Локальний протокол надання медичної допомоги

при бронхіальній астмі та астматичному статусі

Нозологічна одиниця: Астма бронхіальна (напад) та астматичний стан

Код МКХ 10: J45; J46

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Для бронхіальної астми (БА) характерна наявність епізодів бронхоспазму, зв'язок з перенесеною інфекцією (ГРВІ, бронхіт, пневмонія), прогресування захворювання, наявність потенційних факторів ризику розвитку бронхіальної астми (генетична схильність; фактори оточуючого середовища; фактори, що сприяють розвитку загострень та/або хронізації симптомів бронхіальної астми; алергологічний анамнез). Підтвердження діагнозу бронхіальної астми при стаціонарному лікуванні або спеціальними методами обстеження в амбулаторних умовах.

При астматичному статусі: наявність в анамнезі бронхіальної астми, епізодів бронхоспазму. Напад задухи на фоні тотального бронхоспазму або тотальної бронхообструкції ("німі легені"). Відсутність ефекту від підтримуючої терапії та додатково прийнятих β-стимуляторів.

Диспетчеру оперативно-диспетчерської служби Центру ЕМД та МК:

Обов'язково:

Прийняти виклик і діяти відповідно до алгоритму дій диспетчера.

Направити бригаду ЕМД до пацієнта з підозрою на тяжкий напад БА або астматичний статус.

Бажано: надати поради абоненту:

• надати пацієнту положення сидячи або напівсидячи;

• забезпечити доступ повітря;

• застосувати за допомогою персонального інгалятора лікарські засоби, якими пацієнт зазвичай користується при погіршенні стану;

• не застосовувати інгалятор більше 2-3 доз!

• у випадку, коли напад дихальної недостатності продовжується більше 15-20 хвилин, знайдіть медикаменти, які приймає пацієнт, або інгалятор, якщо пацієнт ним користувався і покажіть медичному працівнику бригади екстреної медичної допомоги;

• не залишайте пацієнта без нагляду.

Необхідні дії керівника бригади екстреної медичної допомоги

1. Збір анамнезу

1.1. Збір анамнезу захворювання:

1.1.1. Скарги на момент огляду.

1.1.2. Встановити час нападу.

1.1.3. Встановити тривалість бронхіальної астми та тривалість даного нападу.

1.1.4. Встановити наявність подібних станів в минулому та їх тривалість.

1.1.5. Чи почастішали напади останнім часом.

1.2. Збір анамнезу життя:

1.2.1. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.

1.2.2. З'ясувати, які лікарські засоби пацієнт прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

1.2.3. З'ясувати які лікарські засоби використовували для зняття подібних станів.

1.2.4. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

2. Проведення огляду та фізичного обстеження

2.1. Оцінка положення тіла, колір шкіри, можливість розмовляти.

2.2. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта

2.2.1. Пульс, його характеристика, АТ, аускультація серця.

2.2.2. ЧД, його характеристика, наявність дистанційних хрипів, участь в диханні додаткової мускулатури.

2.2.3. Аускультація та перкусія легень.

2.2.4. Характер мокротиння і його виділення.

3. Проведення інструментального обстеження

3.1. Пульсоксиметрія.

3.2. Реєстрація ЕКГ.

Лікувальна програма.

Напівсидяче положення, інгаляція зволоженим 100% киснем.

У випадку нападу БА оптимальною терапією являються інгаляційні лікарські засоби: глюкокортикоїди (беклометазон, флутиказон), які гальмують розвиток реакції негайного типу, зменшують вираженість запалення і набряк, покращують мукоциліарний транспорт); селективні β2-адреноміметики короткої дії (фенотерол, сальбутамол), які застосовують для зняття нападу, дія починається через 5 хвилин після введення;

Мхоліноблокатори (іпратропію бромід), який починає діяти через 20-40 хвилин, досягаючи максимуму через 1-2 години; комбіновані лікарські засоби (бородуал: β2-адреноміметик + М-холіноблокатор). Інгібітори фосфодіестерази або метилксантини (теофілін, амінофілін) менш ефективні.

Тому напад бронхіальної астми в більшості випадків повинен купірувати сам пацієнт, оскільки зазначені інгаляційні лікарські засоби є індивідуальними.

При недостатній ефективності слід додатково на догоспітальному етапі ввести амінофілін (еуфілін) 2%-5,0(10,0) мл внутрішньовенно повільно на фізіологічному розчині та глюкокортикоїди системної дії: дексаметазон 4-8 мг внутрішньовенно на фізіологічному розчині.

При астматичному статусі терапія, яка застосовується для зняття нападу бронхіальної астми, є недостатньою. Збільшення дози адреноміметиків та/або метилксантинів виявляється неефективним, а надмірна стимуляція β-адренорецепторів викликає стимуляцію і β1- рецепторів, що веде до виникнення тахікардії, аритмії, артеріальною 100 гіпотензії або гіпертензії, болю у ділянці грудей, тремору рук і всього тіла, загального збудження.

Лікувальна програма при астматичному статусі.

Обов’язкова інгаляція кисню.

Надійний зв’язок з веною (зазвичай – з периферійною).

Інфузія кристалоїдних розчинів (фізіологічний розчин 200,0 мл), яку можна поєднувати з повільним крапельним введенням еуфіліну (2%-10,0 мл), що попередить його негативні побічні ефекти.

Поліпшення реологічних властивостей крові (гепарин 5000 од., реосорбілакт або сорбілакт 200,0 мл внутрішньовенно крапельно).

Глюкокортикоїди внутрішньовенно крапельно з розрахунку 0,06-0,125 метилпреднізолону (2-4 ампули) кожні 6-8 годин.

При необхідності – інтубація трахеї та штучна вентиляція легень.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.

Зменшення явищ гострої дихальної недостатності, нормалізація

дихання та показників гемодинаміки. У випадку астматичного статусу – його

купірування, стабілізація параметрів гемодинаміки, попередження ускладнень та досягнення транспортабельності пацієнта.

Госпіталізація показана при частих, повторних нападах, виникненні ускладнень, при виникненні астматичного статусу.

Особливості госпіталізації: на ношах, напівсидячи або сидячи з можливістю опору руками та забезпечення оксигенотерапії і інфузійної терапії під час транспортування.

Подальший нагляд.

Нагляд амбулаторно-поліклінічної мережі: при неускладненому перебігу з метою корекції підтримуючої терапії.

Індикатори якості медичної допомоги:

1. Наявність у структурному підрозділі локального протоколу надання медичної допомоги при бронхіальній астмі та астматичному статусі і доступність його медичним працівникам.

2. Відсоток пацієнтів з БА та астматичним статусом, які госпіталізовані до стаціонару від числа всіх пацієнтів.

3. Відсоток пацієнтів, переданих під нагляд амбулаторнополіклінічної мережі з числа залишених на місці виклику.

4. Відсоток повторних викликів.