

Olgu Sunumu

# Acil Serviste Ciddi Astım Atağı: Olgu Sunumu

Aysel Sünnetçioğlu\*, Sevdegül Karadaş\*\*, Şeyma Yenil\*\*\*

## Özet

Astım atakları akut başlayan ve acil müdahaleyi gerektiren solunum sistemine ait sorunlar içinde klinikte en sık karşılaşılan gruptur. Astım sıklıkla çocuklarda ve genç erişkinlerde görülen, akut alevlenmelerle seyreden kronik bir hastalıktır. Akut astım ataklarının tedavisinde ilk basamak, atağın şiddetini değerlendirmek ve hastanın solunum yetmezliği riskini ortaya koymaktır. Solunum yetmezliği riski çok nadir karşılaşılan bir durum olmasına rağmen, bazı yazarlara göre klinik değerlendirmeye bile yetmeyecek kadar kısıtlı zaman içinde hızlı davranılması gerekmektedir. Burada analjezik kullanımı sonrası akut astım atağı ile acil servise gelen, hızlı ve yoğun tedavi sonrası mekanik ventilasyon ihtiyacı kalmayan tedaviye hızlı cevap veren bir olgu sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** Ciddi astma, analjezik, ciddi astım atağında erken teşhis ve tedavi

Bronş astmalı hastada nefes darlığı, öksürük, hırıltılı solunum, solunum güclüğü ya da göğüste tıkanıklık gibi semptomların ortaya çıkması veya bu semptomların giderek artması ve semptomlara paralel olarak solunum fonksiyonlarında bozulmaların oluşmasına "akut astma atağı" denir.

Astma atakları herhangi bir zamanda ve herhangi bir yerde görülebilir. Bazı hastalarda tetik çeken etkenlerle karşılaşma sonucu dakikalarla saatler içinde ilerleyen havayolu obstrüksiyonunda ani ve beklenmedik artışlarla akut atak gelişebilir. Bu tip astma atağında, atağı başlatan nedenlerin belirlenmesi özellikle önemlidir ve genellikle de farklı etkenlerdir. Örneğin aspirin gibi nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, beta blokerler, gıdalar, gıda katkı maddeleri, allerjen enjeksiyonları, böcek ısırma ve sokmaları gibi etkenleri içerebilir (1,2). Erişkin astımlıların ortalama %10-20'si aspirin veya analjezik intoleransı olan kişilerdir. Bu hastaların genelde %70'i hafif klinik tabloda

iken, kalan kısmında ciddi sorunlarla karşılaşılabilir. Yani astma eşlik eden analjezik intoleransı hastalığın ağırlık derecesini artırmaktadır. Bu açıdan bakıldığında analjezik intoleransı olan astımlılar, tüm astımlılar içinde riskli bir grup olarak kabul edilebilir.

Burada analjezik kullanımı sonrası akut astım atağı ile acil servise gelen, hızlı ve yoğun tedavi sonrası solunum yetmezliği bulguları ortadan kaybolan, mekanik ventilasyon ihtiyacı kalmayan bir olgu sunuldu.

## Olgu Sunumu

Yirmi yedi yaşında bayan hasta, nefes darlığı, baygınlık hissi şikayeti ile acil servise getirildi. Başvuruda kan basıncı 110/60 mmHg, nabız 130/dk, solunum sayısı 20/dk ve SO<sub>2</sub>:40 idi. EKG'de sinüs taşikardisi saptandı. Bilinci konfüze idi. Fiziki bakıda, siyanoze, bronkospazm mevcut olup, akciğer oskültasyonunda bilateral yaygın ronküs vardı. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Hastaya hemen damar yolu açıldı, 3-4 lit/dak dan O<sub>2</sub>, inhaler bronkodilatör (5mg salbutamol +0.5mg budesonid) tedavi ve sistemik steroid (Tek doz 2mg/kg metilprednizolon) tedavisi uygulandı. Eş zamanlı tetkikler planlandı. Anamnezde olgunun özgeçmişinde astım hastası olduğu ve başağrısı nedeniyle majezik® tablet aldığı, yaklaşık 30 dakika (dk) sonra nefes darlığı, baygınlık hissi şikayetlerinin başladığı ve giderek arttığı öğrenildi. Olgunun ilaç alımı dışında, yiyecek ve toksin ajana maruziyeti yoktu. Arteriyel kan gazı analizinde (AKG) Ph:6.91, karbondioksit parsiyel basıncı (PaCO<sub>2</sub>):143mmHg, oksijen saturasyonu (SaO<sub>2</sub>): %65 olarak bulundu. 15

\*Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, Van, Türkiye

\*\*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Acil Tıp AD, Van, Türkiye

\*\*\*Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Servisi, İstanbul, Türkiye

**Yazışma Adresi:** Dr. Sevdegül Karadaş

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Acil Tıp AD, 65080, Van, Türkiye

Tel: +90 5349870331

Fax-tel: +90 432 216 75 19

E-mail: sevdegulkaradas@yahoo.com.tr

Makalenin Geliş Tarihi: 11.03.2013

Makalenin Kabul Tarihi: 20.03.2013

1 dakika sonra AKG incelemesinde Ph:7.30, PaCO<sub>2</sub>:45mmHg, SaO<sub>2</sub>: %93 idi. Diğer laboratuvar incelemeleri doğaldı.

Tedavisi devam ederken kısa süre sonra olgunun genel durumu düzeldi, şuuru açıldı, oryante- koopere idi. Olguya 20 dakika ara ile 3 kez inhaler bronkodilatator tedavisi uygulamaya devam edildi. Genel durumu ve kan gazı parametreleri düzelen olgu göğüs hastalıkları servisine tedavi ve takip amaçlı yatırıldı. Takibinin 3. gününde şifa ile taburcu edildi.

### Tartışma

Astım tanılı tüm hastalarda atak gelişme riski olduğu gibi astım atağını başlatan faktör ve atağın şiddeti değişken olabilir. Astım atağı bazen yavaş seyirli ve günler içerisinde oluşurken, bazen ani ve şiddetli başlangıç gösterebilir. Ani ortaya çıkan ataklardan çoğunlukla viral infeksiyon veya allerjen gibi bir tetikleyiciyle temas sorumlu iken, düzenli kullanılan antiinflamatuvar tedavinin yetersiz kaldığı durumlar, çoğunlukla yavaş ilerleyen ataklardan sorumlu tutulur (3).

Astımda düz kasların kasılması, mukus ve ödem hava yolları direncinde reversibl bir artışa neden olarak zorlu ekspirasyon hacimleri ve akım hızlarında azalmaya neden olur. Aynı zamanda artmış olan hava yolu direnci hava yollarının erken kapanmasına, bu yolla hava hapislerine, akciğerlerin hiperinflamasyonuna ve kompliansta bozulmalara yol açar (4). Akut astımlı hastalarda durumun ciddiyetini belirlemede, arteriyel kan gazları ölçümleri önerilmektedir (5).

Astım atağındaki hastaların çoğunda çeşitli derecelerde hipoksi görülürken çok şiddetli ataklar dışında genellikle hipokapni görülmektedir. Yüz bir astım atağının incelendiği bir çalışmada bu atakların 91 (%90)'inde çeşitli derecelerde hipoksi, 73 (%72.3)'ünde hipokapni saptanırken şiddetli bronş obstrüksiyonunun olduğu olgularda ise hiperkapni görüldüğü bildirilmiştir (6). Artan alveolar hipoventilasyon ve/veya fizyolojik ölü boşluktaki artıştan dolayı PaCO<sub>2</sub> artar, hiperkapni ve respiratuvar asidoz gelişir (7). Sunulan olguda da ciddi hipoksi ve hiperkapni vardı.

Shah ve ark. (8)'ları, status astmatikuslu serilerinde, arteriyel kan gazı (AKG) örneklerini 3 gün boyunca izlemişler, sonuçta buldukları AKG değerlerini status astmatikusun klinik şiddeti ile karşılaştırdıklarında ağır gruba ait ortalama PaO<sub>2</sub> ve pH değerlerini orta ve hafif gruplara ait değerlere göre anlamlı olarak düşük bulmuşlar, hiperkapninin eşlik ettiği hastaların ise daima ağır gruptaki hastalar olduğunu bildirmişlerdir. Raimondi ve ark. (9)'larının 185

akut astımlı hastayı kapsayan çalışmasında, hiperkapnik hastaların yatış esnasında daha şiddetli klinik kriterlere sahip olduğunu rapor ettiler. Sunulan olguda da hiperkapni ve hipoksi mevcuttu.

Astım alevlenmeleri hafif, orta, şiddetli veya yaşamı tehdit edici olarak sınıflandırılabilir. Ataklar, ölümlü sonuçlanan solunum yetmezliğine kadar değişebilir. Bu nedenle atak tedavisinde en önemli nokta hastaya, uygun tedavinin en kısa sürede başlanmasıdır. Astımda ölümcül olabilecek atakların çoğunun önlenilebilir olduğu unutulmamalıdır (10).

Sonuç olarak, astım atağı sık görülen acil bir klinik tablodur. Astım atağında önce atağın ciddiyetini doğru değerlendirmek ve ciddi ölümcül olabilecek ataklarla birlikte olan risk faktörlerini belirlemek, sonra buna uygun tedavi planı yapmak oldukça önemlidir. Hiperkapninin bulunması atağın ciddi olduğunu ve mekanik ventilasyon gereğini göstermekle beraber, hiperkapnik hastalar yoğun ilaç tedavisine cevap verebilir ve klinik seyir de normokapnik hastalardakine benzer olabilir.

### Severe acute asthma attack in the emergency department: A case report

#### Abstract

*The group, asthma attacks of which acutely start and that requires the emergency intervention is the most frequently encountered group within the problems belonging to the respiratory system in the clinic. Asthma attacks are very often seen in children and young adults and these symptoms can occur at any time of the life. The first step in the treatment of acute asthma attacks is to assess the severity of the attack and to determine the risk of respiratory failure of the patient. Although the risk of respiratory failure is a very rarely encountered situation, it is necessary to act very quickly within the limited time that will not even allow the clinical evaluation according to some authors. Admitted to the emergency department with acute asthma attack after the use of analgesics, disappearing the need for the mechanical ventilation after a rapid and intensive treatment and responding to treatment very quickly, a case was presented in this study.*

**Key words:** Severe asthma, analgesic, early diagnosis and management of severe asthma

#### Kaynaklar

1. Corbridge TC, Hall JB. The assessment and management of adults with status asthmaticus. Am J Respir Crit Care Med 1995; 151(5):1296-1316.

2. Cockcroft DW. Management of acute severe asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1995; 75(2):83-89.
3. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, FitzGerald M, et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *Eur Respir J* 2008; 31(1):143-178.
4. Seber O. Astmada solunum fonksiyon testleri. Barış Yİ (ed). *Bronş Astması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi 1991: 117-122.
5. Nowak RM, Tomlanovich MC, Sarkar DD, Kvale PA, Anderson JA. Arterial blood gases and pulmonary function testing in acute bronchial asthma. Predicting patient outcomes. *JAMA* 1983; 249(15):2043-2046.
6. Fraser RG, Paré JAP, Paré PD, Fraser RS, Genereux GP. *Diagnosis of the Chest*. 3rd ed. Philadelphia W.B Saunders Co 1990; 1969-2275.
7. Abou-Shala N, MacIntyre N. Emergent management of acute asthma. *Med Clin North Am* 1996; 80(4):677-699.
8. Shah SP, Mahashur AA, Kamat SR. Blood gas behaviour in status asthmaticus. *J Assoc Physicians India* 1984; 32(10):851-854.
9. Raimondi AC, Menga G, Lombardi D. Acute and near fatal asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1990; 141:396.
10. Pollart SM, Compton RM, Elward KS. Management of acute asthma exacerbations. *Am Fam Physician* 2011; 84(1):40-47.