

Stan astmatyczny – wczoraj i dziś

Status asthmaticus in the past and nowadays

Wacław Droszcz

Rada Naukowa Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc

Post Dermatol Alergol 2009; XXVI, 5: 326–328

Streszczenie

Dyskutowano problemy stanu astmatycznego w odniesieniu do lat ubiegłych i obecnych. Zwrócono uwagę na istotne zmniejszenie się nasilenia tego stanu w ostatnim czasie.

Słowa kluczowe: stan astmatyczny.

Abstract

The problem of status asthmaticus in the past and nowadays is discussed. This phenomenon in the recent period has diminished markedly.

Key words: status asthmaticus.

„Stan astmatyczny jest to ciężkie, rozlane zwężenie oskrzeli, które częściowo nie ustępuje pod wpływem leczenia konwencjonalnego”.

Wacław Droszcz

Leczenie konwencjonalne jest postępowaniem zmiennym. Do niedawna było to połączenie aminofiliny z hydrokortyzonem. Obecnie może to być intensywne leczenie wziewne β_2 -agonistami drogą nebulizacji lub inhalacji przez spejser, jednocześnie połączone z podaniem glikokortykosteroidów doustnie lub dożylnie. Jak więc wynika z powyższego, definicja stanu astmatycznego opiera się na wstępnym leczeniu. Zgon z powodu stanu astmatycznego jest, na szczęście, rzadkim zjawiskiem. Mimo najbardziej fachowej opieki, ok. 1% chorych nie udaje się uratować.

Co najmniej połowa zgonów chorych w stanie astmatycznym najczęściej wiąże się z zablokowaniem drobnych oskrzeli „korkami” śluzowymi. Jest więc zgonem z asfiksji, jednak wiele danych wskazuje na to, że może również być spowodowany zaburzeniami w układzie krążenia. Sama intensywna terapia stanu astmatycznego polega na stosowaniu leków, które *per se* są arytmogenne (leki pobudzające receptory adrenergiczne β , aminofilina) lub sprzyjają hipokaliemii (hydrokortyzon w dużych dawkach).

Przyjmowanie agonistów receptorów β_2 dożylnie lub w dużych dawkach wziewnie powoduje zmniejszenie stężenia potasu w surowicy. Tym zjawiskom można do pewnego stopnia przeciwdziałać, lecz inny rodzaj zmian, wynikający ze stresu, jakim jest ostry stan choroby – martwica z węzłami skurczu mięśnia sercowego (*myocardial contraction band necrosis*), może powstać nagle, a samo leczenie może ją indukować. Przypuszcza się, że jest ona wynikiem katecholaminemii stresowej, do której dołącza się katecholaminemia lecznicza. U 10% dzieci, które zmarły w stanie astmatycznym, znaleziono wspomniane zmiany w mięśniu sercowym.

Zgon w stanie astmatycznym może być więc wynikiem asfiksji, migotania komór, martwicy mięśnia sercowego lub skojarzenia tych zmian. Rozpoznanie stanu astmatycznego jest proste i oparte na jego definicji, natomiast niezwykle ważna okazuje się jego dalsza obserwacja i określenie ciężkości [1].

Stan astmatyczny i zgon z powodu astmy są więc ściśle ze sobą związane. Dane piśmiennictwa wskazują na

Adres do korespondencji: prof. dr hab. n. med. Wacław Droszcz, ul. Sarbiewskiego 2 m. 1, 01-584 Warszawa, tel./faks +48 22 833 86 53, e-mail: w.droszcz@wp.pl

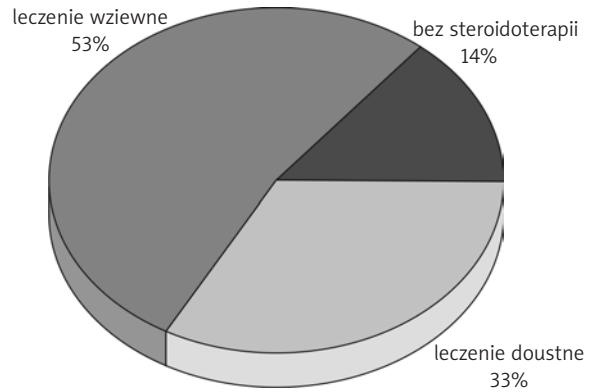
znaczne zwiększenie zachorowalności na astmę. Mimo tego, zarówno dane piśmiennictwa, jak i obserwacje własne wskazują na to, że częstość występowania stanów astmatycznych i liczba zgonów z tego powodu wyraźnie się zmniejsza (ryc. 1, 2).

Przyjmuje się, że ta korzystna tendencja wynika z lepszego leczenia astmy, w tym głównie wziewnymi glikokortykosteroidami, a pojawienie się stanu astmatycznego w trakcie takiej terapii należy wiązać z niedostatecznym ilościowo leczeniem tego typu (ryc. 3).

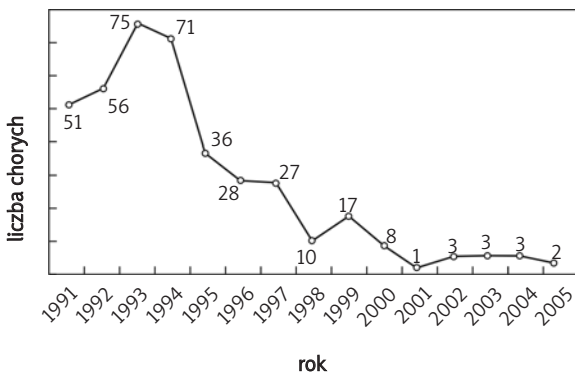
Wystąpienie stanu astmatycznego może być poprzedzane powolnym (dni) narastaniem objawów i niewróceniem bardziej intensywnego leczenia (*slow onset of asthma*). Może pojawiać się (godziny) jak „grom z jasnego nieba” (*rapid onset of asthma*). Stosunek ilościowy tych dwóch typów jest jak 5 : 1 na korzyść *slow onset of asthma*.

Rzecz w tym, że pierwszemu rodzajowi można zapobiegać przez właściwe leczenie (zwiększona ilościowa kortykoterapia), natomiast typ drugi często zaskakuje chorego i tylko oddział ratunkowy lub kompetentna ho-

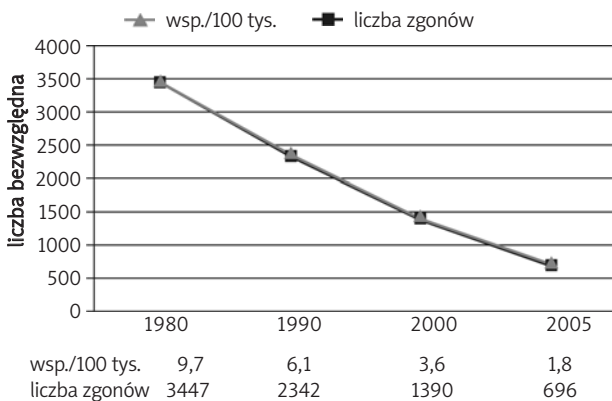
spitalizacja gwarantuje mu prawie pełne bezpieczeństwo. W typie pierwszym przyczyną stanu astmatycznego jest głównie infekcja, natomiast w drugim intensywna ekspozycja alergenowa lub stres (ryc. 4.).



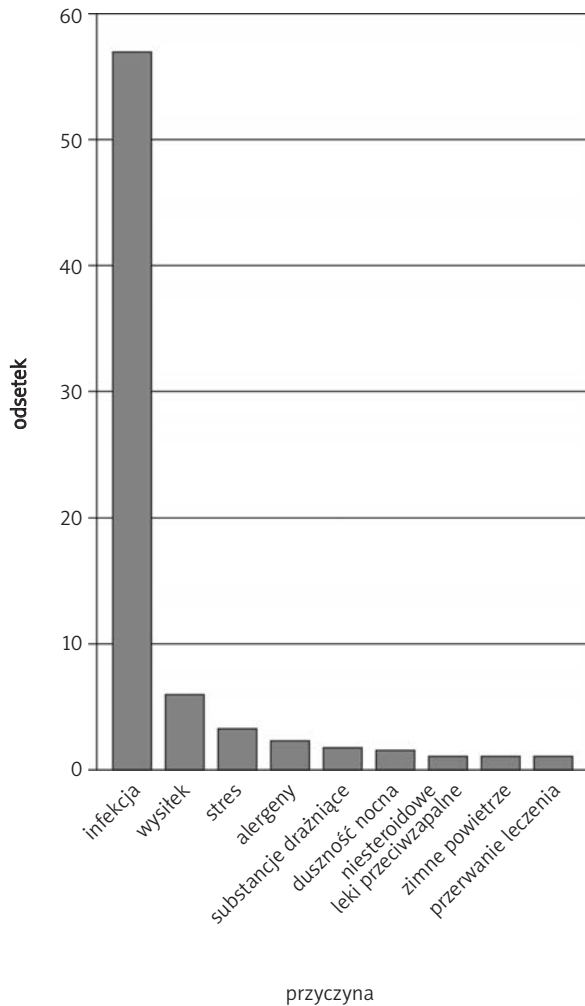
Ryc. 3. Leczenie glikokortykosteroidami przed hospitalizacją [2]



Ryc. 1. Przyjęcia chorych na astmę do Ośrodka Leczenia Stanów Astmatycznych Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego [1]



Ryc. 2. Zgony z powodu astmy, dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc



Ryc. 4. Przyczyny hospitalizacji [2]

W leczeniu stanu astmatycznego niewiele się zmieniło. W dalszym ciągu lekami pierwszego rzutu są glikokortykosteroidy (dożylnie lub doustnie – duże dawki) oraz salbutamol (wziewnie). Terapia ta może być uzupełniona aminofiliną podaną dożylnie. Szczególnie w opornych przypadkach stosuje się siarczan magnezu dożylnie (leczenie tą metodą było przeprowadzone już w 1936 r. przez lekarzy urugwajskich) [2].

Stosowanie mieszaniny tlenowo-helowej (*heliox*) nie zostało poparte przekonującymi dowodami na jej skuteczność. To samo dotyczy dożylnego leczenia montelukastem.

W krytycznych sytuacjach, które są znane, wchodzi w grę zastosowanie oddechu kontrolowanego.

Ważne jest odpowiednie poprowadzenie chorego wypisanego ze szpitala po opanowaniu stanu astmatycznego. Chory taki znajduje się w grupie ryzyka wystąpienia nawrotu i powinien być przewlekłe leczony wziewnymi glikokortykosteroidami oraz być pod opieką kompetentnego lekarza „astmologa”.

Piśmiennictwo

1. Droszcz W. Astma. PZWL, Warszawa 2007.
2. Karwat K. Wyniki terapii i dalszy przebieg choroby u pacjentów leczonych w Ośrodku Leczenia Stanów Astmatycznych. Praca doktorska, AM Warszawa 2000.
3. Rosello JC, Pla JC. Prensa Med Arg 1936.