

Asthma bronchiale

• Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium •

Az irányelvet összeállította: dr. Cserhádi Endre

Definíció és alapvető megállapítások

Definíció

Az asztma a légutak krónikus gyulladással megbetegedése; a folyamat létrehozatalában számos sejt- és sejtelem – elsősorban a hízósejt, az eozinofil sejt és a T-lymphocyta – játszik szerepet. Az érzékenységet mutató egyéneknél a gyulladás ismétlődő nehézlégzéses epizódokat, légzési zavart, mellkasi szorító érzést hoz létre, ehhez köhögés csatlakozik, ami leggyakrabban éjjel vagy korán reggel jelentkezik. Ezen tünetek mellett észlelhető a kiterjedt, de mértékében változó légáramlási zavar, pontosabban a légáramlás beszűkülése. Ez legalábbis részben akár spontán, akár kezelés hatására megszűnik. A gyulladás létrehozza és fenntartja azt a légúti túlérzékenységet (hiperreaktivitást), mely különböző külső ingerek hatására jelentkezik.

Gyakoriság

Fiúknál 1,5–2-szer gyakrabban fordul elő, mint lányoknál. A pubertás tájékán azonban a fiúknál bekövetkező gyakoribb remisszió következtében a nemek közötti különbség megszűnik. A betegség világszerte rohamosan vált gyakoribbá; kérdőíves felmérések szerint a gyermekek 1,6–36%-ánál fordul elő.

Magyarországon mértéktartó, a betegek vizsgálatán alapuló felmérések szerint a gyermekek 2–5%-a szenved ebben a betegségben.

Kórok

Az asztma kialakulására és az exacerbációk megjelenésére ható főbb okok: genetikai hatások, a méhen belüli életben történő érintkezés allergénekkal, lélegeztetett újszülötteknél és koraszülötteknél kialakuló tüdőkárosodás, vírusmegbetegedések (RS-vírus, rhinovírus, adenovírus stb.), allergének (lásd I. táblázat), légszennyeződés (SO₂, NO₂, O₃, környezeti dohányzás, dízel-kipufogógázok koromszemcséi), jelentősebb meteorológiai változások, fizikai terhelés (elsősorban futás), érzelmi stressz (főleg nagyobb gyermekeknél), cirkadiánritmus-változás (legtöbb panasz késő éjjel, kora hajnalban).

I. táblázat Főbb allergénforrások

(dőlt betűvel jelöltük a Magyarországon előforduló legjelentősebb allergéneket)

Csoport	Példa
<i>Légúti allergének</i>	
■ fa pollen	éger, nyírfa, mogyoró, olíva
■ fű pollen	<i>angol perje, tarackfű, réti komócsin</i>
■ gyom pollen	útifű, <i>parlagfű, üröm</i>
■ penészgombák	<i>Aspergillus, Cladospora, Alternaria</i>
■ állati szőr, testváladék	<i>macska, kutya, ló, nyúl, tengerimalac, hörcsög</i>
■ madártoll	<i>papagáj, galamb, csirke, kacs, liba</i>
■ házipor-atka	<i>Dermatophagoides pteronyssinus, D. farinae, tárolási atkák</i>
<i>Ízeltlábúak</i>	svábbogár (jelenleg még ritkán jelent hazánkban allergént)
<i>Ételallergének</i>	<i>tej, tojás, sajt, szója, búza, csokoládé, hal, kagyló stb.</i> citrusfélék (narancs, citrom)
<i>Egyéb főbb allergének</i>	
■ gyógyszerek	
■ rovarcsípés (<i>méh, darázs</i>)	
■ foglalkozási allergének	

Megalapozott bizonyítékok szerint a magas technikai civilizáció, az ún. „nyugati típusú életmód” vagy „higiénia” teóriának nevezett túlzott tisztaság (a gyermekek megóvása az infekcióktól, a védőoltások elterjedtsége, a környezeti szennyeződés, a manipulált ételekkel való táplálás, az egyénre ható bonyolult kémiai anyagok stb.) immunrendszerünket modifikálja. A fertőzések elleni T-helper-1 típusú sejtek dominanciája helyett a T-helper-2 típusú, az asztmát elősegítő sejtek és az általuk termelt citokinek túlsúlya alakul ki. Ugyanakkor a T-helper-3 és a T-reguláló-1-es sejtek (citokinjeikkel együtt) immuntoleranciát alakítanak ki és az allergiás gyulladás ellen hatnak.

Patológiai elváltozások a hörgőkben

- Hörgősimaizom hipertrófiája és görcsös állapota.
- Vasodilatatio, ödéma és sejtes infiltrátum a mucosában és submucosában.
- Bazálmembrán-vastagodás, kehelysejtek számának növekedése, epithelsejtek leválása.
- Nyákdugók a bronchuslumenben (besűrűsödött nyák, plazmafehérjék, sejttermelékek).

Vezető tünetek

Légzészavar kilégzési nehezítettséggel, sípolás, bűgás, köhögés. (Ritkábban perzisztáló, többnyire száraz éjszakai köhögés.) Esetenként a felfújott tüdő (hordó alakú mellkas) miatt tünetszegény jelentkezés.

Diagnózis

Anamnézis

Ismétlődő, gyakran láztalan, köhögéssel, fulladással, nehézlégzéssel és sípolással járó rohamok szerepelnek, amelyek különösen éjszaka jelentkeznek.

Fizikális vizsgálat

A légúti obstrukció jeleként a tüdőtérfogat megnő, ennek következtében a tüdők feletti kopogtatási hang dobozos jellegű, a rekeszek mélyebben állnak, a bordák lefutása vízszintes, a mellkas hordó alakú, a szűkült légutakon – amelyeket sűrű, gyakran szívós nyák tölt ki – az átáramló levegő hangjelenségeket hoz létre, amelyeket sípolás és bűgás formájában észlelünk, a kilégzés kifejezetten megnyúlt. A súlyos, akut asztmás rohamban a kifejezett nehézlégzés jeleként orrszárnyi légzés, orthopnoe, a légzési segédizmok használata, tachycardia, esetleg tachypnoe a jellemző; csökkenhet az oxigénszaturáció, és súlyos helyzetben szén-dioxid-retenció is bekövetkezhet.

Laboratóriumi vizsgálatok

A specifikus ellenanyagok kimutatása (össz IgE-meghatározás, azonnali típusú bőrpróbák elvégzése, szérumból RAST-vizsgálat vagy ennek megfelelő ELISA, kemilumineszcencia-teszt stb.).

Képalkotó eljárások

Mellkas-röntgenfelvétel (típusos esetben fokozottan légtartó tüdőmezőket, mélyebben álló rekeszeket és vízszintes lefutású bordákat találunk).

Mellkas CT csak kivételesen, differenciáldiagnosztikai szempontokból lehet szükséges. (Az ultrahangvizsgálatnak az asthma bronchiale diagnózisában nincs szerepe.)

Légzésfunkció

A gyakorlat szempontjából egy-két egyszerű paraméter, a FEV1 (a forszírozott kilégzés első másodpercére eső volumen) vagy PEF (peak expiratory flow, kilégzési csúcsáramlás) meghatározása általában elegendő. Az egyszerű, otthon is használható eszköz miatt a PEF-meghatározás a legelterjedtebb. A naponta kétszer, reggel és este mért adatok áttekintése segítségével megállapítható az asztmára jellemző jelentős egy napon belüli ingadozás; az érték folyamatos csökkenése jelzi az állapot romlását; a bronchodilatator szer (pl. béta-2-mimetikum) hatására fellépő 12–15%-os értékjavulás meglévő obstrukcióra utal.

Differenciáldiagnózis

Az asthma bronchialeval nagymértékű átfedést mutat az a kórkép, amelyet elsősorban csecsemőknél és kisdedeknél látunk, és amit obstruktív bronchitisnek nevezünk. E betegség kiváltó tényezője általában virális infekció. Az esetek nagyobb részében néhány epizód után elmúlik, ám a csecsemő- és kisdedekkori asztmának az első megnyilvánulási formája is lehet.

Differenciáldiagnosztikailag a legfontosabb szóba jövő, egyéb kórképek:

- Bronchopulmonalis dysplasia
- Légutak veleszületett rendellenességei: trachea, főhörgő-rendellenességek (általában a porc múló gyengeségén alapszik), oesophagotrachealis fisztulák
- Cisztás fibrosis
- Légúti idegen testek
- Rendellenes erek: pl. vascularis ring
- Congenitalis vitiumok: bal-jobb sönttel járók, következményesen elárasztott tüdő
- Mediastinalis és pulmonalis tumorok, megnagyobbodott nyirokcsomók
- Alpha-1 antitripszinhány
- Gastrooesophagealis reflux
- Neurotikus légzési panaszok (sóhajtási kényszer, gombócérzés stb.)
- Fokozott váladéktermeléssel járó, krónikus hörgőgyulladás veleszületett immunhiányos állapotokban

Megelőzés

Az asztmás megbetegedés megelőzésére csupán igen részlegesen eredményes lehetőségeink vannak.

Elsődleges prevenció

A cél a megbetegedés kialakulásának prevenciója azoknál, akiknél fokozott a kockázat.

Ezen elsősorban az értendő, hogy a pozitív családi anamnézissel vagy egyéb terhelő tényezőkkel rendelkező egyéneknél elkerüljük a szenzibilizáló tényezőket. Pl. dohányzás a környezetben, szőrös, tollas állatok elkerülése, atkaszegény környezet megteremtése, alacsony környezeti szennyeződés stb.

Másodlagos prevenció

A cél a már létrejött szenzibilizációnál a betegség megelőzése. Itt elsősorban arról van szó, hogy a betegnél talált pozitív bőrpróbák, esetleges egyéb atópiás jelenségek (pl. atópiás dermatitis) fennállásakor az allergia súlyosbodását csökkenthetjük, pl. H₁ antihisztaminikumok adásával vagy immunterápiával.

Harmadlagos prevenció

A cél a meglévő asztmánál az allergének és a kiváltó tényezők lehetséges kerülése. Ide tartozik azon triggererek lehető csökkentése, amelyek rohamokat váltanak ki (lásd életmódrendezés).

Az asztma kezelésének gyakorlata

A biztonsággal felállított asztma diagnózisán és a súlyosság szerinti besoroláson alapszik a kezelés, amelyet 3 alapvető lehetőség kombinációjából állítunk össze:

- A környezeti allergének és az asthmaexacerbatiót kiváltó (ún. trigger) faktorok lehetséges eltávolítása; az asztmás állapotot kiváltó légúti – elsősorban vírusos – infekciók megoldható mértékű elkerülése.
- A légúti gyulladás és a következményes tünetek gyógyszerekkel történő megelőzése, illetve kezelése.
- Speciális immunterápia (allergénvakcináció), régebbi nevén hiposzzenzibilizálás alkalmazása (ennek részletes tárgyalása ugyanezen kötetben A gyermekkori specifikus allergén-immunterápia címmel található).

A környezeti allergének és a „trigger” faktorok csökkentése

Az ismert, igazolt és eliminálható allergének és asztmát kiváltó anyagok távol tartása.

- Házipor-atka: porszívózás, atkaölő szerek használata; padlószőnyeg, kárpitozott bútorok, plüssállatok kerülése (játékokból, kisebb textíliákból, ha nem moshatók, 24 órás mélyhűtőben tartással az atkák elpusztíthatók). Újabb adatok szerint a tollpárnákban kevesebb az atka, mint a műanyag töltésűekben.
- Szőrös, tollas háziállatok a lakásban ne legyenek!
- Penészgomba: nyirkos, „salétromos” helyek szanálása, földes szobanövények ne legyenek a gyermek szobájában!
- Virágpороk: erős pollenkibocsátás időszakában csukott ablak mellett tartózkodás, alvás (légkondicionálás). Gépkocsiban bezárt ablak és pollenszűrő; nyaralásnál figyelembe kell venni a pollennaptárt (pl. a parlagfűérzékeny beteg augusztusban menjen nyaralni, oda, ahol kevesebb parlagfű van, vagy magaslati helyekre stb.).
- Vírusfertőzések: ha halmozott asztmás exacerbatiókat okoznak, a gyermekközösség kerülése (gyermekápolás meghosszabbítása, családi vagy egyéb gyermekgondozás igénybevétele, környezeti infekciók kerülése).
- Dohányzás, légúti irritánsok: a dohányzás teljes kerülése a gyermek környezetében; a légköri irritánsok a lakóhely, a szabadban tartózkodás lehetséges megválasztásával csökkenthetők.
- A rohamot előidéző sportok kerülése; a legkedvezőbb általában a vízi sportok előnyben részesítése, testi erőfeszítés előtt béta-mimetikumok adása.

Az asztma gyógyszeres kezelése

A tennivaló az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlásain és ezen belül a betegség súlyosság szerinti beosztásán alapszik. Az asztma súlyosságát a 2. táblázatban foglaltak szerint határozzuk meg.

2. táblázat Az asztma súlyossági beosztása a tünetek alapján

Súlyossági lépcső	Tünetek	Éjszakai tünetek	Kilégzési csúcsáramlás (PEF)
1. <i>Intermittáló</i>	< 1-szer hetente	Legfeljebb havonta kétszer	Eléri vagy meghaladja a normál 80%-át, variabilitás <20%
2. <i>Enyhe perzisztáló</i>	Hetente egyszer vagy annál gyakrabban, de kevesebb mint naponta egyszer	Havonta több mint kétszer	Eléri vagy meghaladja a normál 80%-át, variabilitás 20–30% között
3. <i>Mérsékelt perzisztáló</i>	Naponta panaszok, naponta igényel béta-mimetikumot, aktivitás beszűkült	Hetente egynél gyakrabban	>60%-a, <80%-a a normálnak, variabilitás >30%
4. <i>Súlyos perzisztáló</i>	Folyamatosak, fizikai aktivitás beszűkült	Gyakoriak	<60%-a a normálnak, variabilitás >30%

Ennek meghatározása egyszerű módon a beteg panaszainak regisztrálása és a legalapvetőbb légzésfunkciós adatok segítségével történik. Ezen iránymutatás világszerte – szegényebb országokban is – jól alkalmazható, hiszen gyakorlatilag nem igényel eszközöket, és nem jár költségekkel. A légzésfunkció a kilégzési csúcsáramlás segítségével ítéhető meg. Ennek meghatározása otthon is tartható egyszerű eszközön alapul. A légzésfunkciós vizsgálatot 5–6 éves kor felett lehet elvégezni. Ennél fiatalabb gyermekeknél a súlyosság és így a kezelés meghatározása enélkül történik. Támpontot jelenthet azonban, ha ilyen fiatal gyermeknél futás után a tüdőt meghallgatva megnyúlt kilégzést, sípolást és bűgást észlelünk.

A beteget mindig a meglévő legsúlyosabb tünetei alapján soroljuk be: pl. a heti több mint 1 éjszakai panasz-roham esetén a mérsékelt súlyos (3. lépcső) csoportba kerül a beteg akkor is, ha a nappali panaszok száma alapján az enyhe perzisztáló (2. lépcső) csoportba tartozna. Az intermittáló betegségben szenvedő gyermekeket, ha ritkán, de súlyos rohamuk van, a további kezelés szempontjából a mérsékelt perzisztáló csoportba kell sorolni. Tudni kell, hogy a legenyhébb asztmás betegnél is lehetnek súlyos rohamok.

Az asztma elleni gyógyszerek bejuttatása

A hatékony gyógyszerek jelentős része, mint amilyenek az inhalációs szteroidok, a rövid (pl. salbutamol, terbutalin, fenoterol), a hosszú (salmeterol) és a gyors és hosszú hatású (formoterol) inhalációs béta-mimetikumok, inhalációs antikolinergikumok inhalációs formában adhatók; ez kisgyermek- és különösen csecsemőkorban nehezen kivitelezhető.

A gyógyszerek bejuttatása történhet:

- hajtógáz nyomása alatt levő tartályokból (a CFC helyett egyre inkább a környezetet nem károsító hajtógázok vannak a tartályokban);
- porkapszulák vagy tartályokban lévő porok belégzésével;
- elektromos porlasztók segítségével.

A megfelelő alkalmazáshoz általában segédeszközök kellenek.

Térfogatnövelők: ezek a porlasztott anyag áramlását lelassítják, és így egynél több belégzéssel lehet az anyagot a tüdőbe juttatni.

Csecsemő- és kisded-térfogatnövelők: be- és kilégzési érzékeny szelepekkel ellátva, orra és szájra egyidejűleg illeszthető maszkokkal.

Elektromos, mechanikus vagy ultrahangos porlasztók: orra és szájra egyidejűleg illeszthető maszkokkal ellátva.

A célszerű belégzést elősegítő korszpecifikus segédeszközök:

- 4 év alatt: hajtógáz nyomása alatt lévő tartály + térfogatnövelő + arcmaszok;
- 4–6 év között hajtógáz nyomása alatt lévő tartály + térfogatnövelő szájcsutorával;
- 6 év felett porkapszulák vagy tartályokban lévő porok belégzése, illetve hajtógáz nyomása alatt lévő tartály + térfogatnövelő.

Ha a beteg ezeket nem tudja használni, bármely életkorban elektromos porlasztó + arcmaszok (6 év alatt), ill. csutora 6 év felett.

Az asztma főbb gyógyszereinek jellemzése

Az inhalációs szteroidok jelentik az asztma legfontosabb kezelési lehetőségét. Segítségével – valamennyi nemzetközi ajánlásban szereplően – az asztmás történések alapját képező gyulladást lehet csökkenteni. A korszerű készítmények megfelelő bejuttatási eszközökkel hatékonyak, a mellékhatások pedig minimálisak vagy egyáltalán nincsenek. Általában gyermekek asztmájánál alacsony vagy közepes adagban (100–400 µg/nap) jól tolerálhatók, a súlyosabb betegeknél ennél többet is kell adni, de a szteroidemelésknél a kiegészítésképpen adott hosszú hatású béta-mimetikum, illetve leukotriénantagonista jelenti általában a kedvező megoldást.

Az utóbbi években, éppen az előbb említett kedvező együttes hatást figyelembe véve, kombinációs készítményeket hoztak forgalomba, amelyek inhalációs szteroidot és hosszú hatású béta-mimetikumot együttesen tartalmaznak (fluticason, salmeterol, illetve budesonid, formoterol). Ennek előnye az egyszerűbb alkalmazás (1 beszívás 2 helyett), a jobb compliance, bizonyos szinergetikus hatások stb. Az ún. GOAL (gaining optimal asthma control) vizsgálat az ilyen kezelési mód határozott előnyét mutatta a csak szteroidterápiával összehasonlítva.

Az orális vagy parenteralis szteroidkezelésre a jól beállított asztmás gyermekeknél csak kivételesen kerül sor, és akkor is igen rövid ideig van rá szükség.

Az asztma krónikus gyógykezelésének legújabb, lényeges gyógyszerei a leukotriénhatást módosító szerek. Ezek közül Magyarországon a leukotriénantagonisták használata alakult ki. A ciszteinil leukotriének az asztma valamennyi tünetének létrehozatalában lényeges szerepet játszanak, termelésüket a kortikoszteroidok értékelhetően nem csökkentik. A leukotriénantagonisták a receptorokhoz kötődve a kompetitív antagonizmuson alapulóan akadályozzák meg a leukotriének kötődését. Felmerül enyhe asztmában a velük történő monoterápia, de elsősorban a szteroidkezelés hatékonyabbá tételében, annak csökkentésében játszik szerepet, így a nemzetközi ajánlásokban a 2., 3. és 4. súlyossági lépcsőben egyaránt szerepel (3. táblázat). Különösen jó hatása van fizikai terhelés által kiváltott asztmában – aminek fontossága a gyermekkorban kiemelkedő –, valamint aszpirinasztmában.

A béta-2-mimetikumok az asztma legfontosabb tüneti gyógyszerei és az inhalációs szteroiddal kombinációban a gyógykezelés bázisát jelentik. A rövid hatású béta-2-agonisták az asztmás panasz és roham kezelésének elsőként választandó gyógyszerei, és egyaránt szerepet játszanak az 1–4. súlyosságú asztmában. Az intermittáló (1. lépcső) folyamatokban gyakorlatilag az egyetlen gyógyszert jelentik, amelyet a betegnek használnia kell. A Magyarországon forgalmazott hosszú hatású béta-mimetikumok a formoterol (azonnali hatása is van) és a salmeterol, melynek valamivel hosszabb idő alatt áll be a hatása. A várható hörgőtágító eredmény 12 óra hosszat is eltart. Általában az inhalációs szteroidokkal együtt alkalmazandó (5 év feletti gyermekeknél) opcióként a 2. lépcsőben, és kötelező gyógyszerként a 3–4. lépcsőben. 5 év alatti gyermekeknél adása opcionális. Biztonságosságukat és hatékonyságukat számos vizsgálat bebizonyította, felhívják azonban a figyelmet, hogy túl kevés inhalációs szteroiddal vagy anélkül alkalmazva önmagában elfedi a tüneteket, és eközben az asztmás gyulladás előrehalad.

Az asztma krónikus gyógyszeres kezelése

A GINA ajánlásainak megfelelően az 5 év feletti gyermekeket az asztma súlyosságától függően a 3. táblázatban foglaltak szerint kell beállítani.

3. táblázat Az 5 év feletti gyermekeknek ajánlott kezelés az asztma súlyosságának függvényében

Asztmalépcső	Naponta adandó gyógyszerek	Egyéb kezelési lehetőségek
1. lépcső <i>Intermittáló asztma</i>	nem szükséges	–
2. lépcső <i>Enyhe perzisztáló asztma</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ alacsony adagú inhalált szteroid 	<ul style="list-style-type: none"> ■ hosszú hatású béta-agonista ■ elhúzódó hatású teofillin vagy ■ kromoglikát vagy ■ leukotriénantagonista
3. lépcső <i>Mérsékelt perzisztáló asztma</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ alacsony vagy közepes adagú inhalált szteroid <i>plusz</i> ■ hosszú hatású inhalált béta-agonista 	<ul style="list-style-type: none"> ■ közepes adagú inhalált szteroid <i>plusz</i> hosszú hatású teofillin vagy ■ közepes adagú inhalált szteroid <i>plusz</i> hosszú hatású, szájon át adott béta-2-agonista vagy ■ magas adagú inhalált szteroid vagy ■ közepes adagú inhalált szteroid <i>plusz</i> leukotriénantagonista

Asztmalépcső	Naponta adandó gyógyszerek	Egyéb kezelési lehetőségek
4. lépcső <i>Súlyos perzisztáló asztma</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ magas adagú inhalált szteroid <i>plusz</i> hosszú hatású inhalált béta-2-agonista <i>plusz</i> egy vagy több a következőkből: ■ hosszú hatású teofillin ■ leukotriénantagonista ■ hosszú hatású, szájon át adott béta-2-agonista ■ orális szteroid 	–

A heveny panaszok megszüntetésére elsősorban a rövid hatású béta-2-agonistákat, naponta legfeljebb 3–4-szer alkalmazzuk. Miután a hosszú hatású hörgőtágítók között is van olyan (formoterol), amelyek percekben belül hat, a rövid és hosszú hatású béta-agonisták elkülönítése már kevésbé egyértelmű. Alapelv, ha a beteg jól van, akkor három hónap múlva a kezelés csökkentése jön szóba.

Az 5 év alatti gyermekeknél az előzőekben megadott gyógyszeres ajánlás kismértékben változik (a 3. lépcsőben sem kötelezőek a hosszú hatású béta-2-mimetikumok), de a lépcsőbe sorolásnál a légzésfunkciós értékeket – miután nem meghatározhatók – nem lehet figyelembe venni.

A második generációs antihisztaminok (pl. cetirizin, levocetirizin, loratadin, desloratadin, fexofenadin stb.) jól alkalmazhatók azoknál az asztmásoknál, akiknél egyidejűleg egyéb atópiás megbetegedés – elsősorban allergiás rhinitis, illetve conjunctivitis – is fennáll.

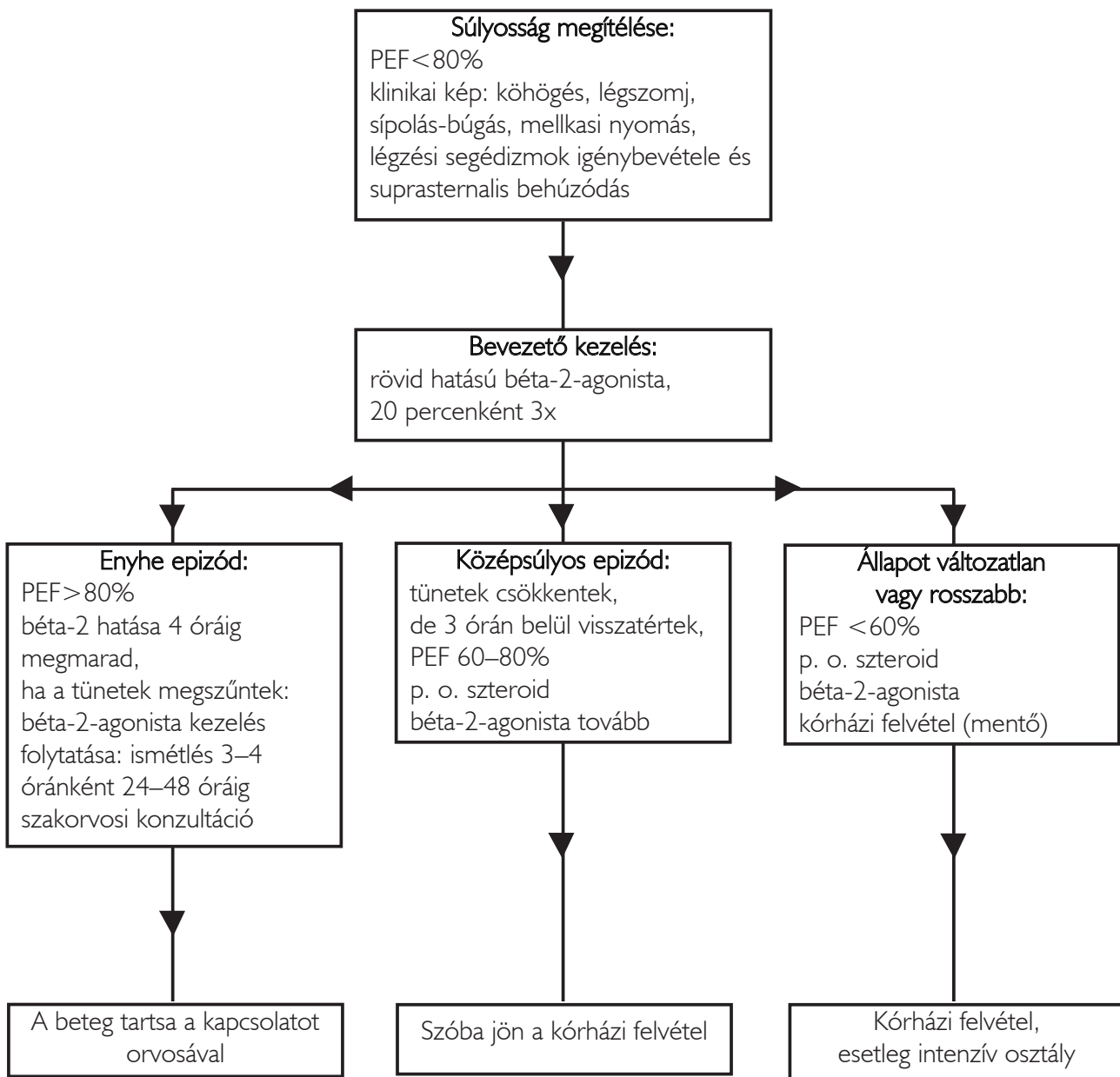
Néhány, többek által használt kezelési eljárás asztmásoknál elkerülendő:

- nyugtatók (szigorúan tilos);
- mukolitikus gyógyszerek (a köhögést súlyosbíthatják);
- fizikális terápia (gyakran rontja a betegek közérzetét);
- erőteljes folyadékpótlás felnőtteknél és nagyobb gyermekeknél (fiatalabb gyermekeknél és csecsemőknél azonban gyakran szóba jön);
- antibiotikumok (rohamkezelésnél szükségtelenek, kivéve, ha az antibiotikus kezelés indikációja más okokból, pl. egyidejű pneumónia vagy sinusitis, fennáll).

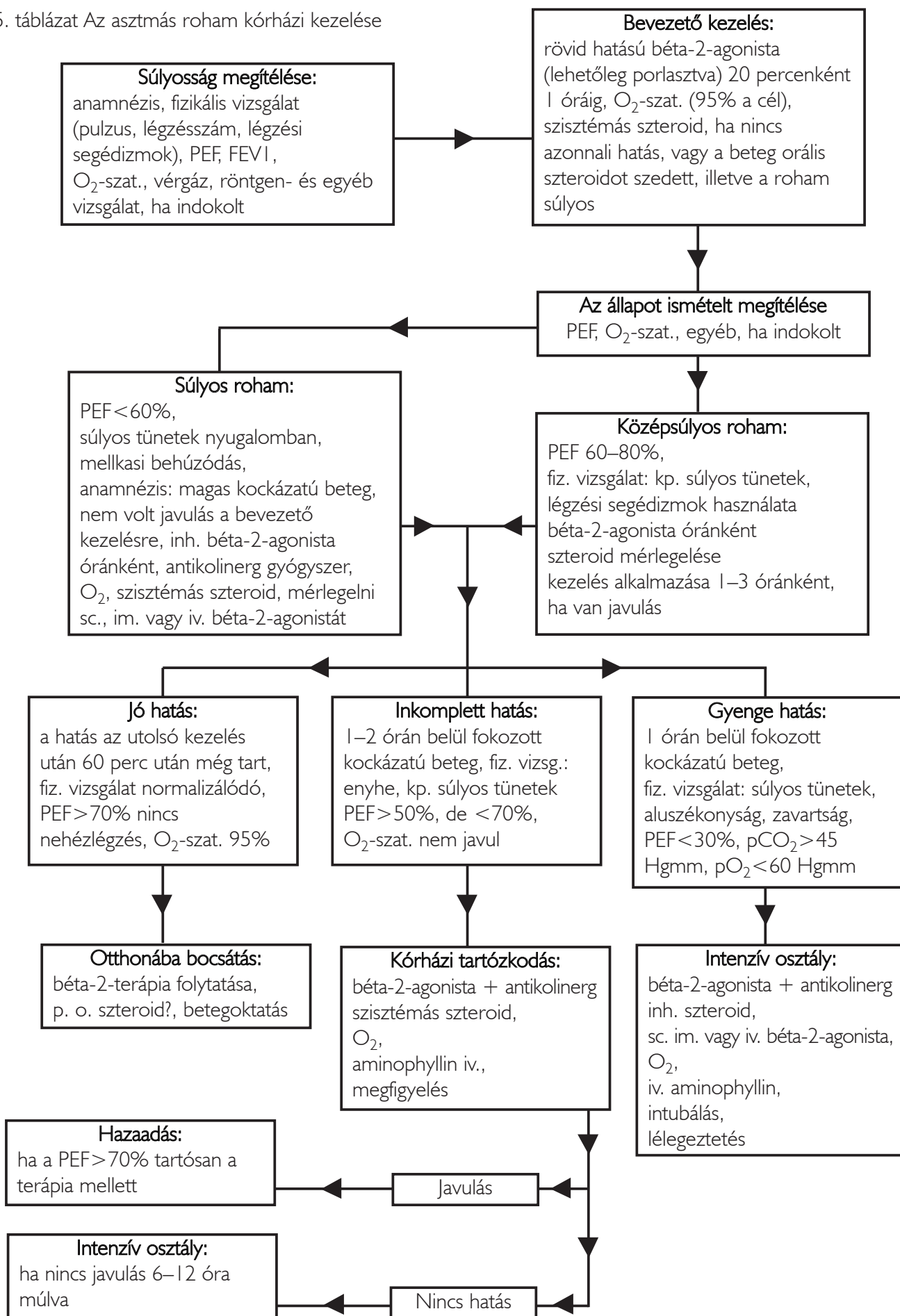
Az asztmás roham kezelése

Az asztmás kezelés, amennyiben otthon történhet, és a beteg nincs túl súlyos állapotban, elsősorban a béta-2-agonistáknak – a rövid, illetve gyors hatásúaknak – a viszonylag bőséges adásából áll. A beteg 1–2 ún. puffot szív be belőlük, és ezt 20 percenként 3-szor megteheti. Az ezután kialakuló helyzet lesz a további kezelésnek és a tennivalóknak az alapja (4. táblázat).

4. táblázat Az asztmás roham otthoni kezelése



5. táblázat Az asztmás roham kórházi kezelése



Azok a betegek, akiket felvesznek a kórházba, kórházon belül már az állapot pontos megítélése után intenzív vagy félig intenzív kezelést igényelnek. Itt a pontos besorolás a fizikális adatok, az esetlegesen elvégezhető egyszerű légzésfunkció, a vérből meghatározott pO_2 - és pCO_2 -szintek, tachycardia, EKG stb. alapján történik, és itt az inhalációs béta-mimetikumok mellett az injekciós béta-mimetikumok, az intravénás szteroid adása, a diafillininfúzió, az oxigénadás, a szükség szerinti mértékű folyadékpótlás lesz a teendő. A legsúlyosabb esetekben intubáció és gépi lélegeztetés jön szóba; erre a gyakorlatban a megfelelően kezelt betegeknél igen kivételesen kerül sor.

Specifikus immunterápia (allergénvakcináció)
(Részletesen a megfelelő fejezetben)

Prognózis

A gyermekkori asztma halálozása ritka (1–2%).

A betegek jelentős része (kb. 2/3-a) a pubertásban panaszmentessé válik („kinövi” a betegséget).

A panaszmentes betegek egy része fiatal felnőttkorban visszaesik, így összességében a gyermekkori asztmások 50–60%-a nem szabadul meg a panaszaitól.

Az asztmások többsége az intermittáló, ill. enyhe perzisztáló formába (1–2. lépcső) tartozik; 10–20%-a az összes betegnek súlyos, és gyógyulási hajlamuk sem kifejezett.

A betegekre súlyosabb terhet ró, ha az asztmán kívül egyéb atópiás betegség (allergiás nátha, allergiás kötőhártya-gyulladás, atópiás dermatitis) is fellép náluk, ez nemcsak az életminőséget rontja, hanem a rosszabb prognózisnak is lehet jele.

Konklúziók

A gyermekkori asztma kezeléséhez már jelenleg is kiváló gyógyszerek és egyéb eljárások állnak rendelkezésünkre, amelyek segítségével ugyan az asztmát meggyógyítani nem tudjuk, de a betegek túlnyomó részének kiváló életminőséget, közel panaszmentes mindennapokat tudunk biztosítani. Amiért ez nincs mindig így, az annak a következménye, hogy a betegek lehetséges optimális kezelését az orvosok gyakran nem írják elő, és a betegek a javaslatokat pontatlanul és részlegesen hajtják végre.