

بسم الله الرحمن الرحيم

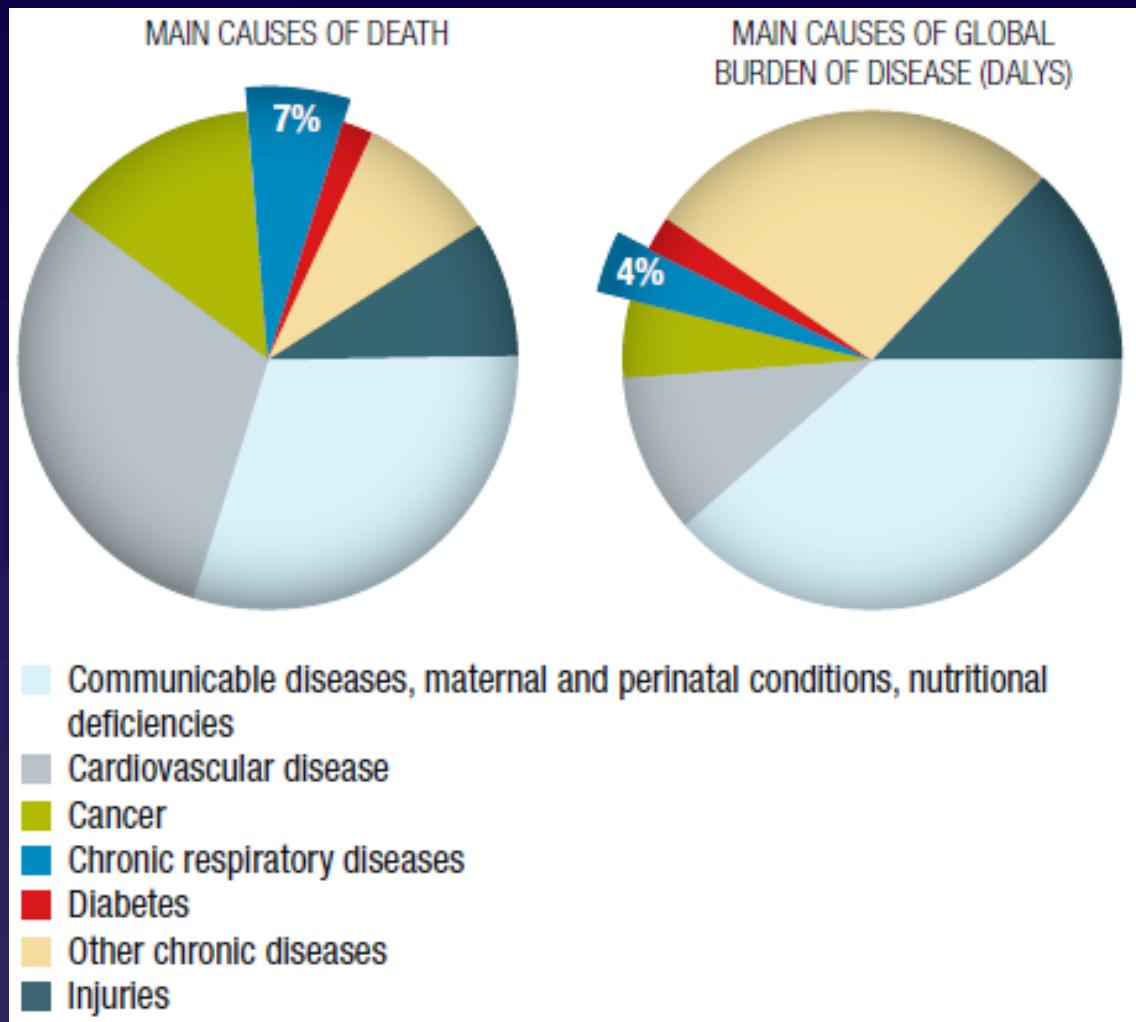


برنامه پیشگیری و کنترل آسم در شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC)

اپیدمیولوژی بیماریهای مزمن تنفسی (CRD)

- بیش از ۱.۵ میلیارد نفر مبتلا در سراسر جهان به بیماری های مزمن تنفسی مبتلا هستند.
- سالانه بیش از ۴ میلیون مورد مرگ در اثر CRD در دنیا رخ می دهد.
- CRD چهارمین علت مرگ در جهان در سال ۲۰۱۰ بوده و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰ سومین علت مرگ در دنیا شود.

Projected global deaths and disability-adjusted life years (DALYs) in 2005



اپیدمیولوژی بیماری آسم

- بیش از ۳۰۰ میلیون نفر از مردم دنیا به بیماری آسم مبتلا هستند که جمعیت قابل توجهی از آنان را کودکان و نوجوانان تشکیل می دهند.
- پیش بینی می شود که طی یک دهه آینده صد میلیون بیمار آسمی به بیماران فعلی اضافه گردد.
- سالانه حدود ۳۵۰ هزار نفر به علت این بیماری جان خود را از دست می دهند.

اپیدمیولوژی بیماری آسم

- آسم شایعترین بیماری مزمن دوران کودکی و شایعترین علت بستری در بیمارستان در این سنین و نیز شایعترین علت غیبت طولانی از مدرسه است.
- بر اساس مطالعات انجام شده در کشور ما شیوع علائم آسم در جمعیت کودکان و نوجوانان حدود ۱۳٪ است.
- در یک بررسی در شهر تهران شیوع علائم آسم تا ۳۵٪ گزارش شده است.

بار اقتصادی بیماری آسم

- مجموع هزینه های مستقیم و غیر مستقیم ناشی از بیماری آسم در یک کودک به طور متوسط سالانه ۱۴۰۰/۰۰۰ تومان و در یک فرد بزرگسال معادل ۱۸۰۰/۰۰۰ تومان می باشد.
- مجموع هزینه های ناشی از بیماری آسم در کشور سالانه حدود ۸۰۰۰ میلیارد تومان تخمین زده می شود و با کنترل مطلوب آسم در بیماران، مجموع هزینه های ناشی از این بیماری را می توان به میزان حداقل یک سوم کاهش داد.

CRD Risk Factors

Inhaled allergens

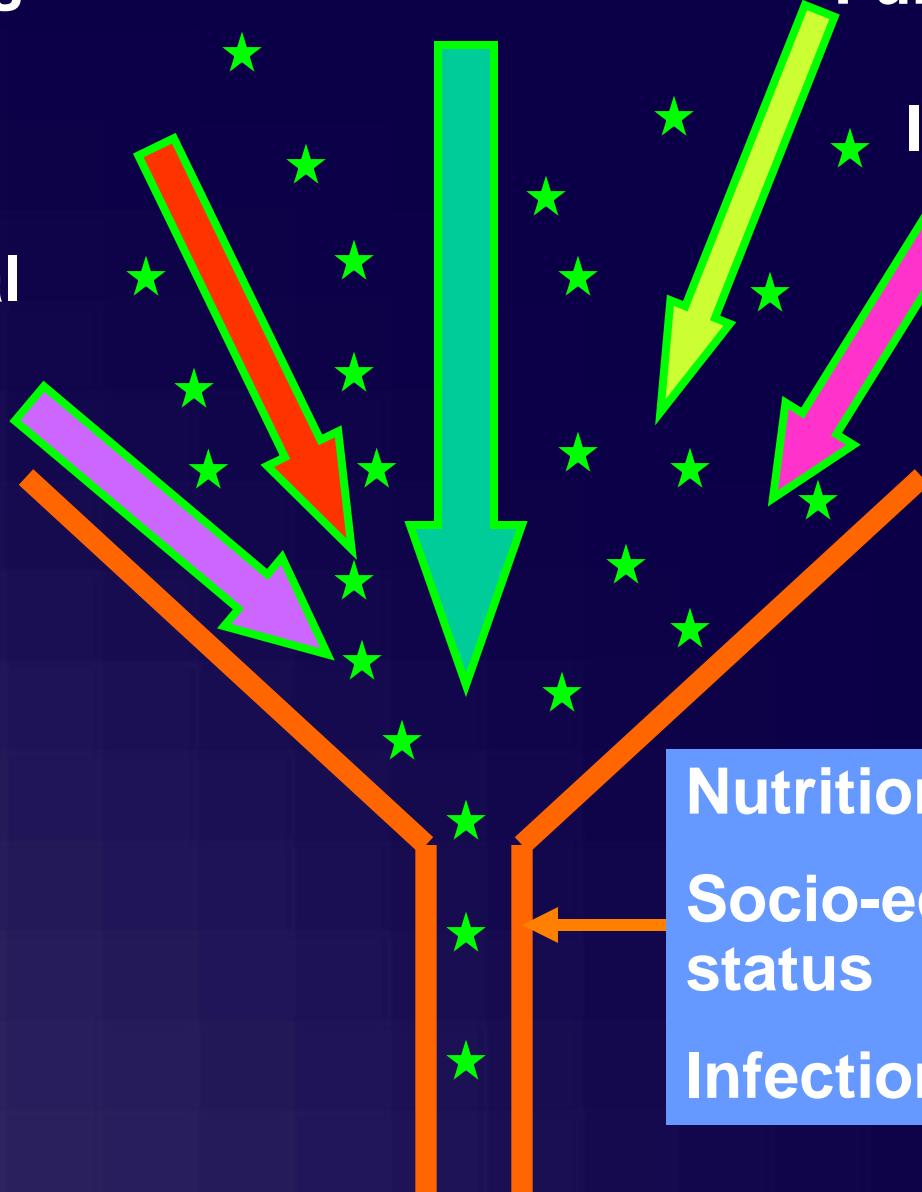
Smoking

Fumes/gases

Occupational
dusts

Indoor/outdoor
pollution

Nutrition
Socio-economic
status
Infections



برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماریهای مزمن تنفسی

با توجه به نقشه سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که کاهش بار ناشی از بیماری های مزمن تنفسی (آسم و COPD) به میزان ۵٪ در برنامه ۵ ساله نسبت به سال پایه پیش بینی شده است؛ واحد بیماریهای مزمن تنفسی مرکز مدیریت بیماریهای غیرواگیر نخستین برنامه راهبردی ۵ ساله (۱۳۹۲-۱۳۹۶) پیشگیری و کنترل آسم و COPD را با بهره گیری از نظرات کارشناسان و متخصصان تدوین نمود.

راهبردها

- افزایش دانش همگانی در خصوص آسم و COPD و عوامل خطر ساز آنها.
- ایجاد نظام ثبت و مراقبت آسم و COPD.
- استاندارد سازی خدمات تشخیص، درمان و مراقبت آسم و COPD در نظام سلامت کشور.
- افزایش همکاری های بین بخشی و کنترل عوامل خطر.

تشخیص درمان و مراقبت آسم در PHC

هدف کلی : پیشگیری و کنترل آسم و کاهش عوارض ناشی از آن

اهداف اختصاصی :

- شناسایی و تشخیص صحیح بیماران مبتلا
- درمان مناسب بیماران
- پیگیری و مراقبت بیماران
- آموزش و توانمند سازی بیماران جهت خود مراقبتی
- آموزش افراد در معرض خطر

وظایف مراقب سلامت/بهرورز

- ارزیابی افراد واجد شرایط از نظر ابتلا به بیماری آسم
- ارجاع افراد مشکوک به بیماری به پزشک جهت تائید یا رد بیماری
- ثبت مبتلایان به بیماری (تائید شده توسط پزشک) در فرم مراقبت و پیگیری بیماران
- پیگیری و مراقبت بیماران مبتلا مطابق دستورالعمل

وظایف مراقب سلامت/بهورز

- آموزش بیماران و خانواده های ایشان و افراد در معرض خطر
- ثبت و گزارش دهی اطلاعات
- انجام دوره های بعدی غربالگری براساس تواتر زمانی تعریف شده در دستورالعمل
- درمان اولیه بیماران مراجعه کننده با حمله بیماری مطابق دستورالعمل و ارجاع فوری به پزشک

وظایف پزشک

- پذیرش افراد مشکوک ارجاع شده از سطح اول و تایید یا رد بیماری
- درمان بیماران مبتلا طبق دستورالعمل
- پیگیری ومراقبت بیماران طبق دستورالعمل
- آموزش بیماران و خانواده های آنها

وظایف پزشک

- ارائه پس خوراند به سطح اول
- ارجاع به سطح سوم برای افراد دارای اندیکاسیون طبق دستورالعمل
- نظارت بر اجرای برنامه
- ثبت و گزارش اطلاعات به مرکز بهداشت شهرستان
- همکاری در انجام پژوهش ها

بیماریابی آسم توسط بهورز / مراقب سلامت

ارزیابی گروه هدف با سوالات زیر:

- وجود علائم آسم طی یک سال گذشته شامل سرفه بیش از ۴ هفته، خس خس سینه مکرر و یا تنگی نفس (به ویژه پس از فعالیت فیزیکی یا متعاقب عفونت های تنفسی)
- سابقه تشخیص بیماری آسم توسط پزشک
- تجویز اسپری استنشاقی توسط پزشک طی یک سال گذشته

ارزیابی افراد مشکوک توسط پزشک

- شرح حال
- معاینه بالینی
- ارزیابی عملکرد ریوی

شواهد بالینی مطرح کننده آسم

- وجود خس خس سینه، سرفه، تنگی نفس، احساس فشار در قفسه سینه به ویژه اگر این علائم مکرر و عودکننده باشند ، در شب و اوایل صبح بدتر شوند ، متعاقب ورزش یا آغازگرهای دیگر نظیر سرما، حیوانات خانگی، هوای مرطوب، دود ،بوی تند، هیجانات،... ایجاد و یا بدتر شوند ، در شرایط غیر از سرماخوردگی نیز رخ دهند.
- سابقه فردی یا خانوادگی آتوپی
- وجود ویزینگ منتشر در سمع ریوی

شواهد بالینی که احتمال آسم را کاهش می دهند

- بیمار فقط دارای سرفه خلط دار، بدون خس خس سینه یا تنگی نفس باشد.
- زمانی که بیمار علامت دار است، در معاينه فیزیکی به طور مکرر نکته ای یافت نشود.
- علائم فقط در زمان سرماخوردگی وجود داشته باشد.
- سابقه طولانی مدت مصرف سیگار

شواهد بالینی که احتمال آسم را کاهش می دهند

- زمانی که بیمار علامت دار است، اسپیرومتری یا پیک فلومتری طبیعی باشد.
- تظاهرات بارز سیستمیک (تب، کاهش وزن، درد عضلات، ...)
- تنگی نفس مداوم و غیر متغیر
- دارای شواهد بالینی به نفع تشخیص های افتراقی باشد.

ارزیابی عملکرد ریوی



▪ اسپیرومتری یا پیک فلومتری قبل و پس از مصرف سالبوتامول استنشاقی (جهت ارزیابی برگشت پذیری انسداد راه های هوایی)

دسته بندی بیماران براساس ارزیابی های بالینی و پاراکلینیکی

- ارزیابی بالینی و پاراکلینیکی مطرح کننده بیماری آسم : شروع درمان بیماری آسم
- ارزیابی بالینی قویا مطرح کننده آسم و عدم تایید بیماری در ارزیابی عملکرد ریوی : شروع درمان آزمایشی (trial) آسم
- ارزیابی بالینی مشکوک به آسم و عدم تایید بیماری در ارزیابی عملکرد ریوی : بررسی تشخیص های افتراقی و در صورت نیاز ارجاع به سطوح تخصصی

درمان آسم

درمان جایگزین	درمان انتخابی نگهدارنده	مرحله درمان
----	لازم نیست	پله اول Step I
Leukotriene Modifiers کرومولین سدیم **	استروئید استنشاقی با دوز کم	پله دوم Step II
استروئید استنشاقی با دوز متوسط یا استروئید استنشاقی بادوز کم به اضافه Leukotriene Modifiers یا استروئید استنشاقی با دوز کم به اضافه تئوفیلین پیوسته رهش	استروئید استنشاقی با دوز کم به اضافه بتا آگونیست استنشاقی طولانی اثر *	پله سوم Step III
	استروئید استنشاقی با دوز متوسط یا زیاد به اضافه بتا آگونیست استنشاقی طولانی اثر * به اضافه یکی از موارد زیر اگر نیاز باشد: - تئوفیلین پیوسته رهش - Leukotriene Modifiers	پله چهارم Step IV
	یکی از موارد زیر را به درمان های قبلی اضافه کنید: - استروئید خوراکی (کمترین دوز) - درمان با Anti-IgE *	پله پنجم Step V

پیگیری و مراقبت بیماران

ارزیابی کلیه بیماران یک ماه پس از شروع درمان توسط پزشک و بررسی فاکتورهای خطر و تعیین سطح کنترل بیماری :

- کنترل کامل : ادامه درمان و ویزیت مجدد دو ماه بعد
- کنترل نسبی : بررسی علل عدم کنترل و در صورت نیاز افزایش مرحله درمانی با دوز متوسط استروئید و ویزیت مجدد یک ماه بعد
- کنترل نشده : ارجاع به سطوح بالاتر

سطح کنترل آسم

کنترل نشده	کنترل نسبی (وجود هر یک ازمودار زیر در هفته)	کنترل کامل (همه موارد زیر)	معیار ها
سه مورد یا بیشتر از معیار های کنترل نسبی در هر هفته	بیشتر از ۲ بار در هفته	هیچ (۲بار یا کمتر در هفته)	علائم روزانه
	وجود دارد	وجود ندارد	حدودیت فعالیت
	وجود دارد	وجود ندارد	علائم شبانه (بیدار شدن از خواب)
	بیشتر از ۲ بار در هفته	هیچ (۲بار یا کمتر در هفته)	نیاز به داروی سریع الاثر (سالبوتامول)
	کمتر از ۸۰ درصد مورد انتظار برای هر فرد	طبیعی	عملکرد ریوی (PEF)

موارد ارجاع به سطوح تخصصی

- ابهام یا شک در تشخیص
- بروز آسم در سنین کمتر از یک سال و بالای ۶۵ سال
- پاسخ ضعیف یا عدم پاسخ به درمان های معمول (به ویژه نیاز به بتا آگونیست طولانی اثر یا مصرف مکرر استروئیدهای خوراکی)
- در مواردی که تست های تشخیصی اضافی مورد نیاز باشد مثل تست پوستی و

موارد ارجاع به سطوح تخصصی

- کاهش مرحله درمانی در بیماری که بتا آگونیست طولانی اثر مصرف می کند. (از مرحله ۳ و بالاتر جهت تصمیم گیری برای قطع بتا آگونیست طولانی اثر)
- اضطراب شدید والدین یا نیاز به اطمینان بخشی، عدم همکاری بیمار و خانواده وی در درمان علیرغم آموزش توسط پزشک.
- پولیپ بینی
- آسم در بارداری

موارد ارجاع به سطوح تخصصی

- آسم همراه با دیابت، بیماری قلبی عروقی، گلوکوم، وجود شواهد واسکولیت.
- بیماران مشکوک به آسم شغلی.
- حساسیت به داروهای مسکن (NSIADs).

پیگیری و مراقبت بیماران

بهورز/مراقب سلامت باید بیماران مبتلا به آسم را به صورت ماهانه پیگیری و مراقبت نماید و در هر بار مراجعه اقدامات زیر را انجام دهد :

- تعیین سطح کنترل بیماری و ارجاع بیماران کنترل نسبی و کنترل نشده به پزشک
- آموزش بیمار و خانواده وی در خصوص پیشگیری و کنترل آسم و نحوه مصرف صحیح داروها و استفاده از وسایل کمک درمانی و خود مراقبتی (نظیر پیک فلومتر و Spacer)

فرایند اجرایی ارزیابی و کنترل بیماری آسم توسط مراقب سلامت/بهورز



فرآیند درمان و مراقبت بیماری آسم توسط پزشک





با سپاس از توجه شما