

Αλλεργική ρινίτιδα και άσθμα

Σύσταση 30: Συστήνεται η διερεύνηση για αλλεργική ρινίτιδα στους ασθενείς με άσθμα.

Βαθμός τεκμηρίωσης: III-3

Βαθμός σύστασης: A

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA και της ARIA, σημαντικός αριθμός ασθενών με άσθμα πάσχει από αλλεργική ρινίτιδα η οποία είναι ανεξάρτητος παράγοντας σε σχέση με την εμφάνιση άσθματος (GINA, 2012; ARIA, 2008). Συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι το ποσοστό των ασθενών με άσθμα που παρουσιάζει και συμπτώματα αλλεργικής ρινίτιδας κυμαίνεται μεταξύ 80%-90% (Leynaert et al., 2000).

Επιπλέον, αναδρομικές μελέτες κοόρτης συνιστούν ότι η αντιμετώπιση της αλλεργικής ρινίτιδας μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα του άσθματος και να μειώσει τις επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων και στον οικογενειακό ιατρό, παρότι δεν υπάρχει επιβεβαίωση από προοπτικές τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (Adams et al., 2002; Crystal-Peters et al., 2002).

Μείωση των αλλεργιογόνων των ακάρεων

Σύσταση 31: Δεν συστήνεται η λήψη ειδικών μέτρων ελάττωσης των ακάρεων στην οικία καθότι τα εν λόγω μέτρα δε θεωρούνται αποτελεσματικά για τη μείωση των συμπτωμάτων του άσθματος στους ενήλικες (I).

Βαθμός τεκμηρίωσης: I

Βαθμός σύστασης: A

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA (GINA, 2012), τα ακάρεα της σκόνης αποτελούν αλλεργιογόνα τα οποία οδηγούν σε ευαισθητοποίηση και αναπνευστικά συμπτώματα.

Τα ακάρεα ζουν και αναπτύσσονται σε πολλά σημεία μέσα στο σπίτι και έτσι είναι δύσκολο να μειωθούν τα επίπεδα των αλλεργιογόνων και ακατόρθωτο να εξαλειφθούν. Ειδικά μέτρα με χημικές και φυσικές μεθόδους, οι οποίες στοχεύουν στη μείωση των ακάρεων ως αλλεργιογόνα, δεν είναι αποτελεσματικά στη μείωση των συμπτωμάτων του άσθματος σε ενήλικες. Απλά ειδικά μέτρα δε θα πετύχουν επαρκή μείωση στα επίπεδα αλλεργιογόνων ώστε να επηρεάσουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα του άσθματος. Τα παραπάνω έχουν διερευνηθεί από πολυάριθμες μελέτες όπως μετα-αναλύσεις (Gotzsche et al., 1998; 2004), ανασκοπήσεις (Sheffer, 2004; Platts-Mills, 2003; Custovic et al., 2005) και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (Luczynska et al., 2003; Woodcock et al., 2003) που κατέληξαν ότι ειδικά μέτρα και στρατηγικές για τη μείωση των περιβαλλοντικών αλλεργιογόνων δεν έχουν ελαττώσει τη νοσηρότητα του άσθματος.

Έκθεση σε περιβαλλοντικούς παράγοντες

Σύσταση 32: Η απομάκρυνση των ζώων με τρίχωμα από το σπίτι (III-3), θα πρέπει να συστήνεται σε περιπτώσεις επιβεβαιωμένης ευαισθητοποίησης. Τα μέτρα εξάλειψης των κατσαριδών θα πρέπει να εξετάζονται κατά περίπτωση (IV).

Βαθμός τεκμηρίωσης: III-3, IV

Βαθμός σύστασης: B

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA (GINA, 2012), η πλήρης αποφυγή των αλλεργιογόνων από ζώα είναι αδύνατη, αφού τα αλλεργιογόνα αυτά είναι παντού,



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

συμπεριλαμβανομένων πολλών χώρων εκτός σπιτιού (Wood et al., 1989; Custovic et al., 1998; Enberg et al., 1993). Παρόλο που ενθαρρύνεται η απομάκρυνση ζώων με τρίχωμα από το χώρο του σπιτιού, μπορεί να χρειαστεί να περάσουν μήνες προκειμένου να μειωθούν τα επίπεδα των αλλεργιογόνων μετά από τη μόνιμη απομάκρυνση των ζώων.

Παρόλα αυτά, στις κατευθυντήριες οδηγίες του National Institutes of Health προτείνεται ως προϊόν ομοφωνίας η απομάκρυνση των ζώων από το σπίτι εφόσον υπάρχει επιβεβαιωμένη ευαισθητοποίηση σε αλλεργιογόνα των ζώων αυτών. Αν αυτό δεν είναι εφικτό, προτείνεται το κατοικίδιο να μην εισέρχεται στο υπνοδωμάτιο, η πόρτα του οποίου συστήνεται να παραμένει κλειστή. Συστήνεται επίσης η απομάκρυνση των μαλακών ή επικαλυμμένων επίπλων και των χαλιών ή η αποφυγή της επαφής των ζώων με αυτά, όσο αυτό είναι εφικτό.

Σε κλινική δοκιμή (Porplewell et al. 2000) που μελέτησε την αποτελεσματικότητα της απομάκρυνσης από το σπίτι των κοινών αλλεργιογόνων μεταξύ των οποίων και των ζώων, παρατηρήθηκε βελτίωση στην πνευμονική λειτουργία των ατοπικών ασθενών με άσθμα ευαισθητοποιημένων στο αλλεργιογόνο γάτας ακόμα και σε όσους δεν είχαν γάτα στο σπίτι.

Σύμφωνα με το National Institutes of Health, η έκθεση και η ευαισθητοποίηση στα αλλεργιογόνα κατσαρίδας είναι συχνή ιδιαίτερα στους ασθενείς που ζουν στα αστικά κέντρα (NIH, 2007; Call et al., 1992; Gelber et al., 1993; Huss et al., 2001; Kang et al., 1993). Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Morgan et al. 2004) απέδειξε ότι τα μέτρα εξάλειψης των κατσαριδών είναι αποτελεσματικά για τη μείωση της νοσηρότητας του άσθματος σε ευαισθητοποιημένα παιδιά.

Τα μέτρα αυτά σύμφωνα με την GINA (GINA, 2012) και το National Institutes of Health (NIH, 2007) περιλαμβάνουν την αποφυγή έκθεσης στον αέρα φαγητού και απορριμμάτων, τη σφράγιση ρωγμών σε τοίχους και δάπεδα ως πιθανές πύλες εισόδου, τον περιορισμό της υγρασίας, ενώ προτιμάται η χρήση δηλητηριασμένων δολωμάτων, βορικού οξέος και παγίδων αντί για χημικές ουσίες, ειδικά αν οι χημικές ουσίες ψεκάζονται αφού μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό στους ασθενείς με άσθμα. Σε περίπτωση που δε μπορεί να αποφευχθεί η χρήση τους συστήνεται καλός αερισμός της οικείας και η είσοδος σε αυτήν μόνο εφόσον έχει φύγει η μυρωδιά.

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ)

Σύσταση 33: Συστήνεται η αποφυγή της ασπιρίνης και των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ) σε ασθενείς με ιστορικό αντίδρασης σε αυτές τις ουσίες (**IV**).

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: A



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA (GINA, 2012), η ασπιρίνη και άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν βρογχόσπασμο και να οδηγήσουν σε σοβαρούς παροξυσμούς. Συστήνεται να αποφεύγονται αυτές οι ουσίες από τους ασθενείς που έχουν ιστορικό αντίδρασης σε αυτές. Το National Institutes of Health προτείνει να ερωτώνται οι ασθενείς με άσθμα ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν ρινικοί πολύποδες για το αν η λήψη ασπιρίνης ή άλλων ΜΣΑΦ σχετίζεται με πρόκληση συριγμού και να ενημερώνονται ότι η χρήση τους μπορεί να συσχετιστεί με σοβαρούς έως και θανατηφόρους παροξυσμούς (NIH, 2007).

Επιπρόσθετα, σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική δοκιμή (Szczeklik et al., 2001), για την ασφαλή χρήση ενός εκλεκτικού αναστολέα της κυκλο-οξυγενάσης-2 (COX-2) (rofenoxib) βρέθηκε ότι σε ασθενείς οι οποίοι έχουν άσθμα εκλυόμενο με τη χρήση ασπιρίνης, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα όπου αναστέλλουν την κυκλοξυγενάση 1, προκαλούν παροξυσμούς άσθματος σε αντίθεση με τους εκλεκτικούς αναστολείς της κυκλοξυγενάσης 2.

Ως εναλλακτική χορήγηση φαρμάκων που δεν προκαλούν βρογχόσπασμο, αντί της ασπιρίνης, προτείνονται οι αναστολείς της κυκλοξυγενάσης 2, σε ασθενείς με άσθμα που αντιδρούν στα ΜΣΑΦ, αν και οι περισσότεροι ασθενείς είναι ικανοί να κάνουν χρήση αυτών των φαρμάκων χωρίς πρόβλημα, (Gyllfors et al., 2003).

β αναστολείς

Σύσταση 34: Η χορήγηση β αναστολέων θα πρέπει να γίνεται μόνο σε ιδιαίτερες περιπτώσεις και κατόπιν συνεργασίας με ειδικούς (IV).

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: A

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA και του National Institutes of Health, θα πρέπει να αποφεύγονται οι β αναστολείς καθώς μπορεί να προκαλέσουν παροξυσμό άσθματος ακόμα και σε τοπική οφθαλμική χορήγηση (Odeh et al. 1991; Schoene et al. 1984), ενώ η χρήση των καρδιο-εκλεκτικών β αναστολέων θεωρείται ασφαλής στους ασθενείς με ήπιο προς μέτριο άσθμα όταν η χορήγηση τους είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση νόσων όπως η αρτηριακή υπέρταση, η καρδιακή ανεπάρκεια, η στεφανιαία νόσος, οι αρρυθμίες σύμφωνα με μετα-ανάλυση (Salpeter et al., 2002; GINA, 2012; NIH, 2007)

Σε μία ανασκόπηση (Covar et al., 2005) στην οποία διερευνήθηκαν τα φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν παροξυσμούς άσθματος, μεταξύ των οποίων και οι β αναστολείς, συστήνεται η αποφυγή ή η προσεκτική χρήση τους στους ασθενείς με άσθμα ενώ σύμφωνα με πολυκεντρική μελέτη (Olenchok et al., 2009) οι καρδιο-εκλεκτικοί β αναστολείς όταν χορηγούνται σε ασθενείς με άσθμα που νοσηλεύονται για οξύ στεφανιαίο επεισόδιο σχετίζονται με μικρότερα ποσοστά θνητότητας.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Μείωση σωματικού βάρους

Σύσταση 35: Συστήνεται η μείωση του σωματικού βάρους σε παχύσαρκους ασθενείς με άσθμα αφού έχει αποδειχθεί ότι η μείωση αυτού βελτιώνει την πνευμονική λειτουργία, τα συμπτώματα, τη νοσηρότητα και την συνολική κατάσταση υγείας (III-3).

Βαθμός τεκμηρίωσης: III-3

Βαθμός σύστασης: A

Η αύξηση του δείκτη μάζας σώματος συσχετίζεται με αυξημένη βρογχική αντιδραστικότητα σε άντρες με άσθμα σύμφωνα με μεγάλη πολυκεντρική μελέτη (Chinn et al., 2002). Επίσης, η ύπαρξη παχυσαρκίας συσχετίζεται με χαμηλότερο επίπεδο ελέγχου του άσθματος και χειρότερη ποιότητα ζωής, όχι όμως και με αύξηση της σοβαρότητας της νόσου (Lavoie et al., 2006). Συγκεκριμένα, οι παχύσαρκοι ασθενείς με άσθμα είναι λιγότερο πιθανό να επιτύχουν έλεγχο της νόσου με εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή ή με συνδυασμό εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών με β2 αγωνιστές μακράς δράσης (Boulet et al, 2007). Επιπρόσθετα, ο επιπολασμός του άσθματος σε συνδυασμό με την υπνική άπνοια είναι υψηλός σε παθολογικά παχύσαρκους πληθυσμούς (Simard et al, 2004).

Η μείωση βάρους σε παχύσαρκους ασθενείς με άσθμα έχει δείξει ότι βελτιώνει πολλές παραμέτρους της νόσου. Πιο συγκεκριμένα, η μείωση του σωματικού βάρους σε παχύσαρκους ασθενείς με άσθμα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του FEV₁ και του FVC, τη μείωση της δύσπνοιας, τη μείωση της απαιτούμενης κατ' επίκληση θεραπείας και τη μείωση του αριθμού των παροξύνσεων. Επιπλέον η πνευμονική λειτουργία, η συμπτωματολογία, η νοσηρότητα και το επίπεδο υγείας βελτιώνονται (Stenius-Aarniala et al., 2000).

Σε μία συστηματική ανασκόπηση 15 μελετών, αναφέρεται ότι ανεξάρτητα από το είδος της παρέμβασης για τη μείωση του βάρους σε ασθενείς με άσθμα (χειρουργική ή μη) προέκυψε βελτίωση σε τουλάχιστον μια παράμετρο έκβασης της νόσου (συμπτώματα, χρήση φαρμάκων, νοσηλεία) μετά την απώλεια βάρους (Eneli et al., 2008).

Μία άλλη ανασκόπηση αναφέρει ότι οι παρεμβάσεις απώλειας βάρους είτε με αλλαγή της συμπεριφοράς του ασθενή, είτε με χειρουργείο, προκάλεσαν ουσιώδη βελτίωση στην κλινική κατάσταση ασθενών που έχασαν βάρος (Ford, 2005). Τέλος, σε μια προοπτική μελέτη η οποία εξέτασε παχύσαρκες γυναίκες που έχασαν βάρος διαπιστώθηκε ότι βελτιώνεται η πνευμονική τους λειτουργία (Aaron et al., 2004).

Συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές και στρες

Σύσταση 36: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ., να είναι ενημερωμένοι για τις ψυχικές διαταραχές και το στρες που ενδεχομένως συνυπάρχουν με το άσθμα, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε παροξυσμό (IV).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: B

Οι ασθενείς και οι ιατροί θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι υπάρχει μια διασύνδεση ανάμεσα στην ψυχική/συναισθηματική κατάσταση και το άσθμα. Το στρες και το άγχος είναι μέχρι και έξι φορές πιο συχνό σε ασθενείς με άσθμα. Η ψυχολογική συννοσηρότητα συσχετίζεται με δυσμενείς εκβάσεις της νόσου στις οποίες περιλαμβάνονται εισαγωγές σε νοσοκομείο, θάνατος, επιδείνωση της ποιότητας ζωής και ανάγκη για χρήση επείγουσας φροντίδας υγείας. Το στρες και οι συναισθηματικές επιβαρύνσεις είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε εμφάνιση συμπτωμάτων άσθματος όπως η δύσπνοια και συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για σοβαρούς παροξυσμούς. Υπάρχουν διάφοροι μηχανισμοί που το εξηγούν, όπως: η επίδραση του στρες στην συμπεριφορά του ασθενή, η αντίληψη των συμπτωμάτων και η ανοσολογική λειτουργία (Thomas et al., 2011).

Σε έφηβους με άσθμα βρέθηκε ότι το στρες μπορεί να επιφέρει δύσπνοια (Rietveld et al., 1999). Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα μιας κλινικής δοκιμής αναφέρουν ότι η βίωση ευχάριστων ή δυσάρεστων συναισθημάτων μπορεί να προκαλέσει αυξημένη αντίσταση των αεραγωγών σε ασθενείς με άσθμα (von Leupoldt et al., 2005).

Εμβολιασμοί

Σύσταση 37: Συστήνεται να γίνεται έλεγχος της κατάστασης των εμβολιασμών των ασθενών με άσθμα όπως αυτοί προτείνονται από το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού με έμφαση στους εμβολιασμούς έναντι του πνευμονιόκκοκου και της γρίπης.

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: B

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της GINA της SIGN και του NIH συστήνουν τον ετήσιο εμβολιασμό έναντι του ιού της γρίπης για όλους τους ενήλικες ασθενείς με άσθμα καθώς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο από τις επιπλοκές της γρίπης. Σύμφωνα με μια τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή (No authors listed, 2001) τα αδρανοποιημένα εμβόλια της γρίπης είναι ασφαλή ώστε να χορηγηθούν σε ενήλικες με άσθμα, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με σοβαρό άσθμα (GINA, 2012; NIH, 2007; BTS, 2012).

Σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού ενηλίκων του 2012 (οι ασθενείς με άσθμα θεωρούνται αυξημένου κινδύνου για σοβαρή λοίμωξη από τον ιό της γρίπης και σοβαρές πνευμονονοκοκκικές λοιμώξεις (Ελληνικό Υπουργείο Υγείας, 2012). Για τη γρίπη συστήνεται ετήσιος εμβολιασμός. Για τον πνευμονιόκοκκο συστήνεται εμβολιασμός όλων των ατόμων ηλικίας άνω των 50 με μια δόση με 13-σθενές πνευμονονοκοκκικό συνεζευγμένο εμβόλιο (PCV-13, Pneumococcal conjugate vaccine) ενώ για τα άτομα ηλικίας 19-50 ετών συστήνονται 1-2 δόσεις με πολυσακχαριδικό πνευμονονοκοκκικό εμβόλιο (Pneumococcal polysaccharide vaccine - PPSV).



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

Επαγγελματίες υγείας και υπηρεσίες υγείας

Δεξιότητες νοσηλευτών που διαχειρίζονται ασθενείς με άσθμα

Σύσταση 38: Συστήνεται η εκπαίδευση των νοσηλευτών και των άλλων Επαγγελματιών Υγείας στην Π.Φ.Υ., για την απόκτηση των απαραίτητων δεξιοτήτων και γνώσεων **(IV)** για την εκτίμηση του ελέγχου του άσθματος **(II)**, τη σωστή χρήση των διαγνωστικών εργαλείων και των θεραπευτικών συσκευών **(IV)** και την αυτοδιαχείριση του άσθματος **(II)**.

Βαθμός τεκμηρίωσης: II, II, IV

Βαθμός σύστασης: C

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες των νοσηλευτών του Οντάριο του Καναδά, συστήνεται οι νοσηλευτές οι οποίοι παρέχουν φροντίδα και διαχειρίζονται ασθενείς με άσθμα να κατέχουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες έτσι ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν το επίπεδο ελέγχου του άσθματος σε έναν ασθενή, να παρέχουν τις βασικές παραμέτρους στην εκπαίδευσή του και να μπορούν να φέρουν εις πέρας την ενδεχόμενη αναγκαία παραπομπή του ασθενή σε κατάλληλο θεράποντα ιατρό ή σε κοινωνικές υπηρεσίες (RNAO, 2007).

Ενδεικτικά: Σε μια τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή νοσηλευτές παρείχαν συμβουλές σε ασθενείς σχετικά με τη χρήση του σχεδίου αυτοδιαχείρισης του άσθματος, την αναγνώριση του μη ελεγχόμενου άσθματος και την αντιμετώπισή του καθώς και για το πότε συστήνεται να αναζητούν ιατρική βοήθεια. Η παραπάνω παρέμβαση οδήγησε σε μείωση της νοσηρότητας εξαιτίας της νόσου, βελτίωσε την πνευμονική λειτουργία, μείωσε την απουσία από την εργασία και τις επισκέψεις σε επαγγελματίες υγείας (Levy et al., 2000).

Τηλεφωνική παρέμβαση διαχείρισης από νοσηλευτές σε ασθενείς που δεν λάμβαναν σωστά τη θεραπεία τους ήταν αποτελεσματική στη βελτίωση της χρήσης φαρμάκων από τους ασθενείς και βελτίωσε την ποιότητα ζωής τους (Delaronde et al., 2005).

Μία παρέμβαση εκπαίδευσης ασθενών που αποτελείτο από δύο σεμινάρια δύο ωρών σε συνδυασμό με μία έως δύο προσωπικές συνεδρίες που έγιναν από έναν νοσηλευτή μαζί με έναν φυσιοθεραπευτή οδήγησαν σε βελτίωση των παραμέτρων της νόσου και μείωσαν το κόστος των υπηρεσιών υγείας (Gallefoss et al., 2001).

Ένα σύντομο πρόγραμμα παρέμβασης από νοσηλευτές το οποίο επικεντρώθηκε σε ασθενείς που χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες υγείας βελτίωσε τον έλεγχο του άσθματος και μείωσε τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Castro et al., 2003).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σε μια πολυκεντρική μελέτη έγινε διαχείριση ασθενών με άσθμα από νοσηλευτές. Η παρέμβαση αυτή οδήγησε σε καλύτερη καταγεγραμμένη ποιότητα ζωής του ασθενή, καλύτερη αυτοδιαχείριση της νόσου από τον ασθενή καθώς και σε μείωση των συμπτωμάτων του (Lindberg et al., 2002).

Μια τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή έκανε σύγκριση φροντίδας και παρακολούθησης είτε από ιατρό είτε από νοσηλευτή ασθενών με ατοπικό άσθμα αφού πήραν εξιτήριο από το νοσοκομείο. Η παρακολούθηση του ασθενή από νοσηλευτή ήταν εξίσου αποτελεσματική και ασφαλής με αυτή που έγινε από ιατρούς (Nathan et al., 2006).

Μια μελέτη κοόρτης αναφέρει ότι η φροντίδα ασθενών με άσθμα από νοσηλευτές έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της νοσηρότητας (Dickinson et al., 1997). Ασθενείς που συμμετείχαν σε διαχείριση από νοσηλευτές, η οποία περιελάμβανε επιμόρφωση σχετικά με τη διαχείριση του άσθματος, βελτίωσαν τις γνώσεις τους και τον έλεγχο της νόσου (Lindberg et al., 1999).

Παραπομπή σε ειδικούς

Σύσταση 39: Συστήνεται η παραπομπή των ασθενών με άσθμα σε ειδικούς και εξειδικευμένες υπηρεσίες α) όταν η διάγνωση είναι ασαφής (**IV**), β) όταν υπάρχει μακρόχρονη λήψη κορτιζόνης από το στόμα ή όταν χρησιμοποιείται συχνά θεραπεία με κορτικοστεροειδή από του στόματος ή όταν το άσθμα δεν ελέγχεται με το συνδυασμό β2 αγωνιστών μακράς δράσης και εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών (**IV**), γ) όταν υπάρχουν σημαντικές παρενέργειες από την θεραπεία (**IV**) δ) όταν συνταγογραφούνται υψηλές δόσεις εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών (**IV**), ε) για την παρακολούθηση μερικών εβδομάδων μετά από νοσηλεία λόγω παροξυσμού (**II**), στ) για λόγους διερεύνησης των αιτιών του δύσκολα ελεγχόμενου άσθματος αλλεργικού ή σχετιζόμενου με τη λήψη ασπιρίνης (**III-3**) και ζ) για λόγους επαγγελματικού άσθματος (**IV**) (η) για ασθενείς με συμπτώματα χρόνιας λοίμωξης τα οποία μπορεί να υποδηλώνουν καρδιακή ή άλλη μη πνευμονική αιτία (**IV**) θ) για ασθενείς οι οποίοι έχουν χαρακτηριστικά συνυπάρχοντος άσθματος και ΧΑΠ (ACOS) και υπάρχει αμφιβολία για τις προτεραιότητες της θεραπείας (**IV**) και ι) σε αναφυλακτική αντίδραση ή επιβεβαιωμένη τροφική αλλεργία σε κάποιον ασθενή με άσθμα (**IV**).

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV, IV, IV, IV, II, III-3, IV, IV, IV, IV

Βαθμός σύστασης: B

Ενδείξεις για παραπομπή αποτελούν (GINA, 2014).

- Δυσκολία στην διάγνωση:
 - 1) Ασθενείς με συμπτώματα χρόνιας λοίμωξης τα οποία μπορεί να υποδηλώνουν καρδιακή ή άλλη μη πνευμονική αιτία (συστήνεται άμεση παραπομπή).



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

- 2) Η διάγνωση είναι ασαφής (ακόμα και μετά από δοκιμαστική θεραπεία με ICS ή συστηματικά κορτικοστεροειδή).
- 3) Ασθενείς οι οποίοι έχουν χαρακτηριστικά συνυπάρχοντος άσθματος και ΧΑΠ (ACOS) και υπάρχει αμφιβολία για τις προτεραιότητες της θεραπείας.
 - Επαγγελματικό άσθμα:
 - 1) Παραπέμψτε για τεστ επιβεβαίωσης και προσδιορισμό του παράγοντα ευαισθητοποίησης ή του ερεθιστικού παράγοντα καθώς και για συμβουλές αποφυγής της έκθεσης.
 - Εμμένων μη ελεγχόμενο άσθμα ή συχνοί παροξυσμοί:
 - 1) Τα συμπτώματα του ασθενή παραμένουν μη ελεγχόμενα ή ο ασθενής έχει συνεχιζόμενες παροξύνσεις ή ο ασθενής έχει μειωμένη πνευμονική λειτουργία παρά την σωστή τεχνική λήψης ή την καλή συμμόρφωση στη θεραπεία κατά κανόνα στο θεραπευτικό βήμα 4. Πριν την παραπομπή προσδιορίστε και θεραπεύσετε παράγοντες κινδύνου που μπορούν να μεταβληθούν.
 - 2) Ο ασθενής κάνει συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας λόγω άσθματος.
 - Παράγοντες κινδύνου σχετικούς με θάνατο λόγω άσθματος:
 - 1) Σχεδόν θανατηφόρο άσθμα οποιαδήποτε χρονική στιγμή κατά το παρελθόν.
 - 2) όταν υπάρχει ιστορικό αναφυλακτικής αντίδρασης ή επιβεβαιωμένη τροφική αλλεργία σε κάποιον ασθενή με άσθμα.
 - Όταν υπάρχει τεκμηρίωση ή κίνδυνος για σημαντικές παρενέργειες λόγω θεραπείας:
 - 1) Ασθενείς με σημαντικές παρενέργειες από την θεραπεία.
 - 2) Όταν υπάρχει ανάγκη για μακρόχρονη χρήση κορτικοστεροειδών από το στόμα.
 - 3) Γίνεται συχνά θεραπεία με κορτικοστεροειδή από το στόμα (2 ή περισσότερες φορές το χρόνο).

Συμπτώματα τα οποία συνιστούν υπό-τύπους άσθματος ή επιπλοκές:

- 1) Αναπνευστική νόσος που επιδεινώνεται από τη χρήση ασπιρίνης, ή αλλεργική βρογχοπνευμονική ασπεργίλλωση.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΕΡΕΛΩΣΗ



www.espa.gr

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν ομοφωνίας και προτείνεται από υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες (BTS, 2012; NIH 2007; CTS 2012,). Η παρουσία των παραπάνω χαρακτηριστικών αποτελεί ένδειξη ότι θα πρέπει να διερευνηθεί η πιθανότητα διαφορικής διάγνωσης ή συνοσηρότητας πνευμονολογικών ή μη νοσημάτων μέσω επιπρόσθετων διαγνωστικών δοκιμασιών όπως τα αλλεργικά τεστ, η βρογχοσκόπηση, η πλήρης μελέτη πνευμονικής λειτουργίας και οι δοκιμασίες πρόκλησης. Ο ειδικός μπορεί να είναι πνευμονολόγος ή αλλεργιολόγος ή οποιοσδήποτε έχει εξειδίκευση στο άσθμα.

Σε ότι αφορά στη χρήση κορτιζόνης από το στόμα, η NIH προτείνει την παραπομπή σε ειδικό όταν χορηγείται περισσότερο από δύο φορές το χρόνο για τον έλεγχο του άσθματος.

Σύμφωνα με τις Καναδικές κατευθυντήριες οδηγίες (CTS 2012), τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή αποτελούν τη βάση της φαρμακευτικής αντιμετώπισης του άσθματος. Η αποτυχία επίτευξης ελέγχου με χαμηλή - μέτρια δόση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών εφόσον έχει διερευνηθεί ότι δεν οφείλεται σε τροποποιήσιμους παράγοντες (λανθασμένη τεχνική εισπνοών, μη συμμόρφωση στη θεραπεία, εμμένουσα έκθεση σε αλλεργιογόνους παράγοντες, παρουσία συνοσηροτήτων ή ακόμα και σε λανθασμένη διάγνωση άσθματος) οδηγεί σε διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές μεταξύ των οποίων και η αύξηση της δόσης των εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών. Η χρήση υψηλής δόσης κορτικοστεροειδών μπορεί να σχετίζεται με σημαντικές παρενέργειες οπότε και θα πρέπει να χορηγούνται μόνο από ιατρούς εξειδικευμένους στο άσθμα.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA (GINA, 2012), συστήνεται οι ασθενείς με άσθμα μετά από νοσηλεία στο νοσοκομείο να παρακολουθούνται τακτικά από τον οικογενειακό ιατρό ή από ειδικό στο άσθμα για τις επόμενες εβδομάδες έως ότου επιτευχθεί η βέλτιστη πνευμονική λειτουργία. Ασθενείς που επισκέφτηκαν τα επείγοντα θα πρέπει να επικοινωνήσουν με κάποιον επαγγελματία υγείας ή κάποιον εξειδικευμένο στο άσθμα μέσα σε 24 ώρες από την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Η διαδικασία παρακολούθησης της πορείας του ασθενή από τον επαγγελματία υγείας ή από κάποιον εξειδικευμένο στο άσθμα θα πρέπει να γίνει μέσα στις επόμενες ημέρες από το εξιτήριο ώστε να εξασφαλιστεί ότι η θεραπεία θα συνεχιστεί μέχρι να επιτευχθούν οι βασικοί παράμετροι ελέγχου της νόσου, συμπεριλαμβανομένης και της πνευμονικής λειτουργίας.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τις παραπάνω κατευθυντήριες οδηγίες, οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο θα πρέπει να παραπεμφθούν σε ειδικό. Μετά από την παροχή συνεχούς φροντίδας στο νοσοκομείο, ο ασθενής συστήνεται να επανεξετάζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα από τον οικογενειακό ιατρό ή από κάποιον ειδικό για τις επόμενες εβδομάδες, ώστε να αποκατασταθεί και πάλι η πνευμονική λειτουργία. Σε ασθενείς που επισκέφτηκαν τα επείγοντα με σοβαρό παροξυσμό συστήνεται η παροχή προγραμμάτων εκπαίδευσης (GINA, 2012).



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική δοκιμή (Zeiger et al., 1991) μελετήθηκε η πιθανότητα υποτροπής ασθενών με άσθμα που είχαν επισκεφτεί τα επείγοντα και είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο και έγινε σύγκριση αυτών που μετά τη νοσηλεία παραπέμφθηκαν σε ειδικό για το άσθμα, με ασθενείς που είχαν συνηθισμένη παρακολούθηση από γενικό ιατρό. Η ομάδα που παραπέμφθηκε στον εξειδικευμένο ιατρό είχε 75% μείωση στον αριθμό των νυκτερινών αφυπνίσεων λόγω του άσθματος, είχε σχεδόν 50% μείωση στις υποτροπές που απαιτούσαν θεραπεία στα επείγοντα, μείωση των πολλαπλών υποτροπών και παρουσίασαν καλύτερη χρήση των εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών και των χρωμονών.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA (GINA, 2012), οι ασθενείς που δεν επιτυγχάνουν ένα αποδεκτό επίπεδο ελέγχου του άσθματος στο τέταρτο θεραπευτικό βήμα (τριπλό συνδυασμό κορτικοστεροειδών μέτριας ή υψηλής δόσης με μακράς δράσης εισπνεόμενους β2 διεγέρτες με προσθήκη τροποποιητών των λευκοτριενίων ή εναλλακτικά χαμηλής δόσης θεοφυλλίνης) (βλ. σύσταση 17 και 21) θεωρείται ότι έχουν δύσκολα αντιμετωπιζόμενο άσθμα και θα πρέπει να παραπέμπονται για εκτίμηση σε ειδικό.

Η παραπομπή στον ειδικό πνευμονολόγο μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διερεύνηση και κατηγοριοποίηση ειδικών φαινοτύπων του άσθματος όπως το άσθμα που εκλύεται από την ασπιρίνη, το αλλεργικό άσθμα και το ηωσινοφιλικό άσθμα. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να ωφεληθούν από εξατομικευμένες ειδικές θεραπείες όπως η χορήγηση μονοκλωνικού αντισώματος αντί-IgE στην περίπτωση του αλλεργικού άσθματος ή την χορήγηση τροποποιητών των λευκοτριενίων όπως στο αλλεργικό ή στο εκλυόμενο από την ασπιρίνη άσθμα (Dahlen et al., 1998).

Σύμφωνα με μια ανασκόπηση (Heaney et al., 2005), συστήνεται πριν από την έναρξη νέας θεραπείας σε έναν ασθενή με άσθμα, να γίνεται προσεκτική αξιολόγηση και ακριβής προσδιορισμός της νόσου καθώς και συσχέτισή της με διάφορους αιτιολογικούς παράγοντες. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να αποφευχθεί μια άσκοπη φαρμακευτική θεραπεία. Υπάρχουν επίσης κάποιες υποκατηγορίες ασθενών οι οποίες διαφέρουν στις υποκείμενες διαδικασίες φλεγμονής και αντιδρούν διαφορετικά σε εξατομικευμένες θεραπείες.

Παραπομπή στο νοσοκομείο για εισαγωγή

Σύσταση 40: Συστήνεται η παραπομπή στο νοσοκομείο για όλους τους ασθενείς με σοβαρό παροξυσμό άσθματος ή απειλητικό για τη ζωή άσθμα (**IV**).

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: B

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν ομοφωνίας σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της SIGN στις οποίες ως:



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

- Απειλητικό για τη ζωή άσθμα ορίζεται η παρουσία στον ασθενή με άσθμα οποιουδήποτε εκ των παρακάτω κλινικών σημείων, συμπτωμάτων και μετρήσεων.

Κλινικά σημεία και συμπτώματα : διαταραχή επιπέδου συνείδησης, αδυναμία, αρρυθμία, υπόταση, κυάνωση, σιγή αναπνευστικού ψιθυρίσματος, ανεπαρκής αναπνευστική προσπάθεια (poor respiratory effort).

Μετρήσεις: PEF <33% της καλύτερης ή προβλεπόμενης τιμής, SpO₂ <92%, PaO₂ <8 kPa, φυσιολογική PaCO₂ (4.6–6.0 kPa).

- Σοβαρός παροξυσμός άσθματος ορίζεται η παρουσία οποιουδήποτε από τα παρακάτω:

PEF: 33-50% της καλύτερης ή προβλεπόμενης τιμής, αναπνευστική συχνότητα ≥ 25 /λεπτό, καρδιακή συχνότητα ≥ 110 /λεπτό, αδυναμία δημιουργίας μιας ολοκληρωμένης πρότασης σε μια αναπνοή.

Επιπλέον άλλες καταστάσεις όπως αποτυχία ανταπόκρισης στη θεραπεία, δυσμενείς κοινωνικές περιστάσεις ή συνοσηρότητα αποτελούν κριτήριο παραπομπής στο νοσοκομείο. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της GINA αναφέρουν ότι οι σοβαροί παροξυσμοί αποτελούν εν δυνάμει απειλητική κατάσταση για την ζωή του ασθενούς, και η θεραπεία τους απαιτεί στενή παρακολούθηση. Οι ασθενείς με σοβαρό παροξυσμό άσθματος συνίσταται να ενθαρρύνονται ώστε να επισκεφτούν άμεσα τον ιατρό τους ή, ανάλογα με την οργάνωση των τοπικών υπηρεσιών υγείας, να επισκεφτούν την κοντινότερη κλινική ή νοσοκομείο που παρέχει επείγουσα πρόσβαση στους ασθενείς με οξεία κρίση άσθματος. Η στενή παρακολούθηση (μέσω PEF) της ανταπόκρισης του ασθενούς στην θεραπεία είναι απαραίτητη και σημαντική (GINA, 2012).

Τα κριτήρια που ορίζουν ένα σοβαρό παροξυσμό άσθματος αποτελούν τα εξής (η παρουσία πολλών από τις παραμέτρους, και όχι απαραίτητα όλων, υποδεικνύει την κατάταξη στην σχετική κατηγορία) (GINA, 2012):

- Κατά την στάση ξεκούρασης ο ασθενής είναι σκυμμένος προς τα εμπρός λόγω δύσπνοιας.
- Συνεννοείται με λέξεις και όχι με προτάσεις.
- Είναι συνήθως ταραγμένος.
- Ο αναπνευστικός ρυθμός είναι συχνά άνω των 30 αναπνοών το λεπτό.
- Συνήθως υπάρχει σύσπαση επικουρικών αναπνευστικών μυών



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

- Ο συριγμός είναι συχνά έντονος.
- Οι σφυγμοί είναι άνω των 120 ανά λεπτό.
- Συνήθως υπάρχει παρουσία παράδοξου σφυγμού (>25 mmHg στους ενήλικες).
- Η PEF, μετά από την αρχική χορήγηση βρογχοδιασταλτικών, είναι κάτω του 60% της προβλεπόμενης τιμής ή της καλύτερης προσωπικής τιμής (<100 L/min στους ενήλικες) ή η ανταπόκριση στην θεραπεία διαρκεί λιγότερο από δύο ώρες.
- Η PaO₂ σε ατμοσφαιρικό αέρα είναι μικρότερη από 60mm Hg και/ή η PaCO₂ είναι μεγαλύτερη από 45 mm Hg. Υπάρχει πιθανώς αναπνευστική ανεπάρκεια.
- Η SaO₂ είναι μικρότερη από 90% στον ατμοσφαιρικό αέρα.

Υγιές περιβάλλον- ποιότητα αέρα

Σύσταση 41: Συστήνεται οι Γενικοί Ιατροί και οι Επαγγελματίες Υγείας που παρέχουν υπηρεσίες στην Π.Φ.Υ., να συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών υγείας, προγραμμάτων, δράσεων και στη λήψη μέτρων προστασίας της υγείας του περιβάλλοντος και ιδιαίτερα για τη διασφάλιση της ποιότητας του αέρα από τη ρύπανση καθώς και στην απαγόρευση του καπνίσματος **(IV)**.

Βαθμός τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός σύστασης: B

Η σύσταση αυτή αποτελεί προϊόν της συνάντησης ομοφωνίας.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

6. Πρακτικός αλγόριθμος



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Κλινική εκτίμηση διαλειπόντων ή σταθερών συμπτωμάτων όπως: **συριγμός, δύσπνοια, βήχας, σφίξιμο στο στήθος** ιδιαίτερα εάν επιδεινώνονται τη **νύχτα ή νωρίς το πρωί**, εκλύονται με την **άσκηση** ή με την **έκθεση σε αλλεργιογόνα, σε κρύο αέρα**, με τη χρήση **ασπιρίνης/ΜΣΑΦ** ή **β αναστολέων** (Σύσταση 1)

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ προ και μετά βρογχοδιαστολής
σημαντική αναστρεψιμότητα: **μεταβολές 12% και 200ml** σε σχέση με την αρχική μέτρηση.
Η φυσιολογική σπироμέτρηση δεν αποκλείει τη διάγνωση (Σύσταση 2)

ΡΟΟΜΕΤΡΗΣΗ
όταν η σπιομέτρηση δεν είναι διαθέσιμη ή όταν είναι εντός φυσιολογικών ορίων.
Οι διαδοχικές μετρήσεις της ροομέτρησης μπορούν να συμβάλουν στη διάγνωση του άσθματος- Σύσταση 3

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Εκτίμηση του ελέγχου με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων (i.e.; ACQ,ACT, RCP3Q) ή με την ταξινόμηση της GINA. Αξιολόγηση συμπτωμάτων για δύο έως τέσσερις εβδομάδες. (Συστάσεις 4-6)

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ανάλογα με το επίπεδο ελέγχου του άσθματος και την τρέχουσα θεραπεία –(Σύσταση 11)

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ (σε ειδικούς και εξειδικευμένες υπηρεσίες): (Σύσταση 39)

- όταν η διάγνωση είναι ασαφής
- όταν υπάρχει μακρόχρονη λήψη κορτιζόνης από το στόμα ή όταν χρησιμοποιείται συχνά θεραπεία με κορτικοστεροειδή από του στόματος ή όταν το άσθμα δεν ελέγχεται με το συνδυασμό β2 αγωνιστών μακράς δράσης και εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών
- όταν υπάρχουν σημαντικές παρενέργειες από την θεραπεία
- όταν συνταγογραφούνται υψηλές δόσεις εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών
- για την παρακολούθηση μερικών εβδομάδων μετά από νοσηλεία λόγω παροξυσμού
- για λόγους διερεύνησης των αιτιών του δύσκολα ελεγχόμενου άσθματος αλλεργικού ή σχετιζόμενου με λήψη ασπιρίνης
- για λόγους επαγγελματικού άσθματος
- για ασθενείς με συμπτώματα χρόνιας λοίμωξης τα οποία μπορεί να υποδηλώνουν καρδιακή ή άλλη μη πνευμονική αιτία
- για ασθενείς οι οποίοι έχουν χαρακτηριστικά συνυπάρχοντος άσθματος και ΧΑΠ (ACOS) και υπάρχει αμφιβολία για τις προτεραιότητες της θεραπείας

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΒΗΜΑΤΑ

Έλεγχος της συμμόρφωσης στην θεραπεία και της σωστής τεχνικής χρήσης των εισπνεόμενων φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται πάντα πριν συνταγογραφηθούν περισσότερα φάρμακα

Όταν το άσθμα είναι μη ελεγχόμενο συστήνεται η αύξηση της θεραπείας προκειμένου να ελεγχθεί η νόσος. Στη συνέχεια όταν το άσθμα αξιολογηθεί ως ελεγχόμενο για τουλάχιστον τρεις μήνες, η θεραπεία μπορεί να ελαττωθεί με σκοπό τη διατήρηση του ελέγχου της νόσου με την πιο χαμηλή θεραπευτική δόση.

Βήμα 1- Συστήνεται να χορηγείται στους ασθενείς με άσθμα ένας β2 αγωνιστής βραχείας δράσης για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Σε κάθε ασθενή που χρησιμοποιεί πάνω από δύο φορές την εβδομάδα ανακουφιστικό φάρμακο θα πρέπει να συστήνεται τακτική θεραπεία συντήρησης (Σύσταση 14)

Βήμα 2 - Συστήνεται η χορήγηση χαμηλής δόσης εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών και κατ' επίκληση χρήση ανακουφιστικού βραχείας δράσης βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου. Αυτή είναι η αρχική θεραπευτική επιλογή για την πλειοψηφία των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με άσθμα. Αναστολείς των λευκοτριενίων μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εναλλακτική θεραπεία. (Σύσταση 15)

Βήμα 3- Συστήνεται η χορήγηση χαμηλής δόσης εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών με ένα εισπνεόμενο βρογχοδιασταλτικό μακράς δράσης ως προτιμώμενη θεραπευτική επιλογή. Ως εναλλακτική επιλογή συστήνεται ή η αύξηση της δόσης σε μέτρια των εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών ή η προσθήκη αναστολέων των λευκοτριενίων ή η χαμηλή δόση βραδείας αποδέσμευσης θεοφυλλίνης σε συνδυασμό με χαμηλή δόση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών (Σύσταση 16)



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

Βήμα 4- Η συνιστώμενη θεραπεία είναι ο συνδυασμός κορτικοστεροειδών μετρίας ή υψηλής δόσης με ένα μακράς δράσης εισπνεόμενο β2 αγωνιστή. Τροποποιητές των λευκοτριενίων και/ή χαμηλής δόσης βραδείας αποδέσμευσης θεοφυλλίνη μπορούν να προστεθούν στη θεραπεία σε ασθενείς που δεν έχει επιτευχθεί επαρκής έλεγχος. Σε αυτό το επίπεδο συστήνεται η παραπομπή σε ειδικό (**Σύσταση 17**)



Βήμα 5- Συστήνεται οι ασθενείς στους οποίους ο έλεγχος του άσθματος δεν επιτυγχάνεται στο βήμα 4 να παραπέμπονται για εκτίμηση σε ειδικό. Επιπρόσθετες θεραπευτικές επιλογές για τους ασθενείς αυτούς περιλαμβάνουν: θεραπεία συντήρησης με κορτικοστεροειδή από το στόμα μετά την εκτίμηση της σχέσης κίνδυνου-οφέλους και/ή αντι IgE θεραπεία σε ασθενείς με σοβαρό αλλεργικό άσθμα, εφόσον πληρούνται τα κριτήρια χορήγησης του φαρμάκου. (**Σύσταση 18**)