

**Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙΚΟ ΒΡΟΓΧΙΚΟ
ΑΣΘΜΑ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:ΜΠΟΙΚΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΠΑΤΡΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Λειτουργία αναπνευστικού συστήματος.....	6
1.2 Παθολογική φυσιολογία.....	8
1.3 Ορισμός.....	10
1.4 Επιδημιολογία.....	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Αίτια.....	11
2.2 Εκλυτικοί παράγοντες.....	11
2.3 Κλινική εικόνα.....	15
2.4 Διάγνωση.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Φαρμακολογία του άσθματος.....	19
3.2 Κανόνες εκπαίδευσης στη φαρμακευτική αγωγή και στη χορήγηση φαρμάκων με εισπνοές.....	23
3.3 Ειδικά προβλήματα στη θεραπεία του άσθματος.....	26
3.4 Θάνατοι από το βρογχικό άσθμα.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Το ασθματικό παιδί και το περιβάλλον του.....	32
4.1 Το παιδί και το σχολείο	33
4.2 Αισθητικές δραστηριότητες.....	34
4.3 Η δύσκολη εφηβική ηλικία.....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο
Ειδικό μέρος
Νοσηλευτική φροντίδα

5.1 Νοσηλευτική φροντίδα σε προβλήματα που προκύπτουν από το βρογχικό άσθμα.....	38
5.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση βρογχικού άσθματος –οξέος ασθματικού επεισοδίου.....	40
5.3 Εξατομίκευση φροντίδας για πρόληψη μελλοντικών κρίσεων.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο
Νοσηλευτική διεργασία

6.1 Περιγραφή πρώτου περιστατικού.....	43
6.2 Περιγραφή δεύτερου περιστατικού.....	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αναπνοή είναι μία από τις βασικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού και χωρίς αυτή είναι αδύνατη η επιβίωση του ανθρώπου. Η αναπνοή εκτελείται χωρίς συνειδητή προσπάθεια και εξυπηρετεί μία σειρά μεταβολικών λειτουργιών

Η αναπνευστική δυσκολία μπορεί να είναι σύμπτωμα ή επιπλοκή σε μία σειρά από ασθένειες και σύνδρομα και έχει δραματικές επιπτώσεις για το άτομο που πάσχει από αυτήν σε φυσικό, ψυχολογικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Οι επιπτώσεις της αναπνευστικής δυσκολίας ενός ατόμου επεκτείνονται στο οικογενειακό περιβάλλον και στο κοινωνικό σύνολο.

Μία από τις αναπνευστικές δυσχέρειες και η πιο συνηθισμένη είναι το βρογχικό άσθμα. Θα ήταν χρήσιμο να γνωρίζουμε ότι η πάθηση ποικίλει σε σοβαρότητα, αρχίζοντας από ελαφρά σποραδικά επεισόδια και καταλήγοντας σε μία μορφή αρρώστιας που αποτελεί σοβαρή αναπηρία. Παρουσιάζεται συχνά σαν επίμονος εκνευριστικός βήχας. Η γνώση της προέλευσης και αντιμετώπισης αυτής της πάθησης έχει μεγάλη σημασία για τον ασθενή που είναι αναγκασμένος να την ελέγχει καθημερινά μόνος του σε μεγάλο βαθμό.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η κύρια αναπνευστική λειτουργία του ανθρώπου γίνεται με τους πνεύμονες που βρίσκονται προστατευμένοι μέσα στο θωρακικό κλωβό. Ο θωρακικός κλωβός αποτελείται από το θωρακικό τμήμα της σπονδυλικής στήλης, το στήρνο και τις πλευρές. Το διάφραγμα είναι ένας πεπλατυσμένος μυς που χωρίζει το θώρακα από την κοιλιά, ο οποίος νευρούται από το περιφερειακό νευρικό σύστημα με τη Θ3 και Θ5 θωρακική ρίζα του νωτιαίου μυελού και σε μικρότερο βαθμό από κατώτερα θωρακικά νεύρα. Το διάφραγμα συμμετέχει στην αναπνευστική λειτουργία γιατί όταν ανυψώνεται πιέζει τους πνεύμονες και συντελεί στη λειτουργία της εκπνοής. Κατά την εισπνοή, το διάφραγμα επιπεδώνεται αφήνοντας έτσι μεγαλύτερο χώρο για την έκπτυξη των πνευμόνων ενώ η λειτουργία αυτή του διαφράγματος σε συνδυασμό με την έκπτυξη του θωρακικού κλωβού, δημιουργούν αρνητική μέσα στο θώρακα που βοηθά στην εισπνευστική λειτουργία. Στην αναπνευστική λειτουργία συμβάλλουν επίσης και άλλοι μύες της περιοχής του θώρακα.

Οι αεραγωγοί της πνευμονικής λειτουργίας προσλαμβάνουν αέρα από το περιβάλλον προκειμένου να επιτευχθεί η ανταλλαγή των αερίων, να δεσμευθεί απαραίτητα οξυγόνο και να αποδεσμευθεί το διοξείδιο του άνθρακα. Οι άνω αγωγοί εκτείνονται από την άκρη της μύτης και του στόματος μέχρι την τραχεία με την λειτουργία τους θερμαίνουν, φιλτράρουν και υγραποιούν τον αέρα. Ο λάρυγγας εκτείνεται από το ύψος της αρχής του φάρυγγα με την τραχεία και περιλαμβάνει και τις φωνητικές χορδές που επιτρέπουν την εκτέλεση της λειτουργίας της ομιλίας. Η επιγλωττίδα βρίσκεται στην είσοδο του λάρυγγα, λειτουργεί σαν προστατευτικός μηχανισμός στον αεραγωγό και εμποδίζει την είσοδο τροφών στο αναπνευστικό σύστημα κατά την διάρκεια της κατάποσης. Ευαίσθητα αισθητικά κύτταρα υπάρχουν κατά μήκος του λάρυγγα που στο μικρό ερεθισμό προκαλούν βήχα.

Οι κατώτεροι αεραγωγοί ξεκινούν από την τραχεία φθάνουν μέχρι τα βρογχιόλια και τις κυψελίδες, το σημείο που γίνεται η ανταλλαγή των αερίων και η τραχεία εκτείνεται από τον λάρυγγα μέχρι το μέσο περίπου του στήρνου, αυτό χωρίζεται σε δύο μέρη, τον αριστερό και τον δεξιό βρόγχο που εισχωρούν στο εσωτερικό του αριστερού ή του δεξιού πνεύμονα αντίστοιχα.

Οι βρόγχοι στο εσωτερικό του πνεύμονα σχηματίζουν το βρογχικό δένδρο που καταλήγει στα αναπνευστικά βρογχιόλια όπου γίνεται και η ανταλλαγή των αερίων. Η ανταλλαγή των αερίων γίνεται εξ' αιτίας της διαφοράς πίεσης

που υπάρχει μεταξύ των αερίων που βρίσκονται στις δύο πλευρές της μεμβράνης

του τελικού αναπνευστικού βρογχιολίου. Καθώς το διοξείδιο του άνθρακα διαχέεται πιο εύκολα από ότι το οξυγόνο, οποιαδήποτε μείωση στην ικανότητα διάχυσης τείνει να επηρεάζει περισσότερο την οξυγόνωση σε σχέση με το πόσο επηρεάζεται από την αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα. Η αναπνευστική λειτουργία παίζει σπουδαίο ρόλο στη διατήρηση ισορροπίας μεταξύ οξέων και βάσεων και η ελλιπής ή ατελής λειτουργία της μπορεί να προκαλέσει τρεις από τις τέσσερις διαταραχές στην ισορροπία οξέων, βάσεων, αναπνευστική οξείδωση, αναπνευστική αλκάλωση και μεταβολική οξείδωση. Έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας προκαλεί αύξηση στο PCO_2 μία κατάσταση που ονομάζεται υπερκαπνία και έχει σαν αποτέλεσμα, αν δεν αποκατασταθεί η ισορροπία, την αναπνευστική οξείδωση. Η προσπάθεια αποκατάστασης συνίσταται στις παρακάτω λειτουργίες. Σύνηθες επίπεδο διττανθρακικών, (βάσεις), ανυψώνεται για να εναρμονίσει αύξηση στα ιόντα υδρογόνου, (οξέα), και επανέρχεται το PH στα φυσιολογικά επίπεδα. Αντίθετα, σε επιτάχυνση της αναπνοής προκαλεί πτώση του PCO_2 μία κατάσταση που ονομάζεται υποκαπνία που έχει σαν αποτέλεσμα, αν δεν αποκατασταθεί η ισορροπία την αναπνευστική αλκάλωση. Η υποξία των ιστών, ανεξάρτητα αν προέρχεται από αναπνευστικά ή κυκλοφοριακά αίτια, προκαλεί αύξηση του γαλακτικού οξέως και οδηγεί με μεταβολική οξείδωση.

Η αναπνευστική ανεπάρκεια οφείλεται σε πολλά αίτια όπως .

1. Ανωμαλίες στη δομή και τη λειτουργία του θώρακα και των αεραγωγών.
2. Ανωμαλίες που επηρεάζουν την ανταλλαγή των αερίων και τη μεταφορά τους στους πνεύμονες.
3. Ανωμαλίες που αφορούν τους μηχανισμούς ελέγχου¹.

1.2 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι παθολογικές διεργασίες στο βρογχικό άσθμα αφορούν τις αεροφόρους οδούς και ιδιαίτερα τους μικρούς και μεσαίους βρόγχους.

Το τοίχωμα των βρόγχων αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες σε κυκλική διάταξη, από τη σύσπαση των οποίων προκαλείται στένωση του αυλού. Η λεπτή υφή ενός μικρού βρόγχου φαίνεται στην εικόνα 2. Η είσοδος οποιουδήποτε βλαπτικού παράγοντα (αντιγόνου), αντιμετωπίζεται αρχικά με δέσμευσή του από τη βλέννα που επικαλύπτει το αναπνευστικό επιθήλιο και κατόπιν με σταδιακή μετακίνησή του προς τα έξω, που γίνεται με τη ρυθμική κίνηση των κροσσών του επιθηλίου. Αν οι μηχανισμοί αυτοί αποδειχθούν ανεπαρκείς, τότε ο ξένος παράγοντας έρχεται σε επαφή με τους αντισωματικούς υποδοχείς της επιφάνειας των ιστοκυττάρων του επιθηλίου. Από την επαφή αυτή στα ατοπικά άτομα προκαλούνται αλυσιδωτές αντιδράσεις, που χαρακτηρίζουν την πρώιμη και την όψιμη φάση της αλλεργικής αντίδρασης και έχουν μοναδικό σκοπό την πιο αποτελεσματική παρεμπόδιση της εισόδου του αντιγόνου στο αναπνευστικό σύστημα. Συγκεκριμένα:

Η πρώιμη αλλεργική αντίδραση αποτελεί την άμεση απάντηση στο αντιγονικό ερέθισμα και εκδηλώνεται με την απελευθέρωση διαβιβαστικών ουσιών κυρίως από τα ιστοκύτταρα. Οι διαβιβαστικές αυτές ουσίες προκαλούν σύσπαση των λείων μυϊκών ινών και βρογχόσπασμο. Στην όλη διεργασία συμμετέχει και το παρασυμπαθητικό σύστημα. Η αντίδραση γενικά αρχίζει μέσα σε λίγα λεπτά από την επίδραση του αντιγόνου και διαρκεί 1- 2 ώρες. Μπορεί να ανασταλεί με προηγούμενη χορήγηση ενός

B₂ – διεγέρτη ή διχρωμογλυκικού νατρίου.²

Η όψιμη αλλεργική αντίδραση εκδηλώνεται συνήθως 4- 6 ώρες μετά από την πρώιμη και διαρκεί περίπου 24 ώρες. Χαρακτηρίζεται από κυτταρική διήθηση κυρίως ηωσινόφιλων κυττάρων³ αλλά και ουδετερόφιλων, μακροφάγων, λεμφοκυττάρων και πλασματοκυττάρων. Τα κύτταρα αυτά παράγουν διαβιβαστές που σε συνδυασμό με τους διαβιβαστές των ιστοκυττάρων, επιτείνουν το βρογχόσπασμο, συντελούν στη διάσπαση και τον κατακερματισμό του αναπνευστικού επιθηλίου και προκαλούν βλεννογόνο οίδημα. Επί πλέον οι νευρικές απολήξεις του παρασυμπαθητικού μένουν εκτεθειμένες στην επιφάνεια του βλεννογόνου και προκαλούν αντανακλαστική υπερέκκριση βλέννης καθώς και βρογχοσυσπαστικών και αγγειοσυσπαστικών νευροπεπτιδίων. Η συσσώρευση βλέννης και έμμορφων στοιχείων στο βρογχικό αυλό έχει ως επακόλουθο τη δημιουργία βυσμάτων που οδηγεί στην πλήρη απόφραξη του βρόγχου. Τα κορτικοστεροειδή, το διχρωμογλυκικό νάτριο και το κετοτιφαίνιο αναστέλλουν την όψιμη αλλεργική αντίδραση ενώ οι β₂ – διεγέρτες δε φαίνεται να έχουν αξιόλογη δράση.

Τα προαναφερθέντα βοηθούν στην ερμηνεία των συμπτωμάτων που εμφανίζονται στην ασθματική κρίση. Έτσι επειδή υπάρχει στένωση των βρόγχων, απαιτείται και η συνδρομή των επικουρικών μυών για την υπερνίκηση των αυξημένων πνευμονικών αντιστάσεων. Επίσης, λόγω της στένωσης έχουμε παγίδευση του αέρα στον πνεύμονα και αύξηση της λειτουργικής υπολειπόμενης χωρητικότητας. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε κακή οξυγόνωση του αίματος, ταχύπνοια, αύξηση του έργου και σταδιακή κόπωση των αναπνευστικών μυών με αίσθημα δύσπνοιας, δηλαδή δυσχέρειας στην αναπνοή. Αρχικά και λόγω του υπεραερισμού, η τάση του διοξειδίου του άνθρακα μπορεί να είναι ελαττωμένη, αλλά αργότερα εφόσον επιμένει η ασθματική κρίση, παρατηρούμε αύξηση της τάσεως του διοξειδίου του άνθρακα και υπερκαπνία που είναι ενδεικτική της βαρύτητας της κρίσης. Αντίθετα η υποξία αποτελεί σταθερό εύρημα σε όλη τη διάρκεια της ασθματικής κρίσης και οφείλεται στον υποαερισμό μεγάλων περιοχών του πνεύμονα.⁴.

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ

Είναι μία νόσος που χαρακτηρίζεται από αυξημένη αντιδραστικότητα της τραχείας και των βρόγχων σε διάφορα ερεθίσματα και εκδηλώνεται με διάχυτη στένωση των αεραγωγών η οποία μεταβάλλεται αυτόματα είτε ως απόκτημα της θεραπείας.⁵

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το βρογχικό άσθμα αποτελεί αναμφισβήτητα τη συχνότερη χρόνια πάθηση στα παιδιά. Η συχνότητά του ποικίλει από χώρα σε χώρα, αλλά και από έρευνα σε έρευνα, επειδή τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τον εντοπισμό των ασθματικών από τους διάφορους ερευνητές, διαφέρουν μεταξύ τους.

Η συχνότητα του παιδικού άσθματος στην Ευρώπη κυμαίνεται μεταξύ 7% και 11% με την Ελβετία και τις Σκανδιναβικές χώρες να αναφέρουν το μικρότερο ποσοστό . Οι Εσκιμώοι φαίνεται να έχουν ελάχιστο ποσοστό παιδικού άσθματος ενώ αντίθετα μερικές απομονωμένες πληθυσμιακές ομάδες στα νησιά του Ειρηνικού αναφέρουν μεγάλες συχνότητες.

Για την Ελλάδα η πρώτη έρευνα για τη συχνότητα του παιδικού άσθματος έγινε την περίοδο 1977-1978 και αναφέρει ποσοστό 1,49% για τους μαθητές της Πάτρας. Μια πιο πρόσφατη μελέτη στον Έβρο το 1984 ανεβάζει τη συχνότητα σε 6%. Τέλος τα αποτελέσματα της πρώτης πανελλήνιας μελέτης για το παιδικό άσθμα στη χώρα μας ανεβάζουν τη συχνότητα σε 7,3% περίπου.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΑΙΤΙΑ

Η αιτία ή οι αιτίες του ΒΑ δεν είναι επακριβώς γνωστές. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η κληρονομικότητα διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στο ΒΑ. Αυτή η γενετική προδιάθεση είναι εμφανής από το γεγονός ότι πολλές μελέτες έχουν αποδείξει την αυξημένη συχνότητα της νόσου σε συγγενείς α' βαθμού ατόμων με ΒΑ σε σύγκριση με φυσιολογικά άτομα. Έτσι η πιθανότητα να παρουσιάσουν ΒΑ τα παιδιά που έχουν ασθματικούς και τους δύο γονείς είναι 60%, ενώ όταν είναι ασθματικός ο ένας γονέας είναι 20%. Η πιθανότητα αυτή ελαττώνεται στο 6,5% όταν κανένας από τους δύο γονείς δεν έχει ΒΑ.

Σήμερα για το ΒΑ επικρατεί η άποψη ότι η κλινική εκδήλωση της νόσου είναι πολύ πιθανόν να επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από παράγοντες του περιβάλλοντος. Έτσι πιστεύεται ότι για να εκδηλωθεί το ΒΑ απαιτείται η συνυπαρξη κληρονομικής προδιάθεσης και των παραγόντων του περιβάλλοντος γνωστοί και ως εκλυτικοί παράγοντες.⁶

2.2 ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΒΑ

Αλλεργιογόνα είναι αντιγονικές ουσίες που προκαλούν ανοσολογική απάντηση δηλ. εκδήλωση υπερευαισθησίας σε ορισμένα άτομα ενώ σε άλλα άτομα οι αντιγονικές αυτές ουσίες είναι αδρανείς. Σε αυτή την κατηγορία υπάγονται :

- 1.1 **Γύρεις:** Αποτελούν την κυριότερη κατηγορία εξωοικιακών αλλεργιογόνων που προκαλούν κυρίως εποχιακού χαρακτήρα αλλεργικού ΒΑ. Τα χόρτα και τα δημητριακά άνοιξη και αρχές καλοκαιριού ενώ τα ζιζάνια όπως το περδικάκι που έχει δύο περιόδους ανθοφορίας άνοιξη και φθινόπωρο.
- 1.2 **Η σκόνη του σπιτιού** είναι το συνηθέστερο αίτιο άσθματος. Η ευαισθησία στη σκόνη σπιτιού συνδυάζεται με αλλεργία στα ακάρεα σκόνης του σπιτιού. Τα ακάρεα αυτά που έχουν μήκος μικρό, τρέφονται με υλικό που φεύγει από το ανθρώπινο σώμα όπως μικρά κύτταρα από απολέπιση και βρίσκονται σε αυξημένη συγκέντρωση σε μαξιλάρια, καναπέδες, στρώματα, κουρτίνες, μοκέτες. Παροξύνσεις άσθματος μπορεί να εκδηλωθούν όλο το χρόνο με επίταση τους χειμερινούς μήνες γιατί η υγρασία ευνοεί την ανάπτυξη ακάρεων.
- 1.3 **Αλλεργιογόνα ζώων:** Τα κατοικίδια ζώα με κυριότερους εκπροσώπους τη γάτα και το σκύλο αποτελούν μία από τις κύριες πηγές αλλεργιογόνων. Η έκθεση του οργανισμού στα αλλεργιογόνα των ζώων πραγματοποιείται με την εισπνοή μορίων σκόνης που περιέχουν τις αλλεργιογόνες ουσίες. Οι τρίχες είναι διαφόρων αλλεργιογόνων όπως το σάλιο, ο ορός των ζώων, τα επιθήλια του δέρματος και τα περιττώματα.

- 1.4 **Μύκητες:** Οι σπόροι των μυκήτων μπορεί να προκαλούν συμπτώματα όλο το χρόνο αν βρίσκονται σε εσωτερικούς χώρους με υγρασία. Στην ύπαιθρο, οι μύκητες πολλαπλασιάζονται συνήθως κατά τις εποχές με υγρασία και όχι όταν υπάρχει χιόνι ή ξηρασία.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΠΟ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΩΝ ΓΥΡΕΩΝ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΑΝΘΟΦΟΡΙΑΣ

1. Ενημέρωση για την εποχή ανθοφορίας των φυτών και την απελευθέρωση γύρης στην ατμόσφαιρα
2. Προσοχή όταν ο καιρός είναι ξηρός και ζεστός (ευνοείται η διασπορά των γυρεοκόκκων)
3. Προσοχή τις ημέρες που φυσάει ο αέρας (ευνοείται μεταφορά των γυρεοκόκκων). Αντίθετα η βροχή περιορίζει αισθητά τους γυρεόκοκκους και τους καθιλώνει στη γη.
4. Να αποφεύγεται το κούρεμα του γκαζόν (για άτομα που είναι αλλεργικά στις γύρεις των αγρωστωδών).
5. Αποφυγή διακοπών , παραμονής στην ύπαιθρο, εκδρομών στην εξοχή. Να προτιμηθούν οι παραθαλάσσιες περιοχές.
6. Μέσα στο αυτοκίνητο, όπως και στο σπίτι, τα παράθυρα είναι προτιμότερο να παραμένουν κλειστά.
7. Προσοχή στις εξής ώρες της ημέρας: 8-10π.μ. και 7-9 μ.μ. οπότε η συγκέντρωση των γυρεοκόκκων παρουσιάζει έξαρση.

ΑΚΑΡΕΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΣΚΟΝΗΣ: ΜΕΤΡΑ ΑΠΟΦΥΓΗΣ

1. Το στρώμα και το μαξιλάρι να τοποθετηθούν μέσα σε ένα αεροστεγές μη διαπερατό κάλυμμα.
2. Τα κλινοσκεπάσματα και το μαξιλάρι να πλένονται μία φορά την εβδομάδα σε νερό θερμοκρασίας 55⁰ C
3. Απομάκρυνση από το σπίτι των υφασμάτων επίπλων
4. Να μη χρησιμοποιούνται στο σπίτι (ιδιαίτερα στο υπνοδωμάτιο) χαλιά, τάπητες και μοκέτες.
5. Να ελαττωθεί η υγρασία λιγότερο από το 50% στα δωμάτια του σπιτιού
6. Να χρησιμοποιηθούν ειδικές χημικές ουσίες που δρουν σαν ακαρεοκτόνα
7. Καλός αερισμός του σπιτιού
8. Καλός καθαρισμός όλων των αντικειμένων στο υπνοδωμάτιο
9. Να προτιμηθούν σκεπάσματα και κουρτίνες από συνθετικά υλικά
10. Να αλλάζονται καθημερινά τα σεντόνια
11. Να μη χρησιμοποιούνται υλικά ή αντικείμενα που περιέχουν μαλλί, πούπουλα, βαμβάκι και δέρματα ζώων

12. Να περιοριστούν τα αντικείμενα που μαζεύουν σκόνη π.χ. βαριά ή ογκώδη σκαλιστά έπιπλα, διακοσμητικά είδη, χοντρές ταπετσαρίες , βελούδινες κουρτίνες
13. Να χρησιμοποιείται ηλεκτρική σκούπα στο καθάρισμα του σπιτιού
14. Το καθάρισμα να γίνεται, όταν τα αλλεργικά άτομα απουσιάζουν από το σπίτι.
15. Μέσα στα δωμάτια να μην υπάρχουν χνουδωτά υφάσματα ή παιχνίδια από μαλλί.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΩΝ ΜΥΚΗΤΩΝ

A. Μύκητες μέσα στο σπίτι (ενδοοικιακοί)

1. Μύκητες σε χώρους όπου συνήθως αναπτύσσονται μύκητες όπως μπάνιο,κουζίνα, υπόγεια,αποθήκες.
2. Επαρκής αερισμός των χώρων όπου αναπτύσσονται οι μύκητες.
3. Συχνός καθαρισμός των χώρων όπου αναπτύσσονται μύκητες με διάλυμα χλωρίνης.
4. Η ταπετσαρία των τοίχων είναι μία περιοχή την οποία προτικούν οι μύκητες.
5. Ελάττωση της υγρασίας.
6. Το σύστημα κλιματισμού πρέπει να καθαρίζεται και να απολυμαίνεται επαρκώς
7. Προσοχή σε μουχλιασμένες τροφές και χώρους όπου αναπτύσσεται το χαρακτηριστικό υπόλευκο στρώμα μούχλας.Συνήθως περιέχουν μεγάλο αριθμό μυκήτων.

B. Μύκητες έξω από το σπίτι (εξωοικιακοί).

1. Τα παράθυρα να παραμένουν κλειστά κατά τη διάρκεια της εποχής με υψηλή συγκέντρωση μυκήτων.
2. Αποφεύγετε την παραμονή στο δάσος μετά από βροχή ή με ομίχλη.
3. Αποφεύγετε τη συλλογή σε σωρούς των φθινοπωρινών φύλλων που είναι πεσμένα από πολλές ημέρες.
4. Οι εξοχικές κατοικίες και γενικά τα σπίτια που δεν κατοικούνται συχνά, συνήθως περιέχουν μεγάλο αριθμό μυκήτων.

2.ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΟΙΜΩΞΗ: Πολλές φορές εμφανίζουν άσθμα μετά από βακτηριδιακή ή ιογενή πνευμονία ή βρογχιολίτιδα. Πρόκειται, κατά κανόνα για 40-50 άτομα που προηγουμένως ήταν εντελώς υγιή. Στη συνέχεια το άσθμα χρονίζει. Άλλοτε προηγείται κοινό κρυολόγημα. Άλλοτε η χρόνια βρογχίτιδα η οποία υποτροπιάζει κατά τους χειμερινούς μήνες και υποχωρεί πλήρως κατά τους θερινούς μήνες.

3.ΚΑΠΝΙΣΜΑ: Αποτελεί ιδιαίτερα βλαπτικό παράγοντα για τους ασθματικούς ακόμα και με τη μορφή του παθητικού καπνίσματος.Ο καπνός του τσιγάρου αποτελείται από πολύ μικρά σωματίδια τα οποία έχουν την τάση να παραμένουν στην ατμόσφαιρα για μεγάλη χρονική περίοδο. Το κάπνισμα προκαλεί επιδείνωση της ήδη αυξημένης υπεραντιδραστικότητας στους ασθματικούς ασθενείς.

154.ΕΡΕΘΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Έχει διαπιστωθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν έξαρση του ΒΑ και να επιδεινώσουν τη συμπτωματολογία των ασθματικών ασθενών. Οι ερεθιστικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν

δυσμενώς τους ασθενείς με ΒΑ και οι οποίοι πρέπει να αποφεύγονται είναι οι εξής:

1. Καπνός από την καύση ξύλων (για το τζάκι, θέρμανση,μαγείρεμα).
2. Έντονες οσμές από
καλλυντικά,αρώματα, κολώνιες
Αποσμητικά χώρων
Προϊόντα καθαρισμού οικιακών χώρων
Μαγείρεμα φαγητών(ιδιαίτερα τηγανητά)
Βερνίκια, μπογιές βαψίματος, φρεσκοβαμένοι χώροι
Ναφθαλίνη
Καύσιμα (βενζίνη)
3. Χώροι με συνωστισμό (πνιγηρή ατμόσφαιρα)
4. Ψυχρός αέρας
5. Ρυπογόνοι παράγοντες (μόλυνση της ατμόσφαιρας)

5.ΦΑΡΜΑΚΑ: Σε ορισμένα άτομα με ΒΑ, η χορήγηση ασπιρίνης και άλλων μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, προκαλεί επιδείνωση της νόσου. Εκδηλώνεται με χρόνια ρινίτιδα, ρινικούς πολύποδες, κνησμάδες εξάνθημα. Αφορά κατά κανόνα άτομα μετά το 30⁰ έτος της ηλικίας, συνηθέστερο στις γυναίκες.

6.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ:Μια σειρά από ουσίες που συνδυάζονται με επαγγελματική έκθεση έχει διαπιστωθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν ΒΑ. Η ομάδα ουσιών η οποία ευθύνεται περισσότερο συχνά για την πρόκληση επαγγελματικού ΒΑ είναι τα ισοκυανικά (χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στις βαφές σε εργασίες συσκευασίας και σε συναρμολογήσεις)

7.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ: Με τον όρο ΒΑ μετά από άσκηση ή κόπωση περιγράφεται μία πρόσκαιρη μείωση ροής του αέρα και επιδείνωση της απόφραξης των αεραγωγών. Εκδηλώνεται με βήχα, βρογχόσπασμο ή δύσπνοια.

8.ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Το άγχος και η στενοχώρια αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες για ασθματική κρίση. Αρκετά άτομα εκδηλώνουν κρίση ΒΑ όταν στεναχωρηθούν ενώ σε άλλα η στενοχώρια επιδεινώνει σημαντικά τα ήδη υπάρχοντα συμπτώματα. Ο ασθματικός ασθενής πρέπει να προτιμά τον ήρεμο τρόπο ζωής που θα βοηθήσει στη μείωση του αριθμού και της έντασης των κρίσεων.⁷

2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Τα πιο συχνά συμπτώματα του άσθματος είναι η συρίττουσα αναπνοή, η δυσκολία στην αναπνοή (δύσπνοια) και ο βήχας.

1. συρίττουσα αναπνοή. Η συρίττουσα αναπνοή μπορεί να αναφέρεται από τον άρρωστο ως ήχος που σχετίζεται με την αναπνοή του ή ως αίσθημα <<βρασίματος>> μέσα στο θώρακα ή και βρασίματος.

Αν και ο ασθενής αναγνωρίζει ότι ο ήχος αυτός προέρχεται από το θώρακα, όμως θεωρεί ότι η αιτία είναι στο λαιμό και προσπαθεί να καθαρίσει το λαιμό με ελαφρό βήχα, γιατί νομίζει ότι έτσι θα βελτιωθεί και το << βράσιμο >> που νοιώθει στο θώρακα.

Η συρίττουσα αναπνοή μπορεί να αναφέρεται μόνο κατά τη διάρκεια της εκπνοής ή κατά τη διάρκεια εισπνοής και εκπνοής. Αν η συρίττουσα αναπνοή συμβαίνει μόνο κατά την εισπνοή τότε πρέπει να οφείλεται μάλλον σε απόφραξη των κεντρικών αεραγωγών και όχι σε άσθμα.

2. Η δύσπνοια. Αρκετοί ασθενείς με άσθμα αναφέρουν σαν βασικό ενόχλημα τη δυσκολία στην αναπνοή δηλαδή αυτό που σαν ιατρικός όρος αποκαλείται δύσπνοια. Οι περισσότεροι ασθματικοί αναγνωρίζουν και αναφέρουν ότι η δυσκολία στην αναπνοή τους από το άσθμα, είναι διαφορετική από την ταχύπνοια (λαχάνιασμα) που διαπιστώνουν ότι συμβαίνει κατά τη διάρκεια της ασκήσεως. Συχνά η δύσπνοια περιγράφεται από τους ασθενείς σαν δυσκολία στην είσοδο ή την έξοδο του αέρα από τους πνεύμονες ή ως σφίξιμο στο θώρακα. Το σφίξιμο στο θώρακα μπορεί να προκαλέσει σύγχυση με τη στηθάγχη αν και με τις κατάλληλες ερωτήσεις είναι συνήθως δυνατόν να διαχωρισθεί το σφίξιμο στο θώρακα που οφείλεται στο άσθμα επειδή αυτό σχετίζεται με την αναπνοή, σε αντίθεση με το σφίξιμο από στηθάγχη που δίνει την αίσθηση της εξωτερικής πύεσης στο στήθος. Οι περισσότεροι ασθματικοί περιγράφουν ότι έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στην εισπνοή παρά στην εκπνοή. Επίσης έχουν την αίσθηση, ότι η δυσκολία στην αναπνοή προέρχεται από το λαιμό ή από το ανώτερο τμήμα του θώρακα και προσπαθούν να ανακουφιστούν με την απελευθέρωση του λαιμού από το πουκάμισο ή το λύσιμο της γραβάτας.

Η δύσπνοια στο άσθμα συνήθως εμφανίζεται σε ηρεμία και αυξάνει κατά την άσκηση, ενώ στο άσθμα μετά άσκηση, η δύσπνοια εμφανίζεται μετά την άσκηση. Μερικοί ασθματικοί αναφέρουν δυσκολία στην αναπνοή μόνον κατά την άσκηση και όταν δεν αναφέρουν συρίττουσα αναπνοή, η διάγνωση του βρογχικού άσθματος είναι δύσκολη όταν μάλιστα κατά την εξέταση ο FEV₁ είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια. Σε αυτούς τους ασθενείς ο υπολειπόμενος όγκος αέρα μπορεί να είναι αυξημένος και να μειωθεί μετά τη χορήγηση βρογχοδιασταλτικών, οπότε συνήθως παρέρχεται και η δύσπνοια.

Πάντως το περισσότερο χαρακτηριστικό γνώρισμα της δύσπνοιας στο άσθμα είναι η μεταβλητότητα και η διαλείπουσα εμφάνισή της. Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια δύσπνοιας καθώς και οι μεγάλες και απότομες μεταβολές της δύσπνοιας, είτε συνοδεύονται με συρίττους αναπνοή είτε όχι, κατευθύνουν τη διάγνωση στο βρογχικό άσθμα. Η δύσπνοια στο βρογχικό άσθμα συνήθως επιδεινώνεται τη νύχτα ή τις πρώτες πρωινές ώρες, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί τον κανόνα. Έτσι η δύσπνοια μπορεί να προκληθεί μετά από άσκηση ή εισπνοή ψυχρού αέρα ή από τη λήψη ορισμένης τροφής ή την εισπνοή αλλεργιογόνων. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η εμφάνιση της δύσπνοιας θα εξαρτηθεί από την ώρα δράσεως του προκλητικού παράγοντα. Η δύσπνοια στο άσθμα μπορεί να εμφανίζεται κατά μικρά ή μεγάλα χρονικά διαστήματα που μερικές φορές έχουν εποχιακή κατανομή. Αν και η δύσπνοια στο άσθμα συνήθως συμβαίνει κατά παροξύνσεις και είναι ευμετάβλητη, όμως σε μερικές περιπτώσεις εμμένει για αρκετό διάστημα και διατηρείται⁸

3.0 βήχας. Ο βήχας είναι τυπικό σύμπτωμα του βρογχικού άσθματος. Ο παροξυσμικός, εξαντλητικός και ακούσιος βήχας συχνά συνοδεύει τις παροξύνσεις του βρογχικού άσθματος. Σε σοβαρές κρίσεις άσθματος, ο ξηρός βήχας προστίθεται στην έντονη δύσπνοια και βασανίζει περισσότερο τον άρρωστο. Σε πολλές περιπτώσεις, ο βήχας μπορεί να είναι το μόνο σύμπτωμα ή το κύριο σύμπτωμα με ελαφρά ή μόλις αντιληπτή συρίττους αναπνοή. Ο βήχας στο άσθμα χαρακτηριστικά επέρχεται απότομα συνήθως τις νυκτερινές ώρες, ξυπνάει τον άρρωστο και του διαταράσσει τον ύπνο. Πολλές φορές επέρχεται τις πρωινές ώρες, όταν ο ασθενής σηκώνεται από το κρεβάτι. Επίσης ο βήχας μπορεί να εμφανισθεί με την άσκηση, την εισπνοή κρύου αέρα ή με το γέλιο. Επαναλαμβανόμενοι παροξυσμοί βήχα μπορεί να οδηγήσουν σε τάση για έμετο ή εμέτους και να προκαλέσουν πνους στο θωρακικό τοίχωμα και την κοιλιακή χώρα. Μπορεί να συμβούν και κατάγματα πλευρών από τον έντονο βήχα του άσθματος.

Ο βήχας είναι συνήθως ξηρός και βασανιστικός, αλλά μπορεί να αποβληθούν λίγα λευκά πυκνά και κολλώδη πτύελα, τα οποία όμως εξερχόμενα ανακουφίζουν λίγο τον ασθενή. Κατά τους Turner-Warwick και Openshaw(1987), αρκετοί ασθενείς με χρόνια σοβαρό άσθμα εμφανίζουν βήχα με αυξημένη απόχρεμψη χωρίς να είναι καπνιστές⁹.

Όταν ο ασθενής έχει μόνον βήχα μπορεί στην ακρόαση να μην υπάρχουν παθολογικά ευρήματα (συριγμός) και η σπιρομέτρηση να είναι στα φυσιολογικά όρια ή να δείχνει απόφραξη των αεραγωγών. Ο βήχας μπορεί να εμμένει για μήνες μπορεί να επανέρχεται κάποια ορισμένη εποχή ή να εμφανίζεται κατά τη διάρκεια ή μετά από λοιμώξεις των ανωτέρων αεραγωγών. Ο βήχας σαν σύμπτωμα του άσθματος μπορεί να είναι μία πολύτιμη προειδοποίηση της επικείμενης παροξύνσεως του άσθματος αλλά και δείκτης αλλαγής ή αυξήσεως της φαρμακευτικής αγωγής που χρησιμοποιείται για την πρόληψη των παροξύνσεων του άσθματος.

Με τη θεραπεία για το βρογχικό άσθμα, εφόσον είναι η σωστή, παρέρχεται ο βήχας όταν αποτελεί σύμπτωμα του βρογχικού άσθματος. Έτσι ο προσεκτικός και έμπειρος ασθματικός ασθενής με την εμφάνιση του βήχα αφενός αναγνωρίζει την επικείμενη παρόξυνση του άσθματος και αφετέρου θεωρεί επιβεβλημένη την τροποποίηση της θεραπείας του.

Η εμφάνιση παροξυσμικού βήχα μετά από άσκηση μπορεί να είναι η μόνη κλινική εκδήλωση του άσθματος μετά από άσκηση ιδίως στα παιδιά¹⁰.

4. Άλλα συμπτώματα του άσθματος. Το άσθμα μπορεί να συνοδεύεται και από άλλα μη αναπνευστικά συμπτώματα όπως αυξημένη δίψα πριν και κατά την παρόξυνση του άσθματος και κνησμό γύρω από τη μύτη, τον πώγωνα, το λαιμό, το θώρακα, τα μάτια και το τριχωτό της κεφαλής. Μερικοί άρρωστοι αναφέρουν ερυθρότητα (Flushing) του δέρματος και εφίδρωση ή πόνους στα άκρα και την οσφύ, τουλάχιστον δύο ώρες πριν την παρόξυνση του άσθματος. Σπάνια έχουν αναφερθεί αιματηρά πτύελα σε ασθματικούς αρρώστους και χωρίς ακτινολογικά και βρογχογραφικά παθολογικά ευρήματα¹¹.

2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Η διάγνωση του βρογχικού άσθματος είναι η κλινική, εργαστηριακή και διαφορική. Τίθεται με βάση τις κλινικές εκδηλώσεις, το ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται για το βρογχικό άσθμα είναι οι εξής:

- 1) Ακτινογραφία θώρακος που δείχνει υπερδιάταση των πνευμόνων ή συνύπαρξη εμφυσήματος και χρησιμεύει για αποκλεισμό του πνευμονοθώρακα.
- 2) Η εξέταση πτυέλων με την υαλώδη όψη τους δείχνει μεγάλο αριθμό πωσινοφίλων και άχρωμα κρυσταλλοειδή τεμάχια που αντιπροσωπεύουν την εκφύλιση των πωσινοφίλων, δηλαδή οκταεδρικούς κρυστάλλους Chacot – Leyden και σπειρούλλια του Curschman (εκμαγεία βλέννας από τους μικρούς βρόγχους). Επίσης παρατηρείται πωσινοφιλία στο περιφερικό αίμα (πάνω από 300 πωσινόφιλα/mm³).
- 3) Λευκοκυττάρωση παρατηρείται ως αποτέλεσμα του stress, της αφυδάτωσης ή της λοίμωξης στην παιδική ηλικία. Τα παιδιά έχουν την τάση να έχουν τιμές Ht και Hb πάνω από το μέσο όρο, οι οποίες πιθανόν να σχετίζονται με την χρόνια υποξαιμία.
- 4) Οι δερματικές δοκιμασίες ή δερμοαντιδράσεις (με ενδοθερμική έγχυση της ύποπτης ουσίας) είναι χρήσιμες για τον καθορισμό ειδικών αλλεργιογόνων. Σε δύσκολες περιπτώσεις βοηθούν ρινικά, βρογχικά και τροφικά ερεθίσματα. Οι δοκιμασίες εισπνοής των ουσιών που έχουν δώσει θετική δερμοαντίδραση μπορεί να προκαλέσουν βαρύ ασθματικό παροξυσμό.

- 5) Οι δοκιμασίες αναπνευστικής λειτουργίας, είναι χρήσιμες για τη διάγνωση και την παρακολούξη των αρρώστων με ασθμα (μειωμένα : η μέγιστη αναπνευστική χωρητικότητα, ο αναπνεόμενος όγκος και η χρονομετρούμενη ζωτική χωρητικότητα). Σε ασυμπτωματικούς αρρώστους γίνονται δοκιμασίες μετά από άσκηση ή προκλητικές δοκιμασίες¹².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Τα φάρμακα τα οποία έχουμε σήμερα στη διάθεσή μας για την αντιμετώπιση του ΒΑ διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Τα βρογχοδιασταλτικά
 - α. Β₂-αδρενεργικοί αγωνιστές
 - β. Μεθυλοξανθίνες
 - γ. Αντιχολινεργικά
2. Τα αντιφλεγμονώδη
 - α. Χρωμογλυκονικό Νάτριο
 - β. Νεδοκρομίλη
 - γ. Κορτικοειδή
3. Άλλα φάρμακα
 - α. Αντιϊσταμινικά

1.Β₂- αδρενεργικοί αγωνιστές.

Αυτοί αποτελούν την ομάδα εκείνη των φαρμάκων, η οποία χρησιμοποιείται περισσότερο συχνά. Η χορήγηση των Β₂ – διεγερτών υπό μορφή εισπνοών υπερτερεί συγκριτικά με τη χορήγηση από το στόμα. Οι σημαντικότεροι Β₂ – διεγέρτες βραχείας δράσης που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του ΒΑ είναι η σαλβουταμόλη (Aerolin), η τερβουταλίνη (Dracanyl) και η φενοτερόλη (Berotec) . Από τους Β₂ διεγέρτες μακράς δράσης σήμερα έχουμε στη διάθεσή μας τη σαλβουταμόλη βραδείας απελευθέρωσης (Aerolin- CR), η οποία χορηγείται από το στόμα και πρόσφατα τη σαλμετερόλη (Serevent), η οποία χορηγείται με τη μορφή εισπνοών αεροζόλης και ξηράς σκόνης (Rotadisk).

α. Ενδείξεις και κλινική χορήγηση Β₂ – διεγερτών βραχείας δράσης.

Αποτελούν το φάρμακο πρώτης εκλογής στις εξής περιπτώσεις:

1. Αντιμετώπιση των οξέων επεισοδίων του ΒΑ.
2. Προληπτική χορήγηση πριν από την άσκηση ή την έκθεση σε γνωστά αλλεργιογόνα.

β. Ενδείξεις και κλινική χρήση Β₂ διεγερτών μακράς δράσης.

1. Χορηγούνται σε ασθματικούς ασθενείς με μέτριο ή σοβαρό ΒΑ.
2. Δεν χορηγούνται στη θέση των Β₂ διεγερτών βραχείας δράσης
3. Δεν υπερβαίνουμε τη συνιστώμενη δοσολογία (δύο φορές την ημέρα)
4. Χρησιμεύουν ιδιαίτερα, όταν ο ασθματικός ασθενής παρουσιάζει νυκτερινούς παροξυσμούς (μπορεί να αντικαταστήσουν τη θεοφυλλίνη)
5. Χορηγούνται σε τακτική ή συνεχή βάση
6. Δεν υποκαθιστούν τα κορτικοειδή ή τα άλλα αντιφλεγμονώδη φάρμακα (χορηγούνται ταυτόχρονα με αυτά).

γ.Παρενέργειες.

Δεν είναι συχνές πλὴν ὁμως ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει ότι μπορεί να προκαλέσουν:

1. Τρόμο
2. Αίσθημα παλμών
3. Ταχυκαρδία, αρρυθμίες
4. Ανησυχία, αυπνία

2.Μεθυλοξανθίνες (Θεοφυλλίνη)

α. Ενδείξεις-κλινική χρήση.

Η θεοφυλλίνη διαθέτει ήπια προς μέτρια βρογχοδιασταλτική δράση, η οποία εξαρτάται από τη συγκέντρωσή της στο αίμα. Η χρήση των σκευασμάτων βραδείας απελευθέρωσης έχει το πλεονέκτημα της παρατεταμένης δράσης,με αποτέλεσμα να αρκεί η χορήγηση του φαρμάκου δύο φορές την ημέρα. Είναι αποτελεσματικό φάρμακο, ιδιαίτερα στον έλεγχο των συμπτωμάτων του νυκτερινού ΒΑ. Όταν η θεοφυλλίνη χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τους εισπνεόμενους Β₂ διεγέρτες, μπορεί να προκαλέσει επιπρόσθετη βρογχοδιαστολή.

β. Παρενέργειες

Οι συνηθισμένες παρενέργειες από τη χορήγηση της θεοφυλλίνης είναι:

1. Ναυτία, εμετός, κοιλιακά άλγη, ανορεξία,δυσπεπτικά ενοχλήματα
2. Ταχυκαρδία
3. Πονοκέφαλος
4. Ερεθισμός του κεντρικού νευρικού συστήματος: Ευερεθιστότητα, αϋπνία,διέγερση και διαταραχές της συμπεριφοράς.

Όταν η συγκέντρωση του φαρμάκου στο αίμα υπερβαίνει το θεραπευτικό όριο (20μgr/ml), μπορεί να εμφανιστούν επικίνδυνες ανεπιθύμητες αντιδράσεις όπως σοβαρές αρρυθμίας και σπασμοί. Γενικά κατά τη χορήγηση της θεοφυλλίνης πρέπει να λαμβάνονται πάντοτε υπόψη τα εξής:

1. Προσοχή στη δοσολογία
2. Οι παράγοντες οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα
3. Τα επίπεδα του φαρμάκου πρέπει να ελέγχονται κατά διαστήματα.
4. **Αντιχολινεργικά.**

Κύριος εκπρόσωπος της κατηγορίας αυτής είναι το βρωμιούχο ιπατρόπιο (Atrovent) που χορηγείται υπό μορφή εισπνοών.

α. Ενδείξεις – Κλινική χρήση

Το βρωμιούχο ιπατρόπιο έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση των οξέων επεισοδίων ΒΑ, όταν χορηγείται σε συνδυασμό με Β₂ διεγέρτες. Η εμπειρία από τη χορήγησή του στα παιδιά γενικά είναι περιορισμένη. Η τακτική χρήση των αντιχολινεργικών για την βρογχοδιασταλτική τους δράση στην αντιμετώπιση του ΒΑ δεν έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα ωφέλιμη.

β. Παρενέργειες.

Ζάλη, άσχημη γεύση, ξήρανση του στόματος και παράδοξος βρογχόσπασμος. Οι συνηθισμένες δόσεις υπό μορφή εισπνοών δεν προκαλούν τις γνωστές παρενέργειες των αντιχολινεργικών φαρμάκων (ελάττωση της όρασης, γλαύκωμα, ταχυκαρδία, κατακράτηση ούρων, σύγχυση και ψευδαισθήσεις).

4. Νατριούχος χρωμογλυκίνη.

Έχει αποδειχθεί ιδιαίτερη ωφέλιμο στην αντιμετώπιση του ΒΑ κυρίως σε παιδιά αλλά και σε ενήλικες, ιδιαίτερα όταν η νόσος είναι αλλεργικής αιτιολογίας. Χορηγείται αποκλειστικά υπό μορφή εισπνοών (Lomudal).

α. Ενδείξεις – Κλινική χρήση.

Αποτελεί φάρμακο πρώτης εκλογής για την αντιμετώπιση ήπιου και μετρίου παιδικού ΒΑ. Προφυλάσσει από τον βρογχόσπασμο μετά από άσκηση ή έκθεση σε γνωστό αλλεργικό ερέθισμα. Μπορεί να χορηγηθεί και σε ενήλικες, κατά προτίμηση με ήπιο μέχρι μέτριο αλλεργικό ΒΑ. Τα πλεονεκτήματα της χρωμογλυκίνης είναι ότι διαθέτει ικανοποιητική αντιφλεγμονώδη δράση και ουσιαστικά στερείται ανεπιθύμητων αντιδράσεων.

β. Παρενέργειες.

Σπάνιες και όχι σοβαρές (βήχας, βρογχόσπασμος, ερεθισμός φάρυγγα), οι οποίες υποχωρούν με τη διακοπή του φαρμάκου. Η επιτυχία της χρωμογλυκίνης εξαρτάται από τους εξής παράγοντες:

1. Ορθή εκπαίδευση στη χρήση των συσκευών
2. Σωστή επιλογή ασθενών
3. Ενημέρωση του ασθενή για τα προσδοκώμενα αποτελέσματα
4. Αποφυγή πρόωρης διακοπής του φαρμάκου.
5. **Νεδοκρομίλη**

Νεότερο αντιφλεγμονώδες φάρμακο που χορηγείται με τη μορφή εισπνοών (Tilade) και χρησιμοποιείται στην προφυλακτική θεραπεία του ΒΑ, κυρίως σε ενήλικες ασθενείς

α. Ενδείξεις- Κλινική χρήση.

Αυτή χορηγείται για τη θεραπεία του ήπιου μέχρι μέτριου ΒΑ των ενηλίκων, το οποίο δεν ελέγχεται μόνο με τη χορήγηση των βρογχοδιασταλτικών αλλά δεν απαιτείται ακόμα η χρήση κορτικοειδών. Η νεδοκρομίλη, εφόσον χορηγηθεί έγκαιρα, προλαμβάνει την εμφάνιση βρογχόσπασμου μετά από άσκηση.

β. Παρενέργειες

Άσχημη γεύση, ναυτία, βράγχος φωνής, πονοκέφαλος.

6. Κορτικοστεροειδή

Αποτελούν την πλέον αποτελεσματική κατηγορία αντιφλεγμονωδών φαρμάκων από όσα χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του ΒΑ. Όμως οι σοβαρές ανεπιθύμητες αντιδράσεις που προκαλούσαν περιόριζαν σε σημαντικό βαθμό την ευρεία χρήση

τους. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται με μεγάλη επιτυχία στη θεραπεία του ΒΑ τα κορτικοειδή υπό μορφή εισπνοών, τα οποία στερούνται των γνωστών παρενεργειών, όταν χορηγούνται σε ορισμένη δοσολογία.

α. Τρόπος χορήγησης

1. Συστηματική χορήγηση
 - α. Παρεντερικά: Ενδομυϊκά, ενδοφλέβια
 - β. Από το στόμα
2. Με εισπνοές

β. Παρεντερική χορήγηση

Η ενδομυϊκή χορήγηση για τη θεραπεία του χρόνιου σοβαρού ΒΑ είναι προτιμότερο να αποφεύγεται. Τα σκευάσματα αυτά σχετίζονται με την ανάπτυξη μυοπάθειας, κατάθλιψης και άλλων σοβαρών παρενεργειών.

Για την ενδοφλέβια χορήγηση χρησιμοποιούνται συνήθως η υδροκορτιζόνη (Solu-Cortef) και η μεθυλπρεδνιζολόνη (Solu-Medrol). Χορηγούνται στην οξεία φάση και την επιδείνωση του ΒΑ.

γ. Χορήγηση από το στόμα

Η παρόξυνση του ΒΑ που χαρακτηρίζεται τουλάχιστον μετρίου βαθμού είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζεται με χορήγηση κορτικοστεροειδών από το στόμα για μερικές ημέρες με γρήγορη διακοπή της θεραπείας. Η πρώιμη χορήγηση κορτικοστεροειδών από το στόμα στον ασθματικό παροξυσμό βοηθάει στα εξής:

1. Προφυλάσσει από την εξέλιξη της κρίσης
2. Μειώνει σημαντικά την ανάγκη για επείγουσα αντιμετώπιση σε νοσοκομείο ή και νοσηλεία.
3. Ελαττώνει τη θνητότητα

δ. Παρενέργειες συστηματικής χορήγησης κορτικοστεροειδών.

1. Διαταραχές στη λειτουργία του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση- φλοιός των επινεφριδίων.
2. Καθυστέρηση της αύξησης του σώματος
3. Οστεοπόρωση, καθίζηση σπονδύλων, κατάγματα οστών.
4. Άσηπτη οστική νέκρωση
5. Ενεργοποίηση λανθάνουσας επιληψίας
6. Αυπνία, ανησυχία, ευερεθιστότητα, διαταραχές προσωπικότητας, ψυχώσεις
7. Οπίσθιος υποκαψικός καταρράκτης
8. Υπερλιπιδαιμία, διαβητογόνος δράση
9. Διαταραχές εμμήνου ρήσεως, συμπτώματα εμμηνόπαυσης
10. Αργή επούλωση τραυμάτων, ατροφία υποδόριου ιστού.
11. Ακμή, ερύθημα, ευθραυστότητα δέρματος, πετέχειες
12. Ναυτία, εμετοί, πεπτικό έλκος, εντεροραγία

ε. Χορήγηση με εισπνοές.

Σήμερα τα εισπνεόμενα στεροειδή θεωρούνται το πλέον αποτελεσματικό και ταυτόχρονα ασφαλές φάρμακο για την αντιμετώπιση του μέτριου και σοβαρού ΒΑ. Τα εισπνεόμενα στεροειδή τα οποία έχουμε στη διάθεσή μας είναι η

Μπεκλομεθαζόνη (Becotide) και η Βουδεζονίδη (Pulmicort). Μπορεί να χορηγηθούν και σε δύο δόσεις ημερησίως (πρωϊ-βράδυ).

6. Άλλα φάρμακα.

α. Αντιϊσταμινικά

Τα αντιϊσταμινικά δεύτερης γενεάς χρησιμοποιούνται σήμερα κυρίως για την αντιμετώπιση της αλλεργικής ρινίτιδας, που συνήθως συνοδεύει το αλλεργικό ΒΑ και ιδιαίτερα αυτό με την εποχιακή έξαρση. Από τα αντιϊσταμινικά δεύτερης γενεάς, τα οποία χαρακτηρίζονται από το γεγονός ότι δεν προκαλούν υπνηλία, η σετιριζίνη (Ζιρτέκ) διαθέτει πιθανόν μία αντιασθματική δραστηριότητα, τουλάχιστον στο ήπιο ΒΑ.

β.Κετοτιφένιο

Διαθέτει κυρίως αντιϊσταμινική δραστηριότητα, ενώ η αντιφλεγμονώδης δράση του δεν έχει αποδειχθεί σε κλινικές μελέτες. Αυτό μπορεί να χορηγηθεί τουλάχιστον στο ήπιο ΒΑ που συνοδεύεται και από άλλες μορφές ατοπίας ιδιαίτερα στα παιδιά. Στις παρενέργειές του αναφέρονται η υπνηλία, η ξηροστομία, και η αύξηση της όρεξης.

γ. Φάρμακα που μειώνουν τη χρήση των κορτικοστεροειδών

Τα τελευταία χρόνια δοκιμάστηκαν άλλοτε με μεγαλύτερη και άλλοτε με μικρότερη επιτυχία μια σειρά από φαρμακευτικοί παράγοντες, με σκοπό να μειωθεί η δόση των χορηγούμενων κορτικοειδών. Οι παράγοντες αυτοί οι οποίοι συνήθως προκαλούν αρκετές και σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, είναι οι εξής:

1. Μεθοτρεξάτη
2. Τρολεανδομυκίνη
3. Άλατα χρυσού
4. Κυκλοσπορίνη¹³

3.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

1. Να χρησιμοποιεί τα κατάλληλα φάρμακα με ορθό τρόπο. Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει ποια φάρμακα δρουν απλώς αναστέλλοντας ή ανακουφίζοντας τα συμπτώματα και ποια δρουν προφυλακτικά, διότι διαθέτουν αντιφλεγμονώδη δράση.
2. Να ενημερωθεί για τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις των φαρμάκων και τους τρόπους αποφυγής ή μείωσης. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν για τις παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν τα φάρμακα, τα οποία χρησιμοποιούν και ιδιαίτερα για αυτές που είναι περισσότερο συχνές, ενοχλητικές και επικίνδυνες. Εφόσον συνεχίζονται οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις, θα πρέπει να λάβει γνώση ο γιατρός. Όταν η επικοινωνία με το γιατρό είναι αδύνατη, τότε ο ασθενής είναι προτιμότερο να λάβει πρωτοβουλία π.χ. να παραλείψει μία δόση παρά να σταματήσει το φάρμακο τελείως. Επίσης υπάρχουν αρκετοί απλοί τρόποι για να ελαττωθούν οι παρενέργειες από τα φάρμακα όπως π.χ. ο γαστρικός φόρτος μειώνεται με τη

λήψη των φαρμάκων με την τροφή, ενώ το ξέπλυμα του στόματος μετά την εισπνοή των διαφόρων φαρμάκων, που χορηγούνται με τη μορφή αεροζόλης, μπορεί να προφυλάξει από την στοματίτιδα και την ανεπιθύμητη απορρόφηση των στερεοειδών.

3. Να κατανοήσει ότι η προφυλακτική φαρμακευτική αγωγή, ακόμα και αν δεν υπάρχουν καθόλου συμπτώματα, είναι απολύτως απαραίτητη. Η φλεγμονή των αεροφόρων οδών στο ΒΑ καθιστά τον ασθματικό ασθενή επιρρεπή στα οξέα επεισόδια και κρίσεις της νόσου. Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα μειώνουν τη φλεγμονή και προσφέρουν επαρκή προστασία. Έτσι ακόμα και όταν ένας ασθματικός αισθάνεται να μην έχει κανένα σύμπτωμα, η προφυλακτική φαρμακευτική είναι απαραίτητη.
4. Να πετύχει την έγκαιρη και πρώιμη έναρξη της ορθής φαρμακευτικής αγωγής στην επιδείνωση της νόσου. Έτσι σε περίπτωση εμφάνισης οξέως συμπτωμάτων ή σε σοβαρή επιδείνωση του ΒΑ πρέπει να χορηγούνται έγκαιρα τα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα. Ο ασθενής πρέπει να πληροφορηθεί ότι η αντιμετώπιση του ΒΑ στην αρχική φάση της παρόξυνσης συντελεί, ώστε η νόσο να αναστρέφεται πολύ πιο εύκολα και γρήγορα.

Εκπαίδευση στη χορήγηση φαρμάκων με εισπνοές.

Η θεραπεία του ΒΑ με εισπνοές αποτελεί τον πλέον σύγχρονο και αποτελεσματικό τρόπο για την χορήγηση των αντιασθματικών φαρμάκων. Η διείσδυση και η εναπόθεση στον πνεύμονα της εισπνεόμενης ουσίας, η οποία έχει γίνει νεφέλιο, με τη χορήγηση των κατάλληλων συσκευών εξαρτάται από παράγοντες όπως :

1. Το μέγεθος των εισπνεόμενων σωματιδίων
2. Τη διάμετρο των αεροφόρων οδών
3. Τον τρόπο αναπνοής του ατόμου

Υπό ιδανικές συνθήκες το ποσοστό της εισπνεόμενης ουσίας που εισέρχεται στον πνεύμονα είναι περίπου μόνο το 10% της χορηγούμενης ποσότητας και αποτελεί το δραστικό κλάσμα του φαρμάκου. Το υπόλοιπο περίπου 90% εναποτίθεται κυρίως στη στοματοφαρυγγική κοιλότητα και αποβάλλεται δια μέσου του πεπτικού.

Τα πλεονεκτήματα χορήγησης των φαρμάκων με εισπνοές στη θεραπεία του ΒΑ είναι τα εξής:

1. Το φάρμακο φθάνει απευθείας στο όργανο "στόχο" δηλαδή στους πνεύμονες. Έτσι παρακάμπτουμε άλλα όργανα, από τα οποία θα έπρεπε να περάσει το φάρμακο, όταν χορηγηθεί από το στόμα ή παρεντερικά.
2. Οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις είναι σαφώς λιγότερες συγκριτικά με τη χορήγηση από άλλη οδό.

3. Η απαραίτητη δόση για να επιτευχθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα που ζητάμε είναι πολύ μικρή.
4. Η δράση του φαρμάκου είναι ταχύτερη, συγκριτικά με τη χορήγηση από οποιαδήποτε άλλη οδό.

Η θεραπεία με εισπνοές απαιτεί καλή συνεργασία εκ μέρους του ασθενή, προκειμένου να γίνει ορθή λήψη του φαρμάκου. Ο γιατρός πρέπει να διαθέσει αρκετό χρόνο για να διδάξει στον ασθενή τη σωστή τεχνική εισπνοής με την κατάλληλη συσκευή, η οποία θα επιλεγεί σύμφωνα με τις δυνατότητες και την ηλικία του ασθματικού. Η συνταγογραφία και οδηγίες πρέπει να δίνονται από το γιατρό με ιδιαίτερη προσοχή για την αποφυγή λάθους και σύγχυσης. Η υπερβολική εμπιστοσύνη που δημιουργούν αυτές οι συσκευές στους ασθενείς, επειδή επιτυγχάνουν θεαματικά και γρήγορα αποτελέσματα με τη χορήγηση των βρογχοδιασταλτικών, αποτελεί ένα πρόβλημα, το οποίο αντιμετωπίζεται με την ορθή ενημέρωση.

Τα εισπνεόμενα φάρμακα μπορεί να χορηγηθούν με τις εξής μεθόδους:

1. Σε διάλυμα με νεφελοποιητή
2. Σε αεροζόλη με δοσομετρική συσκευή εισπνοών ή δοσομετρικό αεροζόλ
3. Σε αεροζόλη με δοσομετρική συσκευή εισπνοών και προσθήκη ειδικού αεροθαλάμου με βαλβίδα και επιστόμιο.
4. Σε αεροζόλη με δοσομετρική συσκευή εισπνοών και προσθήκη ειδικού αεροθαλάμου με βαλβίδα και μάσκα.
5. Σε σκόνη με συσκευή εισπνοών ξηράς σκόνης

Εδώ θα επικεντρωθούμε στην πρώτη και τη δεύτερη μέθοδο.

1.Νεφελοποιητές

Ενδείξεις:

1. Χορήγηση αντιασθματικών φαρμάκων σε μικρά παιδιά
2. Χορήγηση αντιασθματικών φαρμάκων σε μεγαλύτερα παιδιά ή σε ενήλικες που έχουν προβλήματα συνεργασίας.
3. Αγωγή των οξέων επεισοδίων ΒΑ με τη χορήγηση κυρίως βρογχοδιασταλτικών, τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες που έχουν τάση για σοβαρές κρίσεις.

Πλεονεκτήματα:

1. Απαιτούν πολύ μικρή συνεργασία για τη χρήση τους
2. Εύκολη και ασφαλής χορήγηση μεγάλων δόσεων βρογχοδιασταλτικών

Μειονεκτήματα:

1. Δεν είναι εύχρηστοι και δεν μεταφέρονται εύκολα
2. Απαιτείται κατάλληλη εκπαίδευση και σαφείς οδηγίες τόσο για τη χρήση της συσκευής όσο και για τη δοσολογία των φαρμάκων

3. Προσεκτικός καθαρισμός και έλεγχος του μηχανισμού της συσκευής
4. Υπερβολική εμπιστοσύνη του ασθενή

Δοσομετρικές συσκευές εισπνοών αεροζόλης

Οι συσκευές αυτές περιλαμβάνουν τη δραστική ουσία μαζί με διάφορα προωθητικά υπό πίεση. Σε κάθε άνοιγμα της βαλβίδας απελευθερώνεται προκαθορισμένη και σταθερή ποσότητα της θεραπευτικής ουσίας.

Πλεονεκτήματα:

Μικρό μέγεθος, εύχρηστες στη μεταφορά, απλές στη χρήση.

Μειονεκτήματα:

Απαιτείται η συνεργασία του ασθενή. Η κατάλληλη εκπαίδευση των ασθματικών στη χρήση των συσκευών αυτών είναι απαραίτητη. Η βλαπτική επίδραση των διαφόρων προωθητικών, που χρησιμοποιούνται στις συσκευές, είναι ουσιαστικά ανύπαρκτη.

Εκπαίδευση:

Συχνά λάθη που μπορεί να κάνει ο ασθενής στη χρήση των δοσομετρικών συσκευών εισπνοών αεροζόλης είναι τα εξής:

1. Δεν αφαιρεί το προστατευτικό κάλυμμα του επιστομίου
2. Δεν κρατάει τη συσκευή στη σωστή όρθια θέση
3. Δεν ανακινεί τη συσκευή πριν τη χρήση
4. Δεν συγχρονίζει την εισπνοή με την ενεργοποίηση της συσκευής
5. Δεν κρατάει την αναπνοή του για 10 λεπτά¹⁴

3.3 ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Προεμμηνορροϊκό άσθμα.

Περίπου το 1/3 των γυναικών, που βρίσκονται στην περίοδο πριν την εμμηνόπαυση και έχουν άσθμα, εμφανίζουν επιδείνωση του άσθματος είτε πριν την έμμηνο ρήση είτε κατά την έμμηνο ρήση. Στις περισσότερες περιπτώσεις η μεταβολές στην πορεία του άσθματος σε σχέση με την έμμηνο ρήση, είναι μικρές και συνήθως αντιμετωπίζονται με την προσαρμογή της θεραπείας. Σε μερικές περιπτώσεις η επιδείνωση του άσθματος είναι σημαντική και η δοκιμαστική χορήγηση προγεστερόνης ενδομυϊκά, επέφερε πλήρη βελτίωση των συμπτωμάτων του άσθματος.¹⁵

Θεραπεία του άσθματος κατά την εγκυμοσύνη

Το άσθμα δεν είναι νόσος απαγορευτική για την εγκυμοσύνη, αλλά οπωσδήποτε χρειάζεται προσοχή και χειρισμό από μέρος του πνευμονολόγου ώστε η εγκυμοσύνη να φθάσει σε αίσιο τέλος με καλή υγεία για τη μητέρα και το παιδί. Τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

1. Ποια είναι η επίδραση της εγκυμοσύνης στο άσθμα
2. Ποια είναι η επίδραση του άσθματος και των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του άσθματος στην εγκυμονούσα και στο έμβρυο

Από μελέτη που έγινε πρόσφατα σε 198 εγκύους με βρογχικό άσθμα στη Φιλανδία τα αποτελέσματα είναι ενθαρυντικά. Οι ασθματικές έγκυες δεν είχαν διαφορά από τις μη ασθματικές όσον αφορά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το βάρος του νεογνού, την περιγεννητική θνησιμότητα, τη βαθμολογία κατά Apgar, τα αναπνευστικά προβλήματα του νεογνού, την υπερχολερυθριναιμία και τις συγγενείς διαμαρτίες της διαπλάσεως.

Η μόνη διαφορά που βρέθηκε στις ασθματικές έγκυες ήταν μία μικρή αύξηση της προεκλαμψίας και μεγαλύτερη συχνότητα τοκετών με καισαρική τομή. Επίσης βρέθηκε πιο συχνή υπογλυκαιμία στα νεογνά από μητέρες που έπασχαν από σοβαρό άσθμα, σε σχέση με τα νεογνά από μητέρες με μη σοβαρό άσθμα. Οι ασθματικές έγκυες έχουν πρόσθετα μηχανικά προβλήματα στην αναπνοή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μάλιστα τους τελευταίους μήνες, αλλά και ορμονικές μεταβολές, που μπορεί να επηρεάσουν τη σοβαρότητα του άσθματος¹⁵

Στο 40-50% των ασθματικών γυναικών δεν επηρεάζεται η προηγούμενη εικόνα του άσθματος κατά την εγκυμοσύνη, στο 25% περίπου βελτιώνεται, ενώ στο 25% επιδεινώνεται. Όταν το άσθμα έχει ρυθμιστεί σωστά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στο τοκετό εμφανίζονται ελάχιστα προβλήματα, που σχετίζονται με το άσθμα, και συνήθως αντιμετωπίζονται χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες.

Για την επίδραση των φαρμάκων στο έμβρυο δεν έχει διαπιστωθεί αυξημένη τερατογένεση μετ'από λήψη από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, B₂ διεγερτών, στεροειδών σε εισπνοές, νατριούχου κρομολίνης σε εισπνοές ή θεοφυλλίνης από το στόμα. Εκτός από τη θεοφυλλίνη από του στόματος, και μετά από την χορήγηση κορτικοστεροειδών συστηματικά από το στόμα δεν έχουν διαπιστωθεί συγγενείς διαμαρτίες για τη διάπλαση. Αν τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται συστηματικά από τη σύλληψη μέχρι τον τοκετό μπορεί το παιδί να γεννηθεί ελλειποβαρές. Πάντως μελέτες που έγιναν σε ζώα έδειξαν ότι μετά από συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών μπορεί να παραμείνει σχισμή στην υπερώα. Επίσης έχουν περιγραφεί διαταραχές στα χρωμοσώματα των καλλιέργειών ανθρώπινων λεμφοκυττάρων με θεοφυλλίνη.

Η λήψη των φαρμάκων σε εισπνοές είναι ιδιαίτερα πλεονεκτική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επειδή οι συγκεντρώσεις των φαρμάκων στο αίμα της εγκύου είναι τόσο χαμηλές που δεν είναι δυνατόν να έχουν κάποια βλαπτική επίδραση στο έμβρυο. Με τη συστηματική χορήγηση επιτυγχάνονται υψηλές στάθμες των φαρμάκων στο αίμα και μερικά αντιασθματικά φάρμακα όπως η θεοφυλλίνη, οι μη ειδικοί διεγέρτες, αλλά και οι ειδικοί B₂ διεγέρτες, διέρχονται τον πλακούντα και εισέρχονται στην κυκλοφορία του εμβρύου. Σημεία τοξικότητας στο έμβρυο έχουν περιγραφεί, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά από τον τοκετό, μετά από χορήγηση αδρεναλίνης ή θεοφυλλίνης, αν και από τη θεοφυλλίνη δεν έχουν αναφερθεί ιδιαίτερα προβλήματα, όταν χορηγείται με έλεγχο της στάθμης του φαρμάκου στο αίμα. Η αδρεναλίνη σε υποδόρια χορήγηση και οι α αδρενεργικοί διεγέρτες προκαλούν σπασμό των αγγείων της μήτρας και γι αυτό αντενδείκνυνται

στην έγκυο με ΒΑ. Η πρεδνιζολονη διέρχεται τον πλακούντα αρκετά βραδέως σε σχέση με άλλα κορτικοστεροειδή και η συγκέντρωση των κορτικοστεροειδών στο αίμα του εμβρύου είναι αρκετά χαμηλότερη από τη συγκέντρωση του φαρμάκου στο αίμα της μητέρας.

Αν τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται στην έγκυο συστηματικά σε δόσεις άνω των 10mg πρεδνιζολόνης ημερησίως για μεγάλο χρονικό διάστημα, εκτός από το ελλειπές σωματικό βάρος το νεογέννητο εμφανίζει και σχετική φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια η οποία δυνατόν να συμβεί αν το νεογέννητο υποβληθεί σε κάποιο ασύνηθες στρές, όπως μία λοίμωξη σε διάστημα περίπου 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό.

Παρά τους κινδύνους που αναφέρθηκαν σχετικά με τη συστηματική χορήγηση των κορτικοστεροειδών στην ασθματική έγκυο, τα φάρμακα αυτά δεν πρέπει να φυλάσσονται μόνο για να χορηγηθούν στο status asthmaticus. Η υποξαιμία από την παρόξυνση του άσθματος είναι επικίνδυνη για τη μητέρα και περισσότερο για το έμβρυο, επειδή η PaO_2 στα αγγεία του εμβρύου είναι πολύ χαμηλότερη από την PaO_2 της μητέρας, και έτσι το έμβρυο έχει μικρή ανοχή στην υποξαιμία της μητέρας.

Αυτό σημαίνει ότι, η σοβαρή και παρατεταμένη κρίση άσθματος πρέπει να αποφευχθεί με οποιοδήποτε κόστος ακόμη και με τη συστηματική χορήγηση υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών.

Συμπερασματικά μπορεί να λεχθεί ότι τα φάρμακα στην έγκυο γενικά δεν πρέπει να δίδονται ιδίως κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, εκτός αν αυτά είναι απαραίτητα. Τα φάρμακα που θα χορηγούνται στην ασθματική έγκυο πρέπει να δρουν τοπικά και αποτελεσματικά και να μην απορροφώνται. Τέτοια φάρμακα είναι οι B_2 διεγέρτες σε εισπνοές, η νατριούχος κρομολίνη και δυνατόν τα τοπικά δρώντα κορτικοστεροειδή, χορηγούμενα σε εισπνοές και σε χαμηλές δόσεις. Η συστηματική χρήση μπορεί να έχει θεωρητικά κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες στο έμβρυο, αλλά στην πράξη τόσο οι B_2 διεγέρτες όσο και η θεοφυλλίνη φαίνεται να είναι ασφαλή. Η θεοφυλλίνη είναι δυνατόν να επιτείνει τη ναυτία και τους εμετούς στην έγκυο, και οι B_2 διεγέρτες μπορεί θεωρητικά να επιβραδύνουν τις ωδίνες του τοκετού.¹⁶

Η ασθματική μητέρα μπορεί να θηλάζει το βρέφος της, καθότι τα φάρμακα που μπορεί να λαμβάνει σε εισπνοές ανευρίσκονται στο μητρικό γάλα σε ελάχιστες συγκεντρώσεις. Η πρεδνιζολόνη απεκκρίνεται στο μητρικό γάλα σε μικρές ποσότητες και έτσι δε δημιουργείται πρόβλημα στο βρέφος εκτός εάν χορηγείται σε πολύ μεγάλες δόσεις και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το φάρμακο που μπορεί να προκαλέσει προβλήματα είναι η θεοφυλλίνη που προκαλεί ευερεθιστότητα στο βρέφος. Για το λόγο αυτό, η συγκέντρωση της θεοφυλλίνης στο αίμα της μητέρας πρέπει να διατηρείται στα κατώτερα θεραπευτικά όρια κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.

Θεραπεία του άσθματος κατά τις χειρουργικές επεμβάσεις.

Οι περισσότεροι ασθματικοί ασθενείς δεν εμφανίζουν ιδιαίτερα προβλήματα, όταν υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις ακόμα και στο θώρακα. Αυτό προϋποθέτει συνεργασία του πνευμονολόγου με το χειρουργό και τον αναισθησιολόγο και την κατάλληλη προετοιμασία του ασθενούς προεγχειρητικά αλλά και την μετεγχειρητική αντιμετώπιση.

Ο ασθματικός ασθενής πρέπει να θεραπεύεται για το άσθμα 1-2 εβδομάδες πριν την εγχείρηση ώστε οι λειτουργικές του εξετάσεις να βρίσκονται στο φυσιολογικό ή περίπου στα φυσιολογικά επίπεδα και σταθερά για όλο το 24ωρο. Η αγωγή αυτή πρέπει να συνεχίζεται και μετεγχειρητικά για δύο εβδομάδες τουλάχιστον. Τα φάρμακα που θα χορηγηθούν θα εξαρτηθούν από την ανταπόκριση του άσθματος στο προεγχειρητικό διάστημα. Αν ο ασθενής ελάμβανε μικρές δόσεις κορτικοστεροειδών μπορούμε να τα αυξήσουμε ή αν έπαιρνε για μεγάλο χρονικό διάστημα και θεωρείται πιθανή η καταστολή της λειτουργίας των επινεφριδίων, τα κορτικοστεροειδή αμέσως πριν την εγχείρηση, κατά την εγχείρηση και αμέσως μετά, πρέπει να δοθούν σε μεγάλες δόσεις.

Θεραπεία του βρογχικού άσθματος στον καρδιοπαθή ασθενή.

Οι ασθματικοί ασθενείς αν αναπτύξουν ανεπάρκεια στεφανιαίων αγγείων ή υπέρταση και τους χορηγηθούν β ανταγωνιστές, διατρέχουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν επιδείνωση του άσθματος ή και οξεία σοβαρή παρόξυνση. Για το λόγο αυτό σε ασθματικούς ασθενείς, που έχουν υπέρταση, δεν πρέπει να χορηγούνται β ανταγωνιστές αλλά διουρητικά, methyldopa, captopril, prasosin, nifedipine. Για την ανεπάρκεια των στεφανιαίων πρέπει να δίδονται νιτρώδη, verapamil ή nifedipine. Αλλά και τα φάρμακα που χορηγούνται για το άσθμα μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στον καρδιοπαθή, όπως οι Β₂ διεγέρτες σε υψηλές δόσεις ανεπάρκεια και τα κορτικοστεροειδή να επιδεινώσουν την υπέρταση και την καρδιακή ανεπάρκεια λόγω κατακράτησης υγρών. Στις μικτές αυτές καταστάσεις χρειάζεται μέτρο και προσοχή στη χορήγηση των φαρμάκων.

Άσθμα και φυματίωση.

Σε κάθε ασθματικό ασθενή, εκτός από ακτινογραφία θώρακος, πρέπει να γίνεται και δερμοαντίδραση Mantoux εφόσον ήταν αρνητικοί στο παρελθόν, ή αν δεν είχε γίνει, ή δε θυμάται ο ασθενής. Αν το αποτέλεσμα της Mantoux ήταν θετικό στο παρελθόν και δεν είχε υποβληθεί σε αντιφυματική αγωγή ή σε χημειοπροφύλαξη με ισονιαζίδη, θα πρέπει να χορηγηθεί ισονιαζίδη ως χημειοπροφύλαξη μόνον αν ο ασθενής χρειασθεί να πάρει κορτικοστεροειδή σε υψηλές δόσεις και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το ίδιο θα πρέπει να γίνει αν η Mantoux έγινε θετική πρόσφατα και δεν υπάρχουν κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα ενεργού φυματίωσης. Αν η Mantoux είναι αρνητική, αλλά ο ασθενής έπαιρνε κορτικοστεροειδή για μεγάλο χρονικό διάστημα, πρέπει να ελεγχθεί για πιθανή συνύπαρξη φυματίωσης παρά την αρνητική

Mantoux, επειδή η παρατεταμένη χορήγηση κορτικοστεροειδών αρνητικοποιεί προσωρινά την Mantoux¹⁷.

Ανεμευλογία και άσθμα

Η ανεμευλογία είναι ιογενής λοίμωξη της παιδικής ηλικίας, που θεωρείται μάλλον ακίνδυνη και τα περισσότερα παιδιά αναρρώνουν χωρίς προβλήματα. Παρά ταύτα μπορεί η ανεμευλογία να δημιουργήσει προβλήματα αν παρουσιασθεί σε παιδιά που ήδη πάσχουν από άσθμα.

Παιδιά που πάσχουν από βαρύ άσθμα και είναι σε θεραπεία με κορτικοειδή σε χάπια ή ενέσιμη μορφή επί μακρό χρόνο θεωρούνται υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση επιπλοκών μετά την προσβολή από τον ιό. Ως γνωστόν μία από τις παρενέργειες των συστηματικά χορηγούμενων στεροειδών είναι η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα παιδιά αυτά μετά την προσβολή από τον ιό μπορεί να παρουσιάσουν σοβαρές επιπλοκές και να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο.

Τα συμπτώματα της ανεμευλογιάς περιλαμβάνουν ως γνωστό το εξάνθημα και τον πυρετό. Η περίοδος επώασης είναι 11-21 ημέρες μετά την έκθεση στον ιό. Αν το παιδί λαμβάνει κορτικοειδή ενέσιμα ή σε χάπια και εκτεθεί στον ιό της ανεμευλογιάς πρέπει αμέσως να ειδοποιηθεί ο θεράπων ιατρός. Αν η έκθεση έχει συμβεί τις προηγούμενες 48 ώρες συνιστάται η χορήγηση ανοσοσφαιρίνης Varicella Zoster για προστασία.

Ο κίνδυνος επιπλοκών ο την ανεμευλογία δεν υπάρχει αν το ασθματικό παιδί χρησιμοποιεί θεραπεία με εισπνεόμενα κορτικοειδή. Αυτό οφείλεται στο ότι τα εισπνεόμενα δρουν στο όργανο στόχο και ελέγχουν το άσθμα χωρίς να εκδηλώνουν συστηματικές παρενέργειες. Έτσι αυτά δρώντας τοπικά στους παθογενετικούς μηχανισμούς δεν προκαλούν ανοσοκαταστολή όπως τα ενέσιμα και από του στόματος κορτικοειδή. Επίσης η χορήγηση κορτικοειδών από το στόμα για μικρό χρονικό διάστημα 5-7 ημέρες για την αντιμετώπιση μιάς ασθματικής κρίσης συνήθως δεν επιπλέκει την προσβολή από ανεμευλογία.

Έτσι τα ασθματικά παιδιά που προσβάλλονται από ανεμευλογία ή εκτίθενται στον ιό πρέπει να συμβουλευονται εγκαίρως ιατρό. Δεν πρέπει οι γονείς να απόφασίζουν τη διακοπή των φαρμάκων χωρίς ιατρική συμβουλή. Η καλή λήψη ιστορικού όσον αφορά τη θεραπεία με στεροειδή είναι απαραίτητη προκειμένου να προληφθούν οι επιπλοκές της νόσου. Η λήψη στεροειδών από το στόμα ή σε ενέσιμη μορφή μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση επιπλοκών της ανεμευλογιάς. Αντίθετα η χρήση εισπνεόμενων στεροειδών δεν αποτελεί πρόβλημα για την εξέλιξη της νόσου στα ασθματικά παιδιά και επομένως δεν χρειάζονται πρόσθετα μέτρα προφύλαξης¹⁷.

3.4 ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΑΣΘΜΑ.

Παρά την ύπαρξη αποτελεσματικής θεραπείας εξακολουθεί να υπάρχει θνητότητα από άσθμα, η οποία ποικίλει με το χρόνο και τη χώρα. Μελέτες υποδεικνύουν ότι πολλοί θάνατοι από άσθμα θα μπορούσαν να αποφεύγονται. Οι κύριοι ένοχοι είναι η αποτυχία ικανοποιητικής εκτίμησης της βαρύτητας και η ανεπαρκής θεραπεία. Το ποσοστό της θνητότητας επηρεάζεται από την ποιότητα της ιατρικής.

Διαφορές στην θνητότητα από άσθμα ανάμεσα σε χώρες ίσως να δημιουργούνται από προβλήματα με τα πιστοποιητικά θανάτου και την κωδικοποίηση τα οποία αποκτούν μεγαλύτερη σημασία στους ηλικιωμένους αρρώστους. Διαφορές ίσως να υπάρχουν ως αποτέλεσμα από την διακύμανση της επίπτωσης και βαρύτητας περιπτώσεων αλλά δυστυχώς πληροφορίες γι αυτούς τους παράγοντες είναι ανακριβείς ώστε να εξηγούνται οι διαφορές θνητότητας ανάμεσα σε χώρες. Μεγάλες διεθνείς διαφορές στη θεραπεία του άσθματος αποτυγχάνουν να εξηγήσουν τις διακυμάνσεις της θνητότητας.

Θάνατοι από άσθμα συμβαίνουν συχνότερα τη νύχτα απ' ότι θα περίμενε κανείς κατά τύχη. Αυτό συνδυάζεται με την εκσεσημασμένη κιρκάδια ρυθμικότητα της πνευμονικής λειτουργίας που παρατηρείται στο άσθμα. Το αυξημένο εύρος του διημερήσιου ρυθμού συσχετίζεται με τη βρογχική αντιδραστικότητα και έτσι οι ασθενείς με ασταθείς αεραγωγούς και ανεπαρκή έλεγχο του άσθματος αποτελούν ομάδα αυξημένου κινδύνου.

Η αποφυγή θανάτων από άσθμα απαιτεί αρχικά σωστή διαπίστωση ότι πρόκειται για άσθμα και ακριβή εκτίμηση της βαρύτητάς του. Παρά το ότι μερικοί ασθενείς φαίνεται ότι πεθαίνουν παρά το ότι έλαβαν την καλύτερη δυνατή θεραπεία στην πλειονότητά τους η θεραπεία μοιάζει να είναι ανεπαρκής να καταστείλει το άσθμα, την υποκείμενη βρογχική αντιδραστικότητα και τον κιρκάδιο ρυθμό. Έτσι επαρκής αντιμετώπιση της νοσηρότητας θα πρέπει να προλάβει τη θνητότητα. Υπερβολική εξάρτηση από τα βρογχοδιασταλτικά ίσως συμβάλλει στην ύπαρξη θανάτων από άσθμα καθυστερώντας την εισαγωγή πιο αποτελεσματικής κατασταλτικής θεραπείας όπως τα κορτικοειδή. Καθώς η με εισπνοές θεραπεία είναι η προτιμώμενη οδός χορήγησης εισπνεόμενα κορτικοειδή θα πρέπει να εφαρμόζονται γρήγορα αν εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά αποτυγχάνουν να ελέγξουν τα συμπτώματα και ειδικότερα αν συνεχίζεται η διαταραχή του ύπνου. Ο καλύτερος έλεγχος της αντιδραστικότητας των βρόγχων και της κιρκάδιας ρυθμικότητας θα πρέπει όχι μόνο να ανακουφίσει τα συμπτώματα αλλά να προλάβει μερικούς θανάτους από άσθμα που ακόμα συμβαίνουν σήμερα¹⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΟ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Το ασθματικό παιδί είναι ένας << χρόνιος άρρωστος>>, που η αρρώστια του αργά ή γρήγορα θα έχει επίδραση τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένειά του. Τα προβλήματα που προκύπτουν είναι πολλαπλά: Το παιδί αποκτά ένα αίσθημα κατωτερότητας, γιατί δεν μπορεί να παίξει όπως οι συμμαθητές του, κάνει συχνά απουσίες απ το σχολείο και πρέπει να παίρνει φάρμακα. Οι γονείς του από την άλλη μεριά αποκτούν υπερβολικό άγχος στην προσπάθειά τους να προφυλάξουν το παιδί τους, περιορίζουν σημαντικά τις κοινωνικές τους δραστηριότητες, <<φυλακίζονται>> όπως αναφέρουν οι ίδιοι και ζουν καθημερινά με το φόβο μιάς επόμενης ασθματικής κρίσης. Στα παραπάνω προστίθενται και τα προβλήματα της εφηβείας, δηλαδή ο αρνητισμός προς τα φάρμακα και η απογοήτευση γιατί η αρρώστια συνεχίζεται παρά τις αντίθετες προβλέψεις. Σ' αυτά τα προβλήματα, η βοήθεια του γιατρού μπορεί να είναι πολύ σημαντική, αρκεί να έχει δημιουργηθεί στενή σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα σ' αυτόν, τους γονείς και το παιδί. Δυστυχώς αυτό είναι δύσκολο αφού περισσότερα από το 50% των παιδιών και των γονέων τους δεν ακολουθούν τις συμβουλές και τη θεραπεία που τους δίνει ο γιατρός τους.

Η καλύτερη μέθοδος για την άμβλυνση των ψυχολογικών προβλημάτων που δημιουργούνται στο ασθματικό παιδί και την οικογένειά του είναι η λεπτομερής ενημέρωσή τους σχετικά με:

α.. Τη φύση της αρρώστιας

β. Την αναγνώριση και την εκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων.

γ. Τις ενέργειες και τη διάρκεια δράσης των χορηγούμενων φαρμάκων.

Οι γονείς του ασθματικού βρέφους πρέπει να γνωρίζουν ότι οι κρίσεις θα αυξηθούν σε συχνότητα στα επόμενα χρόνια για να φθάσουν στο μέγιστο στην ηλικία των 4-6 χρόνων και κατόπιν να παρουσιάσουν σταδιακή ύφεση. Επίσης τα συμπτώματα ίσως επιδεινωθούν όταν το νήπιο πάει στον παιδικό σταθμό και εκτίθεται περισσότερο στις αναπνευστικές λοιμώξεις, ή όταν αρχίσει το νηπιαγωγείο ή το σχολείο και γίνει αντιληπτός ο βρογχόσπασμος μετά από κόπωση. Πρέπει να τονισθεί ότι η πάθηση του παιδιού δεν συνεπάγεται τον περιορισμό του στο σπίτι, αρκεί να παίρνει προφυλακτική αγωγή. Τόσο οι γονείς όσο και το παιδί πρέπει να μάθουν να αξιολογούν τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, να χρησιμοποιούν τα φάρμακα όταν χρειάζεται, και να επικοινωνούν με τον ιατρό αν δε βελτιώνεται η κατάσταση.

Γενικά είναι απαραίτητη η επικοινωνία με το γιατρό όταν τα συμπτώματα δεν παρουσιάζουν σαφή βελτίωση μετά από τη λήψη μιάς ή δύο δόσεων βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται όταν χορηγούνται συσκευές νεφελοποίησης στο σπίτι. Στις περιπτώσεις αυτές ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται πριν και μετά από κάθε χρήση, σχετικά με την κατάσταση του αρρώστου. Η άλογη χρήση αυτών των συσκευών και η εμπιστοσύνη που δημιουργείται από τη θεαματική, αλλά πρόσκαιρη βελτίωση των συμπτωμάτων, μπορεί να έχει σαν συνέπεια την καθυστέρηση της προσαγωγής του αρρώστου, και την επικίνδυνη επιβάρυνση της κατάστασής του¹⁹. Σηματική βοήθεια στην αντικειμενική εκτίμηση της κατάστασης προσφέρει η χρήση των ροομέτρων τύπου Wright, για τη μέτρηση της εκπνευστικής ροής PEFR από τον ασθενή στο σπίτι²⁰, καθώς και η συμπλήρωση ημερολογιακής κάρτας με τα συμπτώματα και φάρμακα που παίρνει. Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν ποια φάρμακα θα χρησιμοποιηθούν σε περίπτωση υποτροπής των συμπτωμάτων και πόση είναι η διάρκεια δράσης τους. Είχαμε περιπτώσεις όπου για την αντιμετώπιση οξείας ασθματικής κρίσης οι γονείς έδιναν στο παιδί εισπνοές χρωμογλυκικού νατρίου! Ιδιαίτερα για τους εισπνεόμενους B₂ διεγέρτες πρέπει να τονίζεται ότι η διάρκεια δράσης τους είναι περίπου 4 ώρες και γι' αυτό μπορεί να χορηγηθούν μέχρι 6 φορές την ημέρα αν τα συμπτώματα είναι έντονα. Τέλος στην εκπαίδευση των γονέων και των παιδιών βοηθούν διάφορα έντυπα με πληροφορίες για το βρογχικό άσθμα²¹

4.1 ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Οι απουσίες των ασθματικών από το σχολείο τους αποτελούν ένα από τα κριτήρια βαρύτητας των συμπτωμάτων τους. Οι αιτίες απουσίας είναι δύο: α.Οι κρίσεις δύσπνοιας και του βρογχόσπασμου που αναγκάζουν το παιδί να μείνει στο κρεβάτι. β.Το υπερβολικό άγχος των γονέων που με το παραμικρό κρατούν το παιδί στο σπίτι για να μην επιδεινωθεί η κατάστασή του. Σχετικά με τις κρίσεις, αυτές μπορούν να προληφθούν ως επί το πλείστον με την αγωγή. Όσον αφορά το άγχος των γονέων αυτοί πρέπει να πεισθούν ότι με την τακτική τους επιδεινώνουν την ήδη επηρεασμένη ψυχολογική κατάσταση του παιδιού τους. Πρακτική και συμβουλή είναι το ασθματικό παιδί να μην χάνει το σχολείο του έστω και αν έχει συμπτώματα. Αυτό δε σημαίνει ότι το παιδί θα πάει σχολείο με δύσπνοια. Ωστόσο οι περισσότερες περιπτώσεις απουσιών σχετίζονται με συμπτώματα βήχα ή ήπιου βρογχόσπασμου.Εδώ συνιστάται η συχνότερη λήψη κάποιου βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου και η αποχή από τη γυμναστική ή και το παιχνίδι για όσο διάστημα υπάρχουν συμπτώματα. Τα ασθματικά παιδιά δε χρειάζεται να πηγαίνουν σε << ειδικά σχολεία>>. Η μεγάλη όμως συχνότητα εμφάνισης του άσθματος στην παιδική ηλικία καθιστά αναγκαία την εκπαίδευση των δασκάλων τόσο για τα συμπτώματα της αρρώστιας όσο και για τη χορήγηση βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων.Τα παιδιά

που είναι σε προφυλακτική αγωγή χρειάζεται να πάρουν κάποια δόση του φαρμάκου τους στο σχολείο. Είναι απαράδεκτο να την χάνουν από αδυναμία του διδακτικού προσωπικού να βοηθήσει. Είναι επίσης απαράδεκτο να χορηγούνται βεβαιώσεις απαλλαγής από τη γυμναστική στην πλειονότητα των ασθματικών παιδιών. Αντί αυτού μπορεί να δοθεί ένας εισπνεόμενος B₂ διεγέρτης ή χρωμογλυκικό νάτριο 15 λεπτά πριν τη γυμναστική με τη σύσταση για αποφυγή εξουθενωτικών ασκήσεων.

4.2 ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Αν και μπορεί να προκαλέσουν βρογχόσπασμο, οι αθλητικές δραστηριότητες όχι μόνον δεν απαγορεύονται αλλά επιβάλλονται στα ασθματικά παιδιά υπό ορισμένες βέβαια προϋποθέσεις. Οι λόγοι γι' αυτό είναι η ψυχολογική τόνωση του παιδιού αφ' ενός και η βελτίωση της φυσικής του κατάστασης αφ' ετέρου. Τρεις είναι οι βασικές προϋποθέσεις για την άθληση των παιδιών που παρουσιάζουν βρογχόσπασμο μετά από κόπωση:

α. Χορήγηση ενός B₂ διεγέρτη ή χρωμογλυκικού νατρίου σε εισπνοές 15 λεπτά πριν την άσκηση.

β. Επαρκής προθέρμανση και

γ. Σταδιακή άσκηση σε υπομέγιστο έργο.

Η χορήγηση ενός B₂ διεγέρτη ή του διχρωμογλυκικού νατρίου σε εισπνοές προφυλάσσει από το βρογχόσπασμο μετά κόπωση τουλάχιστον για 2-3 ώρες. Τα φάρμακα επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται από τους αθλητές και έχουν χρησιμοποιηθεί από Ολυμπιονίκες σε πολλές περιπτώσεις.

Ο βρογχόσπασμος μετά κόπωση μπορεί να προληφθεί επίσης αν προηγηθεί << περίοδος προθέρμανσης >> πριν το κύριο άθλημα. Ο αθλητής τρέχει αργά για 30 δευτερόλεπτα και κατόπιν σταματά για 2,5 λεπτά. Το ίδιο επαναλαμβάνεται επτά φορές. Στη συνέχεια μπορεί να συμμετάσχει στο άθλημα χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα.

Αθλήματα στα οποία η προσπάθεια δεν είναι συνεχής, γίνονται καλύτερα ανεκτά από τους ασθματικούς. Για παράδειγμα το άλμα εις μήκος είναι λιγότερο ασθμογόνο από το τρέξιμο μεγάλων αποστάσεων. Σαν καλύτερο άθλημα για το ασθματικό παιδί θεωρείται το κολύμπι σε αντίθεση με το τρέξιμο μεγάλων αποστάσεων που αντεδείκνυται.

Γενικά πρέπει να ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή του ασθματικού παιδιού σε αθλήματα γιατί αυξάνεται η αυτοπεποίθησή του, ελαττώνεται το άγχος του και αισθάνεται ότι ζει << φυσιολογική ζωή >>. Επίσης η άσκηση ισχυροποιεί τους αναπνευστικούς μυς και βελτιώνει τη φυσική του κατάσταση και το καθιστά ικανό να αντιμετωπίζει ευκολότερα μια ενδεχόμενη ασθματική κρίση. Η παλιά αντίληψη ότι το ασθματικό παιδί πρέπει να ασχολείται μόνο με επιτραπέζια παιχνίδια είναι απορριπτέα και δεν έχει καμμία επιστημονική βάση²².

4.3 Η ΔΥΣΚΟΛΗ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η εφηβεία αποτελεί μία δύσκολη περίοδο για τον έλεγχο των συμπτωμάτων του ασθματικού και αυτό οφείλεται αποκλειστικά στην άρνηση της συνεργασίας του αρρώστου. Οι λόγοι είναι ευνόητοι: το παιδί έχει βαρεθεί να παίρνει τα φάρμακά του τόσο καιρό, ή δεν τα παίρνει γιατί δε θέλει να θεωρείται << άρρωστο>> από συμμαθητές και φίλους. Εκτός αυτού έχει απογοητευτεί γιατί βλέπει ότι οι ελπίδες του για θεραπεία της αρρώστιας έχουν διαψευσθεί. Τα φάρμακα μπορεί να του προκαλούν συχνά ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι ξανθίνες του προκαλούν αϋπνίες, υπερδιέγερση και ελαττωμένη απόδοση στο σχολείο, οι Β₂ διεγέρτες του προκαλούν τρόμο στα χέρια και τέλος για τα στεροειδή ακούει ότι έχουν << σοβαρές παρενέργειες >>. Όλα τα παραπάνω οδηγούν στην αυθαίρετη διακοπή της θεραπείας και την υποτροπή των κρίσεων που μπορεί να είναι πολύ σοβαρές.

Γενικά χρειάζεται κατανόηση τόσο από το γιατρό όσο και από τους γονείς για τα προβλήματα αυτών των παιδιών. Ο εκφοβισμός και οι απειλές προκειμένου να συνεχιστεί η θεραπεία ακόμα μόνο αντίθετα αποτελέσματα μπορούν να επιφέρουν. Καλύτερα να αφηθεί το παιδί ελεύθερο στην απόφαση που πήρε. Συχνά η εμπειρία μιάς νέας κρίσης το κάνει να αναθεωρήσει αυτή την απόφαση. Απαιτείται όμως προσεκτική παρακολούθηση της κατάστασης ώστε να προσφερθεί η απαραίτητη βοήθεια όταν χρειασθεί.

Μερικές φορές οι δυσκολίες προέρχονται και από τους γονείς. Πρόσφατο παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση μιάς νεαρής αθλήτριας του σκί. Η κοπέλα που τελευταία δυσανασχετούσε για τη συνέχιση της αντιασθματικής αγωγής, αποφάσισε με την προτροπή των γονέων της να αντικαταστήσει τη χορηγούμενη αγωγή με << φρουτοθεραπεία >>. Ακολούθησαν δύο βαρύτατες κρίσεις άσθματος, τις οποίες γονείς και παιδί χαρακτήρισαν <<ευεργετικές>> αφού όπως είπαν << πρώτη φορά είχε τόσα φλέματα >>. Το καλύτερο που πέτυχαν μετά από πολύωρη συζήτηση ήταν να αποσπάσουν την υπόσχεση ότι αν κάτι τέτοιο επαναληφθεί στο μέλλον, το παιδί θα πάρει κάποιο βρογχοδιασταλτικό και θα επισκεφθεί γιατρό!

Σε άλλες περιπτώσεις πάλι τα παιδιά αυτής της ηλικίας κάνουν κατάχρηση των εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών, σε μια απελπισμένη προσπάθεια να αποφύγουν το γιατρό ή το νοσοκομείο. Στις περιπτώσεις αυτές καλό είναι οι δοσομετρικές συσκευές αεροζόλης να αντικαθίστανται με συσκευές σκόνης, έτσι ώστε να είναι δυνατός ο έλεγχος της δόσης του χορηγούμενου φαρμάκου.

Το βρογχικό άσθμα είναι ένα χρόνια νόσημα, που μπορεί εκτός από τα άλλα να προκαλέσει τραυματικές εμπειρίες με ανεξίτηλα ίχνη στην ψυχοσύνθεση του νεαρού αρρώστου. Η αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων είναι εξ' ίσου σημαντική όπως

και η αντιμετώπιση των ασθματικών κρίσεων. Ο γιατρός που με υπομονή και αγάπη θα πλησιάσει τον μικρό άρρωστο, σίγουρα θα τον βοηθήσει και σίγουρα θα ωφεληθεί και ο ίδιος. Διότι: << **Όποιος συμμετέχει στον ανθρώπινο πόνο, εκείνος πληρώνεται με πνευματική χαρά** >>²³.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Πρόβλημα / Αιτιολόγηση. Βήχας και απόχρεμψη από τον ερεθισμό των βλεννών και την απόφραξη των βρογχιολίων.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση. Σύσταση στον άρρωστο να βήχει αποτελεσματικά και να αποβάλλει τις εκκρίσεις. Όταν βήχει σωστά γίνεται οικονομία ενέργειας, βελτιώνεται η έκπτυξη των πνευμόνων και ο άρρωστος ηρεμεί. Συχνή φροντίδα στόματος για την πρόληψη των λοιμώξεων και τη βελτίωση της όρεξης. Συχνά και μικρά γεύματα και αποφυγή τροφών και υγρών που προκαλούν αέρια για την πρόληψη διάτασης του στομάχου και της κοιλιάς με αποτέλεσμα τη δυσκολία της αναπνοής. Εξασφάλιση τροφής με αυξημένες θερμίδες αν ενδείκνυται. Η αυξημένη αναπνευστική λειτουργία προκαλεί αύξηση των καύσεων που μπορεί να συμβάλλει στην απώλεια βάρους, γι' αυτό απαιτείται αναπλήρωση θερμίδων για παραγωγή ενέργειας. Η καλή ενυδάτωση (8-10 ποτήρια) για τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων θεωρείται ως το αποτελεσματικότερο αποχρεμπτικό φάρμακο. Εφαρμογή βρογχικής παροχέτευσης. Σύσταση για διακοπή καπνίσματος, διότι αυξάνει τον ερεθισμό των βρόγχων. Εξασφάλιση περιβάλλοντος απαλλαγμένου από ερεθιστικές ουσίες. Χορήγηση αποχρεμπτικών φαρμάκων που ρευστοποιούν και διευκολύνουν την αποβολή των εκκρίσεων και αντιβίωση σε λοιμώξεις βάσει ιατρικής οδηγίας. Αποφυγή αντιβηχικών φαρμάκων στον παραγωγικό βήχα διότι την αναστέλλουν και δεν αποβάλλονται οι εκκρίσεις.

Πρόβλημα /Αιτιολόγηση. Δύσπνοια, παρατεταμένη συρίττουσα αναπνοή από την απόφραξη ή τον βρογχόσπασμο των βρογχιολίων στο άσθμα.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση. Ανάπαυση και ηρεμία. Σύσταση γενικά να αποφεύγει ή να προλαμβάνει καταστάσεις που αυξάνουν τις ανάγκες σε οξυγόνο, όπως λοιμώξεις, κάπνισμα, μεγάλη δραστηριότητα, στρές. Θέση ημικαθιστή για διευκόλυνση της αναπνοής.

Παρακολούθηση ζωτικών σημείων. Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών. Χορήγηση οξυγόνου. Σε βαριές καταστάσεις πρέπει να είναι συνεχής η χορήγηση οξυγόνου σε μικρές δόσεις. Η διακεκομμένη χορήγηση είναι βλαβερή, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου υπάρχει αυξημένη τάση CO₂ που μπορεί να επηρεάσει το κέντρο της αναπνοής.

Πρόβλημα/Αιτιολόγηση. Ανησυχία, φόβος, αισθήματα που προκαλεί η κρίση της δύσπνοιας, φόβος για πνιγμονή και ανησυχία για την εξέλιξη και πορεία της νόσου.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση. Παραμονή του νοσηλευτή κοντά στον άρρωστο κατά την κρίση της δύσπνοιας. Αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς με ηρεμία, κατανόηση και ενδιαφέρον και ψυχολογική υποστήριξη, είναι στοιχεία που μετριάζουν την αγωνία και το άγχος και τον βοηθούν να ηρεμήσει. Το άγχος και η ανησυχία μεταδίδονται και στο περιβάλλον. Προσοχή στη χορήγηση ναρκωτικών και ηρεμιστικών, διότι επιδρούν κατασταλτικά στην αναπνευστική λειτουργία και μειώνεται ο αερισμός των πνευμόνων. Σε οξύ επεισόδιο της κρίσης άνοιγμα των κουρτινών και των παραθύρων και περιορισμός του αριθμού των ατόμων στο δωμάτιο. Η αλλαγή στο περιβάλλον ελαττώνει το αίσθημα του πνιγμού στον άρρωστο.

Πρόβλημα/ Αιτιολόγηση. Αϋπνία οφειλόμενη στη δύσπνοια, θορύβους και ψυχολογικά αίτια.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση. Εξασφάλιση ήρεμου και καθαρού περιβάλλοντος χωρίς θορύβους και κατάλληλη θερμοκρασία. Αποφυγή συζητήσεων ή μελέτης που διεγείρουν τη φαντασία και το νευρικό σύστημα. Διεκπεραίωση των καθορισμένων νοσηλειών έτσι ώστε να μη διακόπτεται ο ύπνος του αρρώστου, εφ' όσον είναι δυνατόν. Σύσταση να αποφεύγει λήψη πομάτων που περιέχουν καφεΐνη, διότι αυξάνουν το μεταβολισμό και δεν βοηθούν στη χαλάρωση. Λήψη τροφής με πολλές πρωτεΐνες πριν τον ύπνο βοηθά, διότι κατά την πέψη των πρωτεϊνών παράγεται ένα αμινοξύ tryptophan, το οποίο έχει ηρεμιστική δράση. Θερμό λουτρό ή πόμα συμβάλλουν στην χαλάρωση και επέλευση του ύπνου.

Πρόβλημα/Αιτιολόγηση. Αίσθημα κόπωσης, ιδιαίτερα σε ασθματικούς με κρίσεις από τη μεγάλη αναπνευστική προσπάθεια, την έλλειψη οξυγόνωσης των πνευμόνων, την ανησυχία, το φόβο, και τη διαταραχή του ύπνου.

Νοσηλευτική Αντιμετώπιση. Εκτίμηση της αναπνευστικής λειτουργίας (σημεία υποξαιμίας, υπερκαπνίας) για χορήγηση οξυγόνου. Αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου και βοήθεια για αυτοεξυπηρέτηση ανάλογα με την περίπτωση. Καλή διατροφή και επαρκή ύπνο.

Πρόβλημα/Αιτιολόγηση. Πιθανή αφυδάτωση από τις εφιδρώσεις, την αποβολή των εκκρίσεων, την ταχύνποια σε ασθματικές κρίσεις.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση. Υγρά από το στόμα ή ενδοφλέβια σε βαριές περιπτώσεις για αναπλήρωση υγρών και πρόληψη ηλεκτρολυτικής διαταραχής. Παρακολούθηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Εκτίμηση της ποσότητας και ποιότητας των εκκρίσεων. Λήψη ζωτικών σημείων και εκτίμησή τους.

Πρόβλημα/Αιτιολόγηση. Δυσκοιλιότητα από τη μειωμένη δραστηριότητα και την ανεπαρκή ενυδάτωση.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση. Λήψη τροφών με υπόλειμμα, υπακτικά με ιατρική οδηγία. Λήψη υγρών και κίνηση όσο επιτρέπει η κατάσταση του αρρώστου.

Πρόβλημα/Αιτιολόγηση. Αναπνευστικές λοιμώξεις από έλλειψη λήψης προφυλακτικών μέτρων ή και άγνοια.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση. Σύσταση να μην παραμελείται η προφυλακτική αγωγή και ότι αναφέρεται στην προφύλαξη.²⁴

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ – ΟΞΕΩΣ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Νοσηλευτική φροντίδα: Για την αντιμετώπιση κρίσεων βρογχικού άσθματος η νοσηλεύτρια εκτιμώντας τη βαρύτητα του περιστατικού και την απόλυτη ανάγκη γρήγορης και αποτελεσματικότερης παρεμβάσεως ενεργεί με ετοιμότητα και προχωρεί στις πιο κάτω ενέργειες:

- Λήψη αίματος για έλεγχο αερίου και έναρξη μακράς οξυγονοθεραπείας.
- Παρεντερική χορήγηση υγρών για ενυδάτωση γιατί λόγω της δύσπνοιας δεν μπορούν να παίρνουν υγρά από το στόμα.
- Συνεχής τόνωση του αρρώστου.
- Πιστή εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής
- Βρογχοδιασταλτικά (θεοφυλλίνη, ισοπροτερενόλη).
- Αντιβιοτικά
- Κορτικοστεροειδή.
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε αναπνευστική θέση, χαλάρωση περισφύξεων, καλός αερισμός του θαλάμου αποφεύγοντας τα ρεύματα, υγρός καθαρισμός θαλάμου και επίπλων, απομάκρυνση ερεθιστικών ουσιών.
- Χορήγηση φαρμάκων με ψεκασμό. Η νοσηλεύτρια οφείλει να παρατηρήσει το πώς γίνονται οι ψεκασμοί από τον άρρωστο, αφού προηγουμένως του εξηγήσει αναλυτικά τι πρέπει να κάνει.

Συνεχή εκτίμηση και αξιολόγηση της πορείας του αρρώστου, της φαρμακευτικής αγωγής και των αντιδράσεων του.

- Το περιεχόμενο μιάς μακροπρόθεσμης διδασκαλίας σ' αυτούς τους αρρώστους περιλαμβάνει:
- Αναγνώριση και έλεγχο εκείνων των αιτιών που συμβάλλουν στην πρόκληση παροξυσμικής κρίσεως (αλλεργικές ουσίες, σκόνη).
- Πρόληψη υποτροπών αναπνευστικών φλεγμονών.
- Ελαχιστοποίηση και έλεγχο εκείνων των παραγόντων που δρουν σε πρόκληση κρίσεως έμμεσα, όπως ψυχικό στρές, φυσική καταπόνηση, ατμόσφαιρα με ερεθιστικές ουσίες και απότομες καιρικές μεταβολές (πολύ κρύο, πολύ ζέστη).
- **Κατανόηση και αποδοχή της φαρμακευτικής αγωγής (δόσεως, χρόνου, τρόπου, παρενέργειες φαρμάκων) και της ιατρικής παρακολούθησης.**

Στη συνέχεια αναγράφεται σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας αρρώστου με βρογχικό άσθμα.

Το πρόβλημα: Κατά το οξύ ασθματικό επεισόδιο η αναπνευστική λειτουργία επηρεάζεται λόγω αποκλεισμού της αεροφόρου οδού. Η προκαλούμενη υποξία μπορεί να απειλήσει τη ζωή του αρρώστου.

Αντικειμενικοί σκοποί και αρχές νοσηλευτικής φροντίδας:

Αντιμετώπιση του αρρώστου στο οξύ ασθματικό στάδιο:

1. Εξουδετέρωση του κωλύματος της αεροφόρου οδού με,
 - α) Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με οδηγία γιατρού.
Βρογχοδιασταλτικό σπρέυ στο στοματοφάρυγγα
Βραδεία ενδοφλέβια χορήγηση αμινοφυλλίνης
Επινεφρίνη υποδορίως.
 - β) Αξιολόγηση της αντιδράσεως του αρρώστου προς τα φάρμακα.
 - γ) Παρακολούθηση για συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας
 - δ) Προετοιμασία για βρογχοσκοπική αναρρόφηση για απελευθέρωση των βρόγχων ανάλογα με την περίπτωση.
2. Αντιμετώπιση της υποξίας με:
 - α) Χρησιμοποίηση της τεχνητής αναπνοής με διαλείπουσα θετική πίεση για την ενίσχυση της αναπνοής.
 - β) Χορήγηση οξυγόνου κατά διαλείμματα
 - γ) Παρατήρηση για συμπτώματα νάρκωσης από CO₂
3. Ρευστοποίηση των βρογχικών εκκρίσεων με,
 - α) Ύγρανση της ατμόσφαιρας του δωματίου
 - β) Αντικατάσταση των αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών
 - γ) Ενθάρρυνση λήψεως υγρών από στόμα, όσο είναι δυνατόν συχνότερα.
4. Ανακούφιση του άγχους και της κόπωσης του αρρώστου με
 - α) Χορήγηση ελαφρών ηρεμιστικών
 - β) Χορήγηση κορτιζόνης, αν χρειάζεται, για την καταπολέμηση των επιδράσεων του παρατεταμένου στρές.
 - γ) Εξασφάλιση ανέσεως για τον άρρωστο με,
Τοποθέτηση του αρρώστου σε αναπαυτική, καθιστή θέση
Διατήρηση του περιβάλλοντος δροσερού και ήρεμου
Περιορισμό επισκεπτών
Προσέγγιση του ασθενούς με ηρεμία και ενδιαφέρον
Φροντίδα ώστε ο άρρωστος να κοιμηθεί χωρίς διακοπές μετά την ασθματική κρίση²⁵.

5.3 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

1. Αποφυγή των παραγόντων οι οποίοι επισπεύδουν μία ασθματική κρίση
2. Απομάκρυνση του αρρώστου από αλλεργιογόνα υλικά
3. Εφαρμογή προγράμματος απευαισθητοποιήσεως
4. Εφαρμογή προγράμματος συντηρητικής θεραπείας με,
 - Βρογχοδιασταλτικά
 - Ηρεμιστικά
 - Κορτικοστεροειδή

Εφαρμογή τεχνητής αναπνοής διαλείπουσας θετικής πίεσεως
5. Έλεγχος δευτερογενών φλεγμονών με,
 - Διδασκαλία του αρρώστου να επισκέπτεται το γιατρό του με τα πρώτα συμπτώματα αναπνευστικής λοίμωξης.
 - Παρατήρηση του χρώματος των βρογχικών εκκρίσεων
 - Συστηματική θεραπεία ακόμη και των ελαφρών αναπνευστικών λοιμώξεων
 - Αποφυγή επαφής του αρρώστου με άτομα τα οποία έχουν γρίπη και άλλες λοιμώξεις.
6. Προώθηση της αποκατάστασης του αρρώστου με,
 - Διδασκαλία και επίβλεψη αναπνευστικών ασκήσεων
 - Διδασκαλία να αποφεύγει ερεθιστικά υλικά
 - Ύγρανση και διήθηση του αέρα του περιβάλλοντός του όταν είναι δυνατόν
 - Επιδίωξη επαγγελματικής αποκατάστασης όταν χρειάζεται
 - Εφαρμογή προγράμματος υγιεινής διατροφής, αναπαύσεως, ασκήσεως
 - Ενθάρρυνση να εξωτερικεύει τις ανησυχίες του
 - Βοήθεια να συνειδητοποιεί και κατανοεί τα προβλήματά του²⁵.

.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

6.1 Περίπτωση 1^η

Ιστορικό ασθενούς με κρίση άσθματος λόγω προηγούμενης βρογχίτιδας

Όνομα: Σ.Γ.

Ηλικία: 10 χρονών

Φύλο: Θήλυ

Κατοικία: Κέρκυρα

Η ασθενής προσήλθε στα Ε.Ι. του ΓΝΝΚ στις 14.10.2000 με:

1. μέτρια δύσπνοια (ομιλία φράσεων) με εισπνευστικούς και εκπνευστικούς συριγμούς.
2. ανησυχία
3. εμετός
4. μέτρια εισολκή σφαγής στέρνου, μεσοπλεύριων
5. θερμοκρασία 38,5⁰C

Η μητέρα αναφέρει προ 15 ημερών επεισόδιο βρογχίτιδας και εισάγεται για αντιμετώπιση.

Υποβαλλόμενες διαγνωστικές εξετάσεις

Γενική αίματος:

WBC: 16.400

Hb : 12,5 g/dL

Ht : 40,5%

PLT: 275.000

ΤΚΕ: 40 mm

RO θώρακος: Πύκνωση αριστερού μέσου πνευμονικού πεδίου

Αέρια αίματος: PH = 7,55

PaCO₂ = 32 mmHg

PaO₂ = 65mmHg

SatO₂ = 82%

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΞΘΕΝΗ- ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>σπνοια λόγω βρογχόσπασμου των ογκολίων</p>	<p>Ανακούφιση από την δύσπνοια</p>	<p>-Χορήγηση O₂ -0 ασθενής πρέπει να λάβει φαρμακευτική αγωγή με σύμφωνη ιατρική γνώμη όπως βρογχοδιασταλτικά για την μείωση της δύσπνοιας και κορτικοειδή για την αντιμετώπιση της. -Να γίνει τακτική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. -Να δοθεί ημικαθιστή θέση για την διευκόλυνση της αναπνοής.</p>	<p>-Χορηγήθηκε O₂, με μάσκα Ventouri 28% -Η ασθενής λαμβάνει Aerolin Solution σε μάσκα εισπνοών 0,6cc x 3 αραιωμένο σε 3 cc φυσιολογικό ορό σε μία ώρα και I.V. Solumedrol 80 mgr. -Ενημερώνουμε τους συγγενείς ότι επιβάλλεται να μείνουν έξω από τον θάλαμο και να μην συνωστίζονται για να είναι ήρεμο το περιβάλλον και να αναπαυθεί η ασθενής. -Συνδέουμε τον ασθενή με το dynamap για παρακολούθηση ζωτικών σημείων.</p>	<p>Η δύσπνοια υποχώρησε στις προσεχείς 6 ώρες και τα ακροαστικά ευρήματα μετά από 24 ώρες.</p>

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
ησυχία λόγω κρίσης της δύσπνοιας.	Καθησυχασμός ασθενούς	-Είναι αναγκαίο να συμπαρασταθούμε στον ασθενή. -Να αντιμετωπίσουμε τις ανάγκες του με ηρεμία. -Να μετριάσουμε το άγχος του. -Να περιορίσουμε τον αριθμό των ατόμων στο θάλαμο.	-Παραμένουμε κοντά στον ασθενή στην κρίση της δύσπνοιας. -Τον αντιμετωπίζουμε με ηρεμία και κατανόηση για το πρόβλημα του. -Τον μεταφέρουμε σε άλλο θάλαμο για να νοιώσει άνετα και να απαλλαγεί από το αίσθημα πνιγμού.	-Η ασθενής με την μεταφορά της σε άλλο θάλαμο και το ήρεμο περιβάλλον ξεπέρασε την ανησυχία.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΦΡΟΝΗΔΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ίσρετός 38,5°C που οφείλεται σε οηγούμενη βρογχίτιδα η οποία δεν τιμετωπίστηκε με αντιβίωση</p>	<p>- Ανακούφιση του ασθενούς από τον πυρετό και επαναφορά θερμοκρασίας σώματος σε φυσιολογικά επίπεδα μετά από 1 ώρα</p>	<p>- Έναρξη αντιβίωσης με ιατρικές οδηγίες και χορήγηση αντιπυρετικών</p>	<p>Δόθηκε tb Amoxil Igr X 3 και tb depon για την πτώση του πυρετού Χορηγήθηκαν υγρά στον ασθενή 1000ml N/S 0,9% -Έγινε αερισμός του δωματίου Έγινε έναρξη ελαφρός δίαιτας</p>	<p>Η ασθενής εμφάνισε πτώση του πυρετού στο 37,5°C μετά από 1 ώρα</p>

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>μετός που οφείλεται στην προσπάθεια οβολής των βρογχικών εκκρίσεων</p>	<p>- Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</p>	<p>Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως Παρακλούθηση αρρώστου για συμπτώματα αφυδάτωσης Περιποίηση στοματικής κοιλότητας μετά τον εμετό Μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</p>	<p>- Ετέθη ορός N/S 0,9% 1000 ml για λήψη υγρών παρεντερικός Παρακολουθήθηκε ο άρρωστος για σημεία αφυδάτωσης όπως αίσθημα δίψας, δέρμα και βλεννογόνοι στεγνοί για την έγκαιρη διάγνωση διαταραχής ισοζυγίου των υγρών Έγινε φροντίδα της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς Καταγράφηκαν τα αποβαλλόμενα και προσλαμβανόμενα υγρά</p>	<p>Οι εμετοί σταμάτησαν με αποκατάσταση του θρεπτικού ισοζυγίου των υγρών</p>

Η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο στις 17.10.2000 ακολουθώντας
την παρακάτω αγωγή.
INH Aerolin και Aerochamber
Caps Amoxil 1 gr 1X3
Tab depon για την πτώση του πυρετού

6.2 Ιστορικό ασθενούς με οξεία ασθματική κρίση

Όνομα: Ε.Σ.

Ηλικία : 15 χρονών

Φύλο : θήλυ

Κατοικία: Κέρκυρα

Η ασθενής προσήλθε στα Ε.Ι. του ΓΝΝΚ στις 28.10.2000 με:

1. Δύσπνοια στην ομιλία ακόμα και των λέξεων
2. Αδυναμία λήψης φαγητού λόγω δύσπνοιας
3. Αναπνοές 40/min
4. Σφυγμοί 140/min
5. Κυάνωση στα χείλη, γλώσσα, νύχια χεριών
6. Ωχρότητα

Άμεσες θεραπευτικές ενέργειες

1. Χορήγηση O₂ με μάσκα Venturi 28% 4 lit/min
2. Χορήγηση σολβουταμόλης (διάλυμα 0,5CC με 3 CC φυσιολογικό ορό)
3. Χορήγηση πρεδνιζολόνης (Solumedrol) ενδοφλεβίως
4. Λήψη αερίων αρτηριακού αίματος:
P_{O2}= 42mm Hg PH == 7,30
P_{C02}= 43mm Hg
Sat_{O2}= 87%

Επειδή ο ασθενής δεν ανταποκρίθηκε στην παραπάνω αγωγή προστέθηκαν

1. IV αμινοφυλλίνη 5mg/Kg επί 20 λεπτά
 2. ΥΔ χορήγηση αδρεναλίνης
 3. Χορήγηση ιππατροπίου (Atrovent) με νεφελοποιητή.
Η κατάσταση του ασθενούς βελτιώθηκε αλλά συνεχίστηκε η παρακάτω αγωγή
1. Χορήγηση οξυγόνου με μάσκα Venturi 28% Lit/min
 2. Πρεδνιζολόνη Solumedrol 40 mgr
 3. Β2 διεγέρτες Aerolin Solution (0,5CC αραιωμένο με 3 CC φυσιολογικό ορό) ανά 4 ώρες.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
αχύπνοια 40 αναπνοές/ίνιπ λόγω θματικής κρίσης	- Μείωση αριθμού αναπνοών/λεπτό σε φυσιολογικά επίπεδα	Φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική οδηγία - Χορήγηση οξυγόνου επειδή υπάρχει κπική υποξία (P0z=42 mm Hg) - Λήψη αερίων αίματος ώστε να ρυθμιστεί ανάλογα η οξυγονοθεραπεία	Άρχισε η χορήγηση φαρμάκου αμινοφυλλίνης 5mg/Kg IV σε 1000 ml Dextrose 5% να πέφτει γρήγορα Solumedrol IV εφ' άπαξ Χορηγήθηκε 0; με μάσκα Venturi 28%	- Οι αναπνοές κατέβηκαν στις 24 αv/min

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αδυναμία λήψης φαγητού λόγω σπνοιας	- Αποκατάσταση όρεξης του ασθενούς	- Παρεντερική χορήγηση υγρών και έναρξη σταδιακής σίτισης μετά από 2 24ωρα με ελαφρό διαιτολόγιο	- Τέθηκε ορός N/SO,9% 1000ml Με ιατρική οδηγία άρχισε η δίαιτα με σούπα	Μετά από 2 24ωρα αποκαταστάθηκε η σίτιση του ασθενούς

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

«

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Υγρότητα που οφείλεται στην επιτυχή αναπνευστική προσπάθεια</p>	<p>- Επαναφορά της φυσιολογικής όψης και χροιάς του δέρματος</p>	<p>Χορήγηση O² με μάσκα Venturi Εξασφάλιση ανέσεως με τον άρρωστο και τόνωση του ηθικού</p>	<p>Εφαρμογή μάσκας Venturi 28% 4 lit/min Τοποθετήθηκε ο άρρωστος σε αναπνευστική θέση Διατηρήθηκε το περιβάλλον ήρεμο με περιορισμό των επισκεπτών</p>	<p>Τις επόμενες ώρες βελτιώθηκε η χροιά του δέρματος</p>

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΒΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΘΕΝΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
δύσπνοια λόγω οξείας ασθματικής έκτασης	- Καταστολή της δύσπνοιας άμεσα	Μέτρηση και καταγραφή του αριθμού των αναπνοών και των σφύξεων /min Τοποθέτηση αρρώστου σε ανάρροπη θέση Χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση αναπνευστικής δυσχέρειας	Έγινε λήψη σφυγμών και σημειώθηκαν στο θερμομετρικό διάγραμμα Τοποθετήθηκε ο άρρωστος σε ανάρροπη θέση Χορήγηση Solumedrol 1X1 και Aerolin Solution (0,5 CC αραιωμένο σε 3CC φυσιολογικό ορό)	Τα επόμενα λεπτά υποχώρησε η δύσπνοια

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>φυδάτωση λόγω εφιδρώσεων, οβολής εκκρίσεων,ταχύπνοιας (40 απνοές/min) από την ασθματική κρίση</p>	<p>- Ενυδάτωση ασθενούς</p>	<p>Πρόσληψη υγρών per os ή ενδοφλέβια Ελέγχουμε την ποσότητα και την ποιότητα των εκκρίσεων Παρακολουθούμε τα ζωτικά σημεία</p>	<p>Τέθηκε φλεβοκαθητήρας για την ενδοφλέβια έγχυση N/S 0,9% 1000ml - Εξηγούμε στον ασθενή να αποβάλλει τις εκκρίσεις Λαμβάνουμε συχνά τα ζωτικά σημεία για τον έλεγχο της ταχύπνοιας</p>	<p>Η ασθενής έδειξε σημείαενυδάτωσης και περιορίστηκε η ταχύπνοια 28 αναπνοές/min</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι γεγονός ότι το βρογχικό άσθμα οφείλεται τόσο στην κληρονομική προδιάθεση όσο και σε μια σειρά προαναφερθέντων παραγόντων οι οποίοι προκαλούν ασθματικές κρίσεις και οξεία ασθματικά επεισόδια που μπορεί να αποβούν θανατηφόρα. Γι' αυτό επιβάλλεται να προγραμματισθεί η τακτική παρακολούθηση με κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο.

Αρωγός στην όλη διαδικασία είναι ο νοσηλευτής ο οποίος με την εμπειρία του παρεμβαίνει στις ασθματικές κρίσεις. Η βοήθεια του είναι σημαντική αφού κατορθώνει να αντεπεξέλθει στις δύσκολες αυτές καταστάσεις. Έχει την ικανότητα να συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου ως εξής:

1. Ενημέρωση του ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος για τη νόσο. Η ενημέρωση αυτή αποσκοπεί στην κατανόηση των χαρακτηριστικών της νόσου και των συμπτωμάτων. Ακόμα ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τα φάρμακα και την εφ' όρου ζωής φαρμακευτική αγωγή.
2. Ενημέρωση του ασθενούς για την ορθή χρήση των φαρμάκων και των συσκευών. Ο ασθενής ενημερώνεται για τον κίνδυνο σε περίπτωση υπερδοσολογίας και σε περίπτωση μη τακτικής λήψης των φαρμάκων. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγονται οι παρενέργειες.
3. Ενημέρωση για αποφυγή αλλεργιογόνων υλικών και παραγόντων που επισπεύδουν μία κρίση.
4. Πρόληψη υποτροπών αναπνευστικών φλεγμονών με τακτική επίσκεψη στο γιατρό.
5. Ελαχιστοποίηση των παραγόντων που δρουν έμμεσα για την πρόκληση κρίσης όπως ψυχικό στρες, φυσική καταπόνηση, απότομες καιρικές μεταβολές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ -ΚΡΕΠΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ.«Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα-μία ολιστική προσέγγιση »,εκδόσεις Ελλην,Αθήνα σελ.119-133
- 2.HOWARTH P.H.,DURHAM S.R.,LEE T.H.,KAY A.B.,CHURCH M.K.,HOLGATE S.T.: influence of albuterol, cromolyn sodium and ipratropium bromide on the airway and circulating mediator responses to allergen bronchial provocation in asthma,Am.rev.Respir.Dis,1985;132:p 986-992
- 3.DE MONCHY J.G.R.,KAUFFMAN H.F.,VENGE P.,KOETER G.JANSEN H.M.,SLUITER J.H.,DE VRIES K.:Bronchoalveolar eosinophilia during allergen-induced late asthmatic reaction,Am.Rev.Respir.Dis, 1985; 131 :p 373-376
- 4.MORLEY J., SANJAR S., PAGE.P.C.;The platelet in asthma Lancet, 1984; 2: p 1142-1143
- 5.THE MERCK MANUAL, 17th edition, 1999, p. 556-557
6. ΓΡΗΓΟΡΕΑΣ ΧΡ., Άσθμα και εκπαίδευση, εκδόσεις Glaxowellcome, Αθήνα, 1994, σελ. 19-45.
7. ΓΡΗΓΟΡΕΑΣ ΧΡ., Άσθμα και εκπαίδευση, εκδόσεις Glaxowellcome, Αθήνα 1994, σελ. 19-45.
8. MORRIS M.J.: Asthma - expiratory dyspnoea.Br.Med. J. 1981; 283: p 838.
- 9.TURNER-WARWICK M, OPENSHAW P. :Sputum and asthma. Postg rad MedJ. 1987; 63: (suppl.1) p 79.
10. ELLUL-MICALLEF R.: Effect of terbutaline sulfate in chronic " allergic" cough. Br. Med.J.,1983; 287:p.940
11. ΠΟΛΥΖΩΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ, ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ Β., Κλινική Πνευμονολογία, τόμος Β, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1993, σελ.881,
12. ΤΣΑΝΑΚΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ν., Το άσθμα στα παιδιά, εκδόσεις Glaxo AEBE, Θεσσαλονίκη, 1992, σελ. 10-12.
- 13.ΓΡΗΓΟΡΕΑΣ ΧΡ.,Άσθμα και εκπαίδευση, εκδόσεις Glaxowellcome, Αθήνα, 1994, σελ.57-73.
14. BENYON H.L.C., GARBETT N.D. and BARNES P.J. : Severe premenstrual exacerbations of asthma : effect of intramuscular progesterone. Lancet, 1988; 370: p 397.
15. CHUNG K.F. and BARNES P.J.: Prescribing in pregnancy. Treatment of asthma. Br.Med.J.,1987;294:p103.
16. SCHATZ M.: Asthma and pregnancy. IN DAWSON A.,SIMON R.A.:The practical management in asthma. Orlando, Grune and Stratton Inc, 1984, p. 195.
17. ASTHMA GNOSIS, εκδόσεις Ιατρικό Τμήμα GLAXO AEBE, Αθήνα, Σεπτέμβρης 1994, σελ. 5.
18. CLARK T.J., Πνεύμων, Τόμος Ι, τεύχος 3, τρίμηνη ιατρική έκδοση, εκδόσεις Ελληνική Πνευμονολογική Βρογχολογική Εταιρεία, Αθήνα, Ιανουάριος 1988, σελ.22.
19. EDITORIAL., Fatal Asthma., Lancet, 1979; ii: 337-338.
20. TSANAKAS J.N. : Use of peak expiratory flow rates in treating patients, AJDC 1986; 140: p 738.
21. ΤΣΑΝΑΚΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ν., Το βρογχικό άσθμα στα παιδιά, εκδόσεις GLAXO AEBE, Θεσσαλονίκη 1992, σελ.133.
22. SNALL R.P., LANDAU L.I.: Protective effects of repeated short sprints in exercise-induced asthma, Thorax 1980; 35: p 828-832.
23. ΤΣΑΝΑΚΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ν., Το βρογχικό άσθμα στα παιδιά, εκδόσεις GLAXO AEBE, Θεσσαλονίκη 1992, σελ. 135.
24. ΑΘΑΝΑΤΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ Κ, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Αθήνα 1995, σελ 169-175.
25. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.,Νοσηλευτική Παθολογική και Χειρουργική, τόμος Β, Αθήνα 1989, σελ. 194-197.