

جامعة المنارة

كلية: الصيدلة

اسم المقرر: الصيدلة السريرية وصيدلة المشافي (عملي) - د. عفراء زريقي

عنوان الجلسة

الربو Asthma



جدول المحتويات

Contents

رقم الصفحة	العنوان
2	الحالة السريرية
4	الحالة السريرية

امرأة عمرها 31 عام تأتي لاستشارة الطبيب في الإسعاف استيقظت المريضة في الليل نتيجة سعال وصعوبة كبيرة في التنفس المرأة حامل في الشهر الرابع ولا تخضع لأي معالجة دوائية، بالاستجواب تبين أنها هناك سوابق للربو في عائلة المريضة لكن المريضة شخصياً لم تبد أي نوبة ربو .  
بالفحص السريري تبين وجود صعوبة تنفس خفيفة لكن واضحة أصوات صفير تتظاهر بالشهيق وتمدد ضعيف بالصدر ضغطها الشرياني 82/115 mmHg ونبض القلب 110 ضربة بالدقيقة. تم تشخيص أول نوبة ربو .  
الأسئلة:

س1: أي نمط من المعالجة المضادة للربو يمكن أن توصف لهذه المريضة؟

1. ولا نمط
2. التيوفيللين مديد التحرر كخيار أول
3. السالبوتامول لأنه لا يعبر الحاجز المشيمي
4. كروموجلوكات الصوديوم لوحده
5. مقلد  $\beta_2$  بالطريق الاستنشاقى عند الحاجة

المعالجة بالسالبوتامول بخاخ بجرعة 1 إلى 2 بخة 100 مكغ في حال النوبة قابلة للتجديد مرة واحدة عند الحاجة بعد عشر دقائق تبين أنها فعالة بعد ثلاثة أشهر جاءت المريضة إلى الصيدلية كانت قلقة لأن نوباتها التي كانت نادرة في البداية (حوالي 3 نوبات/الشهر) والتي كانت تتراجع فوراً بالمعالجة بالسالبوتامول يزداد تكرارها أكثر فأكثر (حوالي نوبتين/الأسبوع) وخاصة في الليل وتتطلب دائماً تجديداً بخي السالبوتامول بعد النوبة

س2: ما هو موقفكم تجاه هذه المريضة؟ وأي نصائح يمكن أن تعطوها لها؟

تعود المريضة للاستشارة وقد ساءت حالتها بشكل كبير .

س3: ما هي المعالجة التي يجب تطبيقها؟

1. يجب معايرة التراكيز البلاسمية للسالبوتامول من أجل ضبط الجرعة
2. يجب (إجبارياً) استعمال السالبوتامول بشكل منتظم للوقاية المستمرة
3. معالجة بالكورتيزونات الاستنشاقية بالإضافة إلى مقلد  $\beta_2$  عند الحاجة
4. يجب إيقاف السالبوتامول واستبداله بالتريبتالين
5. يمكن إضافة الكيتوتيفين فمويًا عند الحاجة إلى المعالجة

بسبب تفاقم الربو عند المريضة تم تعديل المعالجة من قبل الطبيب لتتضمن:

200 Budesonide مكغ (بخة صباحاً ظهراً مساءً) مع Salbutamol بخاخ في حال النوبة 100 مكغ (1 - 2) بخة قابلة للتجديد مرة واحدة عند الحاجة بعد 10 دقائق. كانت المعالجة فعالة لكن المريضة الآن تشكو من رجفان وإنتان فطري فموي.

س4: أي من العبارات التالية تعتبر صحيحة؟

1. الرجفان ناتج عن الكورتيزون
2. يمكن الوقاية من الإنتان الفطري الفموي بغسل الفم دائماً بعد استعمال الكورتيزون بالطريق الإستنشاقى
3. يمكن الوقاية من الإنتان الفطري الفموي باستعمال غرفة استنشاق عند إعطاء مقلد  $\beta_2$
4. ال Budesonide يجب أن لا يعطى عند هذه المرأة الحامل
5. يمكن استبدال مقلد  $\beta_2$  آخر بالسالبوتامول

تم السيطرة على وضع المريضة بشكل متوازن حتى الولادة بهذه المشاركة سالبوتامول + بوديزونيد  
س5: أثناء الولادة:

1. يجب إيقاف السالبوتامول
2. يجب إيقاف البوديزونيد حوالي الأسبوع قبل الولادة
3. يجب إعطاء البريدنيزون أو البريدنيزولون بالطريق الفموي بجرعة 1 ملغ/كغ عند نقل المريضة إلى غرفة الولادة ومن ثم 20 ملغ/يوم خلال 5 أيام.
4. يتم إعطاء 100 ملغ من الهيدروكورتيزون بالطريق العضلي عند الانتقال إلى غرفة التوليد ومن ثم 100 ملغ كل 8 ساعات خلال 24 ساعة
5. يتم إجراء تخدير قطبي

حالة سريرية

مريضة عمرها 38 عام أم لطفلين بدون سوابق خاصة لديها ربو منذ طفولتها الصغيرة تتلقى معالجة يومية بالـ Formoterol الثيوفيللين والـ beclomethazone تأتي إلى الإسعاف بسبب نوبة ربو تفرقت شديداً.

بالإستجواب تبين أنه حدث لديها في الماضي عدة مرات حالات تفاقم حادة وخطيرة للربو مع فترات متعددة تناولت فيها الكورتيزونات بالطريق الفموي مع قضاء فترات في المشفى وتذكر المريضة أنها تلقت خلالها تسريب وريدي لعدة أيام

تزايد تكرار النوبات عندها منذ 3 أيام مما قاد المريضة إلى إضافة السالبوتامول بخاخ لمعالجتها طويلة الأمد حتى أنها استعملت في الصباح عبوة كاملة من هذا الدواء ترافق هذا التفاقم مع متلازمة رشح مع حرارة وآلام مفصالية وعضلية خلال الفحص السريري كانت المريضة قلقة لكنها هادئة

لديها تسرع نفس 33 مرة/دقيقة (الطبيعي أقل من 25/د)، تسرع قلب 105 ضربة/دقيقة (الطبيعي 60-100/د)، الضغط الشرياني 70/120 mmHg، لون الجلد طبيعي، الصدر منتفخ مع تمدد للبطن عند الشهيق واستعمال العضلات التنفسية للعنق. بالتسمع تبين وجود خرخرة (حشرجة) مع صفير ثنائية الجانب ومنتشرة. التصوير الشعاعي للصدر بين كون الصدر متمدد مع عدم وجود عيوب جنينية أو بارانشيمية، تخطيط القلب الكهربائي طبيعي باستثناء تسرع القلب الجيبي الـ PEF = 180 لتر/دقيقة ، غازات الدم الشرياني:

pH=7.42 ، PaCO2= 36 mmHg ، Pa O2=55 mmHg الطبيعي(75-100) ،

الأسئلة:

س1: من بين العناصر التالية أيها تعتبر من معايير خطورة نوبة الربو الحادة؟

1. تسرع النفس لـ 33 مرة/دقيقة
2. تسرع القلب لـ 110 ضربة/دقيقة
3. انخفاض التوتر الشرياني أثناء الشهيق بـ 15 mmHg
4. ضغط الأوكسجين 55 mmHg
5. الـ PEF= 180 L/min

س2: من بين الاقتراحات التالية بخصوص التدبير العلاجي المبدئي للمريضة السابقة أيها يبدو لك صحيحاً؟

1. القبول في المشفى لا بد منه
2. القبول في وحدة العناية المشددة أو الإنعاش يعتبر مبرراً
3. إعطاء السالبوتامول بالطريق الوريدي يعتبر ضرورياً
4. إعطاء الكورتيكوستيروئيدات بالطريق الوريدي يعتبر ضرورياً

5. إعطاء الأوكسجين بتدفق منخفض بسبب خطورة زيادة ضغط الـ Co2 في الدم

س3: من بين الخطط العلاجية الأولية التالية أيها يبدو لك صحيحاً؟

1. سالبوتامول بالإرذاذ مع الأوكسجين 8L/min مع تجديدها بشكل مستمر خلال ساعة ومن ثم إعطاء الكورتيزونات بالطريق الفموي أو الوريدي تبعاً للاستجابة
2. سالبوتامول بالإرذاذ مع الأوكسجين 8L/min + كورتيزونات بالطريق الوريدي مع إمكانية تجديدها كل 6 ساعات
3. سالبوتامول بالطريق الوريدي + أمينوفيللين بالسيرنج الكهربائي + كورتيزونات بالطريق الوريدي مع إمكانية تجديدها كل 6 ساعات
4. سالبوتامول بالطريق الوريدي + سالبوتامول بالإرذاذ مع الأوكسجين 8L/min مع تجديدها بشكل مستمر خلال ساعة + كورتيزونات بالطريق الوريدي مع إمكانية تجديدها كل 6 ساعات
5. تربوتالين بالإرذاذ مع الأوكسجين 8 L/min مع التجديد بشكل مستمر خلال 30 دقيقة + متيل بريدنيزولون حقن وريدي مباشر مع وصف لاحق لـ 60 ملغ وريدي كل 6 ساعات

س4: من بين الاقتراحات التالية بخصوص التدبير العلاجي للربو الحاد الخطير بعد تطور إيجابي خلال الـ 48 ساعة الأولى، أي من الاقتراحات التالية تبدو لك صحيحة؟

1. المتابعة بالطريق الفموي للكورتيزونات الوريدية يتم بشكل عام عندما يرتفع الـ PEF إلى أعلى من 450 L/min
2. إضافة ضبوب مضاد كوليني يسمي بتسريع خفض جرعات مقلد 2β المستعملة ويجب إضافته تلقائياً من اليوم الثاني
3. معالجة فيزيائية متعلقة يمكن أن تساهم في تحسين التبادل الغازي
4. إعطاء الكورتيزونات (ذات التحرر المديد) بالطريق العضلي يمكن أن يبسط سحب الكورتيزونات عند بعض المرضى
5. يمكن في بعض الحالات الانتقال مباشرة من المعالجة بالكورتيزونات بالطريق الوريدي إلى المعالجة بالطريق الاستنشاقى بجرعة قوية

في حال التطور السلي بالرغم من التدبير المبدئي المطبق بشكل جيد يمكن استعمال التهوية الميكانيكية في الربو الحاد الخطير لكنها تتوافق مع نسبة وفيات ومضاعفات كبيرة

س5: من بين الاقتراحات التالية أيها يبدو لك صحيحاً؟

1. تفاقم الحمض التنفسي (pH=7.10) مع المعالجة الموسعة القصبية الأعظمية يعتبر مؤشراً رئيسياً لضرورة اللجوء إلى التهوية الميكانيكية المساعدة
2. المحافظة على توازن مائي سلي (خفض المدخول = خفض كمية السوائل الداخلة إلى جسم المريض) يعتبر مفيداً واللجوء إلى الأدرينالين الوريدي يعتبر إجراء روتينياً
3. المحافظة على PaCO<sub>2</sub> طبيعي يعتبر هدف رئيسي للتهوية الميكانيكية المساعدة خلال الربو الحاد الخطير
4. استطباب التهوية الميكانيكية المساعدة في الربو يعتمد بشكل رئيسي على المعايير السريرية
5. استعمال التهوية الميكانيكية المساعدة هو أحد الفترات الأكثر خطورة

تظهر المريضة وصفتها للمعالجة الطويلة الأمد (معالجة وقائية) تتضمن هذه الوصفة بالإضافة إلى سالبوتامول في حال النوبة:

- Formoterol مقلد 2β طويل المفعول بالطريق الاستنشاقى: كبسولة مسحوق جاف للاستنشاق صباحاً  
 beclomethazon كورتيزون بالطريق الاستنشاقى: 125 مكغ بختين صباحاً ومساءً  
 ipratropine bromure مضاد كوليني: بختين صباحاً ومساءً  
 cefuroxime (صاد حيوي): مضغوطة صباحاً ومساءً خلال 10 أيام في حال تفاقم الربو بحيث يتطلب زيادة جرعة السالبوتامول

س6: أعط تعليقا على هذه الوصفة بأربع نقاط رئيسية بخصوص المعالجة المضادة للربو والصاد الحيوي