###### 28

###### azad

###### دانشگاه آزاد اسلامي

######  واحد تهران مرکز

**موضوع:**

**بررسی اثرات درمان با کورتیکواسترئید خوراکی روی پارامترهای اسپیرومتری در بیماری انسدادی مزمن ریوی**

روش اجرای پژوهش :

در این مطالعه نیمه تجربی ما اثرات درمان با کورتیکواستروئید خوراکی را روی**۳۰** بیمار انتخاب شده بررسی می کنیم.

از تمامی بیماران یک اسپيرومتری پایه به عمل می آید سپس به مدت **۳** هفته تحت درمان با داروهای رایج در درمانCOPD (آترونت ،سالبوتامول، برم هگزین، تئوفلیین وآنتی بیوتیک) +  **5 . 12** پردنیزولون قرار می گیرند. پس از پایان این دوره اسپرومتری مجدد به عمل می آید و نتایج اسپرومتری قبل وبعد از آزمون با هم مقایسه می شوند.

نتایج : نتیجه این کار آزمایي نیمه تجربی نشان داد درمان کوتاه مدت با کورتیکواستروئید خوراکی آن هم به صورت دوزکم (Low Dose)تفاوت معنی دار آماری در میزان بهبودی پارامترهای اسپیرومتری بیماران COPD نداشته است.

 اما کورتیکواستروئید به طور چشمگیری شکایات تنفسی بیماران شامل سرفه ،تنگی نفس فعالیتی،میزان خلط وتنگی نفس شبانه راکاهش داده است.

**(مقدمه پزوهش وبیان مسئله ) Introduction, Statement of problem**

جنبه های بالینی **COPD :**

 COPDامروزه به وسیله انجمن آمریکائی قفسه صدری ( ATS )تعریف شده است .این تعریف عبارت است از وجود انسداد جریان هوا ثانویه به برونشیت مزمن (بیماری راه هوایی ) یا آمفیزم (تخریب پارانشیم همراه بابزرگ شدن راه هوایی ).انسداد جریان هوایی معمولا پیشرونده است.

ممکن است همراه با افزایش حساسیت باشد وممکن است بالقوه برگشت پذیر باشد .

اصل تعریف ،دانستن این نکته است که بعضی بیماران COPDممکن است انسداد راههای هوایی شان به طور قابل توجهی برگشت پذیر باشد و آن بیماران آسمی که انسداد راههای هوایی شان برگشت ناپذیر است از COPD غیر قابل افتراق هستند.

**شکل(١) دیاگرام غیر تناسبی ون. هر دایره بیانگر یک واﮊه کلی است . مستطیل بیانگر محدودیت جریان هوائی است که با اسپیرومتری با فشار اثبات شده است . مناطق سایه دار مربوط به بیماران تشخیص داده COPDاست. توجه کنید که یک بیمار (جزء ١ )ممکن است آمفیزم بدون COPD داشته باشد (بیماری که در عکس قفسه سینه Bullae بدون محدودیت جریان هوایی دارند)بطور مشابه بیمار ممکن است دفع خلط داشته باشد ،ولی اسپیرومتری نرمال باشد (جزء۲،برونشیت ساده).در نهایت یک فرد آسمی ممکن است محدودیت جریان هوایی را نشان ندهد (جزء٣). وفقط پس از Bronchoprovocation Test تشخیص داده شود.**

اپیدمیولوزی COPD وعوامل زمینه ساز :

تخمین زده شده است که در ایالات متحده نزدیک به 16 میلیون انسان از COPD رنج می برند اگر چه بین سالهای ۱۹۷۹ و۱۹۸۹ شیوع بین ٪٦-۴ در مردان بالغ و ٪۳-۱ زنان متغیر است ، افزایش بیشتر برای زنان بوده است تا مردان.

COPD به عنوان چهارمین علت مرگ ،مطرح است .خوشبختانه یک کاهش پیشرونده در درصدجامعه سیگاری وجود داردکه منجر به کاهش مرگ و میر ناشی از COPD در آینده نزدیک می شود جای خوشحالی است که بیشتر این کاهش مربوط به ترک سیگاردر مردان است و نه زنان. لذا تلاشهای بیشتری باید به مساُله ترک سیگار اختصاص داده شود.

همانطور که در جدول (۲)نشان داده شده است مهمترین علت COPD سیگار کشیدن است.

دیگر علل احتمالی به عنوان فاکتورهای غیر وابسته در ایجاد COPD عمل می کنند اما اهمیت آنها در مقایسه با نقش سیگار کشیدن کم است.تنها علت دیگر که برای یک فرد ،از نظر اهمیت با سیگار کشیدن قابل مقایسه است،نقص آنزیم1 α – آنتی تریپسین ( AAT )می باشد اما AATعلت کمتر از ٪١موارد COPD محسوب می شود.