

Astım Atağının Yönetimi

The Management of Asthma Attack

Dr. Zeynep Ferhan ÖZŞEKER

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Akut astım atağı, astım semptomlarının kötüleşmesidir. Astım hastası için en riskli durumdur. Atakla gelen hastada atağın şiddeti belirlenmeli ve tedavi mümkün olduğu kadar çabuk başlanmalıdır. Daha önce astım tanısı almış hasta acil servise başvurduğunda hızlıca değerlendirilmeli ve ayırıcı tanı yapılmalıdır. Tüm astım hastalarına kendi kendini yönetme planı verilmelidir. Eğer hastaların semptomları kötüleşirse astımlarını nasıl yöneteceklerini bilmelidirler ve hasta eğitimi daima akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Astım, astım atağı, tedavi

SUMMARY

Acute asthma attack is worsening of the asthma symptoms. This is the most risky condition for the asthma patients. When the patient comes with attack which is defined as its severity and treatment is started as soon as the possible. If asthma diagnosed early in the patient who admitted to the emergency department urgently evaluated and then differential diagnoses should be done. Self asthma management plan is given all the asthma patients. If the patients' symptoms getting worse they should know how manage their asthma. Long term asthma action plan and follow up schedule should be given to the patient. And patient's education should be kept in mind all the time.

Keywords: Asthma, asthma attack, management

Yazışma Adresi / Address for Correspondence

Doç. Dr. Zeynep Ferhan ÖZŞEKER
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

e-posta: zfozseker@yahoo.com.tr

DOI: 10.5152/gghs.2015.060

Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2015; 3 (2): 262-266

GİRİŞ

Astımlı bir hastada öksürük, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, hırıltı ve hışıltı (wheezing) gibi semptomların ortaya çıkması ya da bu semptomların artması, bu bulgulara solunum fonksiyon bozukluklarının eşlik etmesi astım atağı olarak tanımlanır⁽¹⁾. Astım atakları hastaların en sık hastane başvuru nedenidir. Ataklar astımın mortalite ve morbiditesini belirleyen en önemli faktördür. Bazen hastaya astım tanısı ilk kez atakla konulabilir. Tedavisinde son 20 yılda değişen çok fazla bir şey olmamıştır⁽²⁾. Astım ataklarına bağlı ölümlerin çoğu hastane dışında ve kronik ağır astımlı hastalarda gerçekleşmektedir.

Ataktaki hastalardan aşağıdaki kriterleri taşıyanlar mortalite riski yüksek olan hasta grubudur^(3,4).

1. Daha önceye ait ağır astım atağı geçirme öyküsünün varlığı,
2. Son 1 yıl içinde astım nedeni ile ikiden fazla acil servis başvurusu veya hastaneye yatma öyküsü varlığı,
3. Son 1 ay içinde hastanede astım nedeni ile yatma öyküsü olması,
4. Ayda bir kutudan fazla kısa etkili beta₂ agonist tüketiminin olması,
5. Sistemik steroid kullanımını yeni kesmiş veya halen kullanmakta olması,
6. Eşlik eden kardiyovasküler hastalık, psikiyatrik hastalık ve psikososyal problemlerinin olması,
7. Çeşitli nedenler ile tanı ve tedavi hizmetlerine ulaşamayan hastalar.

Astımlı Hastalarda Başlıca Atak Nedenleri^(1,5)

İlaç kullanım hataları

- ✓ Hastanın inhaler cihazını yanlış kullanıyor olması
- ✓ Hastanın antiinflamatuvar tedavisinin yetersiz olması,
- ✓ Hastanın ilaçlarını önerilen dozda ve uygun tekniikle kullanmıyor oluşu

Tetik çeken faktörler

Hastanın sigara dumanı, hava kirliliği, toz, duman, emosyonel durum, egzersiz, ilaçlar, üst-alt solunum yolu enfeksiyonları, bazı gıdalar, allerjik ise duyarlı olduğu allerjenler vb. tetik çeken bir faktörle karşılaşması.

Atağın Hasta Tarafından Kendi Kendine Yönetimi

Astımlı hasta atağın ne olduğunu, atak sırasında ne yapması gerektiğini, ne süre ve miktarda kısa etkili

bronkodilatör tedavi kullanması gerektiğini ya da ne zaman kendi kendine oral steroid kullanması gerektiğini bilmelidir (Tablo 1)⁽¹⁾. Hastanın hareket planı hekim tarafından hastaya yazılı olarak verilmelidir. Hastanın atak sonrası aile hekimine görünmesi ve hekimin de hastanın durumunu kontrol ederek tedavi planını yeniden değerlendirmesi gerekir. Aynı zamanda hastaların kendi durumları ile ilgili farkındalık oluşturacak kaynaklara yönlendirilmesi ve konu ile ilgili bilgilendirilmesi de yardımcı olabilir^(6,7).

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Astım Atağının Yönetimi

Atağın şiddeti değerlendirilmeli ve ayırıcı tanılar düşünülmalıdır (kalp krizi, pulmoner emboli vb)⁽¹⁾.

Astım atağı ise atağın şiddetini değerlendirip acil olarak kısa etkili bronkodilatör tedavisi başlanmalı ve oksijen desteği sağlanmalıdır. Eğer atak ciddiye acil servise nakletmeden önce kısa etkili bronkodilatör tedavisi, sistemik steroidi verilmeli, oksijen desteği sağlanarak nakil edilmelidir.

Atakla Gelen Hastaya Yaklaşım

Atakta gelen bir hastada atağın şiddetinin belirlenmesi, atağın şiddetine göre hızlı bir şekilde medikal tedavinin uygulanması, hastanın durumu durağan hale geldikten sonra, hastayı atağa sokan nedenin belirlenmesi ve hastaya buna yönelik uyarılarda bulunulması temel prensiplerdir.

Yapılması gerekenler; hastanın genel durumunu değerlendirmek, konuşma, yürüme, nefes darlığı, hışıltı varlığının saptanması, şuur durumunu değerlendirmek, oksijen desteği sağlamak, inhale β₂ agonist nebulizatör ile vermeye başlamak, oksijen saturasyonunu takip etmek, zirve ekspiratuvar akım (PEF) değerine bakmaktır. Hastanın durumu kontrol altına alındıktan sonra gerekirse akciğer grafisi çekilebilir, hemogram bakılabilir.

Şiddetine Göre Atakların Tedavisi

Hasta hekime geldiği an durumu değerlendirilmeli ve atağın şiddetine göre tedavi verilmelidir (Şekil 1)⁽¹⁾.

Hafif atak

Oksijen saturasyonunu erişkinde %92-94, çocuklarda %95 ve üzerinde tutacak şekilde oksijen verilmelidir. Birinci saatte her 20 dakikada bir nebulizatör ya da hazne ile 5 mg salbutamol ve inhale antikolinergik verilmelidir. Hasta iyileşirse salbutamol saatte bir verilmeye başlanır ve 3 saat gözlem altında tutulur, iyi ise

Tablo 1. Astımdaki kötüleşmenin hastanın kendisi tarafından yönetimi⁽¹⁾.

İlaç	Astımdaki kısa süreli kötüleşme için (1-2 hafta)	Kanıt düzeyi
Rahatlatıcı ilacın dozunu artırır:		
Kısa etkili β_2 agonist	Kısa etkili bronkodilatör sıklığını artırır. ÖDİ kullanıyorsa araya hazne ekleyerek kullanmasını öner	A A
Düşük doz İKS/formoterol *	Rahatlatıcı kullanım sıklığını artırır (formoterol toplam dozu maksimum 72 mcg/gün'dür)	A
Kontrol edici ilacının dozunu artırır:		
İdame ve rahatlatıcı olarak İKS/formoterol *	İdame İKS/formoterol kullanmaya devam et ve gerektiğinde kurtarıcı İKS/formoterol dozunu artırır (formoterol toplam dozu maksimum 72 mcg/gün'dür)	A
İdame tedavisi olarak İKS ve kısa etkili bronkodilatör	İKS dozunu en az iki katına çıkar; İKS dozunu maksimuma çıkarmayı düşün. (maksimum 2000 mcg/gün beklometazon dipropiyonat eşdeğeri)	B
İdame tedavisi olarak İKS/formoterol ve rahatlatıcı olarak kısa etkili bronkodilatör	İdame formoterol İKS/formoterol dozunu dört katına çıkar (formoterol toplam dozu maksimum 72 mcg/gün'dür)	B
İdame tedavisi olarak İKS/salmeterol ve rahatlatıcı olarak kısa etkili bronkodilatör	İKS/salmeterol formülünün en üst dozuna çık ya da farklı bir İKS eklemeyi düşün (maksimum 2000 mcg/gün beklometazon dipropiyonat eşdeğeri)	D
Oral steroid ekle ve doktorunla iletişime geç		
OKS (prednisolone ya da prednisone)	Ciddi ataksa OKS ekle (örnek: kişinin en iyi değerinin PEF ya da $FEV_1 < \%60$) ya da 48 saat içinde tedaviye cevap vermediyse ya da hastada aniden kötüleşen astım atağı hikayesi varsa Erişkin: prednisolone 1 mg/kg/gün (maksimum 50 mg) genellikle 5-7 gün için Çocuklarda: 1-2 mg/kg/gün (maksimum 40 mg) genellikle 3-5 gün kullanılır. OKS 2 haftadan kısa süreli kullanıldıysa doz azaltarak kesmek gerekmez.	A D B

İKS: inhaler kortikosteroid; OKS: oral kortikosteroid; FEV₁: zorlu ekspiratuar volüm 1. saniye; ÖDİ: ölçülü doz inhaler

* İKS/formoterol kombinasyonunu tedavi edici ve rahatlatıcı olarak kullanımda, İKS budesonid ya da beklometazon olabilir.

taburcu edilir. Uzun süreli astım tedavisinde bir üst basamağa çıkarılır.

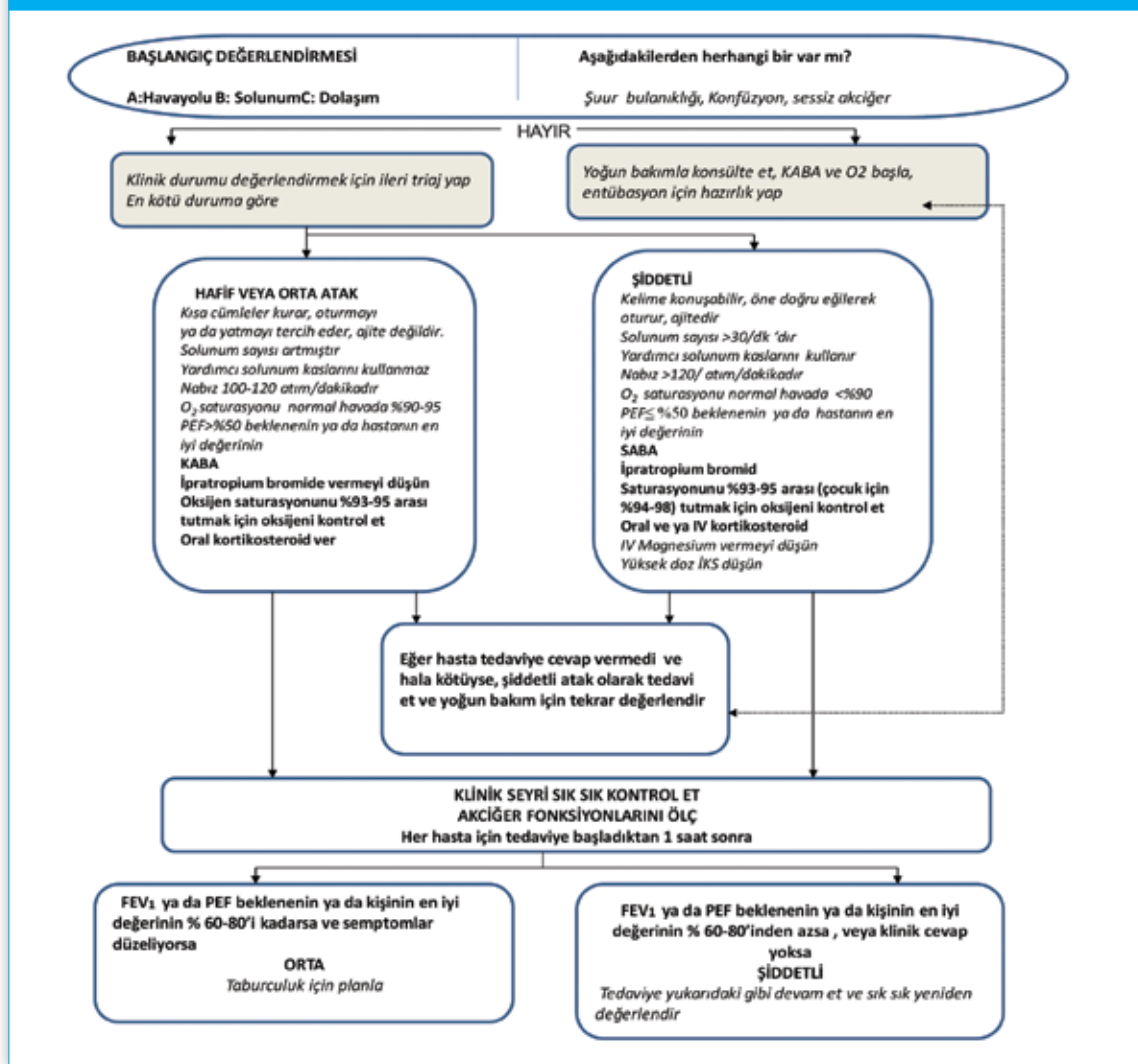
- İyileşmezse orta atak tedavisi uygulanır.

Orta atak

Oksijen saturasyonunu erişkinde %92-94, çocuklarda %95 ve üzerinde tutacak şekilde oksijen verilir. Nebülizatör ile salbutamol (ipratropium ile birlikte) ilk saatte her 20 dakikada bir 5 mg, sonra klinik duruma göre 1-4 saatte bir uygulanır. Sistemik kortikosteroid * 40-60 mg/gün metilprednizolon veya eşdeğeri p.o. veya i.v bir veya iki doza bölünmüş ola-

rak verilir. 1 saat sonra tekrar değerlendirilir. Hasta tedaviye cevap verdiyse 1 saat daha gözlem altında tutulur ve tekrar değerlendirilir. Semptomlar düzeldiyse ve PEF değeri kişinin beklenen PEF değerinin %60 ve üstü ise 6-12 saat takip edilir, iyiyse taburcu edilir. Evde inhale β_2 agonist kullanımına 4 veya 6 saat aralıklarla tam düzeline kadar ya da ihtiyaç halinde devam edilir. Oral steroid tedavisine 40 mg/gün 7 gün devam edilir. Taburcu ederken eğitim vermek, düzenli ve doğru ilaç kullanımını öğretmek, düzenli kontrole çağırarak ve kişisel hareket planı düzenlemek gerekir.

- Hastanın tedaviye yanıtı yoksa ya da genel durumu kötüleşiyorsa ağır atak tedavisine geçilir.

Şekil 1. Acil serviste akut astım atağının yönetimi⁽¹⁾.

Ağır atak

Oksijen saturasyonunu erişkinde %92-94, çocuklarda %95 ve üzeri olacak şekilde oksijen verilir. *Nebulizatör ile salbutamol- ipratropium kombine olarak ilk saatte her 20 dakikada bir 5 mg veya 0,15-0,3 mg/kg sürekli verilir. Sistemik kortikosteroid 60-80 mg metilprednizolon veya eşdeğeri p.o. veya i.v verilir. Magnezyum sülfat 1,2-2 gr, i.v. ve en az 20 dakika süreli infüzyonla uygulanır. Magnezyum sadece tek doz verilebilir. Daha yüksek dozlar kas güçsüzlüğü ve solunum yetersizliğine neden olabilir. Magnezyum tedavisinin sadece uzman doktor kontrolünde ve yoğun bakım şartlarının sağlanabileceği ortamlarda uygulanması gereklidir. Teofilin i.v. (3-6 mg/kg bolus, 0,5 mg/kg/saat idame dozu) uygulanır. Bir-iki saat sonra tekrar değerlendirilir ciddi atak için risk faktörü varsa, semptomlar daha da ciddileştiyse, bilinç bulanıklığı başladıysa, PEF <%30, pCO₂ >45 mmHg, pO₂ <60 mmHg ise yoğun bakıma alınmalıdır.

Hayatı tehdit edici atak

✓ Ağır atak tedavisine ek olarak:

Noninvaziv mekanik ventilasyon veya entübasyonla mekanik ventilasyon açısından değerlendirilir ve gerekirse entübe edilir. Subkutan veya intravenöz beta-2 agonistler veya adrenalin (1/1000 mg/mL s.c. 0,3-0,5 mL erişkin için, çocuklar için 0,25 mg) verilebilir.

Astım Atağında Hastaneye Yatırma Kriterleri

- Tedaviye rağmen düzelmeye yoksa,
- Uzaktan duyulabilen inspiyum ve ekspiyumda wheezing veya sessiz toraks varsa,
- Yardımcı solunum kas kullanımı varsa,
- Nabız >100/dk, Solunum Sayısı >30/dk ise,
- PEF <%25 ise,
- SaO₂ <%91, PaO₂ <60mmHg, PaCO₂ >42mmHg ise.

Astım Atağında Yoğun Bakıma Sevk Kriterleri

- Solunum sayısının erişkinde 30/dk, bebeklerde 60/dk üzerinde olması
- Sessiz akciğer, paradoksal solunum, artan siyanoz, terleme, bilinç bulanıklığı gibi solunum yetersizliği belirtilerinin görülmesi
- PaCO₂'nin tedaviye rağmen artması ve pH'da düşme eğilimi
- PEF'de ciddi düşme eğilimi

Atak Sonrasında Hastanın Taburcu Edilmesi

1. Taburcu edilecek hastada şu kriterler göz önüne alınmalıdır:
 - a. En son uygulanmış olan tedaviden sonra, en az 1 saat boyunca semptomların tekrarlamamış olması,
 - b. Normal fizik muayene bulguları,
 - c. PEF >%70,
 - d. Solunum sıkıntısı yok,
 - e. PaO₂ >90 mmHg.
2. Hasta evde sürdüreceği tedavisine hastanede başlamış olmalıdır (en az 24 saat önce).
3. Hastanın inhalasyonla kullanılan ilaçların kullanım tekniğini bilip bilmediği kontrol edilmelidir.
4. PEF >%75 ve günlük PEF değişkenliği <%25 olmalıdır.
5. Hasta eğitimi önemlidir.
 - a. İlaçların düzenli kullanılması,
 - b. Semptomların evde kontrol edilmesi (PEF metre takipleri),
 - c. Düzenli kontrol muayenelerinin gerekliliği.
6. Bu kriterleri sağlıyor olsa da bazı hastaların erken taburcu edilmemesi gereklidir. Bu hastalar:

- a. Tedaviye uyum problemi olanlar
- b. Yalnız yaşayanlar
- c. Psikolojik problemleri olanlar
- d. Öğrenme güçlüğü olanlar
- e. Yakın zamanda hayatı tehdit eder astım atağı geçirmiş olanlar
- f. "Brittle" astımlılar
- g. Gece semptomu olanlar
- h. Hamileler

KAYNAKLAR

1. *Global strategy for asthma management and prevention. National Institute of Health Publication, 2014.*
2. *Blakey JD, Woolnough K, Fellows J, Walker S, Thomas M, Pavord ID. Assessing the risk of attack in the management of asthma: a review and proposal for revision of the current control-centred paradigm. Prim Care Respir J 2013; 22: 344-52.*
3. *Patel M, Pilcher J, Reddel HK, Qi V, Mackey B, Tranquillino T, et al; SMART Study Group. Predictors of Severe Exacerbations, Poor Asthma Control, and -Agonist Overuse for Patients with Asthma. J Allergy Clin Immunol Pract 2014; 2: 751-8.*
4. *Alvarez GG, Schulzer M, Jung D, Fitzgerald JM. A systematic review of risk factors associated with near fatal and fatal asthma. Can Respir J 2005; 12: 265-70.*
5. *BTS/SIGN Asthma Guideline 2014, <https://www.brit-thoracic.org.uk/guidelines-and-quality-standards/asthma-guideline/>.*
6. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: asthma prevalence, disease characteristics, and self-management education: United States, 2001--2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011; 60: 547-52.*
7. *Ghajar-Khosravi S, Tarlo SM, Liss GM, Chignell M, Ribeiro M, Levinson AJ, et al. Development of a web-based, work-related asthma educational tool for patients with asthma. Can Respir J 2013; 20: 417-23.*