
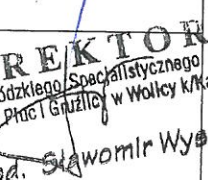
	Opieka nad pacjentem.	OP 2.7	
		strona	1 z 5
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
STAN ASTMATYCZNY.			

	Stanowisko:	Imię i nazwisko:	Data:	Podpis:
Opracował:	Kierownik Oddziału	Daniel Otmianowski	31.12.2018	 Daniel Otmianowski lek.
Zatwierdził:	Dyrektor Szpitala	Sławomir Wysocki	31.12.2018	 DYREKTOR Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego ZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolcy k/Kalt lek. med. Sławomir Wysocki

Postępująca dysfunkcja układu oddechowego w przebiegu astmy oskrzelowej, która nie odpowiada na zastosowanie konwencjonalne leczenie, może prowadzić do niewydolności oddechowej, a w konsekwencji do zgonu. Za konwencjonalne leczenie uważa się podanie leków betasympatykomimetycznych o krótkim czasie działania, kortykosteroidów i teofiliny.


- Czynniki wywołujące:
 - Zakażenie układ oddechowego szczególnie przez wirusy.
 - Alergeny.
 - Kontakt z czynnikiem drażniącym drogi oddechowe.
 - Zmiana klimatu (temperatura, wilgotność powietrza).
 - Substancje zawarte w żywności.
 - Stosowane leki np. aspiryna, NLPZ.
 - Sytuacje stresowe.

	Opieka nad pacjentem.	OP 2.7	
		strona	2 z 5
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
STAN ASTMATYCZNY.			


- Kryteria oceny stopnia ciężkości zaostrzenia.

Parametr	Kryteria oceny stopnia ciężkości zaostrzenia			
	lekkie	umiarkowane	ciężkie	zagrożające życiu
duszność	przy chodzeniu	przy mówieniu	w spoczynku	
	chory może się położyć	chory najczęściej siedzi	chory przygarbiony, podparty na rękach	
mowa	całymi zdaniami	fragmentami zdań	pojedynczymi słowami	
świadomość	może być pobudzony	zwykle pobudzony	zwykle pobudzony	senny lub splątany
częstość oddechów	zwiększona	zwiększona	zwykle >30/min	
praca mięśni dodatkowych	zwykle nie stwierdza się	zwykle obecna	zwykle obecna	paradoksalne ruchy oddechowe
świsty	umiarkowane	głośnie	zwykle głośnie	nieobecne
tętno	<100/min	100–120/min	>120/min	może być bradykardia
PaO ₂ i ew. PaCO ₂	nie oznacza się	>60 mm Hg <45 mm Hg	<60 mm Hg >45 mm Hg	
SaO ₂	>95%	90–95%	<90%	
PEF ^a	>80%	60–80%	<60% (<100 l/min) lub poprawa utrzymuje się <2 h	

^a po wstępnej dawce leku rozkurczającego oskrzela (odsetek wartości maksymalnej lub należytnej)

	Opieka nad pacjentem.	OP 2.7	
		strona	3 z 5
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
STAN ASTMATYCZNY.			

- Podstawowe objawy:
 - Duszność spoczynkowa z narastającym uczuciem zmęczenia.
 - Orthopnoe.
 - Widoczna praca dodatkowych mięśni oddechowych.
 - Pobudzenie lub splątanie, zaburzenia świadomości.
 - Tachypnoe.
 - Świsty nad polami płucnymi „cisza nad polami płucnymi”.
 - Utrudniona wymowa.
 - Kaszel-początkowo suchy później z gęstą, śluzową wydzieliną.
 - Tachykardia.
 - Hipotonia.
 - Zaburzenia rytmu serca.
 - Tachykardia w końcowej fazie stanu astmatycznego.
 - Obniżenie PEF do 50% normy lub o 50% od najlepszego wyniku chorego.
 - W gazometrii początkowa faza: hipokapnia <35mm Hg i hipoksemia <60mm Hg w dalszej fazie hiperkapnia >45mm Hg oraz nasilająca się hipoksemia <60 mm Hg.
 - Saturacja w ciężkim stanie nawet > 91%.

	Opieka nad pacjentem.	OP 2.7	
		strona	4 z 5
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
STAN ASTMATYCZNY.			

- Leczenie:

- Tlenoterapia, aby zapewnić SpO₂ 94-98%.
- Podstawowy lek: SALBUTAMOL 5mg w nebulizacji. Konieczne może być powtarzanie dawek co 15-20 minut lub ciągła nebulizacja.
- Wczesne podaj kortykosteroidów 30-40 mg prednizolon po.lub hydrocortyzon iv 100mg co 6 godz..
- Leki antycholinergiczne w nebulizacji, np. IPRATROPIUM 0,5 mg co 4-6 godz.
- Siarczan magnezu (2g = 8 mmol powoli dożylnie), lub siarczan magnezu (250 mmol/l) w nebulizacji (2,5-5 ml).
- U pacjenta z astmą niereagującą na nebulizację, lub gdy nie jest ona możliwa np. u pacjentów wentylowanych maską z workiem samorozprężalnym rozważ podanie salbutamolu 250mcg powoli. W razie konieczności wlew ciągły 3-20 mcg/min.
- Aminofilina – rozważ tylko w ciężkiej i zagrażającej życiu astmie. Dawka wysycająca 5mg/kg w ciągu 20-30 min., a następnie wlew 500-700 mcg/kg/godz. Aby uniknąć działania toksycznego stężenia aminofiliny w osoczu krwi nie powinno przekraczać 20 mcg/ml.
- Pacjenci często mają objawy odwodnienia i hipowolemii – płynoterapia dożylna.
- Leki batasympatykomimetyczne i steroidy mogą powodować hipokaliamię – podaż płynu wieloelektrolitowego.
- W przypadku NZK – podejmij BLS / ALS.
- Zalecana podczas RKO częstość wentylacji 10/min oraz objętość oddechowa wymagana do prawidłowego unoszenia klatki piersiowej nie powinny spowodować hiperinflacji płuc (tzw. Pułapki powietrznej).



Opieka nad pacjentem.

OP 2.7

strona

5 z 5

edycja

01

data wydania

31.12.2018

STAN ASTMATYCZNY.

