



مروری سریع بر مدیریت اورژانسی حمله شدید آسم



رفرنس : UpToDate 2026



علائم خطر بالینی / ارزیابی / درمان های استاندارد /
درمان های تکمیلی



رفرنس : UpToDate 2026

مرور سریع مدیریت اورژانسی : تشدید شدید آسم در بزرگسالان



کانال تلگرام: @med_skills

MEDSKILL
www.Med-skill.com



پیج اینستاگرام: @med_skill

علائم خطر بالینی



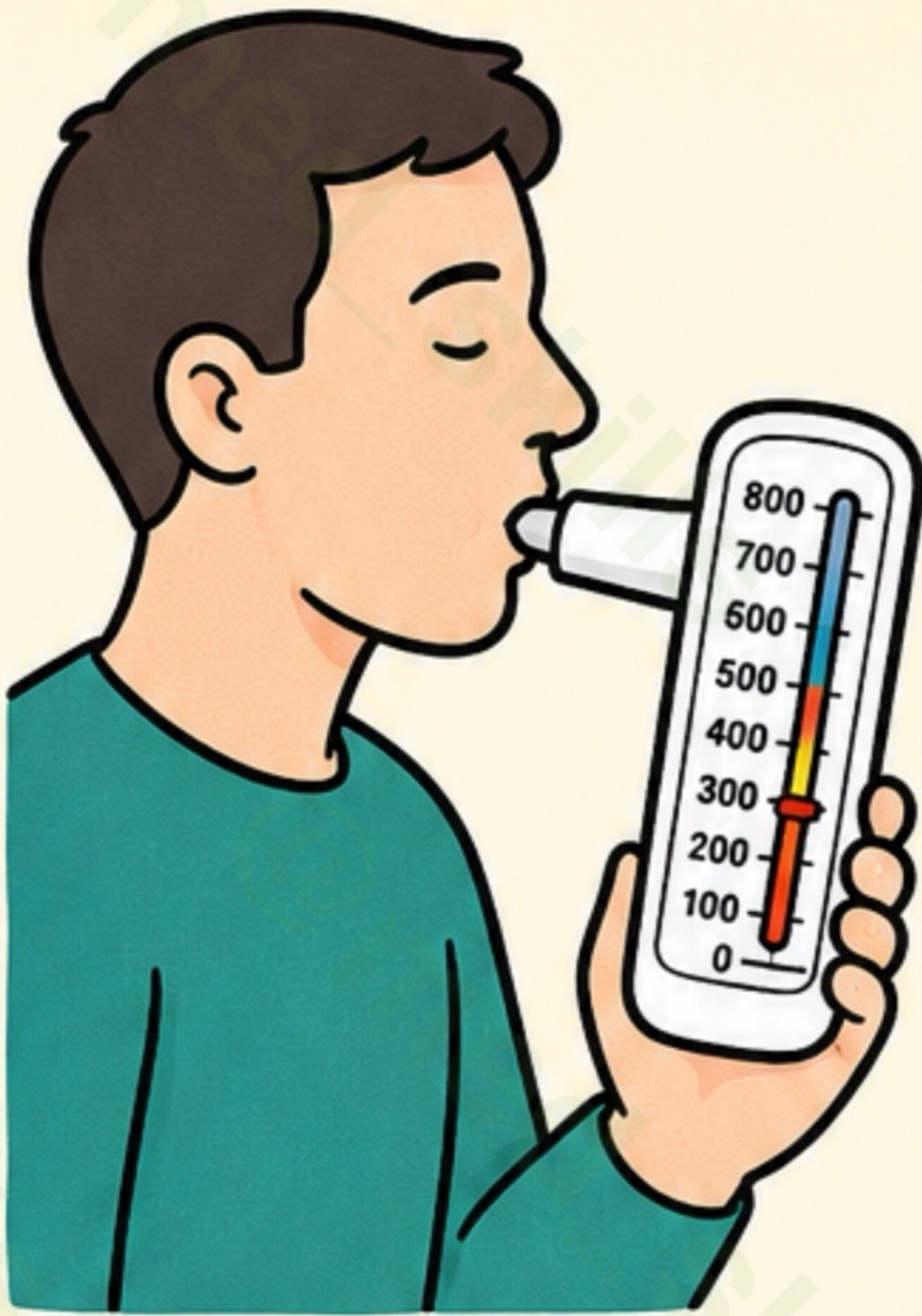
- استفاده از عضلات فرعی تنفس؛
تکلم کوتاه و منقطع؛ ناتوانی در
دراز کشیدن به حالت طاق باز؛
تعریق شدید؛ بی‌قراری؛ علائم
شدید که با درمان اولیه اورژانسی
بهبود پیدا نمی‌کنند.

- حتی در صورت عدم وجود این
علائم نیز ممکن است انسداد راه
هوایی تهدیدکننده حیات رخ دهد.



- **علائم ایست تنفسی قریب الوقوع:**
سیانوز، ناتوانی در حفظ تلاش
تنفسی، و کاهش سطح هوشیاری.

ارزیابی

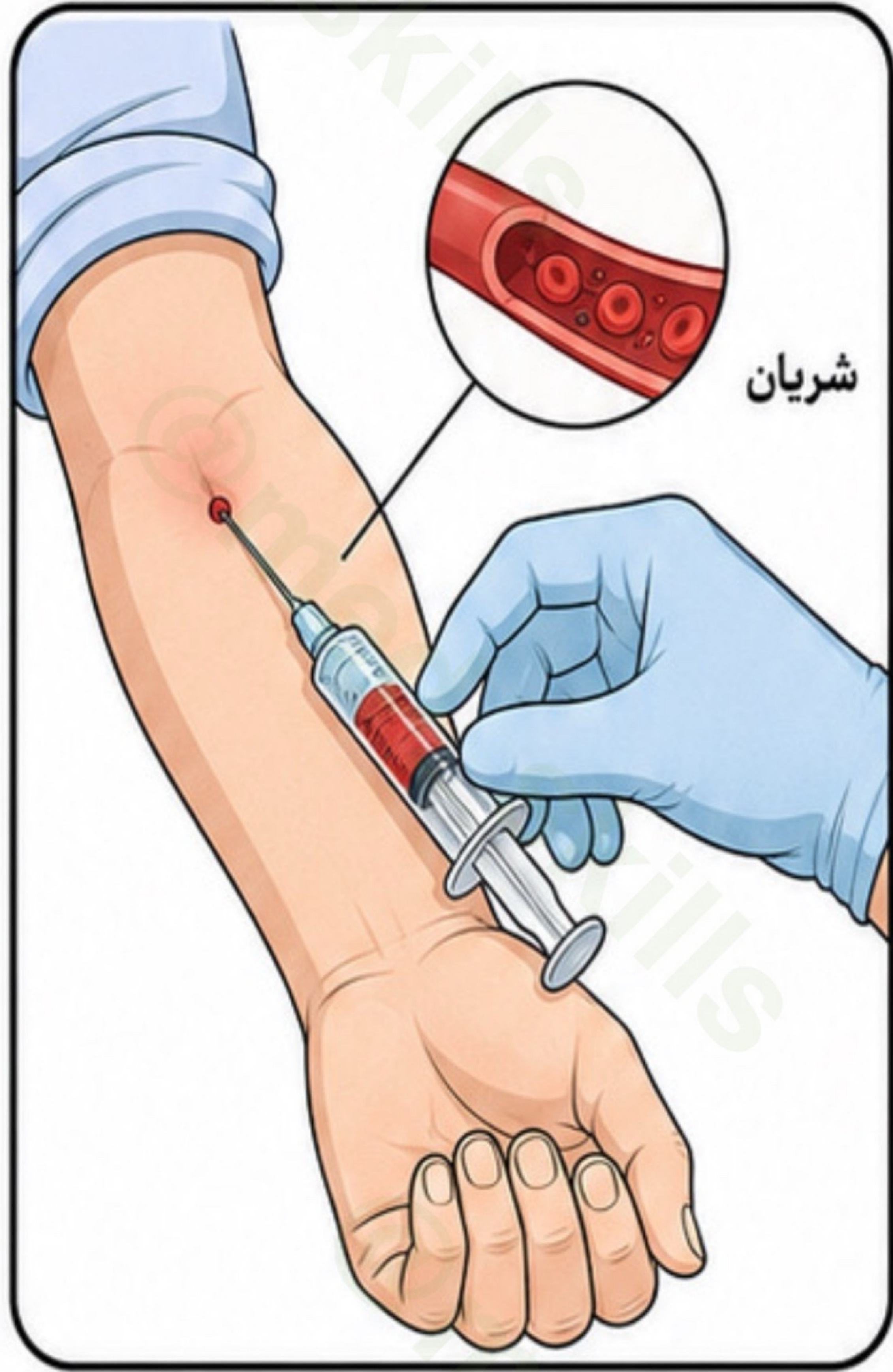


- اندازه‌گیری جریان بازدمی (Peak Expiratory Flow Rate یا PEFR) بهترین معیار برای سنجش شدت بیماری است؛ PEFR کمتر از ۴۰٪ مقدار پیش‌بینی‌شده (یا کمتر از ۲۰۰ لیتر در دقیقه در اغلب بزرگسالان) نشان‌دهنده انسداد شدید است؛ بیماران دچار دیسترس شدید اغلب قادر به انجام آزمون پیک فلو نیستند.



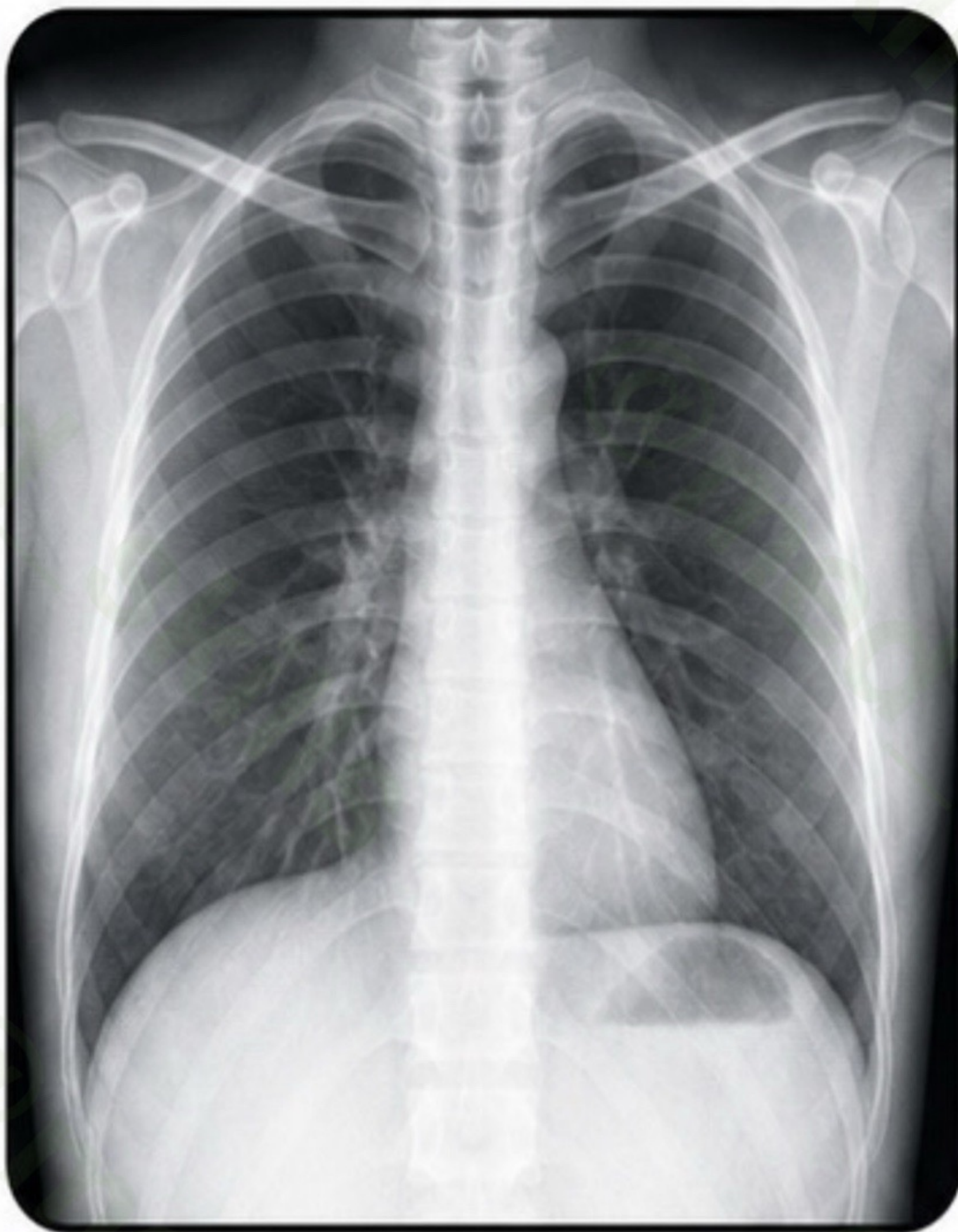
- هیپوکسمی شدید (برای مثال، $SpO_2 \leq 95\%$) علی‌رغم درمان با اکسیژن با جریان بالا از طریق ماسک بدون بازدم مجدد) نشان‌دهنده ایست تنفسی قریب‌الوقوع یا احتمال بروز عارضه شدید (برای مثال، پنوموتوراکس) است؛ پایش مداوم اشباع اکسیژن با پالس اکسی‌متری باید انجام شود.

- بیماران در وضعیت بحرانی (in extremis)



باید بدون انتظار برای نتایج گازهای خون شریانی (ABGs) بر اساس وضعیت بالینی درمان شوند. ABGs می‌توانند در ارزیابی هیپرکاپنی یا نارسایی تنفسی قریب‌الوقوع کمک‌کننده باشند؛ هیپرکاپنی معمولاً تا زمانی که PEF کمتر از ۲۵٪ مقدار طبیعی نباشد (به‌طور کلی کمتر از ۱۰۰ تا ۱۵۰ لیتر در دقیقه) رخ نمی‌دهد.

- رادیوگرافی قفسه سینه معمولاً کمک‌کننده



نیست؛ با این حال، در صورت شک به عوارض (برای مثال، پنومونی یا پنوموتوراکس)، نامشخص بودن تشخیص، یا پرخطر بودن بیمار (برای مثال، مصرف‌کننده مواد مخدر تزریقی، فرد دچار نقص ایمنی، مبتلا به بیماری مزمن ریوی یا نارسایی قلبی)، باید انجام شود.

درمان‌های استاندارد

آگونیست استنشاقی بتا

Neb Albuterol 2.5–5 mg

روزانه هر ۲۰ دقیقه برای ۳ دوز
از طریق نبولایزر، سپس هر ۱ تا ۴
ساعت در صورت نیاز.



یا

پیج اینستاگرام: @med_skill

MDI Albuterol 4–8 puffs + Spacer

هر ۲۰ دقیقه برای ۳ دوز، سپس
هر ۱ تا ۴ ساعت در صورت نیاز.



یا

کانال تلگرام: @med_skills

در تشدیدهای شدید:

Neb Albuterol 10–15 mg

به صورت نبولایزاسیون مداوم طی ۱ ساعت.



اکسیژن



- اکسیژن کافی برای حفظ $SpO_2 \geq 92\%$ (و بیش از ۹۵٪ در بارداری) تجویز شود.



دسترسی وریدی (IV)

- دسترسی وریدی برقرار شود؛ در صورت دهیدراتاسیون ناشی از کاهش دریافت مایعات و طولانی شدن حمله، بولوس سرم سالین ایزوتونیک وریدی تجویز شود.



ایپراتروپیوم بروماید

Neb Ipratropium Bromide 500 mcg
هر ۲۰ دقیقه برای ۳ دوز.

یا

MDI Ipratropium Bromide 4-8 puffs + Spacer
هر ۲۰ دقیقه برای ۳ دوز.

سپس در صورت نیاز، می‌توان تا ۳ ساعت، دوزهای اضافی را هر ساعت تجویز کرد.



گلوکوکورتیکوئیدهای سیستمیک



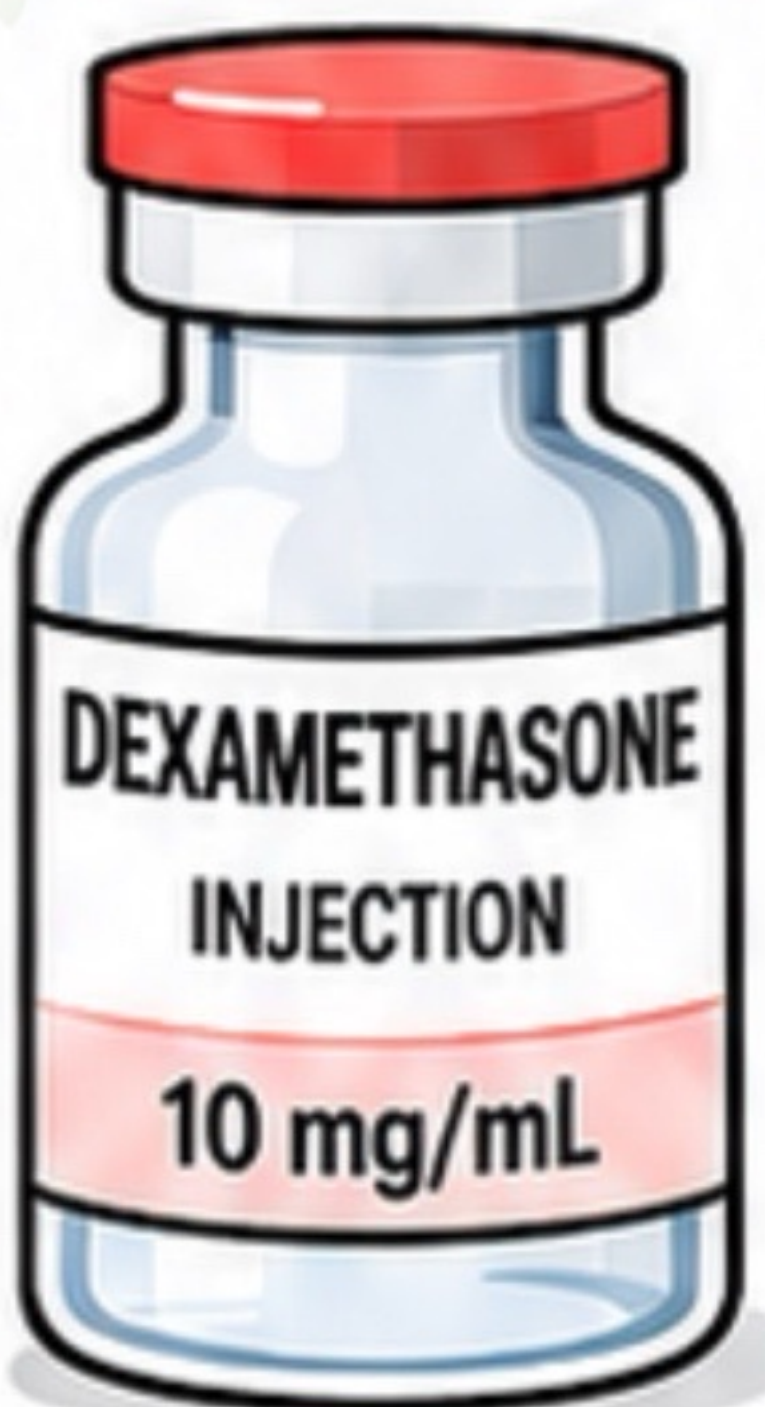
Amp Methylprednisolone 60–125 mg IV

در بیماران با نارسایی تنفسی قریب الوقوع،
وریدی تجویز شود.



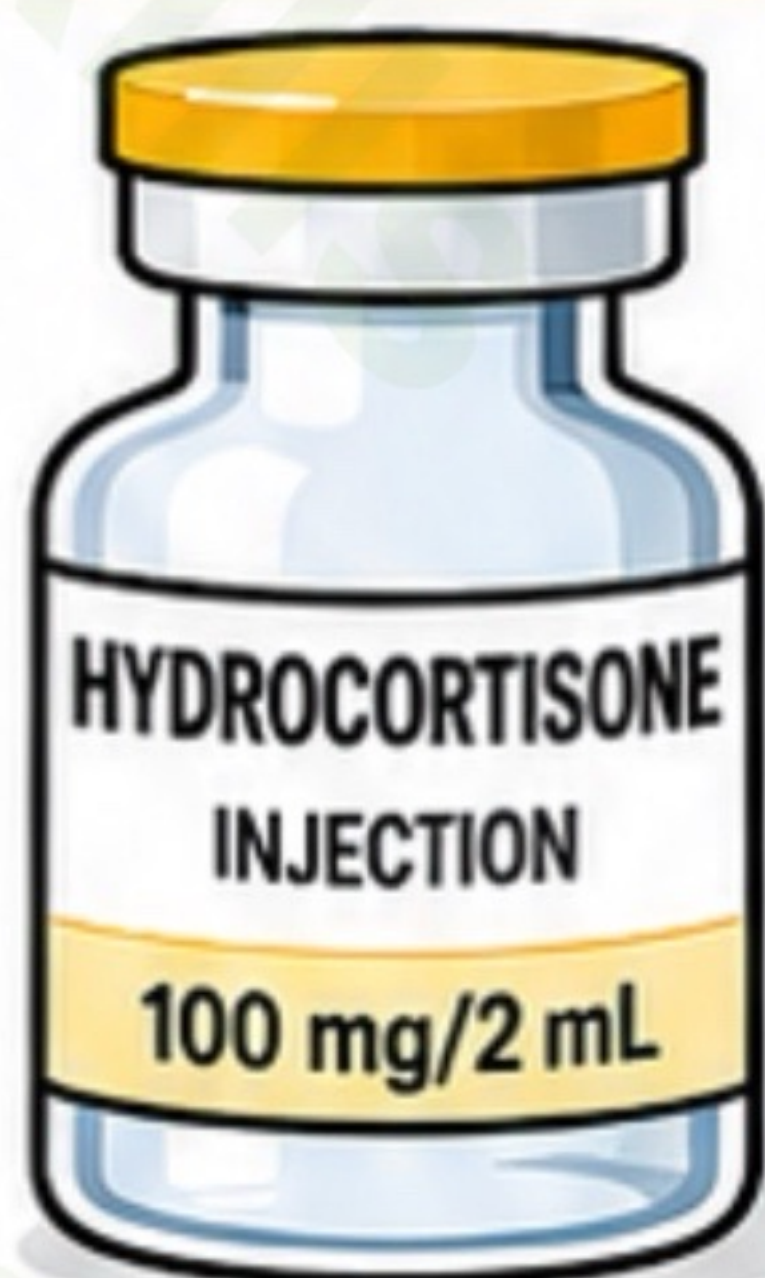
Tab Prednisone 40–60 mg PO

در اکثر تشدیدهای خفیفتر آسم،
خوراکی تجویز شود.



Amp Dexamethasone 6–10 mg IV

به عنوان یکی از درمان های جایگزین،
وریدی تجویز شود.



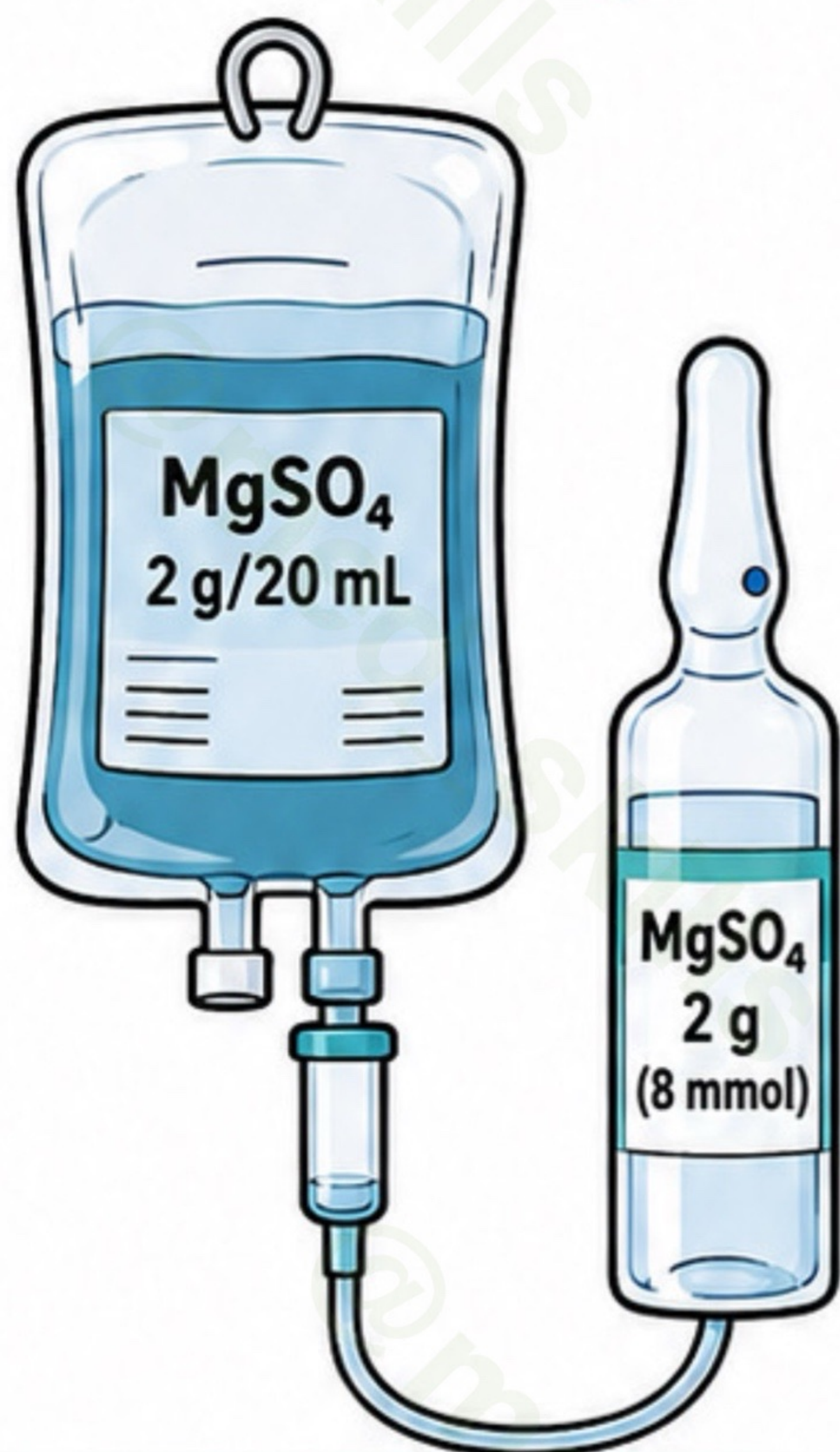
Amp Hydrocortisone 150–200 mg IV

به عنوان یکی از درمان های جایگزین،
وریدی تجویز شود.



* در صورت عدم امکان برقراری دسترسی وریدی،
گلوکوکورتیکوئیدها را می توان به صورت عضلانی (IM) یا
خوراکی تجویز کرد.

منیزیم سولفات



Amp Magnesium Sulfate 2 g (8 mmol) IV

طی ۲۰ دقیقه وریدی برای تشدیدهای تهدیدکننده حیات و نیز تشدیدهای شدیدی که پس از یک ساعت درمان فشرده با برونکودیلاتورها بهبود نیافته‌اند، تجویز شود.



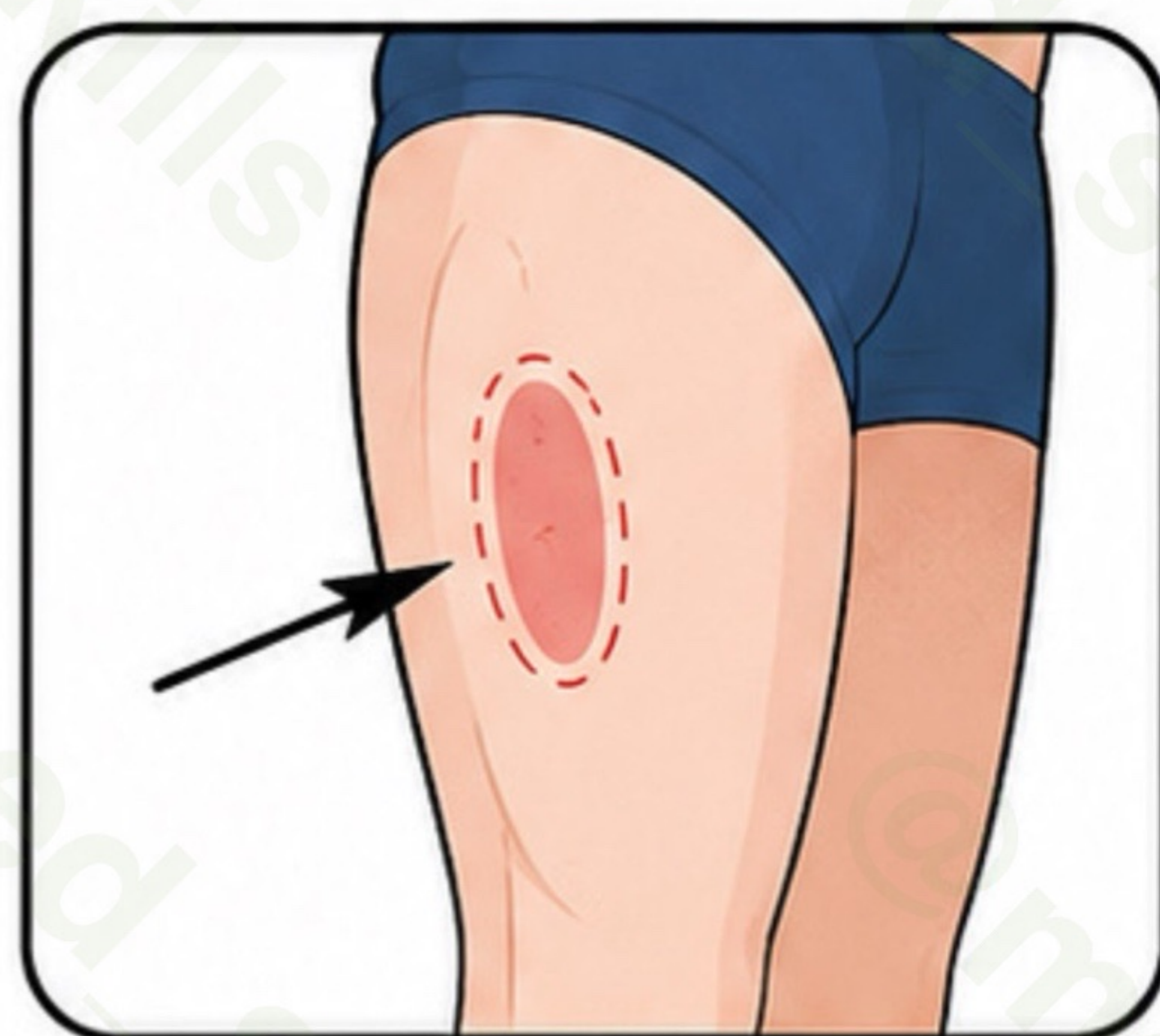
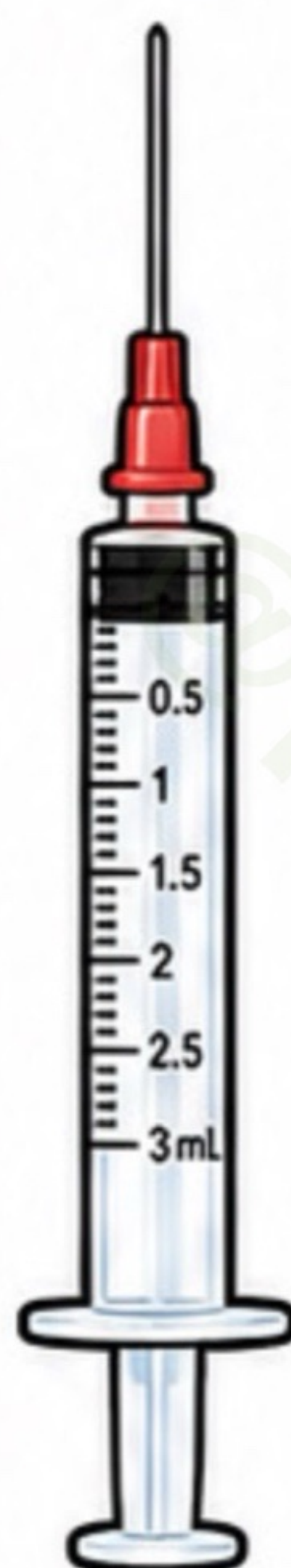
کانال تلگرام: @med_skills

درمان‌های تکمیلی

اپی نفرین

Amp Epinephrine 1 mg/mL (1:1000)

**Dose: 0.3–0.5 mg IM
(0.3–0.5 mL)**



در قسمت میانی-خارجی ران (عضله واستوس لترالیس) تزریق شود.

پیج اینستاگرام: @med_skill



* در صورت نیاز، می‌توان هر ۲۰ دقیقه تا ۳ دوز تکرار کرد.



* یا اپی‌نفرین یا تربوتالین تجویز شود؛ هرگز هر دو با هم تجویز نشوند.

کانال تلگرام: @med_skills

پیج اینستاگرام: @med_skill

تربوتالین

R_x

Amp Terbutaline 0.25 mg SC



هر ۲۰ دقیقه تا ۳ دوز به صورت تزریق زیرجلدی، در بیمارانی که قادر به استفاده از برونکودیلاتورهای استنشاقی نیستند، تجویز شود.



* یا تربوتالین یا اپی‌نفرین تجویز شود؛ **هرگز** هر دو با هم تجویز نشوند.

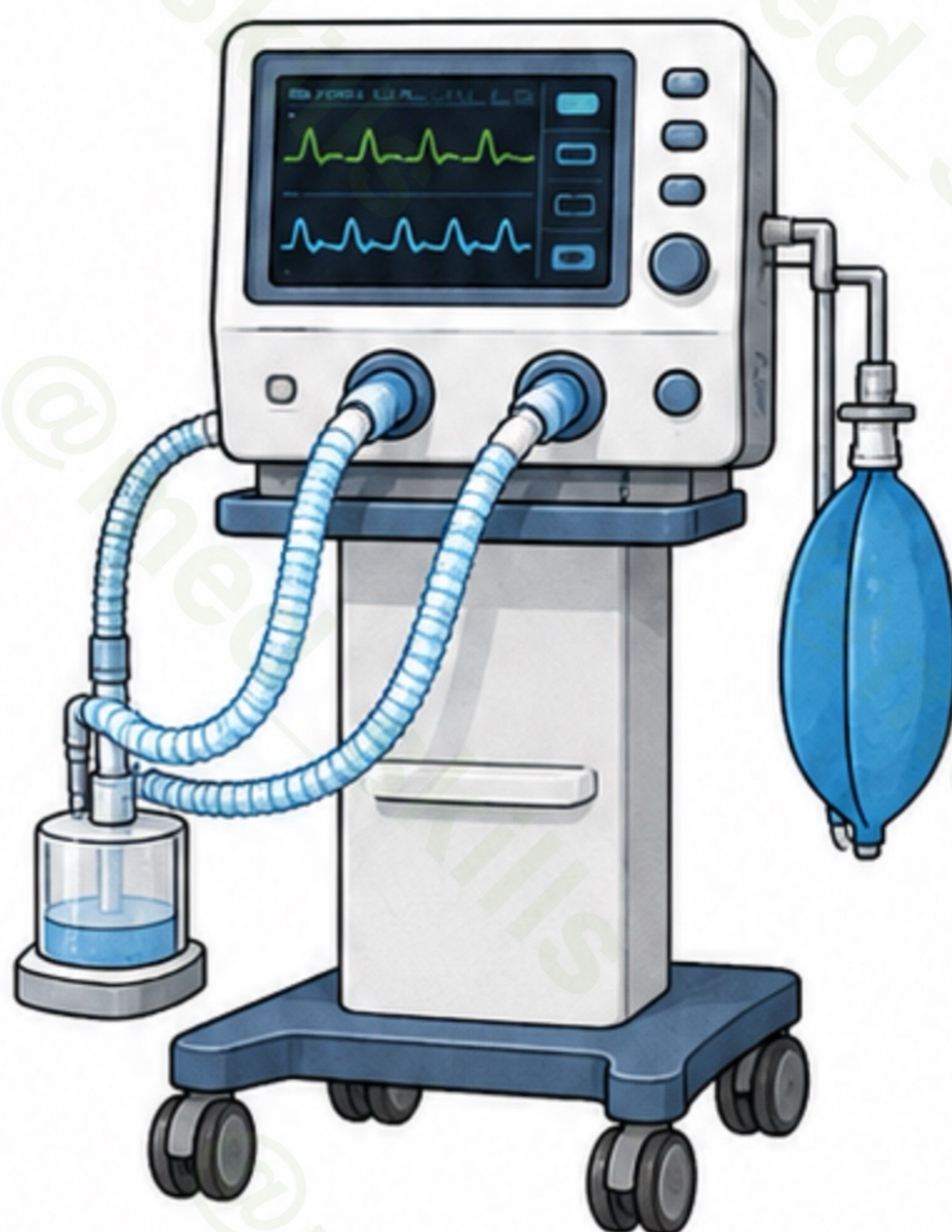
لوله‌گذاری داخل تراشه و تهویه مکانیکی

- تصمیم به لوله‌گذاری در چند دقیقه اول یک حمله شدید آسم، یک تصمیم بالینی است. کاهش تعداد تنفس، کاهش سطح هوشیاری، ناتوانی در حفظ تلاش تنفسی یا هیپوکسمی شدید، نشان می‌دهد که بیمار به لوله‌گذاری نیاز دارد.

- در صورت عدم پیش‌بینی دشواری در لوله‌گذاری، Rapid Sequence Intubation (RSI) روش ارجح است.



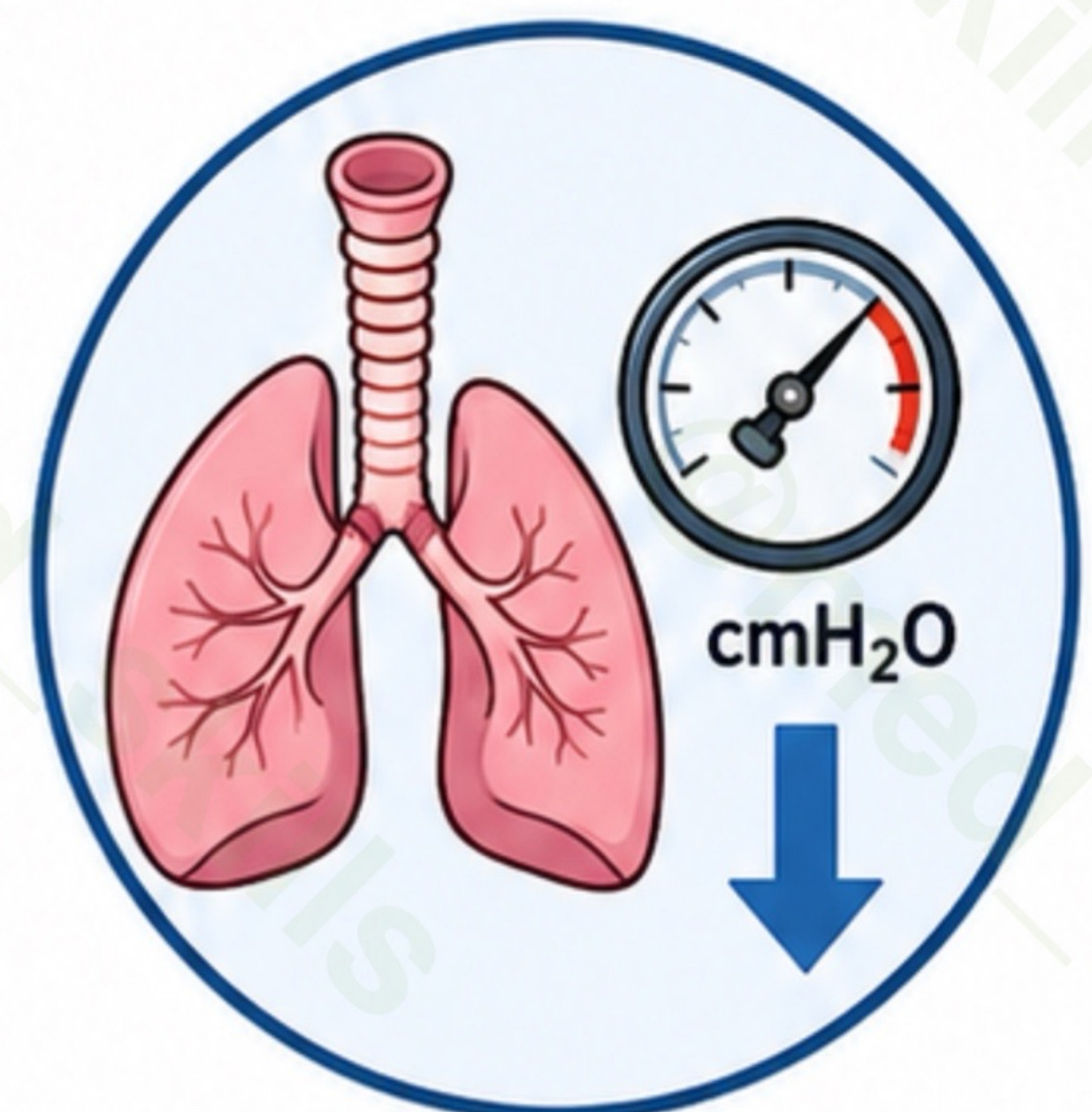
- لوله‌گذاری از راه بینی توصیه نمی‌شود.



تهویه مکانیکی در آسم شدید

- هدف از تهویه مکانیکی، حفظ اکسیژناسیون و تهویه کافی همراه با به حداقل رساندن افزایش فشارهای راه هوایی است. این هدف با استفاده از حجم جاری پایین (۶ تا ۸ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم) و تعداد تنفس پایین (۱۰ تا ۱۲ تنفس در دقیقه) حاصل می شود.

- در برخی بیماران، برای جلوگیری از باروتراوما، باید افزایش PaCO_2 پذیرفته شود (Permissive hypercapnia).



سوال بالینی؟

بیماری با **حمله شدید آسم** پس از درمان اولیه هنوز دیسترس تنفسی دارد؛ اما ناگهان ویزینگ کمتر شده و صداهای تنفسی به شدت **کاهش** یافته‌اند.

این تغییر را چگونه تفسیر می‌کنید و اقدام بعدی شما چیست؟



MEDSKILL
www.Med-skill.com



جهت دریافت جواب عدد **41** رو کامنت کنید