

مشاركة في دراسة عالمية لإعداد بروتوكول عالمي للربو في غرف الإسعاف

الدكتورة يسر محمد *

الدكتورة فاطمة ياسين قصاب **

حكمت بدور ***

(قبل للنشر في 2006/2/9)

□ الملخص □

الربو شائع الانتشار في كل مناطق العالم وهو مشكلة صحية عامة كبيرة ذات تكاليف وعبء ثقيل على المريض والمجتمع ودراستنا هي جزء من دراسة عالمية من قبل الاتحاد العالمي لمكافحة السل والأمراض التنفسية التي تسعى لوضع خطة علاجية نظامية فعالة قادرة على تخفيض هذه التكاليف وهذا العبء وتخفيض الإمبراضية. وقد أجريت الدراسة على 100 مريض ربوي راجعوا غرفة الإسعاف في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية في العام 2003-2004 حيث تم تصنيف شدة الربو لدى كل مريض بعد التدبير الإسعافي للنوبة وقد وجدنا أن 14% من المرضى ربو متقطع و 16% من المرضى ربو مزمن بسيط و 27% من المرضى ربو مزمن متوسط و 43% من المرضى ربو مزمن شديد وكان لدينا 46% من المرضى لم يعالجوا معالجة نظامية كاملة مقابل 54% من المرضى عولجوا بشكل نظامي والنسبة العظمى من المرضى كان يتابعهم أخصائي أمراض صدرية بنسبة 66.6% وقد أعطي كل مريض خطة علاجية مكتوبة تتضمن درجة الربو لديه والعلاج الوقائي الداعم وجرعته والعلاج الإسعافي مع علامات تدهور الوضع السريري وقيمة PEF عند الخروج من المشفى وكيفية التدبير الذاتي لنوبة الربو ريثما يصل المريض إلى الطبيب أو إسعاف المشفى وقد لاحظنا بعد متابعة المرضى أن هذه الخطة المكتوبة قد انقضت نسبة الزيارات المنكررة للمرضى لغرفة الإسعاف بالمشفى حيث لدينا 15% فقط من المرضى تكررت زيارتهم للإسعاف وبالتالي أهمية خطتنا العلاجية السابقة في تخفيض العبء وتكاليف العناية الصحية لمرض الربو.

* أستاذة في قسم الأمراض الباطنية . كلية الطب - جامعة تشرين . اللاذقية . سوريا .

**مدرسة تعليم عالي في قسم الأمراض الباطنية . كلية الطب - جامعة تشرين . اللاذقية . سوريا .

***طالب دراسات عليا في قسم الأمراض الباطنية . كلية الطب - جامعة تشرين . اللاذقية . سوريا .

A Contribution to a Study Preparing for an International Protocol for Asthma Medical Air Rooms

Dr. Usser Mohamad*
Dr. Fatema Yassin kassab**
Hikmat Badour***

(Accepted 9/2/2006)

□ ABSTRACT □

Asthma is a worldwide disease that creates a heavy burden to the patient and society. Our study is part of an international one launched by the International Union for the Eradication of Tuberculosis and Respiration Diseases, which seeks to set up a systematic effective plan capable of reducing disease costs and burden effects.

Our study involved 100 patients suffering from asthma who were treated in the medical aid rooms of Al-Assad Hospital in Lattakia during 2003 – 2004.

In the study, disease severity was classified for each patient after relief treatment. We found out that 14% suffered from intermittent asthma, 16% suffered from simple chronic asthma, 27% suffered from medium chronic asthma, and 43% suffered from severe chronic asthma. 46% of the patients were not treated systematically and completely, while 54% were regularly treated. 66.6% were also monitored by chest doctors. Each patient was given a written treatment plan showing his asthma degree, boosting protective treatment and doses, emergency treatment, clinical deteriorating signs, values (PEF) at discharge time and self protective measures to be taken by patients until they are aided.

The results of the above plan were as follows: Only 15% of the said patients were revisiting the medical aid rooms. This means that our plan leads to the reduction of the disease burden and cost.

*Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

** Higher Education Teacher, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

***Postgraduate Student, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

المقدمة:

الربو هو إصابة التهابية للطرق التنفسية تجعلها خلايا متعددة أهمها الخلايا البدينة، الحمضيات والمفاويات T عند أشخاص مؤهين، هذا الالتهاب يسبب نوباً من الأزيز الناكس والزلة التنفسية والانتعاج التنفسي والسعال خاصة في الليل أو في الصباح الباكر. هذه الأعراض ناجمة عن انسداد قصبي منتشر، مختلف الشدة، قابل للعكس تلقائياً أو تحت تأثير العلاج وإن هذا الالتهاب يسبب تفاقم الارتكاس القصبي لمنبهات متعددة [1-2] وهذه الإصابة تزداد شيوعاً وتطرح مشكلة صحية هامة على المستوى العالمي، وهو مرض عام يصيب الفقراء والأغنياء على السواء. ورغم حصول تطورات تقنية هامة في مجال تدبير المرضى، إلا أن هذه التقنيات غير متوفرة في معظم البلدان الفقيرة وبالتالي فهي لا تستطيع الاستفادة منها. وبالإضافة إلى ذلك فإن كلفة تدبير المرضى تطرح مشكلة هامة يجب مواجهتها على مستوى التخطيط الصحي للبلدان الفقيرة حيث يكون مستوى دخل الفرد والنتاج الوطني منخفضاً [3].

أهمية البحث:

إن الربو مرض شائع الانتشار عند الأطفال والبالغين في كل أنحاء العالم وتزداد نسبة حدوثه حالياً بسبب زيادة التلوث البيئي وهذا المرض عبء ثقيل على المريض وعائلته [3-4] وتكمن أهمية البحث في كونه جزءاً من دراسة عالمية من قبل الاتحاد العالمي لمكافحة السل والأمراض التنفسية تسعى إلى وضع خطة علاجية نظامية لمرضى الربو بعد تدبير النوبات في غرفة الإسعاف بحيث نقل من تكرارها ومن تعدد الاستشفاءات وبالتالي نقل العبء وتكاليف العناية الصحية بهؤلاء المرضى [5].

أهداف البحث:

- 1- تقييم درجة خطورة النوبة الربوية التي تدخل إسعاف المشفى وتصنيفها حسب الاتفاق الدولي إلى: نوبة بسيطة- نوبة متوسطة- نوبة شديدة- نوبة مهددة للحياة.
- 2- التدبير الإسعافي لنوبة الربو حسب شدتها مع إبقاء المريض في غرفة الإسعاف مدة ساعتين نراقب خلالها التحسن السريري وتحسن PEF ونحاول ما أمكن التقليل من استشفاء المريض أو إدخاله إلى العناية المشددة وكذلك وضعه على جهاز التنفس الاصطناعي.
- 3- تصنيف الربو حسب الاتفاق الدولي إلى: [4]
 - درجة 1- ربو منقطع. درجة 2- ربو مزمن خفيف. درجة 3- ربو مزمن متوسط.
 - درجة 4- ربو مزمن شديد.
- 4- تحديد العلاج الذي كان يأخذه المريض في الفترة السابقة لدخوله إلى الإسعاف وضبط هذا العلاج بما يتلاءم مع تصنيف الربو السابق وتدريب المريض على استعمال البخاخ وكذلك على طريقة قياس PEF وتثقيف المريض حول أهمية اقتناء جهاز PEF وفائدته في تقييم شدة النوبة الربوية ثم تخريج المريض على خطة علاجية مكتوبة يتعلم من خلالها علامات تدهور الوضع السريري والتدبير الذاتي لنوبة الربو حتى يصل إلى طبيبه أو إلى إسعاف المشفى [4-5].

5- التركيز على أهمية العلاج الوقائي المديد بالستيروئيدات القشرية الاستنشاقية وتحديد دورها في التقليل أو منع النوب الربوية والأعراض الليلية وكذلك التقليل من تعدد الاستشفاءات والوفيات.

مادة البحث:

هم مرضى الربو المراجعين لإسعاف مشفى الأسد الجامعي باللاذقية والبالغ عددهم 100 مريض ومريضة.

طريقة البحث: [4-5]

عند وصول المريض إلى غرفة الإسعاف يتم تسجيل اسمه وعنوانه وتاريخ وصوله (أيام-أشهر- سنوات) ووقت وصوله (دقائق- ساعات) وعمره ثم يتم تقييم شدة النوبة سريرياً وقياس PEF قبل الإرداذ بساعتين وسحب غازات الدم الشرياني قبل وضعه على الأكسجين والإرداذ ثم يتم التدبير الإسعافي لنوبة الربو (O2 - إرداذ فنتولين - كورتيزون جهازى - إيتافيلين - سلفات المغنيزيوم ...).

ويتابع المريض في غرفة الإسعاف مدة ساعتين نراقب خلالها التحسن السريري وتحسن PEF وعند وصول PEF إلى 70% من القيمة الطبيعية والمحافظة عليها يتم استجواب المريض عن الأدوية التي كان يستعملها خلال الأربعة أسابيع الماضية وعن تكرار النوب والأعراض الليلية .

خلال الأربعة أسابيع الماضية أيضاً ثم يخرج على خطة علاجية مكتوبة تتضمن العلاج الوقائي الداعم (الكورتيزون الاستنشاقى) وجرعته والعلاج الإسعافي (مقلدات B2 الاستنشاقية) مع علامات تدهور الوضع السريري وقيمة PEF عند التخرج حيث نعلم المريض من خلالها التدبير الذاتي لنوبة الربو ريثما يصل إلى طبيبه أو إلى إسعاف المشفى. أما في حال عدم تحسن PEF بعد ساعتين من الإرداذ أو تردي قيمته إلى ما دون 60% فهنا يتم استشفاء المريض لمتابعة العلاج في المشفى.

النتائج ومناقشتها:

جدول رقم (1) يبين توزع المرض حسب العمر :

العمر						
64 <	64- 50	49 - 20	19- 15	14 -5	4 - 0	عدد المرضى
19	24	47	10	0	0	100

نلاحظ من الجدول السابق أن (10) مرضى أعمارهم بين 15 - 19 بنسبة 10 % و 47 مريضاً أعمارهم بين 20 - 49 بنسبة 47 % و 24 مريضاً أعمارهم بين 50 - 64 بنسبة 24 % و 19 مريضاً أعمارهم < 64 بنسبة 19 % .

أي أن النسبة العظمى من المرضى هم من الفئة العمرية بين 20 - 49 وهذا قد يعزى إلى أن ذروة النشاط المهني والبدني تكون خلال هذه المرحلة من العمر وبالتالي يكثر التعرض للعوامل المحرصة البيئية والمهنية .

جدول رقم (2) يبين توزع المرض حسب الجنس :

الجنس		عدد المرضى
ذكر	أنثى	
39	61	100

نلاحظ من الجدول السابق أن نسبة المرضى الإناث 61 % مقابل 39 مريضاً ذكراً بنسبة 39 %.

جدول رقم (3) يبين توزع المرض حسب شدة النوبة الربوية عند الوصول إلى غرفة الإسعاف:

شدة النوبة الربوية				عدد المرضى
على وشك حدوث حصار تنفسي	شديدة	متوسطة	خفيفة	
2	14	51	33	100

نلاحظ من الجدول السابق أن 33 نوبة خفيفة الشدة بنسبة 33 % و 51 نوبة متوسطة الشدة بنسبة 51 % و 14 نوبة شديدة بنسبة 14 % ونوبتين فقط على وشك الحصار التنفسي بنسبة 2 % . أي أن أكثر النوب هي خفيفة متوسطة الشدة وهذا يعود ربما لأن معظم المرضى يجدون علاج المشفى كافياً أو سريعاً .

جدول رقم (4) يبين توزع المرضى حسب مدة النوبة قبل الوصول إلى غرفة الإسعاف.

مدة النوبة			عدد المرضى
> 3 ساعة	3 - 24 ساعة	< 24 ساعة	
21	43	36	100

نلاحظ من الجدول السابق أن 36 مريضاً مدة النوبة لديه <24 ساعة و 43 مريضاً مدة النوبة لديه 3- 24 ساعة و 21 مريضاً مدة النوبة لديه >3 ساعة أي أن النسبة العظمى من النوب مدتها تتراوح بين 3-24 ساعة و <24 ساعة وهنا قد يعود إلى أن النسبة العظمى من النوب هي خفيفة ومتوسطة الشدة

جدول رقم (5) يبين تصنيف الربو لدى مرضى الدراسة حسب تكرار النوب خلال /4/ أسابيع السابقة لآخر نوبة:

عدد المرضى	ربو متقطع	ربو مزمن بسيط	ربو مزمن متوسط	ربو مزمن شديد
100	14	16	27	43

نلاحظ من الجدول السابق أن عدد مرضى الربو المتقطع 14 مريضاً بنسبة مئوية 14 % وعدد مرضى الربو المزمن البسيط 16 مريضاً بنسبة مئوية 16 % وعدد مرضى الربو المزمن المتوسط 27 مريضاً بنسبة مئوية 27 % وعدد مرضى الربو المزمن الشديد 43 مريضاً بنسبة مئوية 43 %.

أي أن النسبة العظمى من مرضى الدراسة هم ربو مزمن شديد وهذا قد يعود إلى عدم وضع تصنيف دقيق للربو عند بدء التشخيص وبالتالي عدم وصف المعالجة المناسبة وهذا ما يزيد الوضع سوءاً.

جدول رقم (6) يبين توزيع المرضى حسب تلقيهم للمعالجة النظامية الكاملة :

درجة = 0					درجة = 1	عدد المرضى
لا=46					نعم =54	100
لم يوصف له	لا يستطيع الحصول عليهم	لا يستطيع تحمل أسعارهم	لا يحتاجهم	لا يريدهم		
43	-	1	-	2		

نلاحظ من الجدول السابق أن عدد المرضى الذين أخذوا علاجاتهم كاملة 54 مريضاً بنسبة مئوية 54% فيما بلغ عدد المرضى الذين لم يأخذوا علاجاتهم كاملة 46 مريضاً بنسبة مئوية 46% وهؤلاء المرضى منهم مريضان لا يريدان أخذ هذه العلاجات بنسبة مئوية 4.34% ولا يوجد مريض لا يحتاج هذه العلاجات وهناك مريض واحد لا يستطيع تحمل أسعار هذه العلاجات بنسبة 2.17% ولا يوجد مريض لا يستطيع الحصول على هذه العلاجات و43 مريضاً لم يوصف له العلاجات الكاملة بنسبة مئوية 93.4% .

أي أن أغلبية مرضى الدراسة يستطيعون شراء الأدوية إذا وصفت لهم لكن النسبة العظمى من المرضى لم يوصف لهم علاجاتهم الكاملة وهذا يعود أيضاً إلى عدم وضع تصنيف دقيق للربو عند التشخيص وبالتالي عدم وصف المعالجة النظامية الكاملة.

جدول رقم (7) يبين توزيع المرضى حسب الشخص المسؤول عن علاجهم :

عدد المرضى	درجة = 1	درجة = 2	درجة = 3	درجة = 4	درجة = 5
100	أخصائي	دكتور حوادث	طبيب عام	ممرض	آخر
	72	18	9	0	1

نلاحظ من الجدول السابق أن 72 مريضاً يراقبون من قبل طبيب أخصائي بنسبة 72% منهم 48 مريضاً يعالجهم أخصائي في أمراض صدرية بنسبة 66,6% و24 يعالجهم أخصائي داخلية عامه بنسبة مئوية 33,3% و18 مريضاً يعالجهم دكتور حوادث (إسعاف) بنسبة مئوية 18% و9 مرضى يعالجهم طبيب عام بنسبة 9% ومريض واحد يعالجه شخص آخر غير الذين ذكرناهم بنسبة 1%. أي أن النسبة العظمى من مرضى الدراسة يعالجهم طبيب أخصائي ومعظمهم أخصائي أمراض صدرية. وهذا قد يعود إلى ارتفاع نسبة الوعي لدى مرضى الدراسة الذي جعلهم يلجؤون إلى طبيب أخصائي وليس غير.

جدول رقم (8) يبين توزع المرضى حسب العلاقة بين تلقيهم المتابعة المنتظمة والشخص المسؤول عن المعالجة:

الشخص المسؤول عن المعالجة					
آخر	دكتور حوادث	طبيب عام	أخصائي داخلية	أخصائي صدرية	
-	-	-	10	41	عدد المرضى الذين تلقوا متابعة منتظمة = 51
1	18	9	14	7	عدد المرضى الذين لم يتلقوا متابعة منتظمة = 49

نلاحظ من الجدول السابق أن 51 مريضاً تلقوا متابعة منتظمة من قبل الطبيب المعالج، منهم 41 مريضاً يعالجهم أخصائي صدرية و10 مرضى يعالجهم أخصائي داخلية، ونلاحظ أن 49 مريضاً لم يتلقوا متابعة منتظمة منهم 7 مرضى يعالجهم أخصائي صدرية و14 مريضاً يعالجهم أخصائي داخلية و9 مرضى يعالجهم طبيب عام و18 مريضاً يعالجهم دكتور حوادث ومريض واحد يعالجه شخص آخر غير السابق ذكرهم. أي أن النسبة العظمى من المرضى تلقوا متابعة منتظمة من قبل الطبيب المعالج وهذا يعود إلى أن النسبة العظمى منهم عولجوا من قبل أخصائي صدرية.

جدول رقم (9) يبين توزع المرضى حسب تغطية الضمان الصحي لأدوية الربو:

عدد المرضى	درجة = 1	درجة = 2	درجة = 3
100	ليس لدى المريض ضمان صحي	لدى المريض ضمان صحي يغطي أدوية الربو جزئياً	لدى المريض ضمان صحي يغطي أدوية الربو بشكل كامل
	93	1	6

نلاحظ من الجدول السابق أن 93 مريضاً ليس لديهم ضمان صحي يغطي أدوية الربو بنسبة 93 % و6 مرضى لديهم ضمان صحي كامل بنسبة 6 % ومريض واحد لديه ضمان صحي جزئي بنسبة 1 % أي أن النسب العظمى من المرضى بل الأغلبية ليس لديهم ضمان صحي.

جدول رقم (10) يبين توزع المرضى حسب العلاقة بين وصف المعالجة النظامية الكاملة والشخص المسؤول عن هذه المعالجة:

الشخص المسؤول عن المعالجة			عدد المرضى الذين لم يوصف لهم معالجة نظامية كاملة
أخصائي صدرية	أخصائي داخلية عامة	طبيب غير أخصائي	
5	10	28	43

نلاحظ من الجدول السابق أن عدد المرضى الذين لم يوصف لهم معالجة نظامية كاملة بسبب الطبيب المعالج 43 مريضاً بنسبه مئوية 93.4 % منهم 28 مريض كان يعالجه طبيب غير أخصائي بنسبة مئوية 65.1 % و 10 مرضى يعالجهم طبيب أخصائي أمراض داخلية بنسبة مئوية 23.2 % و 5 مرضى يعالجهم طبيب أخصائي أمراض صدرية بنسبة مئوية 11.6 %.

أي أن أقل نسبة للمرضى الذي لم يوصف لهم معالجة نظامية كاملة بسبب الطبيب المعالج هم المرضى الذين يتابعون من قبل طبيب أخصائي أمراض صدرية فإذا أخذنا بعين الاعتبار أن معظم مرضى الدراسة يتابعون من قبل طبيب أخصائي ومعظمهم أخصائي صدرية فهذا يؤكد التأثير الإيجابي للوعي الصحي على تلقي المرضى المعالجة النظامية.

جدول رقم (11) يبين توزيع المرضى حسب العلاقة بين المتابعة المنتظمة وتلقي المرضى المعالجة النظامية الكاملة

عدد المرضى الذين تلقوا معالجة نظامية كاملة	
51	عدد المرضى الذين تلقوا متابعة منتظمة = 51
3	عدد المرضى الذين لم يتلقوا متابعة منتظمة = 49

نلاحظ من الجدول السابق أن 51 مريضاً تلقوا متابعة منتظمة وقد عولجوا معالجة نظامية كاملة و 49 مريضاً لم يتلقوا متابعة منتظمة منهم 3 مرضى عولجوا معالجة نظامية كاملة. أي أن النسبة العظمى من المرضى عولجت بشكل نظامي وكامل عند تلقيها المتابعة المنتظمة من قبل الطبيب المعالج .

جدول رقم (12) يبين توزيع المرضى حسب العلاقة بين تلقي المرضى للمعالجة

النظامية الكاملة وتغطية الضمان الصحي لهذه المعالجات

عدد المرضى الذين لم يتلقوا معالجة نظامية كاملة		عدد المرضى الذين يغطي الضمان الصحي علاجاتهم
46		7
عدد المرضى الذين لا يستطيعون الحصول على الأدوية	عدد المرضى الذين لا يستطيعون تحمل أسعار الأدوية	
0	1	

نلاحظ من الجدول السابق أن عدد المرضى الذين يغطي الضمان الصحي علاجاتهم 7 مرضى بنسبة مئوية 7 % فإذا قورن بعدد المرضى الذين لم يتلقوا علاجاتهم الكاملة بسبب عدم تحمل أسعار الأدوية والبالغ مريض واحد بنسبه مئوية 2.17 % وبعدهد المرضى الذين لم يستطيعوا الحصول على العلاجات حيث لا يوجد أي مريض . نلاحظ أن معظم المرضى قادرين على الحصول على العلاجات عندما توصف لهم وعدد المرضى الذين يتلقون ضمان صحي ضئيل جداً وبالتالي فإن الضمان الصحي له دور ثانوي في عدم تلقي المرضى العلاجات الكاملة النظامية.

جدول رقم (13) يبين توزيع المرضى حسب علاجاتهم بالستيروئيدات خلال (4) أسابيع السابقة لآخر نوبة :

عدد المرضى الذين عولجوا بالستيروئيدات	عدد مرضى الربو المزمن
40	86

نلاحظ من الجدول السابق أن 40 مريضاً من مرضى الربو المزمن عولجوا بالستيروئيدات بنسبة مئوية 46,2% وهذا يعود إلى أن النسبة العظمى من مرضى الربو المزمن هم ربو مزمن شديد بنسبة مئوية 50% وبالتالي حاجتهم إلى جرعة داعمة من الستيروئيدات .

جدول رقم (14) يبين توزيع المرضى حسب العلاقة بين الشخص المسؤول عن المعالجة ووصف الستيروئيدات

الشخص المسؤول						عدد المرضى الذين عولجوا بالستيروئيدات
آخر	ممرض	طبيب عام	دكتور حوادث	أخصائي داخلية	أخصائي صدرية	40
0	0	0	0	2	38	

نلاحظ من الجدول السابق أن 38 مريضاً عولجوا بالستيروئيدات كان يتابعهم أخصائي صدرية بنسبة مئوية 95% ومريضين كان يتابعهما أخصائي داخلية بنسبة مئوية 5% ولا مريض عولج بالستيروئيدات كان يتابعه طبيب عام أو آخر بنسبة مئوية 0% أي أنه عندما يتابع المريض من قبل أخصائي صدرية تزداد نسبة تلقيه للمعالجة النظامية المتضمنة وصف الستيروئيدات عندما يتطلب الأمر وصفها .

جدول رقم (15) يبين توزيع المرضى حسب تحدد النشاط الفيزيائي الحاصل بسبب الربو:

عدد المرضى الذين حصل لديهم تحدد بالنشاط الفيزيائي	العدد الكلي لمرضى الربو المزمن
35	86

نلاحظ من الجدول السابق أنه حصل تحدد بالنشاط الفيزيائي لـ 35 مريضاً من مرضى الربو المزمن بنسبة مئوية 40,69% . وهذا يعود إلى أن أكثر مرضى الربو المزمن هم مرضى ربو مزمن شديد لذلك حصل لديهم تحدد بالنشاط الفيزيائي .

جدول رقم (16) يبين توزيع المرضى حسب العلاقة بين تحدد النشاط الفيزيائي وشدة الربو :

عدد المرضى	مرضى الربو المزمن البسيط	مرضى الربو المزمن المتوسط	مرضى الربو المزمن الشديد
35	3	8	24

نلاحظ من الجدول السابق أن /3/ مرضى ربو مزمن بسيط حدث لديهم تحدد بالنشاط الفيزيائي بنسبة مئوية 8,57 % و/8/ مرضى ربو مزمن متوسط حدث لديهم تحدد النشاط الفيزيائي بنسبة مئوية 22,57 % و/24/ مريضاً حدث لديهم تحدد النشاط الفيزيائي بنسبة مئوية 68,57 % أي أنه يزداد نسبة تحدد النشاط الفيزيائي لدى مرضى الربو مع ازدياد شدته.

جدول رقم (17) يبين توزيع المرضى حسب العلاقة بين تحدد النشاط الفيزيائي والمعالجة النظامية الكاملة للربو

عدد المرضى	عدد المرضى الذين تلقوا معالجة نظامية	عدد المرضى الذين لم يتلقوا معالجة نظامية
86	40	46
عدد المرضى الذين حصل لديهم تحدد النشاط الفيزيائي=35	2	33

نلاحظ من الجدول السابق أن من 86 مريض ربو مزمن حصل تحدد النشاط الفيزيائي لدى 35 مريضاً من هؤلاء الـ 86 مريضاً 40 تلقوا معالجة نظامية كاملة وحصل تحدد النشاط الفيزيائي لدى مريضين مقابل 46 مريضاً لم يتلقوا معالجة نظامية كاملة وحصل تحدد النشاط الفيزيائي لـ 33 مريضاً منهم أي أنه تزداد نسبة حدوث تحدد النشاط الفيزيائي عندما لا يتلقى المرضى العلاج النظامي الكامل .

جدول رقم (18) يبين توزع المرضى حسب العلاقة بين تحدد النشاط الفيزيائي ووصف الستيروئيدات في خطة المعالجة:

عدد المرضى الذين حصل لديهم تحدد بالنشاط الفيزيائي	عدد المرضى الذين تلقوا ستيروئيدات في علاجهم =40
2	
33	عدد المرضى الذين لم يتلقوا ستيروئيدات في علاجهم = 46

نلاحظ من الجدول السابق أن من /40/ مريضاً تلقوا ستيروئيدات في علاجهم مريضين حصل لديهما تحدد بالنشاط الفيزيائي بنسبة مئوية 5% بينما 46 مريضاً لم يتلقوا ستيروئيدات في علاجهم حصل تحدد النشاط الفيزيائي لدى 33 مريضاً بنسبة مئوية 71,7 % أي أنه تزداد نسبة حدوث تحدد النشاط الفيزيائي لدى مرضى الربو المزمن مع انخفاض وصف الستيروئيدات في خطة المعالجة وبالتالي أهمية وصف الستيروئيدات وفائدتها في التقليل من حدوث تحدد النشاط الفيزيائي لدى مرضى الربو المزمن.

جدول رقم (19) يبين توزع المرضى حسب العلاقة بين تحدد النشاط الفيزيائي والجنس .

الجنس		عدد مرضى تحدد النشاط الفيزيائي
أنثى	ذكر	
25	10	35

نلاحظ من الجدول السابق أن 35 مريضاً حدث لديهم تحدد النشاط الفيزيائي منهم /10/ مرضى ذكور بنسبة مئوية 28,5 % و 25 مريضاً أنثى بنسبة مئوية 71,4 % أي أن النسبة العظمى هم إناث وهذا قد يعود إلى أن نسبة المرضى الإناث في الدراسة 61 % مقابل 39 % ذكوراً أي زيادة نسبة الإناث في الدراسة.

جدول رقم (20) يبين توزع المرضى حسب العلاقة بين حدوث ضعف تحدد النشاط الفيزيائي والعمر :

العمر						عدد مرضى تحدد النشاط الفيزيائي
64 <	60-50	49-20	19-15	14-5	4 - 0	35
10	10	12	3	0	0	

نلاحظ من الجدول السابق أن /3/ مرضى أعمارهم بين 15 - 19 حدث لديهم تحدد النشاط الفيزيائي بنسبة مئوية 8,2 % و 12 مريضاً أعمارهم بين 20 - 49 بنسبة مئوية 34,2 % و 10 مرضى أعمارهم بين 50 - 60 بنسبة مئوية 25,7 % و 10 مرضى أعمارهم < 64 بنسبة مئوية 25,7%. أي أن أكبر نسبة عمرية حدث لديهم تحدد بالنشاط الفيزيائي هي 20 - 49 سنة وهذا قد يعزى إلى أن الفئة العمرية بين 20 - 49 هي أكبر فئة عمرية لدى مرضى الدراسة.

جدول رقم (21) يبين توزع المرضى حسب وضعهم الصحي بعد التدبير الأولي في غرفة الإسعاف في المشفى :

عدد المرضى	أدخل المريض إلى المشفى	خرج المريض من المشفى	وضع المريض على جهاز التنفس الاصطناعي
100	14	84	2

نلاحظ من الجدول السابق أن /14/ مريض ربو أدخل إلى المشفى لمتابعة العلاج بعد التدبير الإسعافي بنسبه مئوية 14 % و /84/ مريضاً خرج من المشفى على خطة علاجية مكتوبة بعد استقرار وضعه في غرفة الإسعاف وتحسن / PEF < 70 % بعد التدبير الأولي الإسعافي بنسبه مئوية 84 % ومريضين وضعوا على المنفسة بنسبه مئوية 2 % حيث حدث منها وفاة واحدة بعد ثلاثة أيام من وجود المريض على المنفسة. أي النسبة العظمى من المرضى لم يتم استشفائهم وهذا قد يعود إلى أن معظم النوبات الربوية في دراستنا كانت بين خفيفة إلى متوسطة الشدة وبنسبة قليلة جداً 14 % كانت شديدة (خطيرة) وبالتالي إمكانية السيطرة على النوبة في غرفة الإسعاف.

جدول رقم (22) يبين هل زار المريض غرفة الإسعاف مرة أخرى بعد تخريجه على خطة علاجية مكتوبة :

عدد المرضى	عدد المرضى الذين زاروا غرفة الإسعاف مرة أخرى بعد تخريجهم من المشفى
100	15

نلاحظ من الجدول السابق أن (15) مريضاً فقط زاروا غرفة الإسعاف مرة أخرى بنسبة مئوية 15 % و 85 % لم يزوروا غرفة الإسعاف مرة أخرى بعد تخريجهم وهذا يعود إلى أهمية الخطة العلاجية المكتوبة التي أعطيناها لكل مريض والمبين فيها أعراض النوب الربوية من الخفيفة إلى الشديدة وكيفية التصرف حسب شدة النوبة وضرورة الالتزام بالعلاج الوقائي المديد .

الاستنتاجات والتوصيات:

- 1- نسبة تحدد النشاط الفيزيائي تتناسب طردياً مع شدة الربو .
- 2- تزداد نسبة تحدد النشاط الفيزيائي بل تكاد تكون مطلقة عندما لايتلقى المرضى المعالجة النظامية الكاملة.
- 3- نسبة تحدد النشاط الفيزيائي تتناسب عكساً مع وصف الستيروئيدات في خطة المعالجة.
- 4- النسبة العظمى من مرضى الدراسة إناث 61 % مقابل 39 % ذكور .
- 5- النسبة العظمى من مرضى الدراسة هم من الفئة العمرية 20 . 49 . [2]
- 6- العمل مع إدارة المشفى وقسم الأمراض الباطنة وأمراض الصدر عن طريق العيادة الخاصة بمرض الربو السابقة الذكر لإصدار وتأمين بطاقات خاصة بمرض الربو يدون عليها المعلومات الصحية الشخصية ودرجة الربو والعلاج الإسعافي الذي يجب على المريض تناوله بحسب درجة خطورة النوبة ويشار إليها بالألوان الأصفر أو الأخضر أو الأحمر بحسب الاستراتيجية الإجمالية للوقاية وتدبير الربو والمقترح بالاتفاق الدولي.[5]
- 7- ضرورة اعتماد الخطة العلاجية المتفق عليها بالاتفاق الدولي لتدبير ومعالجة الربو والتي تؤكد على استخدام الستيروئيدات الاستنشاقية بجرعات علاجية فعالة (500 . 2000 مكغ / يوم) وجرعة داعمة من الستيروئيدات الفموية وذلك حسب درجة وتصنيف الربو لما لذلك من أهمية في التقليل من عدد الزيارات الإسعافية المتكررة للمشفى أيضاً وعدد الاستشفاءات المتكررة وكذلك لما لها من فائدة في التقليل من تحدد الفعالية الفيزيائية للمريض وجعله يعيش حياته الخاصة أقرب إلى الطبيعي.
- 8- ضرورة الاهتمام بموضوع التنقيف الصحي وإخضاع مرضى الربو وكذلك الكادر الصحي كاملاً من جهاز التمريض إلى الأطباء العاميين أو أطباء الداخلية العامة وحتى أحياناً أخصائيي الصدرية لبرامج ودورات تنقيفية عن طريق المشفى أو طرق أخرى يؤكد من خلالها على أهمية التصنيف والعلاج الداعم للربو. [4 - 5]

المراجع:

- 1- Roland H. Goldstein ,James J, O'Connell, Joe B - Karlinksy Y - *Practical Approach of pulmonary Diseases*, Washington, 1992, pp 68-71.
- 2- Clark, M, Kumar, P – *Clinical Medicine*, Fourth Edition, London, 1998, pp (785, 786, 793).
- 3- جانبية، إحسان – شاهين، إحسان – أمراض الجهاز التنفسي، الطبعة الثانية – الشادي للنشر والتوزيع، دمشق، 1994، ص ص (53).
- 4- Global initiative for asthma (GINA) – *pocket Guide for asthma Management and prevention*, 1999, pp (3, 15, 16, 18, 27, 31).
- 5- د. محمد، يسر – العائلة والربو، 2002، ص ص (25، 39).