

Astım Yönetiminin Esasları

Principles of Asthma Management

Veysel Yılmaz

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Astım hastalığının yönetimi, astımı kontrol altına almak için şarttır. Yönetim, hasta-hekim işbirliğine dayanır. Hasta eğitimi, yönetimin vazgeçilmez unsurudur. Eğitim, işbirliğini oluşturmaya ve hastanın yönetimde aktif rol oynamasına hizmet eder. Hastanın risk faktörlerini tanımasına, inhalasyon tekniklerini öğrenmesine ve hastalığı kontrol etme konusunda özgüven kazanmasına yardımcı olur. Kişisel eylem planı ile hastanın kendi kendini takibi, yönetimin esasını oluşturur.

Anahtar sözcükler: yönetim, hasta eğitimi, kişisel eylem planı

ABSTRACT

Asthma management is essential in the control of the disease. Doctor/patient cooperation as well as patient education constitute the base for asthma management. Education plays a crucial role for the patient in establishing the cooperation and in taking an active role in management. Through the means of the education the patient familiarizes himself/herself with the risk factors, learns inhalation techniques and gains self-confidence in asthma management. Personal action plan, providing self-monitoring/self-management abilities to the patient, is the center of the asthma management

Keywords: management, patient education, written action plan

Astım bireyler, aileler ve toplum üzerinde önemli etkileri olan bir hastalıktır. Astım bireysel olduğu kadar, neden olduğu toplumsal ve ekonomik yük bakımından da sosyal bir sorundur.^[1,2,3] Astımda tam iyileşme olmamakla birlikte, eldeki mevcut ilaçlar ve hasta-hekim işbirliğini kapsayan uygun bir yönetim ile, hastalığın kontrol altına alınması mümkündür.^[1,4] Hasta-hekim işbirliğinin geliştirilmesi, hastanın hastalığını kontrol etmede aktif rol üstlenmesi, hastanın kendi kendini takibi ve belli periyotlarla izlenmesi, astım yönetiminin esasını oluşturmaktadır.^[4,5,6]

Astım hastaları, pek çok çevresel tetikleyiciden olumsuz yönde etkilendiklerinden, günlük yaşamdan meslek seçimine kadar yaşamın her alanını düzenlemek durumundadırlar.

Astım yönetiminin hedefleri;^[1]

- Semptomları kontrol altına almak
- Akciğer fonksiyonlarını normal veya normale yakın düzeylere getirmek
- Egzersiz dahil, günlük aktiviteleri normal olarak sürdürmek
- Astım alevlenmelerini önlemek
- İlaç yan etkilerini önlemek
- Astım mortalitesini azaltmak

Klinik çalışmalar, hava yollarında oluşan inflamasyonun baskılanabileceğini, bronkoobstrüksiyonun düzeltilabileceğini ve bu sayede astım semptomlarının kontrol altına

na alınabileceğini göstermektedir. Dahası, hava yollarını duyarlaştırıcı risk faktörlerinin olabildiğince erkenden ortadan kaldırılması, bir yandan astım kontrolünü sağlamaya yardım ederken, öte yandan ilaç ihtiyacını da azaltabilmektedir.^[1,4]

Astım yönetimi, birbiriyle ilişkili beş bileşenden oluşmaktadır.

Astım yönetiminin bileşenleri;^[1]

- Hasta-hekim işbirliğinin geliştirilmesi ve hasta eğitimi
- Risk faktörlerinden kaçınma
- Astımın değerlendirilmesi ve tedavi
- Akut alevlenmelerin yönetimi
- Özel durumlar

HASTA-HEKİM İŞBİRLİĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Astımın etkin bir şekilde yönetilmesi, hasta (hasta çocuk ise ebeveynleri) ile hekim arasında geliştirilecek olan işbirliğine dayanır.^[1,5] Bu işbirliği, adeta bir arkadaşlık ilişkisi şeklinde olmalıdır. İşbirliğinin amacı, astımlı hastaya hastalığının yönetiminde etkin rol üstlenmesi için bilgi, güven ve beceri kazandırmaktır. Hastaya cana yakın davranılması ile onunla etkileşimli diyaloga girme, cesaretlendirici ve övücü konuşma yapma, işbirliğini güçlendiren faktörlerdir. Hastanın rahatlatılıp kaygılarının giderilmesi, anlayabileceği dü-

Alındığı tarih: 4 Eylül 2008; **Revizyon sonrası alınma:** 11 Ekim 2008; **Kabul tarihi:** 2 Şubat 2009

Yazışma adresi (Address for correspondence): Doç. Dr. Veysel Yılmaz, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Tel: 0 (212) 664 17 00/1189; E-posta: veyselyilmaz@superonline.com

© 2009 Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD)

Solunum 2009;11(1):26-31

Solunum Dergisi'ne www.solunum.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

zeyde bilgi verilmesi, tedavi hedeflerini birlikte belirlemesinin sağlanması ve geri bildirimde bulunmak, bu arkadaşlık ilişkisinin kurulması ile sürdürülmesinde son derecede önemlidir. Bu işbirliği, tedavi hedeflerini belirlemeyi, kendi kendini yönetmek için kişisel eylem planını geliştirmeyi ve bu planı yazılı hale getirmeyi sağlar. Hastanın periyodik kontrollere gelmesi, tedavide kullanılan ilaçların gözden geçirilmesini ve astım kontrol düzeyini birlikte değerlendirmeyi mümkün kılar. Hasta-hekim işbirliğine dayalı yönetimin, astıma bağlı mortalite ile morbiditeyi, alevlenmeleri, acil başvuruları ve programlanmamış hasta vizitlerini azalttığı gösterilmiştir.[1,6,7,8]

Astımda **kendi kendini yönetme**'ye yönelik hasta-hekim işbirliğinin esasları;

- Hasta eğitimi
- Hedeflerin belirlenmesi
- Astım semptomlarını tanıma ve astım kontrolü konusunda kendi kendini takip etmek
- Hekim tarafından astım kontrolünün, tedavisinin ve becerilerin düzenli olarak gözden geçirilmesi
- Yazılı eylem planı
- Uzun süreli astım ve alevlenmelerin tedavisinin kişisel eylem planı ile bütünleştirilmesi.

Hasta eğitimi

Hasta eğitimi, astımın tedavi ve kontrolünde vazgeçilmez bir unsurdur. Eğitim, astımlı birey çocuk ise ebeveynlere, erişkin ise doğrudan hastanın kendisine verilmelidir.[6,8] Hasta okulu şeklinde uygulanan grup eğitimlerinin de yararlı olduğu gösterilmiştir.[9] Bu tarz grup eğitimleri, hastaya 'yalnız değilim' ve 'hastalığımı kontrol edebilirim' düşüncesini vererek, özgüvenini artırmaya yardımcı olmaktadır. Öte yandan, tüm toplumun ve başta birinci basamak sağlık hizmeti yürüten hekimler olmak üzere, diğer branşlardan hekimlerin de eğitilmesi önemlidir.[10] Eğitimin amacı, hastalara hastalık hakkında detaylı bilgi vererek, bu bilgiler ışığında işbirliğinin geliştirilmesini sağlamak, hastayı hastalığı yönetmede etkin kılmak ve davranış değişikliği oluşturmaktır. Her hasta için bazı değişiklikler gösterse de, tüm hastalara çekirdek bilgi mutlaka verilmeli ve davranış değişikliği sağlanmalıdır. Psikolojik destek, pozitif davranış değişikliği oluşturmada faydalıdır.[11]

Hasta eğitimi, hasta uyumunu sağladığı gibi, hastalığın prognozunu olumlu yönde etkilemekte, solunum fonksiyonlarında düzelme ve yaşam kalitesinde artış da sağlamaktadır.[11]

Eğitim ve hasta-hekim işbirliği programı

Eğitim programının ana hatları şunlardır:

- İşbirliğinin geliştirilmesi üzerine odaklanma
- Eğitimin sürekliliğinin kabul edilmesi
- Bilgi paylaşımı
- Hastanın beklentilerinin ayrıntılı olarak tartışılması
- Hastanın kaygılarını ve meraklarını ifade etmesine fırsat tanınması

Aşağıdaki konularda bilgi sağlamak, eğitim vermek ve önerilerde bulunmak:

- Astım tanısının nasıl konacağı,
- Kullanacağı açıcı ve kontrol edici ilaçlar arasındaki farklar,
- İlaçların potansiyel yan etkileri,
- İnhaler ilaçları nasıl kullanacağı,
- Semptomların ve atakların önlenmesi,
- Astımın kötüleştiğini gösteren işaretler,
- Astım kontrolünün takibi,
- Hekimini ne zaman ve nasıl arayacağı.

İyi bir iletişim, hastanın iyi bir işbirliği yapması için esastır.

İyi bir iletişim için öneriler:[1]

- Rahatlatıcı davranış,
- Karşılıklı görüşmede sempatik tavır,
- Cesaretlendirici ve övücü sözler,
- Kaygıları gidermek,
- Tatmin edici bilgiler vermek,
- Ortak hedefler belirlemek,
- Geri bildirim ve gözden geçirme.

İlk muayene ve görüşme

- Hastanın beklentilerinin neler olduğu öğrenilmelidir. Özellikle, hastalığın kontrol edilebilir bir hastalık olduğu anlatılmalı, geleceği konusundaki kaygılarını giderici pozitif mesajlar verilmelidir.
- Hastalığın kontrol altına alınabilmesinde tek taraflı olarak hekimin çabasının yeterli olmayacağı, kendisinin de aktif bir rol üstlenmesi, hastalığın kontrol altına alınmasında ve devam ettirilmesinde hekimi ile sıkı bir işbirliği içinde olması gerektiği anlatılmalıdır.
- Hasta sorumluluğunun en az hekiminki kadar olduğu vurgulanmalıdır.
- Hastalığın tanısı ve tedavisi ile ilgili kısa bilgilendirme yapılmalıdır.
- Risk faktörleri ve kısaca korunma yöntemleri anlatılmalıdır.
- Hastaya önerilen inhalerin kullanma tekniği anlatılmalı, gösterilmeli ve mutlaka uygulama yaptırılmalıdır.[12]

Periyodik izleme ve gözden geçirme

Astım hastaları düzenli aralıklarla izlenmelidir. Her periyodik muayenede, hastanın varsa soruları tartışılır. Tedavi ile ilgili olarak herhangi bir problemin yaşanıp yaşanmadığı sorgulanır. Bir önceki muayenede kendisine verilen yazılı eylem planını ne derecede uygulayabildiği konuşulur. İnhaler cihazını doğru kullanıp kullanmadığı kontrol edilir. Çevresel maruziyetin azaltılması konusunda hastanın aldığı önlemler, yaşam tarzı ile ilgili yaptığı değişiklikler gözden geçirilir. Astım Kontrol Testinden günlük semptom skoru ve varsa PEF kayıtları gözden geçirilir. Sonuçlar ve hastalığın seyri ile ilgili olarak birlikte değerlendirmeler yapılır. Hasta uyumunu artırmak için hastayı ilaçlarını semptomsuz dönemde de alması ve semptomsuz olsa bile periyodik kontrollere gelmesinin önemi, cesaretlendirici ve teşvik edici konuşmalarla anlatılmalıdır.

Kişisel eylem planı

Kişisel eylem planı, astım hastasının semptomlardaki değişikliklere ya da astım kontrol düzeyindeki değişikliğe göre tedavisinde yapması gereken değişikliklerin yazılı olarak hastaya verilmesidir.[1,13,14] Kişisel eylem planı, astımlı hastaya, hastalığının kötüleşmeye doğru gidişini erkenden tanımaya, gerekli ilaç dozunu ayarlamasına ve atak geçirmesini önlemeye yardımcı olur.[15,16] Hastadan, bu plana göre zaman zaman kendi durumunu gözden geçirmesi istenir. Plan, hasta ve hekim tarafından birlikte oluşturulduğu ve hastaya özgü olarak hazırlandığı için, hasta uyumu konusunda da avantaj sağlar.

Kişisel eylem planı uygulaması:

- İş ve okuldan uzak kalınan süreleri kısaltır
- Hastane başvurularını azaltır
- Acil başvuruları azaltır
- Kurtarıcı ilaç kullanımını azaltır
- Gece uyanmaları azaltır
- Akciğer fonksiyonlarını düzeltir[1]

Kişisel eylem planı neleri kapsamalıdır?

- Kişisel eylem planı, yazılı formatta olmalıdır.
- Hastanın adı, soyadı, tarih, hekimin iletişim bilgileri, acil başvuru kişisi ve iletişim bilgilerini,
- Genel bilgilerden çok kişiye özgü bilgileri,
- Hastanın düzenli olarak kullanacağı günlük ilaç veya ilaçları,
- İhtiyaç halinde kullanılacak ilacı,
- Hastanın alevlenmeyi tanınmasına yardımcı olacak semptom bilgilerini,
- Alevlenme sırasında nasıl davranacağı ile ilgili bilgileri,
- Basamak çıkma ve basamak düşme ile ilgili bilgileri kapsamalıdır.

RİSK FAKTÖRLERİNDEN KAÇINMA

Astımın farmakolojik tedavisi, semptomları kontrol altına almada ve bireyin yaşam kalitesini artırmada oldukça etkilidir. Ancak, yoğun alerjen maruziyeti durumunda bireyin almakta olduğu ilaçlar yeterli koruma sağlayamayabilir. Bu durumda hasta, akut alevlenme geçirir. Sık geçirilen alevlenmeler ise, bronşlarda yeniden yapılanmaya ve bunun sonucu olarak da, geri dönüşümsüz hava akımı kısıtlanmasına neden olur. Bu grup hastalar, etkin farmakolojik tedaviye rağmen, genellikle günlük semptomlar yaşarlar ve yaşam kaliteleri bozulur. İşte bu nedenle, tetikleyicilerden kaçınma son derecede önemlidir.[1]

Astım alevlenmelerine yol açan tetikleyicilerin başlıcalarını alerjenler, viral enfeksiyonlar, ev içi ve dışı ortam kirliliği ile bazı ilaçlar oluşturur.[1]

Risk faktörlerine maruziyet ne kadar azaltılırsa, astımın kontrolü o derece kolaylaşır ve ilaç gereksinimi azalır.

Ev içi alerjenler

Günlük yaşamda en sık karşılaşılan ev içi alerjenleri ev tozu akarları, tüylü hayvanlar, hamam böcekleri ve küf mantarlarıdır. Ev içi alerjen yoğunluğunun azaltılmasının astım semptomlarını azalttığı konusunda farklı görüşler mevcuttur. Bu

nunla birlikte, atopik astımlı çocuklarla yapılan çalışmada alerjen maruziyetinin azaltılması ile astıma ilişkin morbiditenin azaltıldığı gösterilmiştir.[17]

Ev dışı alerjenler

Ev dışı alerjenlerin başlıcaları polenler ve küflerdir. Özellikle polen mevsiminde, ülkemizde nisan, mayıs ve haziran aylarında, hastalara, polenlerin havada yoğun olduğu, esintinin bulunduğu saatlerde dışarı çıkmamaları ve pencerelerini kapalı tutmaları önerilir.

Ev içi hava kirliliği

Ev içi hava kirliliğinin başlıca nedeni pasif veya aktif sigara içiciliğidir. Pasif sigara içimi astımlı çocuklarda semptomların sıklığını ve şiddetini artırmaktadır.[18]

Ev dışı hava kirliliği

Ev dışı hava kirliliğinin astım semptomlarını şiddetlendirdiği bilinmektedir. Hava kirliliğine neden olan ozon, nitrik oksitler, asidik aerosoller ve partiküllerin astım semptom ve alevlenmeleri artırdığı pek çok epidemiyolojik çalışma ile gösterilmiştir.[19] Astımlı hastaların, özellikle ağır astımı olanların soğuk havada, hava kirliliğinin yüksek olduğu zamanlarda dışarıda dolaşmamaları ve fizik aktiviteden kaçınmaları önerilir.

Mesleksi maruziyet

Mesleksi duyarılaştırıcılar, özellikle atopik kişilerde, astımın ortaya çıkmasına ya da uzun süreli maruziyette mesleksi astımın oluşmasına neden olmaktadır. Önlem olarak, mesleksi maruziyet azaltılabilir.

Besin ve katkı maddeleri

Besin alerjisi, astım alevlenmesinde yaygın bir etken olmasa da, katkı maddesi olarak kullanılan sülfatların astım alevlenmelerine yol açtığı bilinmektedir.[20] Astım hastaları, uzun süre dayanıklı olan besinleri tüketmemeleri konusunda uyarılmalıdırlar.

İlaçlar

Bilindiği gibi, aspirin, bazı antiinflamatuvar ilaçlar ve β -blokerler astım alevlenmesine yol açabilmektedir.[21] Bu ilaçların kullanılmaması konusunda hastalar mutlaka uyarılmalıdır.

ASTIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ, TEDAVİSİ VE İZLENMESİ

Astımda farmakolojik tedavi ile semptomların kontrolünü sağlamak mümkündür.[1] Bu amaçla, kontrole dayalı bir program belirlenir. Bu programın içeriği şunlardan oluşur:

- Astım kontrolünün değerlendirilmesi
- Kontrolü sağlamaya yönelik tedavi
- Kontrolün sürdürülmesi amacıyla izleme

Astım kontrolünün değerlendirilmesi

Her hasta astım kontrol düzeyi bakımından değerlendirilir. Günümüzde, astım kontrol düzeyini belirlemede kullanılan

Astım Kontrol Testi gibi bazı testler mevcuttur (TABLO I ve II). Buna göre, astımın kontrol altında olup olmadığı ya da kısmen kontrol altında olduğu belirlenir. Eğer hasta atak geçirmekte ise, atak tedavisi uygulanır.

GINA kılavuzu, 2006 tarihine kadar, hastaların Peak Flow metre ile trafik ışıkları sistemine göre hasta takibini önermekteydi.

2006 GINA kılavuzu ise, astım kontrolünün takibini, solunum fonksiyon testi değerleri ve değişkenlikleri yerine semptom skorlarına göre yapmayı önermektedir.[1] Astım kontrol düzeyleri ve tedavi basamakları TABLO I ve II'de görülmektedir.

Kontrolsüz durum parametreleri:

- İki'den fazla astım semptomunun varlığı
- Astım nedeniyle aktivitelerde kısıtlanma
- Astım nedeniyle gece uyanma
- İki'den fazla rahatlatıcı kullanma ihtiyacı
- PEF değerinde beklenenden daha fazla düşme

Bu sorulardan üçüne ya da daha fazlasına yanıt evet ise, astım kontrol altında değildir. İlaç dozu artırılmalı ya da başka bir ilaç eklenmelidir.

Kontrolü sağlamaya yönelik tedavi

Hastanın astım kontrol düzeyi belirlendikten sonra, kullandığı ilaçlar gözden geçirilir. Astım, hastanın kullandığı ilaçlarla kontrol edilemiyorsa, kontrol sağlanıncaya kadar tedavi basamağı artırılır. Kontrol durumunun üç ay sürmesi durumunda, kontrolü sağlayacak en düşük tedavi dozu ve basamağı belirlenir. Astımın kısmen kontrol altında olması durumunda ise, tedavi dozu ve kombinasyonu artırılır.[1,4]

Kontrol sağlamaya yönelik tedavi basamakları

Daha önce tedavi almamış ve atak dışı dönemde olan bir astımlı için ikinci basamak tedavisi uygulanabilir. İlk muayenede, eğer astımın ileri derecede kontrol dışı olduğu düşünülüyorsa, tedaviye üçüncü basamaktan başlanmalıdır. Her tedavi basamağında, semptomların hızlı gideril-

mesi için bir rahatlatıcı ilaç verilmelidir. Ancak, hastanın rahatlatıcı ilacı sık kullanması astımın kontrol altında olmadığını gösterir. İkinci basamaktan itibaren, her basamakta mutlaka bir veya daha fazla kontrol edici ilaç bulunmalıdır.[1,4]

Kontrolün sürdürülmesi amacıyla izleme

Astım kontrol altına alındığında, kontrolü sürdürmek, tedavinin uygun olan en alt basamağını ve en düşük tedavi dozunu belirlemek için sürekli izleme yapmak zorunludur. Astımın değişken bir hastalık olması nedeniyle, semptomlar her an kötüleşebilir ve hastalık kontrolsüz kalabilir. Bu nedenle, belirli aralıklarla tedavinin yeniden düzenlenmesi gerekir. Astım kontrolü hekim ve hasta tarafından, astım kontrol düzeyini belirleyen testlerle izlenmelidir. Hastalar, ilk ziyaretten bir ila üç ay sonra, daha sonraları ise her üç ayda bir değerlendirilmelidirler.[1]

Astım kontrol altına alındığında tedavide basamak azaltma

Astımda tedaviyi azaltmada en uygun zamanlama ve hangi ilacın ne dozda azaltılacağı konusu her hasta için farklılık gösterir. Bu nedenle, basamak düşme hastaya özel olmalıdır. Bununla birlikte GINA şu önerilerde bulunmaktadır:[1]

- İnhaler glukokortikosteroidler tek başına orta-yüksek dozda kullanıldığında, üçer aylık aralarla, dozda %50'lik azaltma yapılabilir.
- Tek başına düşük dozda inhaler glukokortikosteroid ile kontrol sağlandığında, günde tek doz uygulamasına geçilebilir.
- İnhaler glukokortikosteroid ve uzun etkili β -2 agonist kombinasyonu kullanan hastalarda, astım kontrol altına alındığında, inhaler glukokortikosteroid dozu %50 azaltılarak kombinasyon tedavisine devam edilir. Kontrolün sürdürülmesi durumunda ise, en düşük doza ulaşıncaya ve uzun etkili β -2 agonist kesilene kadar glukokortikosteroid dozunun azaltılmasına devam edilir. Alternatif olarak da, kombinasyon tedavisi, günde tek doz olarak uygulanabilir.



Tablo 1

ASTIM KONTROL DÜZEYLERİ GINA 2006

	Tam kontrol	Kısmi kontrol	Kontrolsüz
Günlük semptomlar	Yok (haftada 2 veya daha az)	Haftada 2'den fazla	Haftada kısmi kontrol parametrelerinden 3 veya daha fazlası
Aktivitelerin sınırlanması	Yok	Bazen	
Gece semptomlar/ uyanma	Yok	Bazen	
Açıcı ilaç kullanımı	Yok (haftada 2 veya daha az)	Haftada 2 veya daha çok	
Akciğer fonksiyonları (PEF veya FEV1)	Normal	<%80	
Alevlenme	Yok	Senede 1 veya daha çok	Haftada 1

Tablo 2

- Hastanın astımı, en düşük dozda kontrol edici ilaçla kontrol altında kalmaya devam ediyor ve bir yıl boyunca semptomlar tekrarlamıyor ise, kontrol sağlamaya yönelik tedavi kesilebilir.

Kontrol kaybedildiğinde basamak çıkmak

Hastanın semptomları yeniden ortaya çıktığında:

- Etkisi çabuk başlayan, kısa ya da uzun etkili β -2 agonist bronkodilatörler verilir.
- 1-2 gün içinde semptomlar kontrol altına alınamaz ise, kontrol edici ilaç dozu artırılır.
- Akut bir alevlenmede, yüksek doz β -2 agonist ve oral veya intravenöz yoldan sistemik glukokortikosteroid uygulanır.

AKUT ALEVLENMELERİN YÖNETİMİ

Astım alevlenmesi, semptomlarda ilerleyici artış tanımlar.^[1,4]

Alevlenmelerin çok sayıda nedeni arasında hasta uyumu da önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur.^[22] Alevlenmeler aynı zamanda, FEV1 veya PEF ile ölçülebilen hava akımı kısıtlanması ile karakterizedir. FEV1 ve PEF ölçümleri daha objektif parametreler olsa da, bazen semptomlardaki artış, bu değerlerin düşmesinden erken başlayabilir. Tersine, bazı hastalar semptomların artışını algılayamazlar ve semptomlarda belirgin değişiklik olmaksızın, akciğer fonksiyonlarında belirgin düşme oluşabilir. Bu durum, özellikle, “near-fatal” astım öyküsü olan bireyler için önemlidir.

Uygulanacak tedaviyi, akut alevlenmenin ciddiyeti belirler. Bu nedenle, PEF veya FEV1 ölçümü, nabız, solunum sayısı ve pulse oksimetre ile alevlenmenin derecesi belirlenir ve bu parametreler tedavi boyunca izlenir.

Hafif alevlenmeler birinci basamak sağlık merkezlerinde izlenebilir. Ancak, ciddi alevlenmeler hastane acil birimlerinde izlenmelidir. Alevlenmelerin tedavisinde amaç hızlı bir şekilde, bozulan parametrelerin normale döndürülmesidir. Bu amaçla hızlı etkili inhaler bronkodilatörler, sistemik kortikosteroidler ve nazal oksijenden yararlanır.

Astıma bağlı ölüm riski taşıyan hastaların yakın takibi ve erkenden yoğun bakım ünitesine sevk edilmeleri konusunda son derece dikkatli olunmalıdır.

ÖZEL DURUMLAR

Gebelik, cerrahi girişim, rinit, sinüzit, nazal polipler, meslek sel astım, solunum yolu enfeksiyonları, gastroözofageal reflü, aspirine bağlı astım ve anafaksi ile birlikte astımı olan bireylerin yönetiminde bazı önemli noktalar bulunmaktadır. Bu yazıda, bunlardan, önem ve sıklıklarına göre sadece birkaçı ele alınacaktır.

Gebelik

Gebelik sırasında hastaların üçte birinde astım semptomları kötüleşirken, üçte birinde pek az değişiklik olur, üçte birinde ise değişiklik oluşmaz.

Kısmen kontrol altında olan veya kontrol dışı olan astımlı gebelerde perinatal mortalitede artış, prematür doğumda artış ve düşük doğum tartısı bildirilmiştir. Bu nedenle, gebelerde astımın kontrol altında tutulması önemlidir.^[23] Teofilin, inhaler kortikosteroidler, β -2 agonistlerin ve montelukast'ın fetüs üzerine olumsuz etkileri gösterilememiştir. İnhaler kortikosteroidlerin gebelik sırasında astım alevlenmelerini engellediği gösterilmiştir. Akut alevlenmeler sırasında, fetüsün oksijensiz kalmasını önlemek için, nebül formda hızlı etkili β -2 agonistler ve nazal oksijen verilmelidir. Gerekliğinde sistemik glukokortikosteroidler verilebilir.^[24]

Cerrahi

Hava yolu aşırı duyarlılığı, hava akımı sınırlanması ve aşırı mukus oluşumu, astımlı hastalarda peroperatif veya postoperatif solunumsal komplikasyonlara zemin hazırlar. Bu komplikasyonların ortaya çıkma olasılığı cerrahinin uygulandığı sıradaki astımın ağırlık derecesi, cerrahinin türü (toraks ve üst abdominal cerrahide risk daha yüksek), anestezinin tipine (genel anestezide risk yüksek) bağlıdır.^[25] Ameliyat öncesi solunum fonksiyon testleri mutlaka yapılmalıdır. Değerlendirmenin, tedaviye olanak verecek süre sağlanacak kadar önce yapılması daha doğrudur. FEV1 < %80 olan hastalara oral glukokortikosteroidler verilebilir.

Rinit, Sinüzit ve Nazal Polipler

Alerjik rinit ve astım, üst ve alt hava yollarını etkileyen inflamatuvar hastalıklardır. Alerjik rinit bir yandan astım semptomlarının kötüleşmesine yol açarken, öte yandan da, hospitalizasyon riskini artırmaktadır. Astımlı hastaların büyük çoğunluğunda rinit öyküsü mevcuttur. Öte yandan, rinitli hastaların %30'unda astım gelişmektedir.^[26] Ülkemizde alerjik rinit prevalansı %12.7 ile %28 arasında bildirilmiştir.^[27] Rinit tedavisinin astım semptomlarını azalttığı da bildirilmiştir.^[28]

Benzer şekilde sinüzit ve nazal polipler de astım semptomlarını kötüleştirir.

Nazal polipli hastaların %29-70'inde astım bulunmaktadır.^[26]

KAYNAKLAR

1. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *Eur Respir J* 2008; 31:143-178.
2. Beasley R. The global burden of asthma report. Global Initiative for Asthma(GINA) 2004.
3. Yılmaz A, Erkan F. Astımda maliyet-etkinlik analizleri. *Toraks Dergisi* 2002;3:70-74
4. Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;170:836-844.
5. Clark NM, Gong M, Schork MA, et al. Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. *Eur Respir J* 2000;16:15-21.
6. Gibson PG, Powell H, Coughlan J. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2.
7. Diette GB, Rand C. The contributing role of health-care communication to health disparities for minority patients with asthma. *Chest* 2007;132:802S-809S.
8. Cabana MD, Slish KK, Evans D, et al. Impact of physician

- asthma care education on patient outcomes. *Pediatrics* 2006;117:2149-2157.
9. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Yüksel EG. Astımlı hastanın eğitimi; halk astım okulu deneyimi. *Tüberk Toraks* 2000;48:187-195.
 10. Özkurt S, Fişekçi F, Altın R. Hekimlerin astma konusunda bilgi ve yaklaşımları. *Solunum Dergisi* 2000;2:12-16.
 11. Oğuzülgen K, Türkteş H. Bronşiyal astımda hasta eğitiminin hastalığın prognozu, solunum fonksiyonları ve yaşam kalitesine etkisi. *Tüberk Toraks* 2001;49:421-430.
 12. Ceylan E, Akkoçlu A, Ergör G. Astımlı hastaların inhaler kullanımı ve cihaz tercihleri: Doğru uygulama için eğitimin rolü. *Solunum Dergisi* 2008;10:40-47.
 13. Partridge MR. Patient-centred asthma education in the emergency department: the case in favour. *Eur Respir J* 2008; 31:920-921.
 14. Pinnock H, Shah R. Asthma. *BMJ* 2007;334:847-850.
 15. Gibson PG, Powell H. Written action plans for asthma: an evidence-based review of the key components. *Thorax* 2004;59:94-99.
 16. Patridge MR, Hill SR. Enhancing care for people with asthma: the role of communication, education, training and self management. *Eur Respir J* 2000;16:333-348.
 17. Morgan WJ, Crain EF, Gruchalla RS, et al. Results of a home-based environmental intervention among urban children with asthma. *N Engl J Med* 2004;351:1068-1080.
 18. Weitzman M, Gortmaker S, Walker DK, Sobol A. Maternal smoking and childhood asthma. *Pediatrics* 1990;85:505-511.
 19. Nevson R, Strachan D, Archibald E. Acute asthma epidemics, weather and pollen in England, 1987-94. *Eur Respir J* 1998;11:694-701.
 20. Taylor SL, Bush RK, Selner JC, et al. Sensitivity to sulfited foods among sulfite-sensitive subjects with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1988;81:1159-1167.
 21. Covar RA, Macomber BA, Szefer SJ. Medications as asthma triggers. *Immunol Allergy Clin North Am* 2005;25:169-190.
 22. Atış S, Kaplan ES, Özge C. Astım ataklarında ağırlığı belirleyici risk faktörleri. *Tüberk Toraks* 2008;56:187-196.
 23. Schatz M. Interrelationships between asthma and pregnancy: a literature review. *J Allergy Clin Immunol* 1999;103:S330-S336.
 24. NAEPP expert panel report. Managing asthma during pregnancy: recommendations for pharmacologic treatment. 2004 update. *J Allergy Clin Immunol* 2005;115:34-46.
 25. Kingston HG, Hirshman CA. Perioperative management of the patient with asthma. *Anesth Analg* 1984;63:844-855.
 26. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines 2007.
 27. Şakar A, Yorgancıoğlu A, Dinç G. Manisa ilinde astım ve allerjik semptom prevalansı. *Toraks Dergisi* 2005;6(3): 202-209.
 28. Pauwels R. Influence of treatment on the nose and/or lungs. *Clin Exp Allergy* 1998;28(S2):37-38.