

تشخیص و درمان برونشیت حاد

ترجمه: دکتر حسام جهان‌دیده

سرفه شایع‌ترین علامتی است که مراجعه بیماران به مطب پزشکان عمومی را در پی دارد و تشخیص این بیماران نیز معمولاً برونشیت حاد است. برونشیت حاد را باید از سایر تشخیص‌های شایع مثل پنومونی و آسم افتراق داد؛ زیرا این بیماری‌ها نیازمند درمان‌های خاصی هستند که برای برونشیت حاد اندیکاسیون ندارند. علائم برونشیت معمولاً برای مدت ۳ هفته به طول می‌انجامد. وجود یا فقدان خلط رنگی (مثلاً سبز رنگ) یافته قابل اعتمادی برای افتراق عفونت‌های باکتریایی مجاری تنفسی تحتانی از انواع ویروسی آن نیست. ویروس‌ها، عامل بیش از ۹۰٪ موارد عفونت‌های برونشیتی حاد هستند. استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها معمولاً برای درمان برونشیت، اندیکاسیون ندارد و تنها در صورت شک به سیاه‌سرفه و به منظور کاهش انتقال این بیماری یا در مواردی که بیمار در معرض خطر بالای ابتلا به پنومونی است (به عنوان مثال بیماران ۶۵ سال و بالاتر)، باید از آنها استفاده کرد. ثابت شده که روش‌های درمانی معمول برای کنترل علائم برونشیت حاد غیر موثر هستند. همچنین براساس توصیه اداره نظارت بر غذا و داروی ایالات متحده (FDA) نباید از داروهای ضد سرفه و سرماخوردگی در کودکان زیر ۶ سال استفاده نمود. استفاده از ترکیبات گیاه شمع‌دانی عطری (*pelargonium*) می‌تواند در کاهش شدت علائم در بزرگسالان کمک‌کننده باشد. در صورتی که انتظارات بیمار در مورد تجویز آنتی‌بیوتیک و داروهای کنترل‌کننده علائم با توصیه‌های مبتنی بر شواهد مطابقت نداشته باشد، باید با استفاده از راهبردهای موثر برقراری ارتباط، ضمن حفظ رضایتمندی بیمار، بی‌خطرترین درمان‌های در دسترس را در اختیار بیمار قرار داد.

مقدمه

از سایر بیماری‌هایی که به صورت شایع باعث ایجاد سرفه می‌شوند، دشوار باشد (جدول ۱).

سرماخوردگی اغلب به ایجاد سرفه می‌انجامد؛ با این حال در این بیماری معمولاً احتقان و آبریزش بینی هم وجود دارد. همچنین به طور معمول علائم سرماخوردگی تنها به مدت ۱۰-۷ روز ادامه پیدا می‌کند. علائم برونشیت حاد معمولاً برای مدت تقریباً ۳ هفته طول می‌کشند. به طور معمول می‌توان در بیمارانی که دچار تب، تاکی‌پنه، تاکی‌کاردی یا یافته‌های ریوی بالینی مطرح‌کننده پنومونی در معاینه فیزیکی نیستند، تشخیص پنومونی را رد کرد. با این حال سرفه می‌تواند تنها علامت اولیه تظاهر پنومونی در بیماران سالمند باشد و لذا آستانه استفاده از رادیوگرافی قفسه‌سینه در این گروه از بیماران باید پایین در نظر گرفته شود. وجود یا فقدان خلط رنگی (به عنوان مثال سبز رنگ) یافته قابل اعتمادی برای افتراق عفونت‌های باکتریایی مجاری تنفسی تحتانی از انواع ویروسی آن نیست.

سرفه شایع‌ترین علامتی است که باعث مراجعه بیماران به مطب پزشکان عمومی می‌شود و برونشیت حاد نیز شایع‌ترین تشخیص در این گروه از بیماران است. با این حال مطالعات حاکی از آنند که بیشتر بیماران مبتلا به برونشیت حاد، به صورت نامناسب یا ناموثری تحت درمان قرار می‌گیرند. اگرچه برخی پزشکان انتظارات بیماران و محدودیت‌های زمانی را علت بهره‌گیری از این روش‌های درمانی می‌دانند، هشدارهای اخیر FDA درباره خطرات برخی از داروهای پرمصرف در درمان این بیماری، بر اهمیت استفاده از درمان‌های موثر و مبتنی بر شواهد در برونشیت حاد تأکید می‌کنند.

تشخیص

برونشیت حاد یک عفونت خودمحدودشونده است که سرفه علامت اصلی آن به شمار می‌رود. ممکن است افتراق این عفونت

جدول ۱. شایع‌ترین تشخیص‌های افتراقی سرفه حاد

برونشیت حاد
رینیت آلرژیک
آسم
تشدید بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)
سرمخوردگی
تشدید نارسایی احتقانی قلب
بیماری ریفلکس معده به مری
بدخیمی
پنومونی
سرفه پس از بیماری‌های عفونی
ترشح پشت حلق
سینوزیت
سندرم ویروسی

بیشتر از ۳ هفته طول کشیده؛ و بیمارانی که با فرد مبتلا به سیاه‌سرفه یا فرد غیرواکسینه مواجهه داشته‌اند، مدنظر قرار گیرد.

درمان

درمان برونشیت حاد معمولاً دو جزء دارد: درمان با آنتی‌بیوتیک‌ها و درمان برای کنترل علائم. به نظر می‌رسد فاصله گرفتن پزشکان از طبابت مبتنی بر شواهد در زمینه «درمان» برونشیت بیشتر از «تشخیص» آن باشد.

آنتی‌بیوتیک‌ها

باتوجه به خطر مقاومت آنتی‌بیوتیکی و نیز عفونت با کلاستریدیوم دیفیسیل در جامعه، نباید از آنتی‌بیوتیک‌ها به طور روتین برای درمان برونشیت حاد خصوصاً در بیماران جوانی که مشکوک به ابتلا به سیاه‌سرفه نیستند، استفاده کرد. اگرچه ۹۰٪ از عفونت‌های برونشیتی ناشی از ویروس‌ها هستند، تقریباً دوسوم بیمارانی که در ایالات متحده مبتلا به این بیماری تشخیص داده می‌شوند، تحت درمان با آنتی‌بیوتیک‌ها قرار می‌گیرند. انتظارات بیماران ممکن است یکی از دلایل تجویز آنتی‌بیوتیک باشد. یک بررسی پیمایشی نشان داده است که ۵۵٪ بیماران معتقدند آنتی‌بیوتیک‌ها برای درمان عفونت‌های ویروسی مجاری تنفسی فوقانی موثر هستند و ۲۵٪ از بیماران طی یک‌سال پیش از نظرسنجی با استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های باقی‌مانده از تجویز پزشک برای عفونت‌های قبلی، اقدام به خوددرمانی بیماری مجاری تنفسی فوقانی خود کرده‌اند. مطالعات نشان داده‌اند که طول مدت ویزیت بیماران مبتلا به عفونت‌های حاد تنفسی در موارد عدم تجویز آنتی‌بیوتیک، بدون تغییر یا تنها یک دقیقه طولانی‌تر بوده است. کالج پزشکان قفسه‌سینه آمریکا (ACCP)، تجویز روتین آنتی‌بیوتیک برای بیماران مبتلا به برونشیت حاد را توصیه نمی‌کند و پیشنهاد می‌نماید علت این مساله برای بیمار توضیح داده شود، زیرا بسیاری از بیماران در این موارد انتظار دارند برای آنها آنتی‌بیوتیک تجویز شود.

توصیه‌های کلیدی برای طبابت

رتبه‌بندی شواهد	توصیه بالینی
B	نباید از آنتی‌بیوتیک‌ها به صورت روتین برای درمان برونشیت حاد استفاده کرد.
C	می‌توان درمان‌های ذیل را برای کنترل علائم مرتبط با برونشیت مدنظر داشت: داروهای ضدسرفه (دکسترومتورفان، کدین، هیدروکودون) در بیماران ۶ ساله و بالاتر
B	بتا-آگونیست‌های استنشاقی در بیماران مبتلا به ویز
B	کورتیکواستروئیدهای استنشاقی با دوز بالا به صورت دوره‌ای
B	اکیناسه
B	شمعدانی عطری
B	عسل تیره در کودکان
از داروهای ذیل نباید برای کنترل علائم مرتبط با برونشیت استفاده کرد:	
B	داروهای خلط‌آور
B	بتا-آگونیست‌های استنشاقی در بیمارانی که ویز ندارند
C	داروهای ضدسرفه در کودکان زیر ۶ سال

A: شواهد بیمارمحور قطعی با کیفیت خوب، B: شواهد بیمارمحور غیر قطعی یا با کیفیت محدود، C: اجماع، شواهد بیماری‌محور، طبابت معمول، عقیده صاحب‌نظران یا مجموعه موارد بالینی.

پاتوژن مسبب برونشیت به ندرت شناسایی می‌شود (جدول ۲). در بررسی‌های بالینی، تشخیص پاتوژن مسبب در کمتر از ۳۰٪ موارد امکان‌پذیر می‌شود. تقریباً ۹۰٪ از عفونت‌های برونشیتی حاد ناشی از ویروس‌ها هستند. از آنجایی که میزان حصول نتیجه کشت‌های ویروسی معمولاً پایین است و به ندرت بر طرح درمان تاثیر می‌گذارد، انجام روتین آزمون‌های سرولوژیک برای برونشیت توصیه نمی‌شود. در صورتی که خطر ابتلا به آنفلوآنزا متوسط در نظر گرفته شود و بیمار ظرف ۳۶ ساعت از شروع علائم مراجعه نماید، ممکن است انجام آزمون‌های آنفلوآنزا مدنظر قرار گیرد. طی فصل اوج ابتلا به آنفلوآنزا، انجام این آزمون‌ها معمولاً کم‌کننده نیست زیرا احتمال پیش‌آزمون (pretest probability) آنفلوآنزا در این مواقع بالا خواهد بود. از سوی دیگر ارزش اخباری مثبت (PPV) این آزمون‌ها برای رد کردن آنفلوآنزا در زمانی غیر از فصل اوج ابتلا به آن نیز بسیار پایین است. انجام آزمون‌های تشخیصی طی اپیدمی‌های برونشیت نیز ممکن است در شرایط بالینی خاصی مدنظر قرار گیرد. مایکوپلازما پنومونیه و کلامیدیا پنومونیه، از جمله عوامل باکتریایی درگیرکننده بزرگسالان جوان محسوب می‌شوند. با این حال کارآزمایی‌های نشان‌دهنده نقش درمان در کاهش دوره این عفونت‌ها حتی در صورت شروع زودهنگام درمان، اندک هستند. بارتونلا پرتوسیس که عامل ایجادکننده سیاه‌سرفه است نیز می‌تواند علت ایجاد برونشیت حاد باشد. انجام آزمون‌های تشخیصی سیاه‌سرفه باید در بیماران واکسینه‌نشده؛ بیماران دچار سرفه حمله‌ای، سرفه‌ای که با صدای whooping همراه است یا سرفه‌ای که

جدول ۲. شایع ترین اتیولوژی های عفونی برونشیت حاد

ویروسی

آدنوویروس
کوروناویروس
آنفلوآنزای A و B
متاپنوموویروس
ویروس پارآنفلوآنزا
ویروس سن سی شیل تنفسی (RSV)
رینوویروس

باکتریایی

بوردتلا پرتوسیس
کلامیدیا پنومونیه
مایکوپلاسما پنومونیه

جدول ۳. روش هایی برای مواجهه با انتظارات بیماران برای تجویز دارو در درمان علائم برونشیت حاد

توصیف تشخیص به صورت «سرماخوردگی سینه» یا «عفونت ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی»

ترسیم انتظار واقع بینانه ای از طول مدت علائم (حدود ۳ هفته)

توضیح این که آنتی بیوتیک ها باعث کاهش قابل توجه طول مدت علائم نمی شوند و ممکن است ضمن ایجاد عوارض جانبی باعث بروز مقاومت آنتی بیوتیکی نیز باشند.

توضیح این که برای پیشگیری از بروز یک مورد پنومونی لازم است تا تعداد زیادی از بیماران با آنتی بیوتیک درمان شوند.

مدنظر داشتن استفاده تاخیری از نسخه های «تاشده در جیب» یا نسخه های «صبر و انتظار»

مدنظر داشتن استفاده از ترکیبات شمع دانی عطری برای بهبود سرفه در بزرگسالان

*نسخه هایی که به بیمار داده می شوند و توصیه می شود تنها در صورت عدم بهبودی طی یک دوره زمانی مشخص، تهیه شوند.

کمک در نحوه استفاده از آنتی بیوتیک ها ارائه شده اند. دو کارآزمایی انجام شده در بخش های اورژانس نشان داده اند که اتخاذ تصمیم های درمانی براساس سطوح پروکلسی تونین به کاهش استفاده از آنتی بیوتیک ها منجر شده اند بدون آنکه تفاوتی در پیامدهای بالینی ایجاد کنند (۸۳٪ در برابر ۴۴٪ در یک مطالعه و ۸۵٪ در برابر ۹۹٪ در یک مطالعه دیگر). یک مطالعه دیگر نشان داده است که انجام آزمون سرپایی اندازه گیری سطح پروتئین واکنشی C (CRP) در مطب به کاهش موارد تجویزهای نامناسب، بدون خدشه دار شدن میزان رضایتمندی بیمار یا پیامدهای بالینی، کمک می کند.

کنترل علائم

باتوجه به اینکه آنتی بیوتیک ها برای درمان روتین برونشیت توصیه نمی شوند، با پیشرفت سندرم ویروسی، پزشکان باید برای کنترل علائم بیماران چاره های بندیشند. درمان های شایع شامل داروهای ضدسرفه، خلط آورها، داروهای استنشاقی و درمان های جایگزین هستند. چندین کارآزمایی کوچک و چند مرور گروه کارکین (Cochrane) می توانند در جهت دهی درمان کنترل کننده علائم مفید باشند.

براساس راهکار ACCP درمان آزمایشی با داروهای ضدسرفه (مثل کدئین، دکسترومتورفان یا هیدروکودون) با وجود فقدان شواهد قطعی درباره مصرف می تواند با توجه به سودمندی آنها در بیماران مبتلا به برونشیت مزمن، مفید باشد. مطالعات نشان داده اند که دکسترومتورفان در سرکوب سرفه کودکان مبتلا به برونشیت غیر موثر است. این داده ها در کنار خطر بروز عوارض جانبی در کودکان از جمله آرامبخشی (sedation) و مرگ موجب شده است آکادمی بیماری های کودکان آمریکا و FDA توصیه نمایند از تجویز داروهای ضدسرفه در کودکان زیر ۲ سال خودداری شود. همچنین FDA متعاقباً توصیه کرده که از مصرف داروهای ضدسرفه و سرماخوردگی حتی در کودکان زیر ۶ سال نیز اجتناب شود. استفاده از داروهای بزرگسالان در کودکان و مصرف دارو بدون استفاده از ابزارهای اندازه گیری مناسب دوز آن، دو

داده های بالینی حاکی از عدم تغییر قابل توجه در سیر برونشیت حاد به دنبال تجویز آنتی بیوتیک ها هستند و نشان می دهند منافع تجویز آنتی بیوتیک در این موارد در مقایسه با خطرات مربوط به مصرف آنها ممکن است تنها اندکی بیشتر باشد. یک فرابرسی درباره تاثیرات آنتی بیوتیک ها در بیماران مبتلا به برونشیت حاد نشان دهنده کاهش سرفه در مدت پیگیری بوده است (تعداد افراد مورد نیاز برای درمان [NNT]: ۵/۶) اما تفاوتی از نظر محدودیت فعالیت بیماران ایجاد نشده است. این فرابرسی همچنین کاهش تعداد افراد مورد نیاز برای بروز یک مورد زیان (براساس عوارض جانبی آنتی بیوتیک ها) تا میزان ۱۶/۷ را نشان داده است. در یک مطالعه روی ۲۳۰ بیمار که مبتلا به برونشیت حاد تشخیص داده شده (براساس وجود سرفه برای مدت ۲-۱۴ روز) و تحت درمان با آزیترومایسین یا دوز کم ویتامین C قرار گرفته بودند، بیش از نیمی از بیماران علیرغم عدم وجود یافته های مثبت در معاینه قفسه سینه دچار تب یا خلط چرکی بوده اند. پیامدهای بیماران در روزهای ۳ و ۷ تفاوتی بین دو گروه نداشته است و ۸۹٪ از بیماران هر دو گروه بهبود بالینی نشان داده اند.

اگرچه آنتی بیوتیک ها برای استفاده روتین در برونشیت توصیه نمی شوند، در برخی موارد خاص ممکن است مصرف آنها مدنظر قرار گیرد. زمانی که سیاه سرفه به عنوان اتیولوژی احتمال سرفه مورد شک باشد، شروع آنتی بیوتیک های ماکرولیدی در اولین فرصت برای کاستن از میزان انتقال بیماری توصیه می شود؛ با این حال این آنتی بیوتیک ها باعث کاهش طول مدت علائم خود بیمار نمی شوند. داروهای ضد ویروس برای عفونت آنفلوآنزا ممکن است در طول فصل آنفلوآنزا برای بیماران پرخطری که ظرف ۳۶ ساعت از شروع علائم مراجعه کرده اند، مدنظر قرار گیرند. یک استدلال برای استفاده از آنتی بیوتیک ها در برونشیت حاد احتمال کاهش خطر پنومونی بعدی است. در یک مطالعه بزرگ، NNT برای پیشگیری از یک مورد پنومونی طی ماه بعد از یک دوره برونشیت حاد در بیماران ۶۴-۱۶ ساله معادل ۱۱۹ و در بیماران ۶۵ ساله یا بالاتر ۳۹ بوده است.

باتوجه به احتمال عدم قطعیت بالینی در افتراق برونشیت حاد از پنومونی، شواهدی در حمایت از کاربرد نشانگرهای سرولوژیک برای