبی رو برای ما ایجاد بکند در واقع یک اثر اضافه شونده به دنبال استفاده از یک داروی آنتی کولینرژیک همراه با یک داروی بتا آگونیست خواهیم داشت

در گذشته استفاده از انفوزیون آمینوفیلین خیلی رایج بود اما امروزه کمتر استفاده می شود داروی دیگری که هم به صورت تزریق وریدی و هم به صورت استنشاقی قابل استفاده می باشد سولفات منیزوم می باشد که البته به صورت روتین ما از این درمان استفاده نمی کنیم جایگاه انتوباسیون در بیماری که با حمله حاد آسم مراجعه می کند کجاست؟ در واقع اگر بیمار در آستانه نارسائی تنفسی پیشرفته و نیاز به تهویه مکانیکی داشته باشد ما می توانیم به صورت پیشگیرانه بیمار را اینتوبه نماییم و این کار به مراتب بی خطر تر از آن است که بیمار مان دچار ارست تنفسی شده و آنگاه اقدام به اینتوباسیون نماییم برای بیهوشی عمومی می توانیم از هالوتان استفاده کنیم مهم است که از داروهای سدا تیو در این بیماران استفاده نشود چرا که سبب دپرس کردن ونتیلاسیون می گردد جایگاه آنتی بیوتیک در درمان حمله آسم؟ در واقع ما به صورت روتین برای بیماران با حمله حاد آنتی بیوتیک تجویز نمی نماییم مگر شک به عنوان ای داشته باشیم

آیا در درمان حمله اسم که ناگزیر به استفاده از کورتیکواستروئید می‌باشیم باید دارو را حتماً به صورت وریدی استفاده نماییم در پاسخ باید بگوییم که خیر الزامی به استفاده از درمان به صورت وریدی نداریم در واقع اگر بیمارمان قادر به خوردن باشد نیاز داریم به استفاده فرم وریدی نمی‌باشد

هنگامی که ناگزیر به استفاده از کورتیکواستروئید سیستمیک می‌باشیم که گفتیم می‌تواند وریدی یا خوراکی باشد دو معمول ۴۰ تا ۶۰ میلی گرم پردنیزولون یا معادل‌های آن است

از آنجایی که گروه هدف در این وبینار همکاران عزیز پرستار ما می باشد و بیشتر در بیمارستان با بیمارانی که با حمله آسم مراجعه نموده اند سر و کار داریم کمی در رابطه با حمله بیشتر توضیح داده می شود سوال اینجاست بیماری که دچار حمله آسم می شود چه زمانی نیازمند مراجعه به دفاتر اورژانس بیمارستان می باشد اگر بیمار مان تنگی نفس در حالت استراحت یا خواب آلودگی یا آذیتاسیون پیدا کند نیاز به مراجعه به بیمارستان دارد اگر بیمارمان نتواند یک جمله را به طور کامل بیان نماید نیاز به مراجعه به بیمارستان دارد اگر بیمارمان در منزل از پیک فلومتر ای استفاده می نماید پیک فلومتر کمتر یا مساوی ۵۰ درصد مقدار پیش بینی شده به معنی نیاز به بستری در بیمارستان می باشد به نظر شما چند درصد از بیمارانی که دچار حمله حاد آسم می شوند و در بیمارستان بستری می گردند نیاز به تهویه مکانیکی تهاجمی خواهند داشت پاسخ ۳ تا ۵ درصد .

۳ تا ۵ درصد بیمارانی که نیاز به بستری در بیمارستان پیدا می نمایند ناگزیر به تهویه مکانیکی در آنها خواهیم شد

یکی از آزمون هایی که در بیماران آسمی برای تشخیص و برای نحوه ادامه درمان از آن استفاده می کنیم اسپرومتری میباشد چند نکته در رابطه با اسپرومتری رو باید مدنظر داشته باشیم اسپرومتری در کودکانی که زیر ۶ سال باشند قابل اعتماد نیست اگر فردی آسم کنترل شده دارد نیازی نیست در هر بار مراجعه اسپرومتری انجام بدهد در واقع یک تا دوبار اسپرومتری در سال برای کسی که آسم کنترل شده دارد کافی است

یک روش دیگر که دقت پایین تر از اسپرومتری دارد استفاده از پیک فلومتر میباشد پیک فلومتر وسیله ای میباشد که در آن شخص در منزل میتواند تغییرات فلوی تنفس را اندازه گیری بکند

چند نکته در آسم در خانم های باردار

آیا مصرف استروئید استنشاقی در فردی که باردار میباشد و بیماری آسم دارد برای جنین خطرناک می باشد؟ در پاسخ باید بگوییم که خیر نه تنها مادر باردار با استفاده از فرم استنشاقی کورتیکواستروئید به ویژه بودزوناید جنین دچار مشکلی نمی شود بلکه قطع کردن مصرف کورتیکواستروئید استنشاقی در مادر بارداری که نیاز به درمان کنترل کننده آسم دارد می تواند بسیار خطرناک باشد و فرد باردار را در معرض خطر حمله قرار دهد آیا می توان سالمترول و فورمتروپول را به صورت بی خطر در دوران بارداری مصرف نمود؟ بله پاسخ این سوال نیز مثبت می باشد فرد باردار منعی جهت مصرف بتا آگونیست های طولانی اثر مانند سالمترول و فورمتروپول ندارد داروی دیگری که در بیماران آسم مورد استفاده قرار می گیرد مونته لوکاست میباشد آیا میتوان از مونته لوکاست در بیماران آسم باردار استفاده نمود در اینجا نیز پاسخ مثبت است و مصرف مونته لوکاست در دوران بارداری کاملاً بی خطر می باشد بنابراین توجه داشته باشید اگر فردی که آسم دارد و باردار شده است نباید اقدام به قطع مصرف دارو هایش نماید و مصرف داروهایی که با آن آسم بیمار تحت کنترل بوده میتواند خطرناک باشد



نکاتی در رابطه با نحوه صحیح مصرف دارو MDI در واقع همان چیزی است که به عنوان اسپری در بین مردم معروف شده است در واقع دارو در یک محفظه با یک پروپلنت قرار داده شده است و برای مصرف درست دارو باید کنیستر را به مدت ۵ ثانیه با شدت تکان دهیم و البته بهتر است دارو با اسپیسر یا همان آسم یا یا دمیار مورد استفاده قرار گیرد در صورتی که بیمار نیاز به دوم از اسپری داشته باشد باید مدت ۱۵ تا ۳۰ ثانیه صبر نماید آیا به دنبال مصرف اسپری هایی که حاوی کورتیکواستروئید نیستند نیز باید شستشوی دهان به عمل آید پاسخ خیر می باشد اما عموماً اسپری هایی که برای آسم استفاده میکنیم حاوی کورتیکواستروئید میباشد و گفتیم درمان به تنهایی LABA در آسم تقریباً جایگاهی ندارد لذا به دنبال مصرف اسپری به بیمار آموزش می دهیم که شستشوی دهان را به عمل آورد تا دچار گرفتگی صدا و کاندیدیازیس دهانی نشود آیا وقتی بیمار نیاز به مصرف دوم اسپری دارد باید کنیستر را با شدت تکان بدهد بله اگر این کار را نکند تنها پروپیلن وارد ریه بیمار می شود و ممکن است برای بیمار ایجاد سردرد نماید



چه زمانی می توانیم بگوییم که بیمار مبتلا به آسم کنترل مطلوب بیماری دارد علائم روزانه بیمار نباید بیش از ۲ بار در هفته باشد بیمار نباید به علت آسم بیدار شدن شبانه بیش از دوبار در ماه داشته باشد حداکثر نیاز به استفاده از سالبوتامول باید دوبار در هفته باشد یعنی اگر این معیارها را داشته باشیم می توانیم بگوییم که آسم بیمارمان تحت کنترل می باشد و اگر چنانکه بیمارمان بیش از ۲ بار در هفته از سالبوتامول استفاده نماید و یا بیش از دوبار در ماه از خواب بیدار شود و یا بیش از دو بار در هفته علامت دار شود درمان آسم کنترل نمی باشد و نیاز به تعدیل دوز داروها استفاده از داروهای جدید بررسی اینکه آیا بیمار داروهایی را که برایش تجویز کرده ایم به درستی مصرف میکند یا خیر میباشد

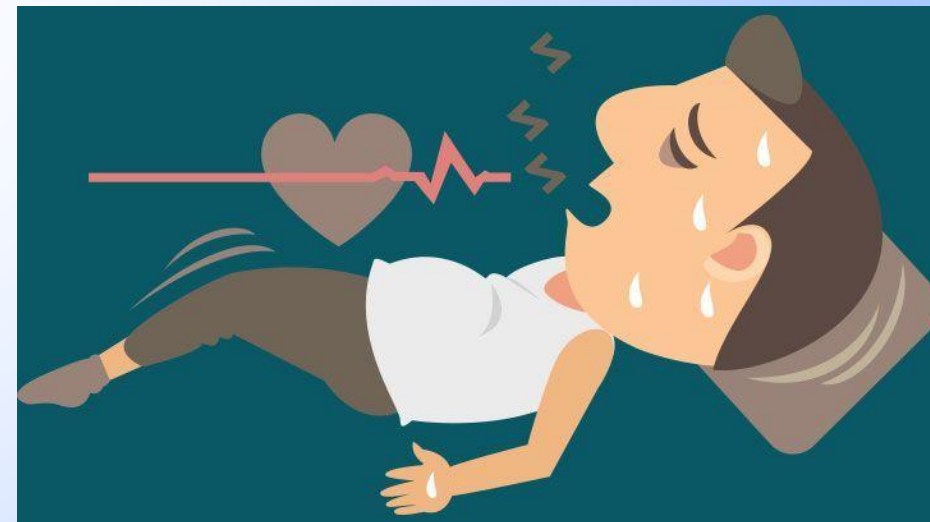


پیک فلو متر یکی از ابزارهایی است که بیماران می‌توانند از طریق آن فونکسیون ریه خود را ارزیابی نمایند. پیک فلومتر وسیله‌ای ارزانی می‌باشد وسیله‌ای می‌باشد که استفاده از آن آسان است و در دسترس می‌باشد اندازه‌گیری دقیق آن وابسته به مهارت فرد می‌باشد.



8.6 A Mini-Wright® EU peak flow meter.

■ کنترل مناسب آسم وابسته به کنترل عوامل دیگری نیز می باشد به عنوان مثال اگر فردی سینوزیت همزمان داشته باشد در صورتی که سینوزیت فرد درمان نشود کنترل آسم در این فرد با مشکلاتی مواجه خواهد بود همچنین کنترل ریفلاکس معده به مری و یا کنترل چاقی و یا کنترل بیماری آپنه انسدادی خواب باید به این عوامل توجه کافی به نماییم و اگر هر کدام از این مشکلات وجود داشته باشد هم زمان با درمان آسم آنها را نیز درمان نماییم



حقوق معنوی زیرنویس محفوظ است
DarmanX.com

- Assembly and use of a nebuliser
- Explanation of inhaler technique to patients

این ویدیو نحوه استفاده صحیح از نبولایزر برای تجویز سالین و دارو را نشان می دهد
بعدتر مثالی از مشاوره را نشان می دهد که در آن
روش استنشاق به بیمار توضیح داده می شود

PEAK EXPIRATORY FLOW RATE MEASUREMENT



اندازی گیری ریت PEF

Darman X.com

حقوق معنوی زیرنویس محفوظ است



با آرزوی سلامتی و بهروزی برای همه پرستاران عزیز