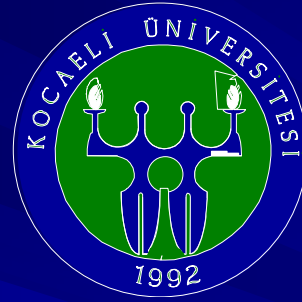


DİSPNE VE AYIRICI TANISI



Prof. Dr. Füsün Yıldız
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Güncel Tıp Akademisi 17-19 Nisan 2009 Kıbrıs



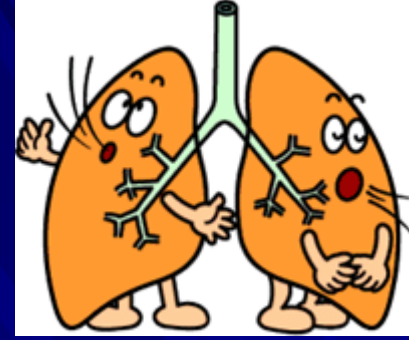
NEFES DARLIĞI (Dispne)



- Kişinin soluk alıp verdiğinin ve solunumunu güçlkle yürüttüğünün farkına varmasıdır
- Normal bir kişi dakikada 16 solunum yapar ve her solunumla 500 cc hava alıp, verir
- Sakin solunumla solunum kaslarının tükettiği enerji tüm enerjinin %5'inden az iken dispnede bu tüketim %25 ve daha fazlasına ulaşır
- Acil servise en sık başvuru nedenlerinden biridir (tüm başvuruların %10' u)



Dispneyi doğuran faktörler (1)



A- Solunum işinin artması

- Akciğer direncinde artış: Hava yolu direnci
- Kompliansta azalma: Restriktif
- Solunum tetiklenmesinde artış: Hipoksemi, asidoz
- Solunum tetiklenmesinde azalma: SSS olayları



Dispneyi doğuran faktörler (2)

B- Solunum kas patolojisi

1- Kas hastalıkları

2- Kaslardan mekanik yararlanmada azalma

C-Normal solunumun bilinç düzeyine çıkması (psikojenik)

1-Dispnenin başlangıç şekli

1-Akut dispne:Birdenbire kısa bir hastalık süresinden sonra gelişen dispnedir

2-Kronik dispne: Sinsi ve giderek artan dispne şeklidir. Önce ağır eforlarla, giderek istirahatle de ortaya çıkmaya başlar

Akut Dispne Nedenleri

- Pulmoner hastalıklar
 - Pnömoni
 - Pulmoner emboli
 - Spontan pnx
 - Astım
 - Yabancı cisim
 - ARDS
- Nonpulmoner hastalıklar
 - Kardiyojenik pulmoner ödem
 - Nöropsikiyatrik (Akut hiperventilasyon sendromu)

Kronik Dispne Nedenleri (1)

A-Pulmoner nedenler:

1- KOAH: Amfizem ve Kronik bronşit

2- Restriktif Akciğer Hastalığı:

a) İnterstisyel ac hastalığı: sarkoidoz, romatoid artrit, skleroderma, idiyopatik fibrozis

b) Göğüs deformitesi: Kifoskolyoz, torakoplasti

c) Plevral fibrozis

d) Nöromusküler hastalıklar: Myasteniya gravis, Amyotrofik lateral skleroz

Kronik Dispne Nedenleri (2)

B- Nonpulmoner nedenler

1- KKY

2- Anemi

3- Hipertiroidizm

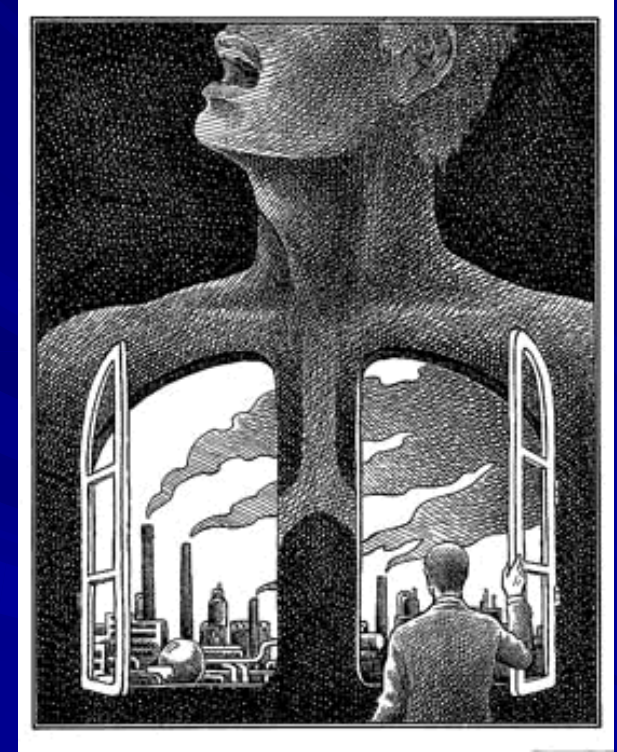
4- Üst solunum yolu hastalıkları

5- Obezite

6- Nevroz

2- Dispnenin niteliği

- İnspirasyon dispnesi
- Ekspirasyon dispnesi
- Paroksizmal dispne
- İ çekmeli dispne



İnspirasyon Dispnesi



- Larenks, trakea ve ana bronşların herhangi bir nedene bağlı darlıklarında görülür
- İnspirasyonda steteskopsuz duyulan gürültülü ses stridor adını alır
- Supraklavikuler bölgede inspirasyonda içeri çekilme (tiraj) klinik bulgusudur

Ekspirasyon dispnesi



- Özellikle iletken (küçük) havayollarının spazm, sekresyon veya ödemle darlığı sonucu oluşur
- Ekspiryum uzamıştır
- Solunum sırasında steteskopsuz duyulan hişiltılı solunum wheezing adını alır



3- Paroksizmal dispne

- Nöbetler halinde gelen dispnedir
- Astımda görülür

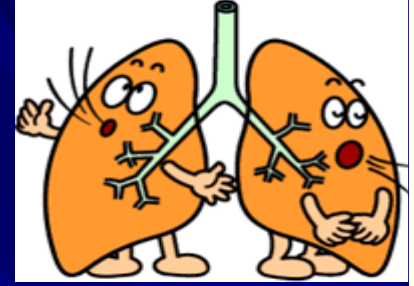
4- İç çekmeli dispne

- Psikik kaynaklıdır

- Ortopne: Hastanın ancak oturur pozisyonda rahatlayıp nefes alabildiği dispne şeklidir. Özellikle kalp yetmezliğinde görülür
- Platypnea: Ayakta dururken nefes darlığı hissedip sırt üstü yatınca bunun kaybolmasıdır. Masif plevral efüzyonlarda, pnömonektomi geçirenlerde ve hepatopulmoner sendromda görülür

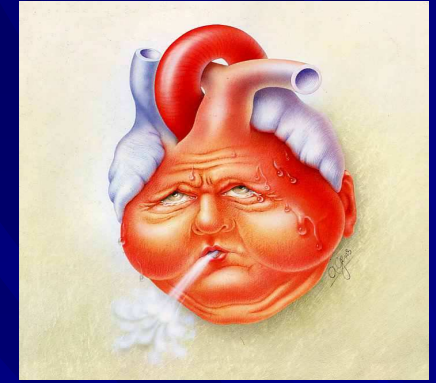
- PND: Şiddetli dispne yanında boğulma hissi, hırıltılı solunum ve öksürükten yakınıdır. Nöbetler genellikle gecenin erken saatlerinde gelir. Öksürükle birlikte bazen pembe renkte sekresyon bulunur
- PND akciğerde ileri derecede konjesyonla birlikte intersitisyum ve alveollerde ödem gelişmesi sonucu ortaya çıkar

Ayırıcı tanı



Organ-sistem	Hayatı tehdit eden (Hemen Müdahale)	Acilde tanı konup tedavi edilmeli	Acilde tedavi gerekmeyen
Solunum sistemi	Hava yolu obstrüksiyonu	Spontan pnömotoraks	Plevral effüzyon
	Pulmoner emboli	Astım atağı KOAH atağı	Neoplazm
	Nonkardiak ödem	Dekompanse Kor pulmonale	Pnömoni
	Anafilaksi	Aspirasyon	KOAH(stabil)
		Pnömoni(ağır)	

Ayırıcı Tanı



Kardiak	Hayatı tehdit	Acilde tedavi	Acilde tedavi gerekmeyen
	Akut akciğer ödemi	Perikardit (tamponada giden)	KKY
	MI		Kapak hastalıkları
	Kardiak tamponad		KMP

Organ-sistem	Hayatı tehdit	Acilde tedavi	Acilde tedavi gerekmeyen
Batın		Organ rüptürlerine sekonder hipotansiyonla birlikte	Gebelik
		İnflamatuvar yada infektif süreçte sekonder(Akut Pankreatit v.s)	Asit
			Obezite

Organ-sistem	Hayatı tehdit	Acilde tedavi	Acil dışında tedavi
Psikojenik			Hiper ventilasyon sendromu
			Somatizasyon
			Panik atak
Metabolik/ endokrin	Toksik madde	Renal yetmezlik	Ateş
	Diabetik ketoasidoz	Elektrolit imbo. Metabolik asidoz	Tiroid hastalıkları

Organ-sistem	Hayatı tehdit	Acilde tedavi	Acil dışında tedavi
İnfeksiyon	Epiglottitis	Pnömoni(ağır)	Pnömoni
Travmatik	Tansiyon pnömotoraks Kardiak tamponat Flail chest	Basit pnömotoraks Diyafram rüptürü	Kosta kırığı
Hematolojik	CO zehirlenmesi		Anemi

Organ-sistem	Hayatı tehdit	Acilde tedavi	Acil dışında tedavi
Nöromuskuler sistem hastalıkları	CVH İntrakranial nedenler Organofosfat zehirlenmesi	MS Gullien Barre	ALS Polimiyozitis Porfiria

Hastaya yaklaşım

- Neden ne olursa olsun dispne yakınması olan tüm hastalar tedavi odasına alınmalı
- Pulse oksimetri ile takip edilmeli
- Kardiyak monitör takılmalı
- Oda havasında SaO_2 %92 den daha düşük ise nazal kanül yada maske ile O_2 verilmeli
- Hasta stabilize edilmeye çalışılmalı



© Jason Plotkin / The York Dispatch

Dispne tanısal yaklaşım

- Subjektif bir semptom
- Akut bir olay mı?
- Daha önce nefes darlığı öyküsü var mı?

Tanısal yaklaşım(Hastanın stabilizasyonu sağlandı/ kritik tanı dışlandı ise)

■ Hikaye:

Daha önce öykü var

- Dispnenin süresi: Kronik/ progressif dispneli hastada atak; Kardiak, KOAH, mitral stenoz
- Tekrarlayan ataklar: Astım, allerjen inhalasyonu, psikojenik

Daha önce öykü yok

Pulmoner emboli, Spontan pnömotoraks, pnömoni

Dispne ile birlikte **plöretik ağrı**; PTE, plörezi, spontan pnömotoraks

Ağrı hareket yada solunumla artıyorsa: kas- iskelet orijinli, spontan pnömotoraks

Tanısal yaklaşım(Hastanın stabilizasyonu sağlandı/ kritik tanı dışlandı ise)

Ortopne ile birlikte dispne

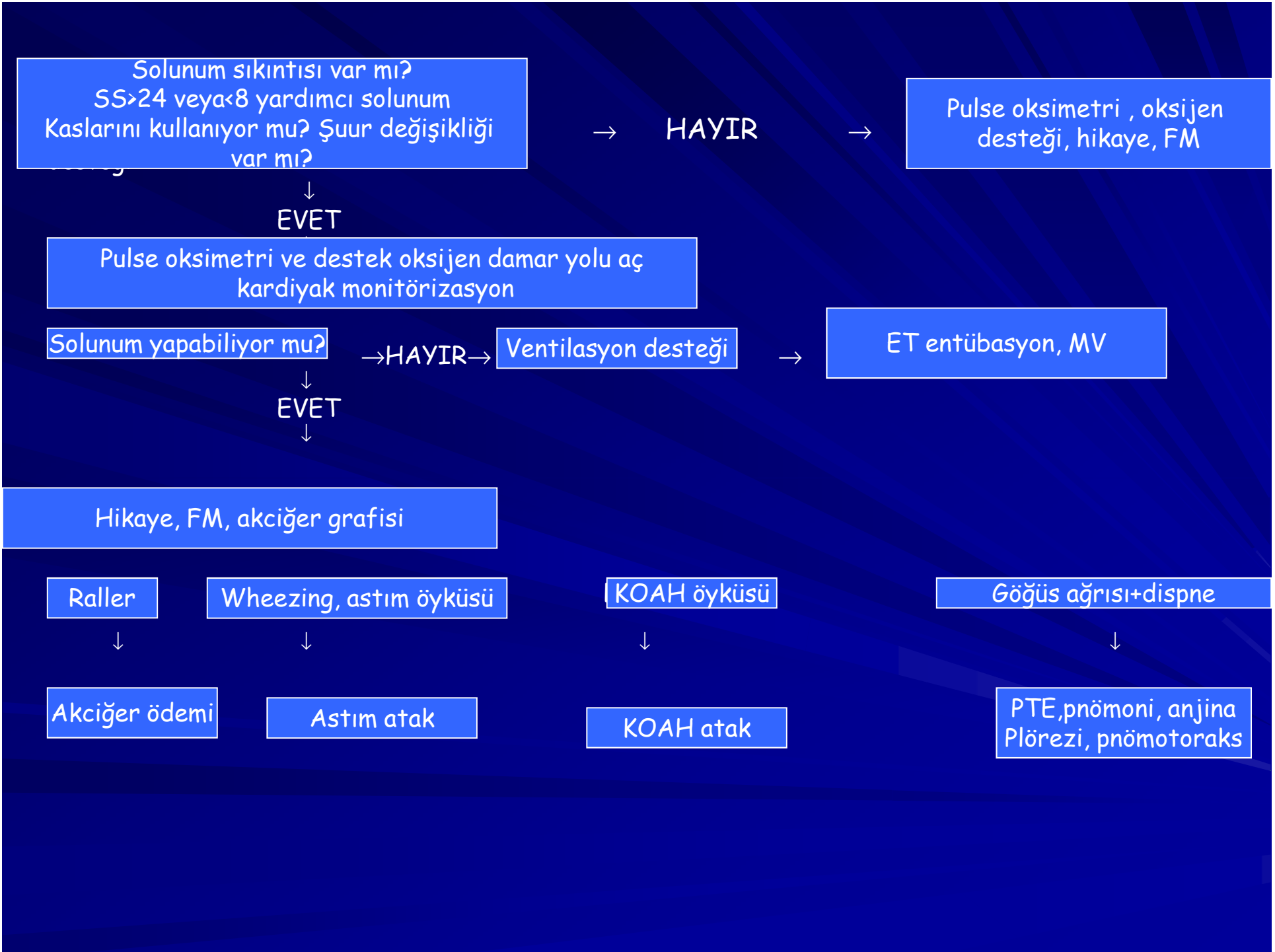
- KKY, KOAH, Noromusküler hast

Karın şişkinliği - **ortopne** ile birlikte dispne

- Asit, obezite, gebelik, diyafragma elevasyonu (ventilasyonun yatarken daha az efektif olması)

Travma öyküsü ile birlikte dispne

- Kosta kırığı, flail chest, hemotoraks, pnomotoraks, kardiak tamponat



İÇERİK

A
S
T
I
M

- Tanım
- Epidemiyoloji
- Patogenez
- Tanı ve klinik gidiş
- Tedavi

K
O
A
H

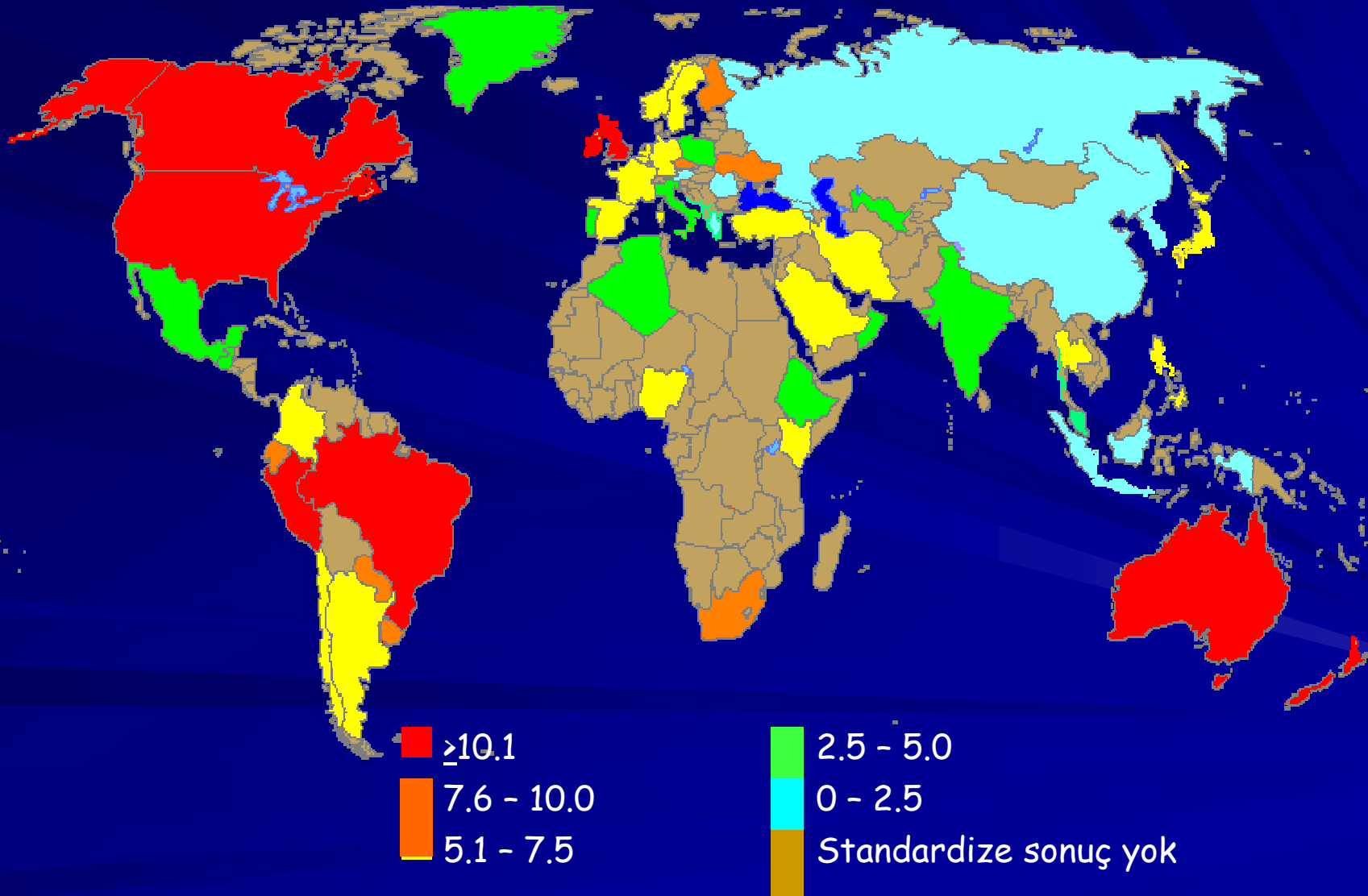
ASTIM TANIMI

- Kronik hava yolu inflamasyonu
- Bronş aşırı duyarlılığı
- Nöbetler şeklinde öksürük, dispne, hışıltılı solunum, göğüste tıkanıklık yakınmaları
- Diffüz, değişken, genellikle reverzibl hava yolu obstrüksiyonu
- Klinik olarak farklı fenotipleri vardır

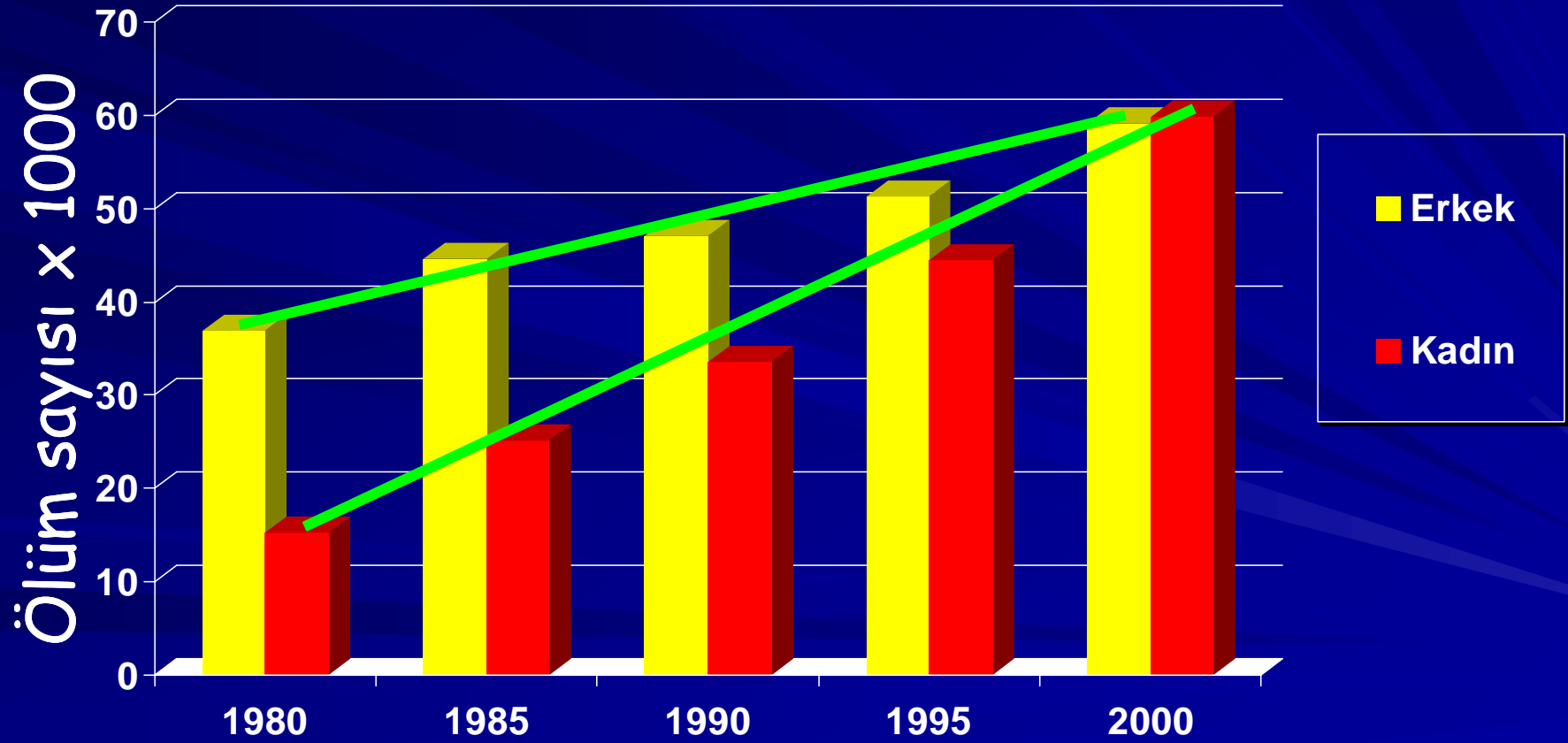
KOAH TANIMI

- Sigara, toksik gaz ve benzerlerine maruziyet ile gelişen,
- Hava yolları, damar yatağı, akciğer parankiminde kronik inflamasyon ile seyreden,
- Bütünüyle geri dönüşü olmayan ilerleyici hava akım kısıtlaması ile karakterize,
- Progresif ama önlenabilir ve tedavi edilebilir
- Akciğer dışı etkiler (sistemik) yaparak ek hastalıklara yol açabilen bir hastalıktır

ASTIM EPİDEMİYOLOJİSİ: Tüm dünyada 300 milyon astım hastası vardır.



KOAH Epidemiyolojisi: 600 milyon hasta, yılda 3 milyon ölüm, 5. ölüm nedeni



Epidemiyolojik Farklılıklar

300 milyon	Morbidite	600 milyon
225 bin	Mortalite	3 milyon
Çocuk - Genç erişkin - Her yaş	Başlangıç Yaşı	40 yaş üstü
Çocuk: E Erişkin: K	Cinsiyet	Erkek Kadın?

ASTIMDA RİSK FAKTÖRLERİ

Çevresel Faktörler

- Allerjenler
- Solunum sistemi infeksiyonları
- Sigara
- Hava kirliliği
- Meslek
- Sosyoekonomik düzey
- Ev ve aile özellikleri
- Beslenme alışkanlıkları
- Obezite

Kişisel Faktörler

- Genetik faktörler
 - Atopi
 - Bronş hiperreaktivitesi
 - Cinsiyet

KOAH'DA RİSK FAKTÖRLERİ

Çevresel Faktörler

- Sigara içimi
- Mesleki Karşılaşma
- Hava Kirliliği
Dış ve/veya iç ortam
- Sosyoekonomik faktörler
- İnfeksiyonlar

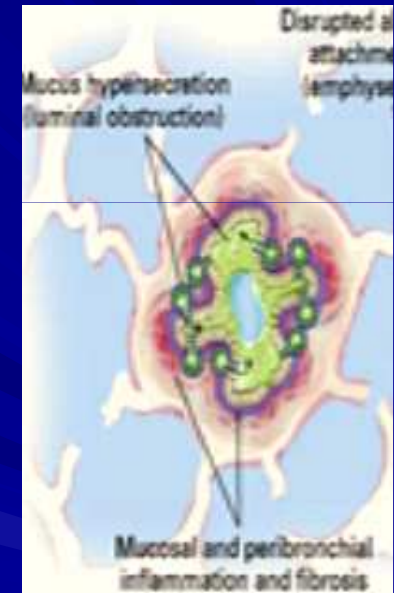
Kişisel Faktörler

- Genetik faktörler
- Aile öyküsü
- Etnik faktörler
- Yaş
- Bronş hiperreaktivitesi
- Atopi

ASTIM ve KOAH 'da PATOLOJİ



Astım	Özellik	KOAH
+++	Düz kas kalınlığı	+
+++	Bazal membran kalınlığı	+
+	Fibrozis	+++
yok	Alveoler destrüksiyon	var



PATOGENEZ



ASTIM PATOGENEZİ

GENETİK

ÇEVRESEL ETKENLER

İNFLAMASYON

AKUT DEĞİŞİKLİKLER

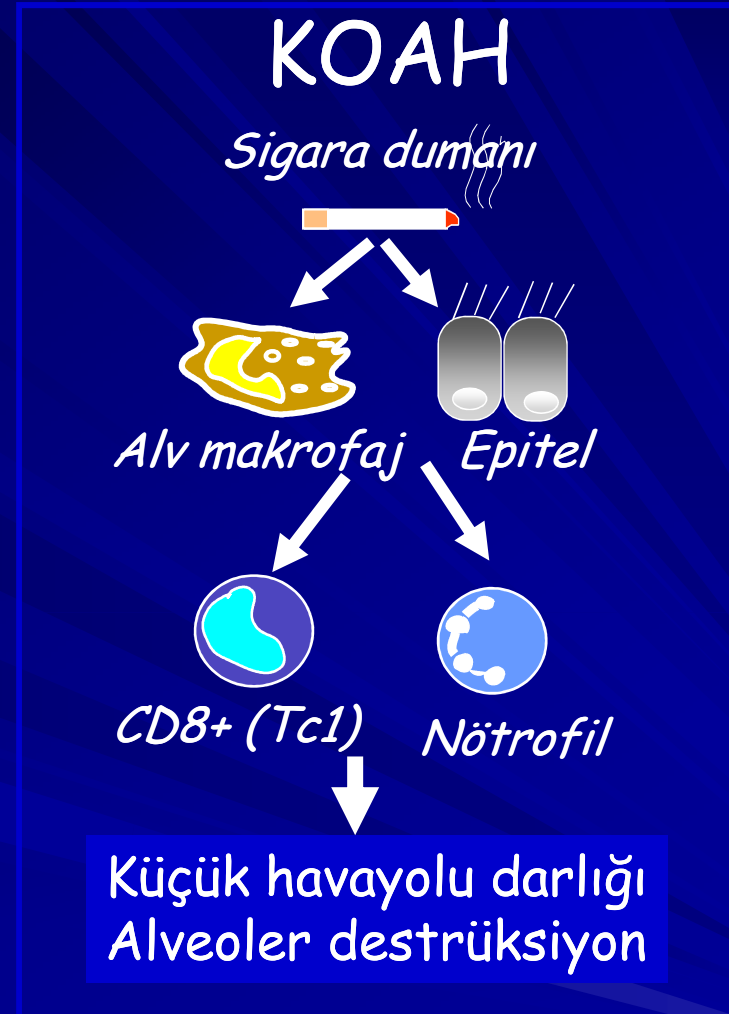
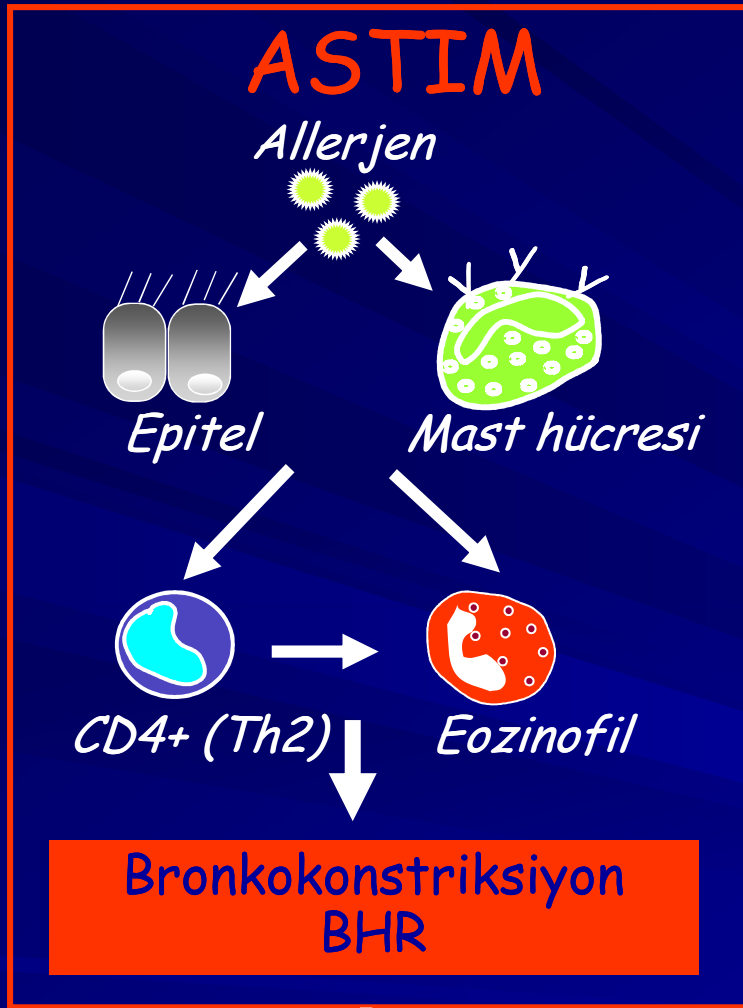
Bronkospazm
Mukus artışı,
Vazodilatasyon, Ödem,
Bronş hiperreaktivitesi

KALICI DEĞİŞİKLİKLER

Bronş düz kası hipertrofisi,
Mukus bezi hiperplazisi,
Revaskülarizasyon,
Subepitelyal fibrozis

KOAH PATOGENEZİ





Tanı: Astım ? KOAH ?



ASTIM TANISI

Astım, **ANAMNEZ** ile tanısı konabilen bir hastalıktır

- Fizik Muayene
- Solunum Fonksiyon Testleri
- Diğer testler

ASTIMDA TANI: Anamnez

■ Astım Semptomları

- Nefes darlığı
- Öksürük
- Hışıltılı / hırıltılı solunum
- Göğüste sıkışma, baskı hissi

- Balgam ?

ASTIMDA TANI : Anamnez

- Semptomların Özellikleri
 - Tekrarlayıcı karakterde; nöbetler halinde
 - Daha çok gece ve/veya sabaha karşı
 - Kendiliğinden veya ilaçlarla hafifler veya kaybolur
 - Bazı faktörlerle (allerjen, irritan, egzersiz, virüs inf., stres vs.) uyarılır. Tetikleyen faktörler sorgulanır.

ASTIMDA TANI : Anamnez

- Öz geçmiş
 - Var olan ve geçirdiği hastalık, operasyonlar
 - Atopi anamnezi
- Soy geçmiş
 - Astım veya Atopik hastalıklar
- Alışkanlık
 - Sigara
 - İlaçlar

KOAH TANISI

ANAMNEZ

öksürük
balgam
nefes darlığı

RİSK FAKTÖRLERİNE MARUZİYET

sigara
meslek
iç ve dış ortam kirliliği

SPIROMETRİ

KOAH TANISI: Anamnez

- Semptomlar geç yaşta başlar ve progresiftir
- Egzersizle daha da artar
- Belirgin sigara veya zararlı gaz maruziyeti vardır
- Zamanla sistemik hastalık belirtileri; iştahsızlık, kilo kaybı, yorgunluk, ayaklarda şişme...

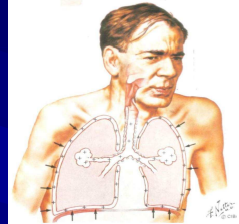
ASTIMDA TANI: Fizik Muayene

- Hastalığın ve atağın ağırlık derecesine göre değişir.
- Oskültasyonda solunum sesleri normal olabilir, Ekspiryum ve/veya inspiyumda ronküs duyulabilir.
- Ağır atak sırasında sessiz akciğer, hiperinflasyon, siyanoz, taşikardi ve yardımcı solunum kasları kullanımı gözlenebilir.

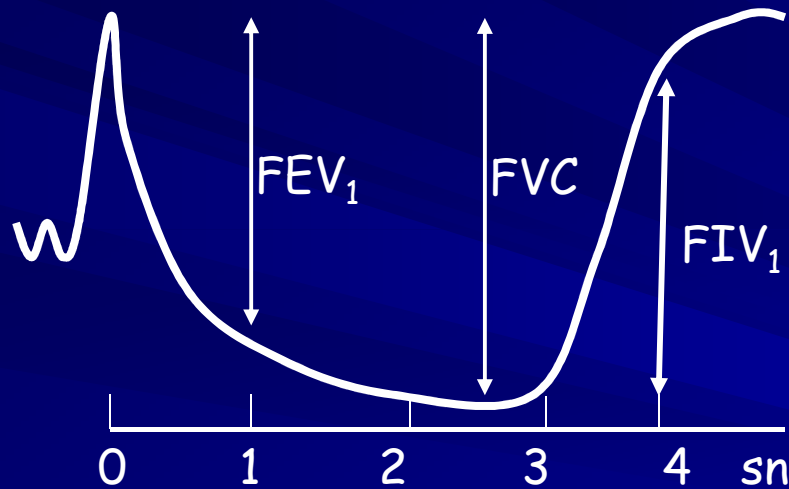


KOAH'DA TANI: Fizik Muayene

- Ekspiryum uzunluğu
- Zorlu ekspirasyonda wheezing
- Göğüs ön-arka çapı artmış (fıçı göğüs)
- Göğüs kafesi ekspansiyonunda azalma
- Sonorite artmış
- Solunum sesleri azalmış
- Ronküsler
- Kalp seslerinin derinden duyulması
- Büzük dudak (pursed lip) solunumu
- İnterkostal aralıklarda paradoksal ie çekilme
- Juguler venöz dolgunluk
- Karaciğerde büyüme ve hassasiyet
- Siyanoz
- Periferik ödem



TANI: Solunum Fonksiyon Testleri



■ ASTIM:

- $FEV_1 < \text{veya} > \%80$
- $FEV_1/FVC < \%75-80$
- Genelde reverzibl

■ KOAH

- Post Br $FEV_1 < \text{veya} > \%80$
- Post $FEV_1/FVC < \%70$
- Genelde irreverzibl

REVERSİBİLİTE: GINA 2006 - 07

- Bronkodilatör sonrası (200-400 mcg salbutamol) veya uygun doz veya süre inhaler steroid sonrası başlangıç değerine göre;
FEV1değişimi \geq %12 veya \geq 200 ml
- Bronkodilatör sonrası;
PEF değişimi \geq %20 veya \geq 60 ml
- Günlük PEF değişkenliğinin \geq %20 veya günde iki kez yapılan ölçümde \geq %10 olması

GOLD 2007

- 400 μ g beta agonistten 15 dakika, sonra, 160 μ g antikolinergikten 30 dakika sonra veya ikisinin kombinasyonundan 30-45 dk sonra başlangıç değerine göre;

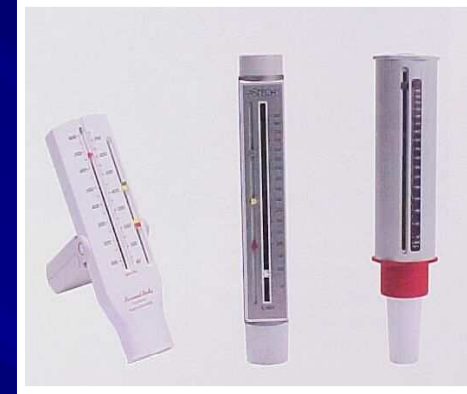
FEV1 değişimi \geq %12 ve \geq 200 ml

REVERSİBİLİTE: Klinik Sonuç

- Belirtilen parametreler ile erken veya geç reversibilite testine pozitif cevabın bulunması veya bulunmaması klinik tanıyı reddettirmez

TANI: Solunum Fonksiyon Testleri: Astım'da Havayolu obstrüksiyonunun gösterilemediği durumda

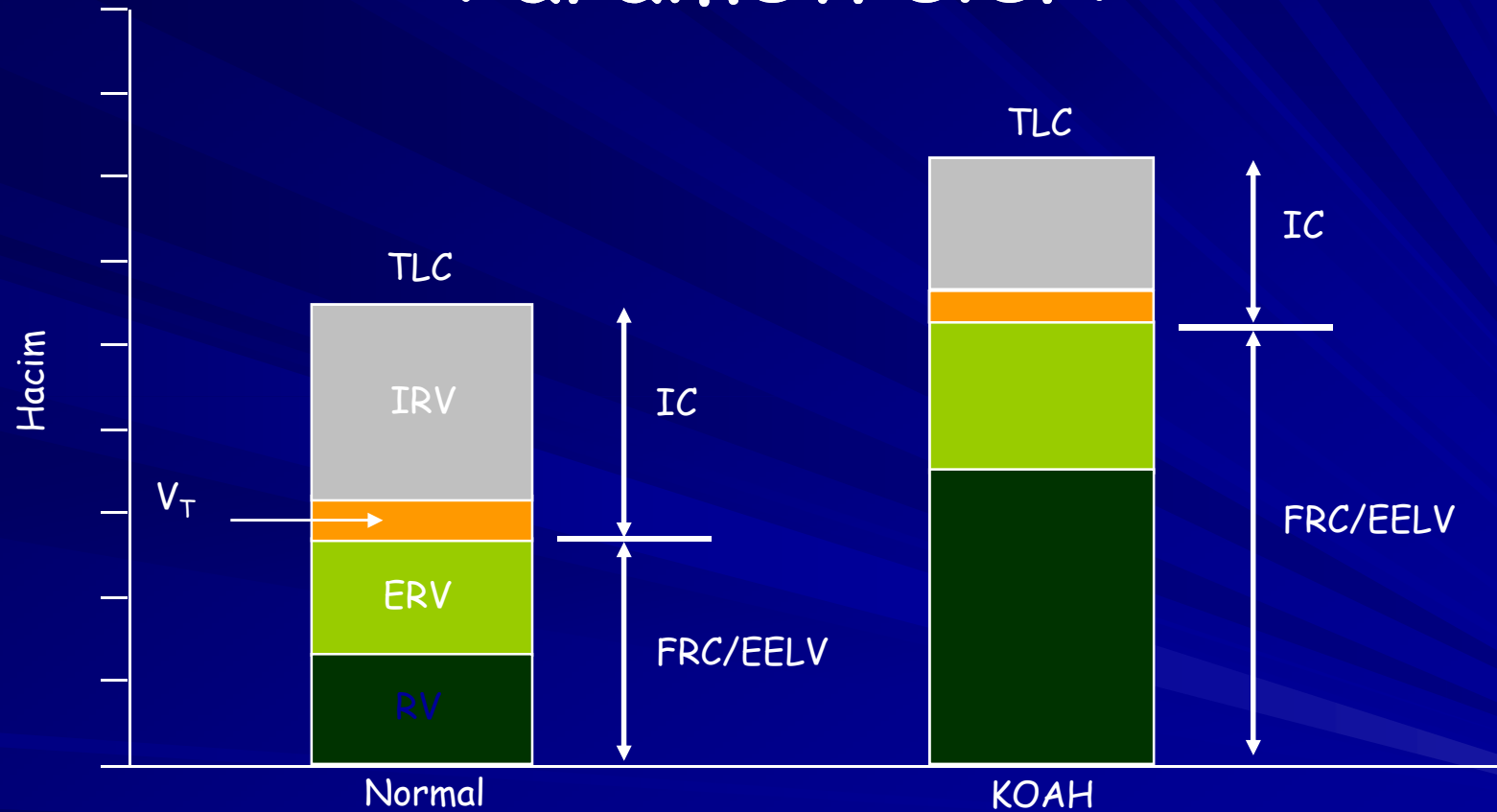
- PEF değişkenliği:
Aşağıdaki sabah akşam
değişkenliği %20
üzerindeyse astım
lehine kabul edilir.



$$\text{PEF Değişkenliği} = \frac{\text{Maksimum PEF} - \text{Minimum PEF}}{1/2 \times (\text{Maksimum PEF} + \text{Minimum PEF})} \times 100$$

- ✓ Bir hafta boyunca en düşük PEF/en yüksek PEF oranı %85'den düşük olması
- ✓ Provokasyon testi!

KOAH: Akciğer Volüm Parametreleri



*FRC=TGV

KOAH: AKG

*FEV₁ %40'dan daha az

*Solunum yetmezliği

*Sağ kalp yetmezliği varsa

Arter kan gazı ölçümü yapılmalıdır

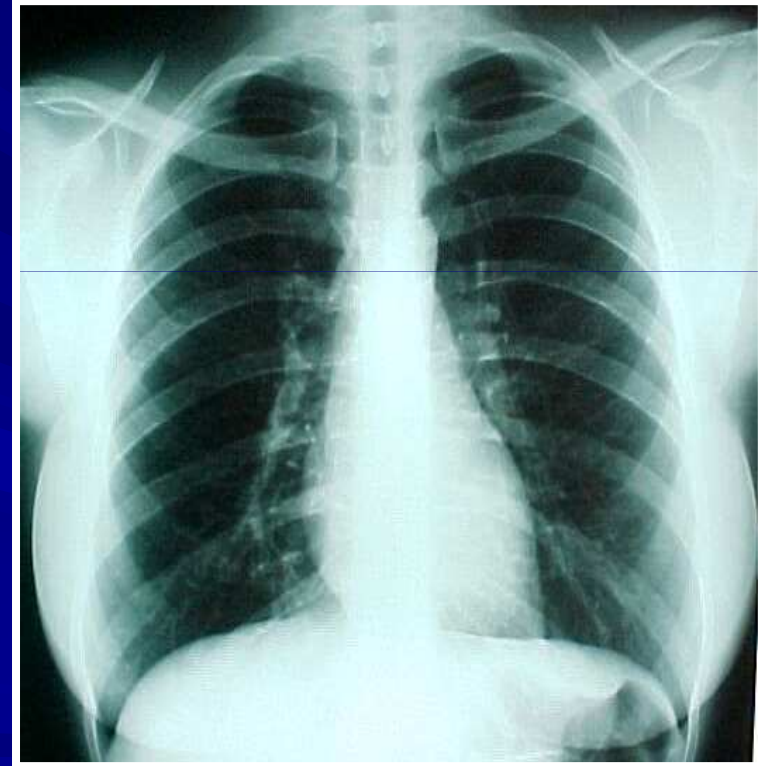
BAK BEN FILMI DAHA ÖNCE GÖRDÜM!
ÖNCE BRONŞİT DİYECEK, SONRA DA...

YA ANLATMASANA
YAA!...



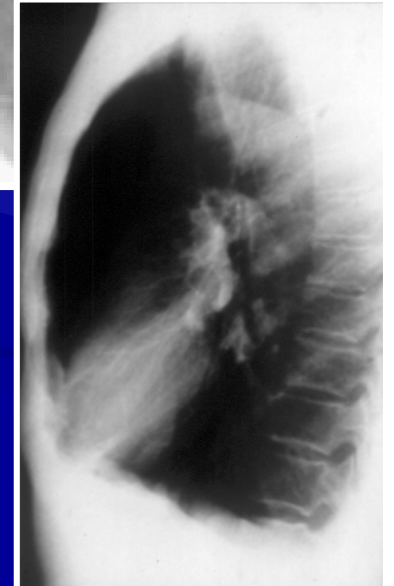
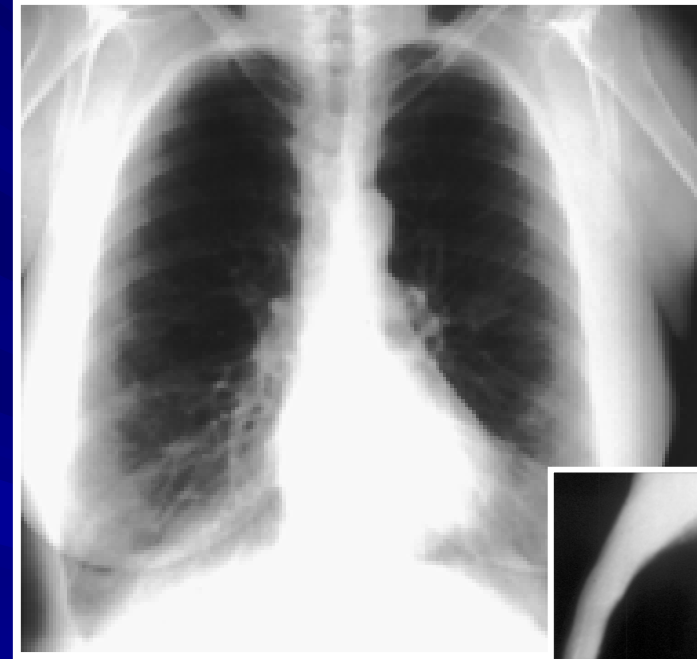
ASTİM TANI: PA Akciğer Grafisi

- Kontrollerde çekilmesi gerekli değildir
- Ayırıcı tanı veya komplikasyonları değerlendirmek amacıyla çekilir.
- Genellikle normal olup, ataklarda hiperinflasyon bulguları vardır.



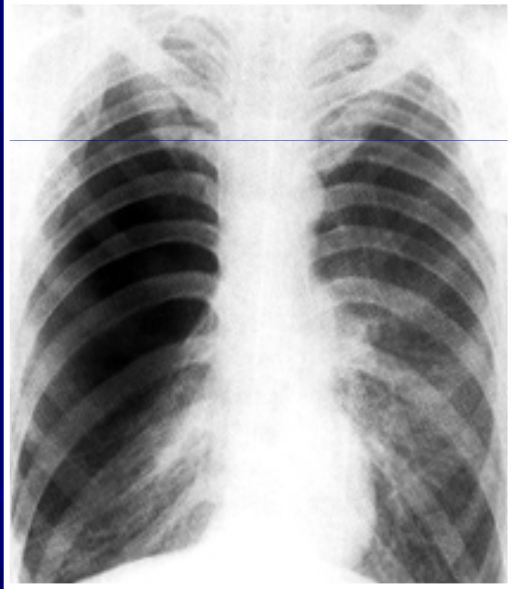
KOAH: Göğüs Radyografisi

- Aşırı havalanma bulguları:
 - Diafragmalarda aşağı inme ve düzleşme,
 - Kalp gölgesinde daralma
 - Damar gölgelerinde azalma
 - Kalp gölgesi altında havalı akciğer dokusu,
 - Lateral grafide retrosternal havalı bölgede artma

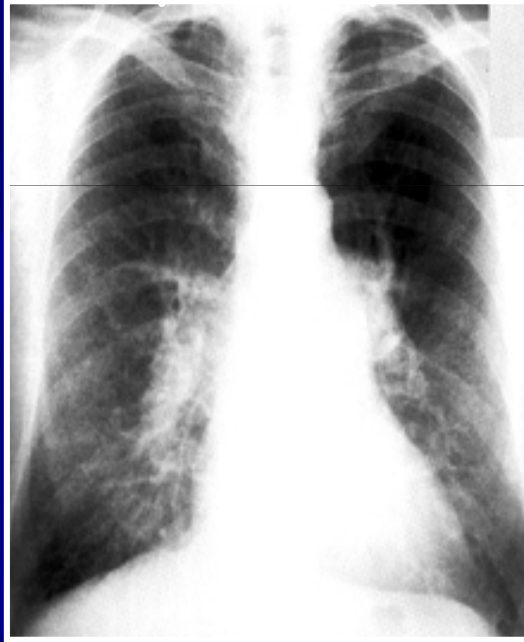


KOAH: Radyoloji

Dev büllöz
amfizem



KOAH ve pulmoner
hipertansiyon

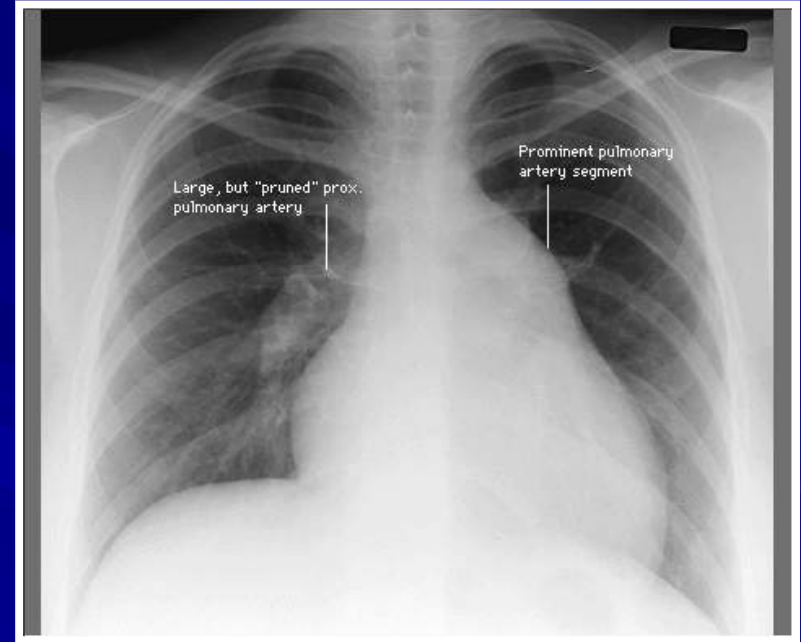


Hava hapsi
/Hiperinflasyon



KOAH: Radyoloji

- Pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale bulguları:
 - Sağ pulmoner arterin inen dalının çapı 18 mm'den büyük,
 - Kalp gölgesinde genişleme,
 - Lateral grafide retrosternal mesafede daralma



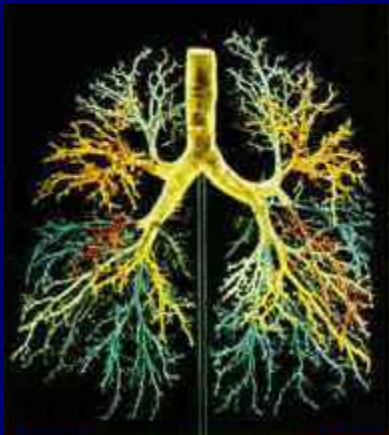
ASTIM TANI: Diğer Testler

- ✓ Eozinofili: spesifik değildir
- ✓ Deri Testleri: allerjik durum araştırılması amacıyla yapılabilir
- ✓ Total ve spesifik IgE: akademik araştırma amaçlı bakılabilir
- ✓ FeNO: takipte daha uygun



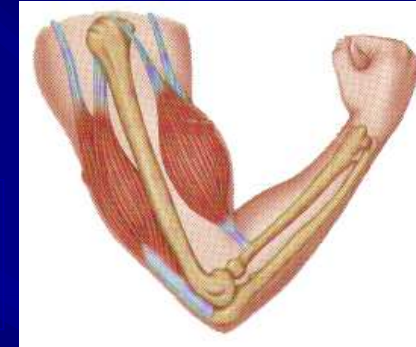
KOAH TANI: Sistemik inflamasyon belirteçleri

Solunum sistemi



TNF- α , IL-6,
Leptin

Hedef organlar



TNF- α ,
IL-6,
IL-1

Sistemik inflamasyon

IL-6, CRP, Fibrinojen



Donaldson et al. Chest 2005;128:1995-2004;
Sin DD. Circulation 2003;107:1514-1519.

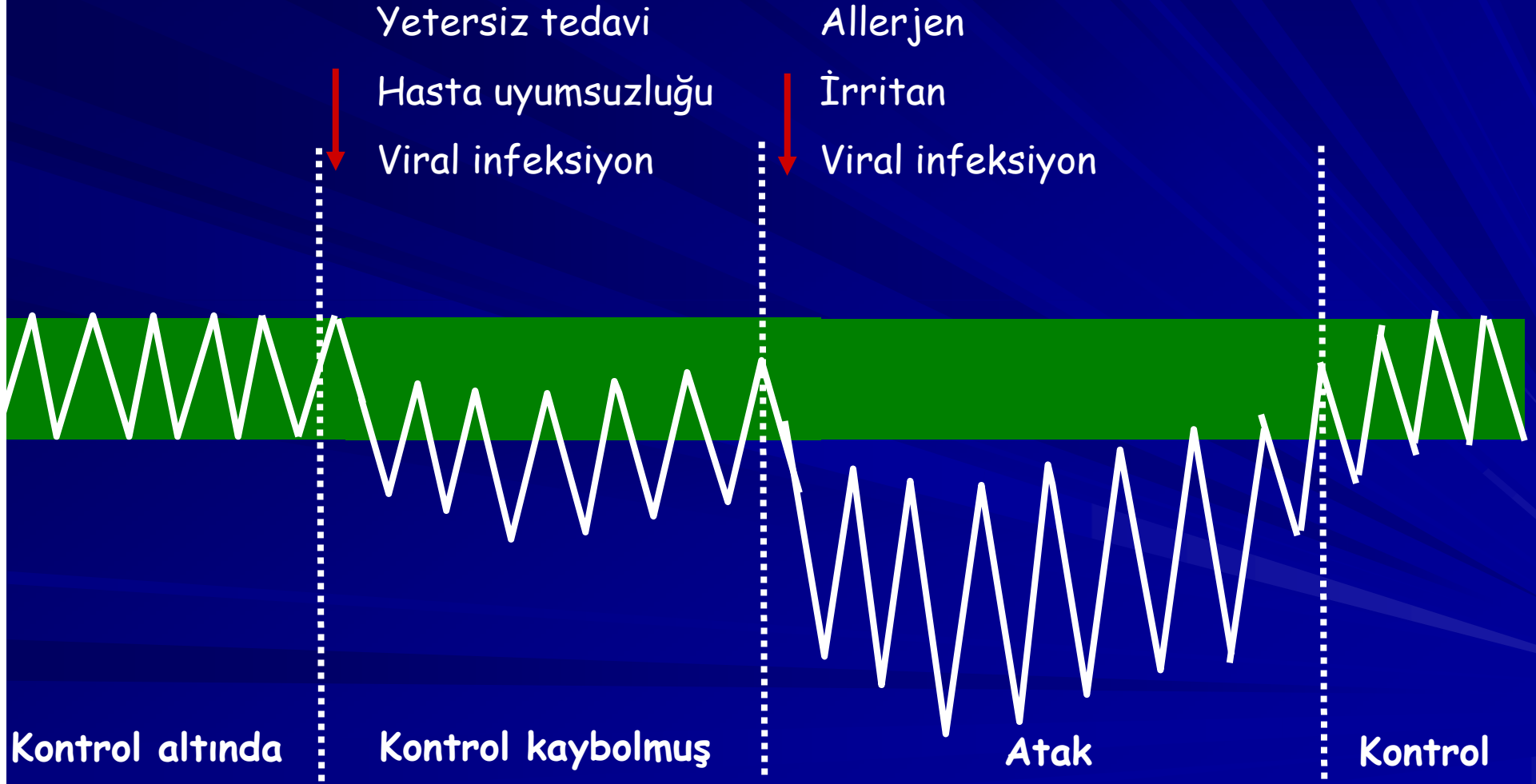


KLİNİK KARŞILAŞTIRMA

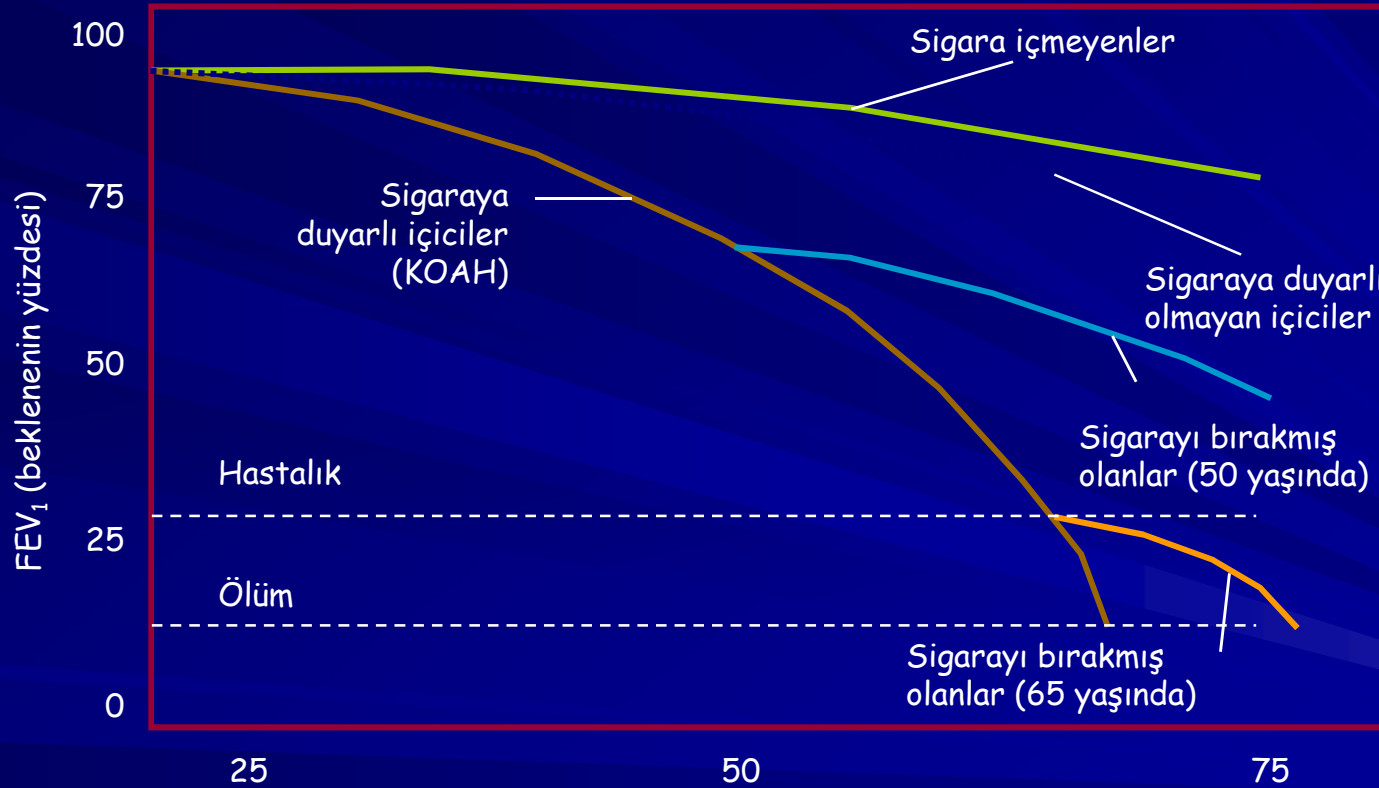
Özellikler	KOAH	Astım
Genç yaşta başlama	-	++
Ani başlangıç	-	++
Sigara öyküsü	+++	-/+
Aile anamnezi	-/+	++
Atopi	+	++
Eozinofili (total IgE artışı)	+	++
Tekrarlayan nefes darlığı ve hışıltılı solunum	+	++
Nazal semptomlar	-	++

(-) Hemen hemen hiç yok, (+) Bazen var,
(++) Genellikle var, (+++) Hemen hemen daima var

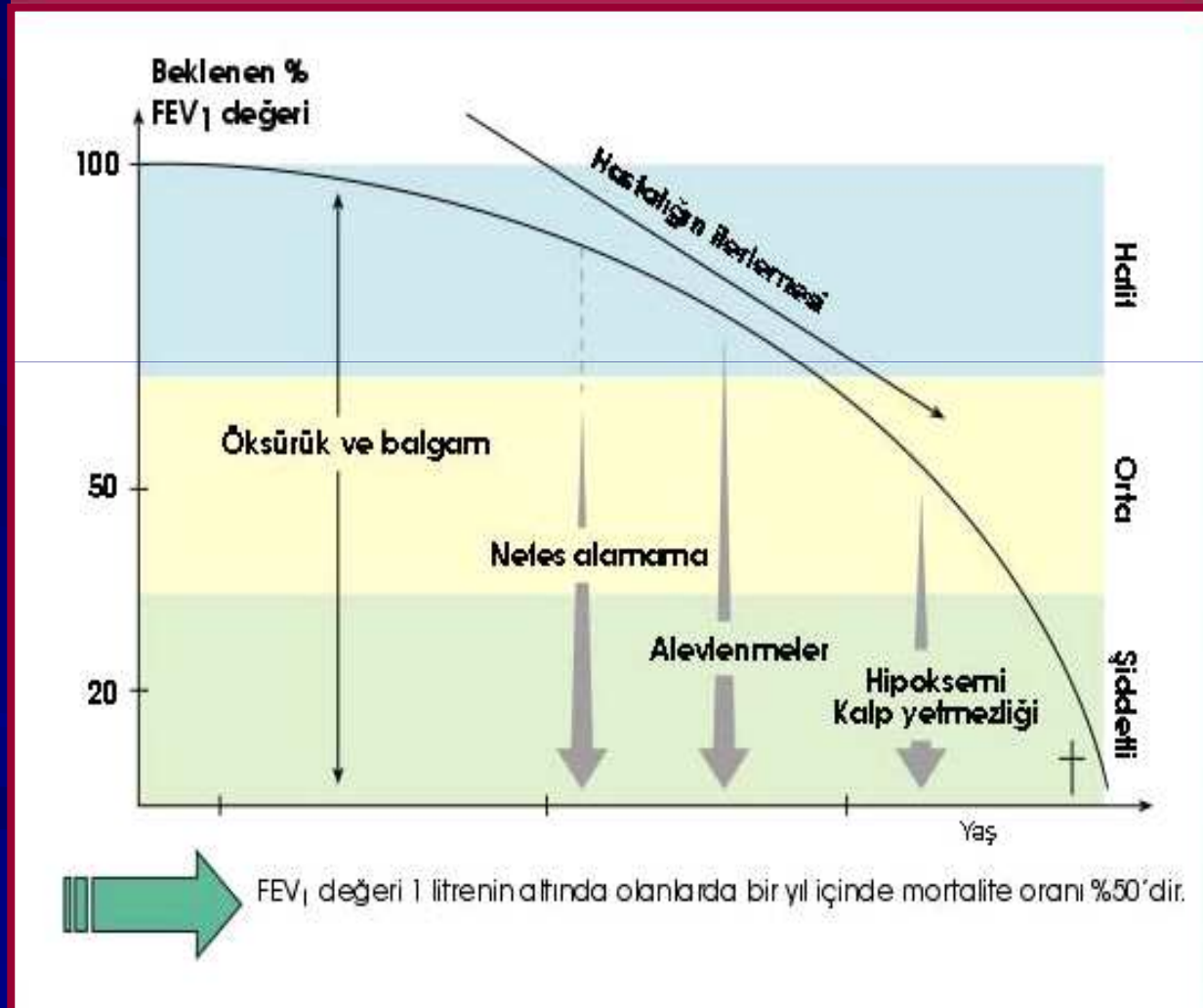
ASTİM: KLİNİK SEYİR VE PROGNOZ



KOAH:KLİNİK SEYİR VE PROGNOZ

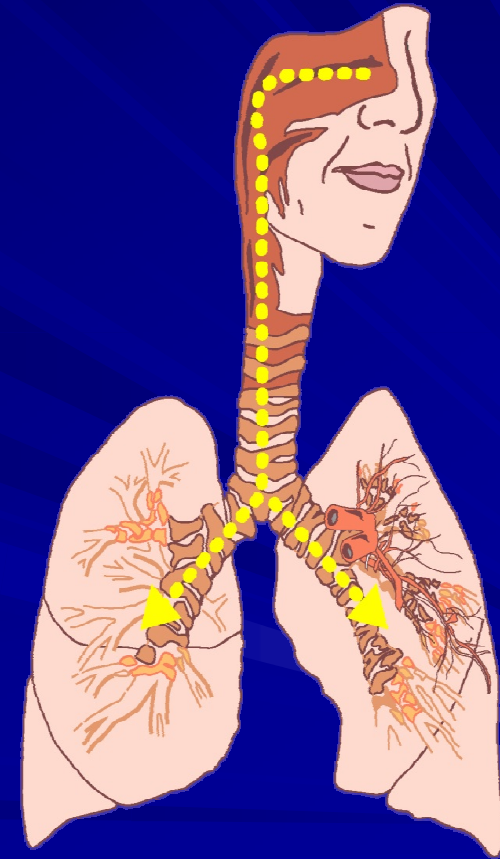


KOAH:KLİNİK SEYİR VE PROGNOZ

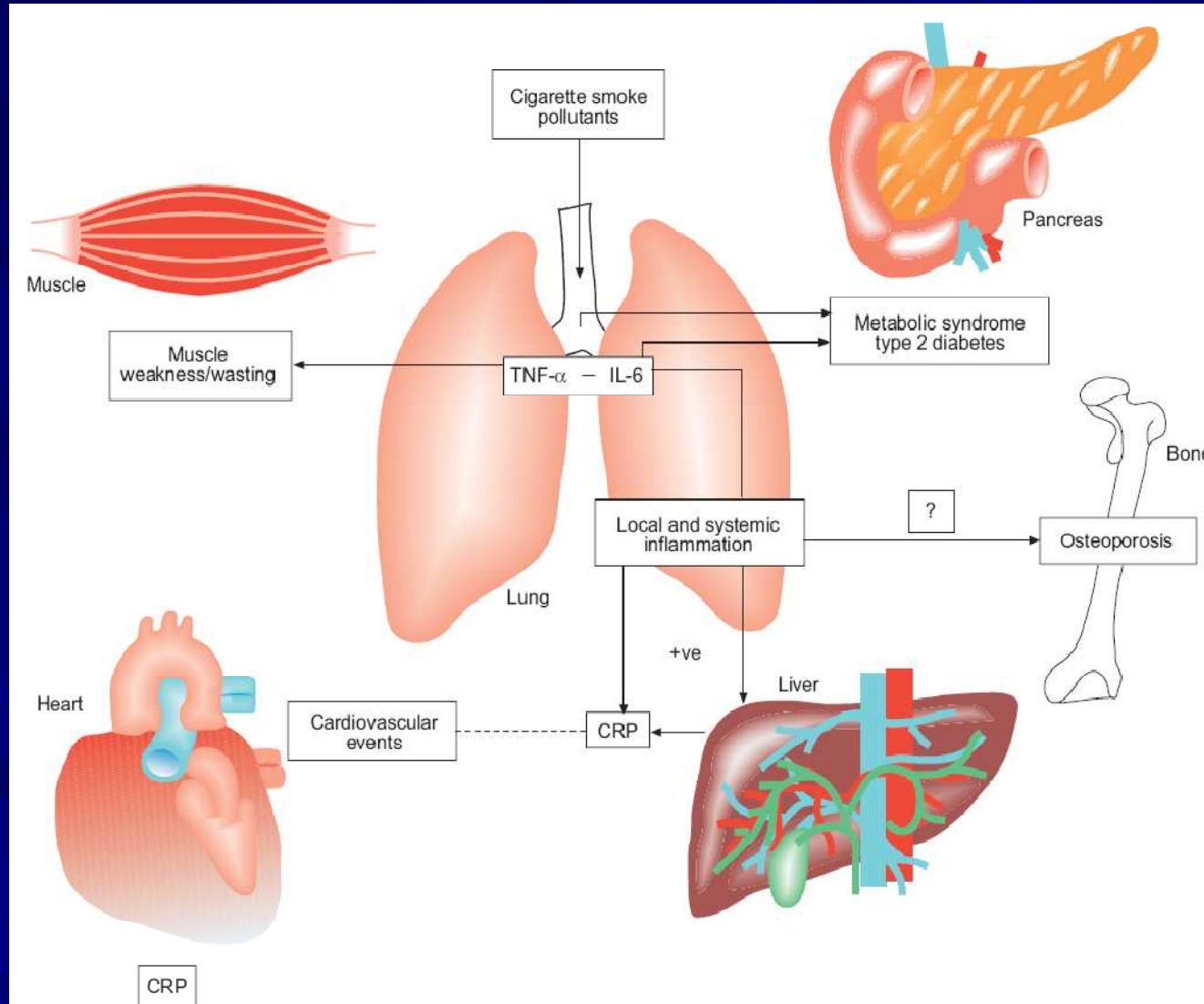


ASTIM ve KOMORBİDİTELER

- Rinit ve sinüzit
- Gastroözofageal reflü
- Sleep apne
- Obesite
- Depresyon
- Diğer allerjiler



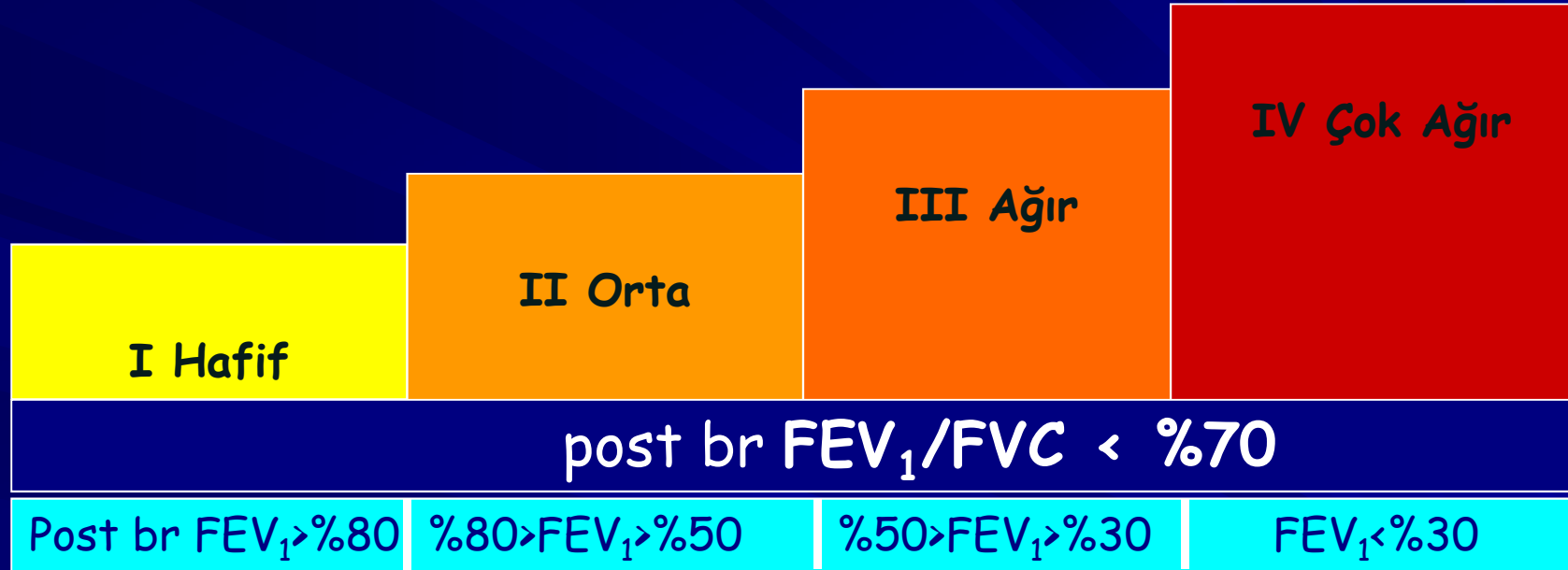
KOAH ve Komorbiditeler



SINIFLAMA: Stabil astım

	Hafif İntermitan	Hafif Persistan	Orta Persistan	Ağır Persistan
Gündüz semptom	< haftada 1 egzersiz sonrası	> haftada 1	Her gün	Sürekli
Gece semptomları	< ayda 2	> ayda 2	> haftada 2	Çok sık
PEF, FEV1	>%80	>% 80	%60-80	<%60
Δ PEF	<%20	% 20-30	>%30	>%30

SINIFLAMA: KOAH



Kronik solunum
yetmezliği
veya
sağ kalp
yetmezliği



GOLD 2007

ASTİM: TEDAVİ PROGRAMI

- Hasta eğitimi
- Tetikleyici etkenlerin uzaklaştırılması
- Hastalığın kontrol düzeyinin belirlenmesi
- Uzun süreli tedavi planı yapılması
- Atak için ayrı tedavi planı yapılması
- Hastanın düzenli takibi

HASTANIN EĞİTİMİ

- Astım hastalığı hakkında açıklama
- İlaçların türleri ve etkileri
- İnhalasyon tekniğı
- Çevrede alınacak önlemler
- Semptomlar arttığında tedavinin ayarlanması

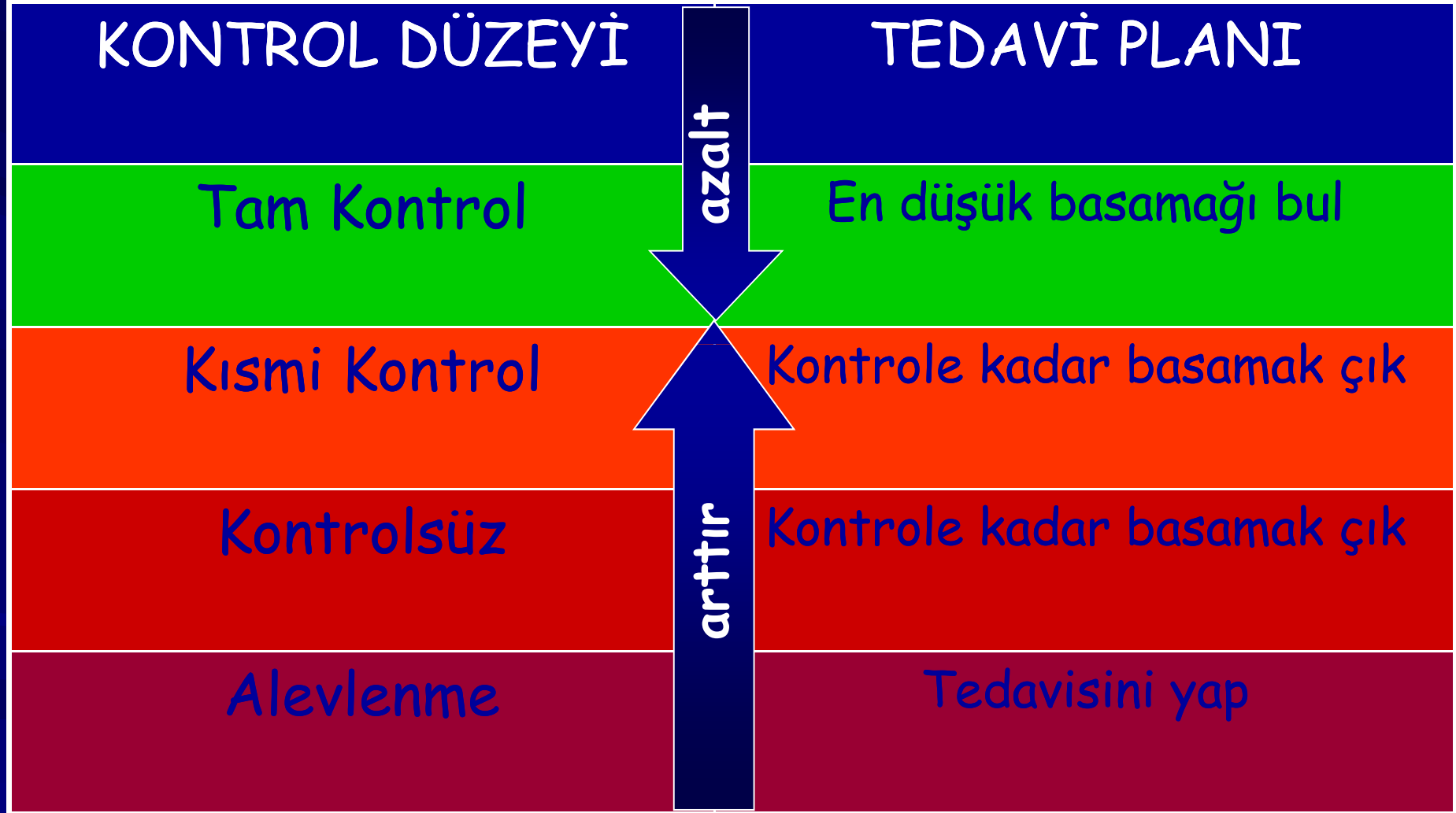
TETİKLEYİCİLERDEN KORUNMA

- Sigara
- Allerjenler
- Egzersiz, hiperventilasyon
- Ev içi ve dışı hava kirliliği, irritanlar
- İnfeksiyonlar
- Emosyonel faktörler
- Kronik üst solunum yolu hastalıkları
- İlaçlar
- Gastroözefageal reflü (GÖR)
- Gıda katkı maddeleri

KONTROL DÜZEYİNİ BELİRLEME

Özellikler	Tam Kontrol (hepsi olmalı)	Kısmi Kontrol (herhangi biri/ hafta)	Kontrolsüz
Gün içi semptom	Yok (0-2 / hafta)	Haftada 2'den fazla	Bir haftada kontrolsüz astımdaki 3 veya daha fazla özelliğin bulunması
Gece uyanma	Yok	Herhangi bir	
Aktivite kısıtlaması	Yok	Herhangi bir	
Rahatlatıcı gereksinimi	Yok (0-2 / hafta)	Haftada 2'den fazla	
FEV1 - PEF	Normal	< %80 veya kendi en iyisi	
Alevlenme	Yok	1 veya fazla/yıl	Kontrolsüz bir hafta

ASTİM'DA AMAÇ TAM KONTROL



ASTİM İLAÇLARI

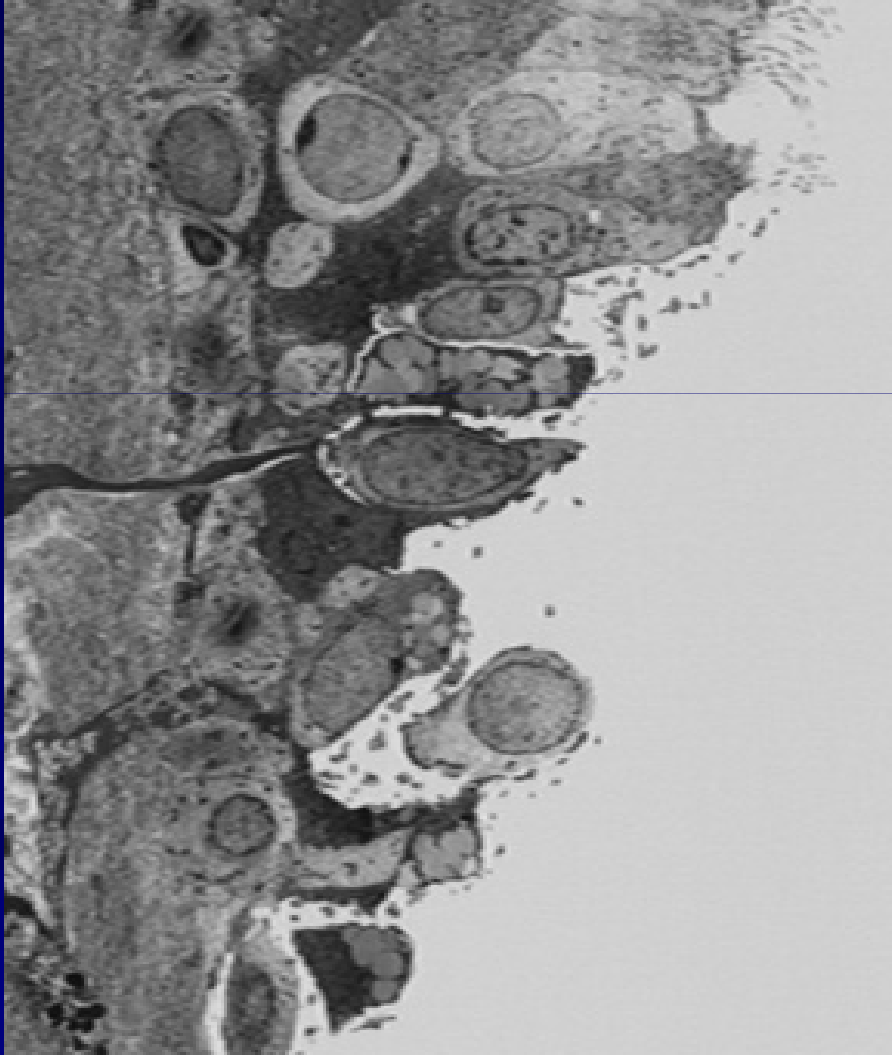
Kontrol Edici İlaçlar

- İnhal ve sistemik steroidler
- Uzun etkili beta-2 agonistler
- Lökotrien reseptör antagonistleri
- Oral uzun etkili teofilin
- Kromonlar?
- Anti IgE

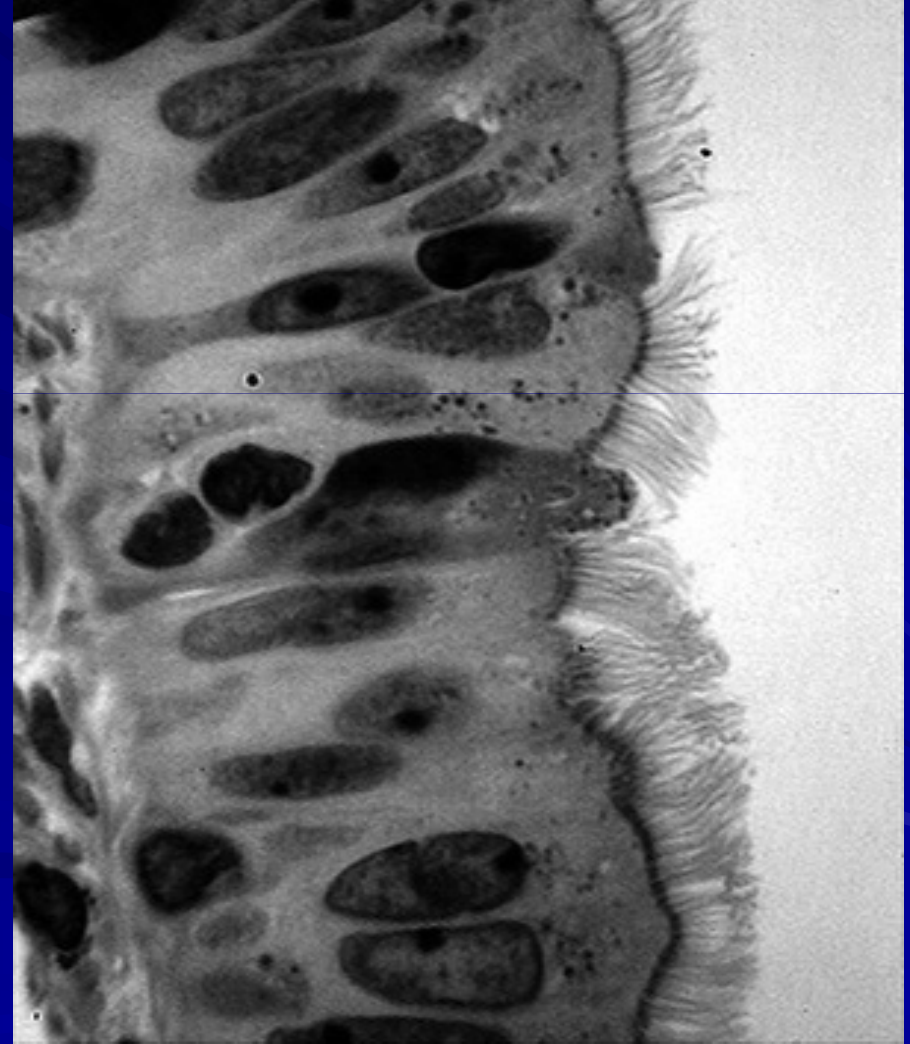
Semptom Giderici İlaçlar

- Kısa etkili beta-2 agonistler
- Sistemik steroidler
- Aminofilin
- Antikolinergikler

Steroid Tedavisinin Epitel Hasarı Üzerine Etkisi



Önce

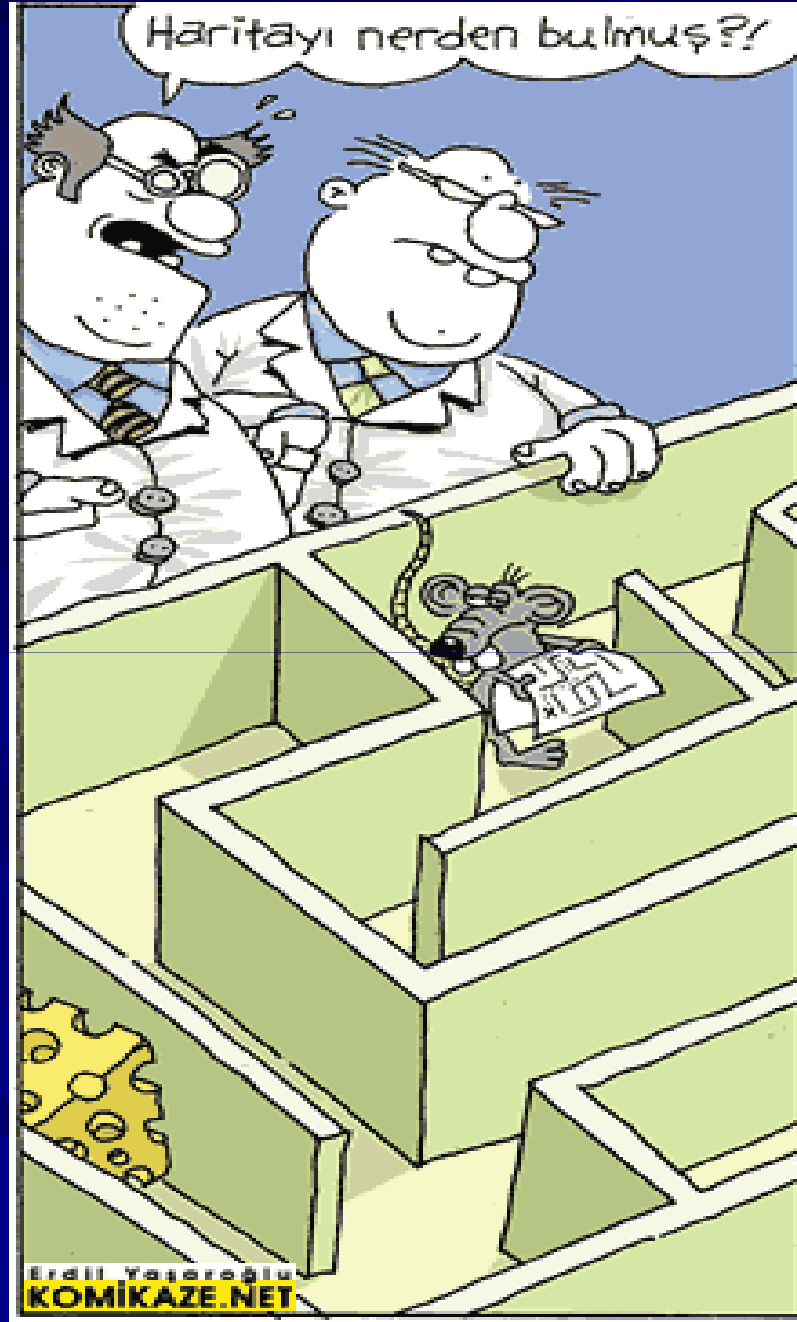


Sonra



GINA 2006 Tedavi Basamakları

1	2	3	4	5
Astım Eğitimi ve Çevresel Korunmanın Sağlanması				
Luzum halinde hızlı etkili beta 2 agonist				
Kontrol edici seçenekleri düşün	Birini seç	Birini seç	Biri veya fazlasını ekle	Biri veya fazlasını ekle
	Düşük doz ICS	Düşük doz ICS+LABA	Orta veya Yüksek doz ICS+LABA	Oral steroid (düşük doz)
	LTRa	Orta / yüksek doz ICS	LTRa	Anti-IgE
		Düşük doz ICS+LTRa	Teofilin	
		Düşük doz ICS+Teofilin		



KOAH TEDAVİ PROGRAMI

- Sigaranın bırakılması
- Çevresel ve mesleki nedenli maruz kalmanın kontrolü
- Hasta eğitimi
- Stabil KOAH tedavisi
- Atakların tedavisi

KOAH'da Tedavi Beklentileri

- Yaşam kalitesinde iyileşme,
Semptomların azaltılması,
Efora tahammülün arttırılması,
- Solunum fonksiyonlarında iyileşme,
- Progresyonun yavaşlatılması,
- Atakların azaltılması,
- Mortalitenin azaltılması,

Sigaranın bırakılması

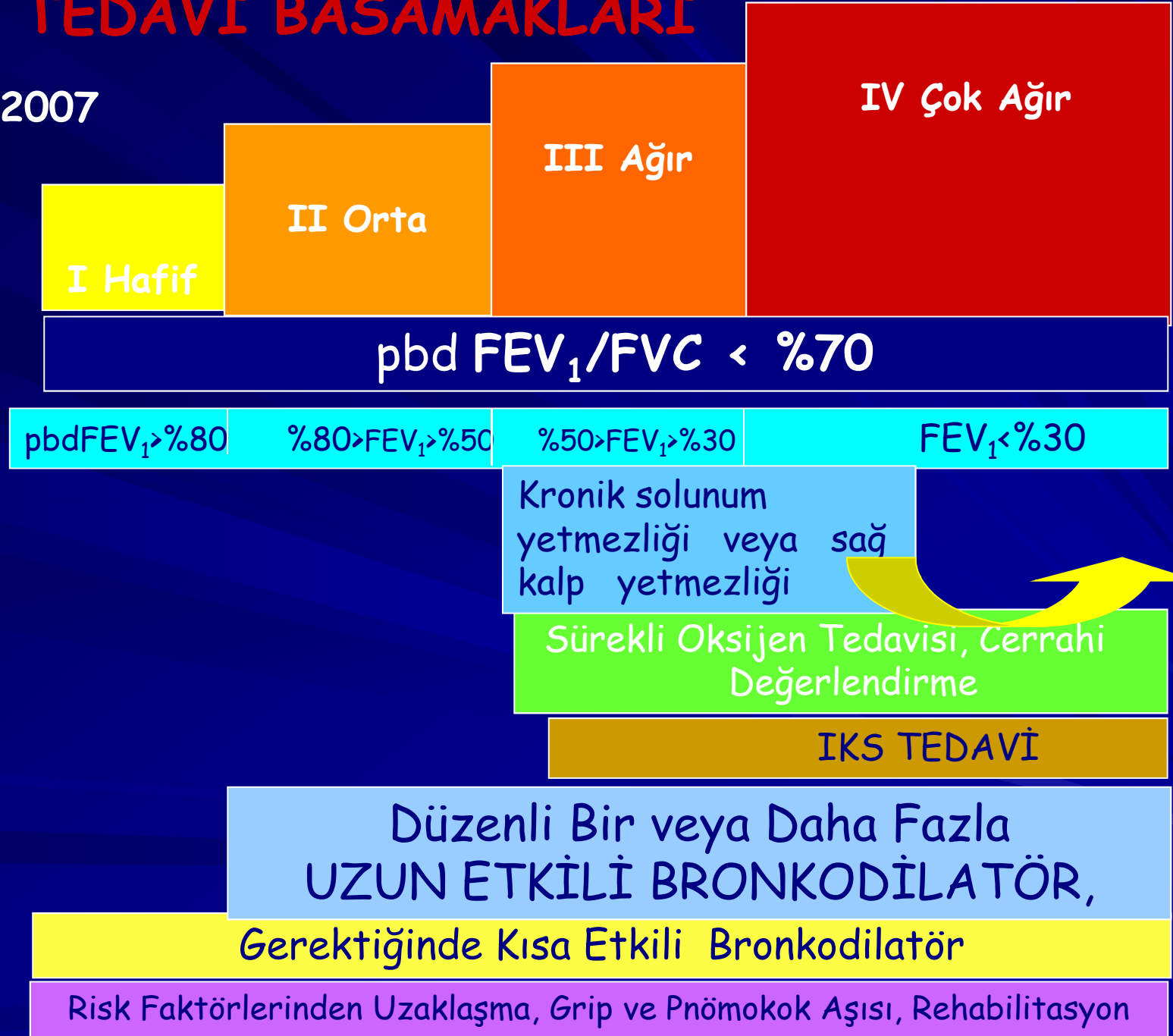


- Hekimlerin sadece 'sigarayı bırakmalısınız' önerisi bile hastaların %5'inin sigarayı bırakmasını sağlamaktadır
- Farmakolojik yaklaşım (A):
 - Nikotin yerine koyma tedavisi: nikotin sakızları, bantları, nazal sprey, inhaler
 - Nikotin dışı tedavi yaklaşımları: Bupropion, Varenicline



KOAH TEDAVİ BASAMAKLARI

GOLD 2007



ASTİM ATAĞI

- Hastalarda nefes darlığı, öksürük, hırıltılı/hışıltılı solunum, solunum güçlüğü ya da göğüste tıkanıklık gibi yakınmaların ortaya çıkması veya bu yakınmaların birkaçının giderek artması ile, solunum fonksiyonlarının ani ve ilerleyici bozulmasıdır.

ATAK NEDENLERİ

- Hekim veya hastadan kaynaklanan tedavi yetersizliği
- Tetiği çeken etkene maruziyet

Atakta riskli hasta grubu:

- Daha önce hayatı tehdit edici atak geçirme
- Son bir yıl içinde ikiden fazla hastaneye yatış veya acilen başvuru
- Ayda bir kutudan fazla kısa etkili beta 2 agonist tüketme
- Oral steroidi kullanıyor veya yeni kesmiş olma
- Ek kardiovasküler veya akciğer hastalığı
- Psikiyatrik problem veya hastalık
- Çeşitli nedenler ile tanı ve tedavi hizmetlerine ulaşamama

SINIFLAMA: Akut astım

Bulgu/Semptom	Hafif	Orta	Ağır	Çok ağır
Nefes Darlığı	Eforla artabilir	Konuşmada var Oturmak ister	Dinlenmede Öne eğilmiş	Çok huzursuz veya konfüzyon Torako- abdominal paradoks hareket Sessiz akciğer
Konuşma	Cümleler	Kısa cümleler	Kelimeler	
Bilinç	Huzursuz olabilir	Çoğunlukla huzursuz	Çoğunlukla huzursuz	
Solunum hızı	Artmış	Artmış	Çok artmış	
Yardımcı solunum kaslarının katılımı	Genelde yok	Katılır	Katılır	
Wheezing	Ekspirasyon sonunda	Ekspirasyonda	İnspirasyondada var	
Nabız/dk	<100	100-120	>120	
Pulsus paradoksus	Yok <10mmHg	10-25 mmHg	>25 mmHg	
PEF (bronkodilatör sonrası)	>80%	%60-80	<100 L/dk veya <%60	
PaO ₂ (oda havası) ve/veya PCO ₂	Normal <45 mmHg	>60 mmHg <45 mmHg	<60 mmHg >45 mmHg	
SaO ₂ % (odahavası)	>%95	%91-%95	<%90	

ASTİM: ATAK TEDAVİSİ

I Hafif

II Orta

III Ağır

IV Çok Ağır
Hayatı tehdit eden

Nedene yönelik maruziyetin ortadan kaldırılması veya tedavisi

NEBÜL VB HIZLI ETKİLİ BETA 2 AGONİST

NEBÜL İPATROPRİUM

SİSTEMİK STERÖİD

SO₂ < %90 ise OKSİJEN

Parenteral TEOFİLİN

MEKANİK VENTİLASYON

KOAH'DA ATAK TANIMI

KOAH tanısı ile takip edilmekte olan hastada varolan nefes darlığı, balgam miktarı, balgamın pürülansı, öksürük, hişiltılı solunum ve göğüste sıkışma hissinin şiddetinde artmaya **ATAK** denir.

KOAH'da Atak Nedenleri

Birinci sırada; Trakeobronşial enfeksiyonlar
Hava kirliliği

İkinci sırada: Pnömoni
Sağ ve/veya sol kalp yetmezliği
veya aritmi
Pulmoner emboli
Pnömotoraks
Solunum kas güçsüzlüğü

KOAH: ATAK TEDAVİSİ

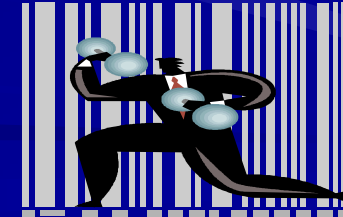
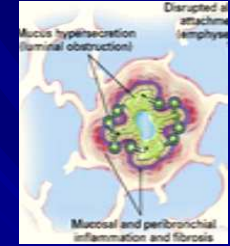
- Antibiyotikler veya nedene yönelik tedavi
- Bronkodilatörler
- Kortikosteroidler
- Oksijen Tedavisi
- Ventilasyon desteği

KOAH'DA ATAK SONUÇLARI



ÖZET ve SONUÇ

- Benzer semptomlar, farklı patogenez ve farklı klinik gidiş
- Astım ve KOAH rehberlerine uygun tanı ve tedavi öncelikle yapılır
- Gelecekte her iki hastalıkta da yeni tedavilere ve kişiye özgün düşünmeye gereksinim vardır





Dünya
KOAH
Günü
2008

