

Protokol kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB)

Protokol vodenja kroničnega bolnika na primarnem nivoju in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih

Tonka Poplas Susič, Vlasta Vodopivec Jamšek, Mitja Košnik, Stanislav Šuškovič, Gordana Živčec Kalan

Prenovljen protokol: Davorina Petek, Mitja Košnik, Stanislav Šuškovič

Pred nami je »Protokol vodenja kroničnega bolnika s KOPB«.

Priporočila so izdelali in uskladili predstavniki zdravnikov družinske medicine ter predstavniki zdravnikov sekundarnega in terciarnega nivoja. Predlog je bil potrjen na odboru za osnovno zdravstvo in odboru za bolnišnično in specialistično dejavnost, v katerega so vključeni strokovnjaki obeh univerzitetnih kliničnih centrov.

Bolniki s kronično boleznijo naj bodo načeloma enako obravnavani (slika 1). S sledenjem kazalnikov kakovosti bomo lahko primerjali kakovost zdravstvene oskrbe bolnikov po posameznih zdravstvenih centrih ali izvajalcih. Kakovost se bo primerjala s pomočjo treh sprejetih kazalnikov kakovosti – registra KOPB, enkrat letno izvedene spirometrije z bronhodilatatorjem (ob redni bronhodilatatorni terapiji) za preverjanje upada pljučne funkcije in enkrat letno izvedenega cepljenja proti gripi.

Razen tega pa obstajajo določena merila, ki kažejo na kakovost obravnave bolnika s KOPB in to so: da ni/skoraj ni nenačrtovanih obiskov (razmerje > 10:1), da je kakovost življenja bolnika ustrezna, da je enkrat letno preverjena urejenost bolezn, ki se ocenjuje s pomočjo CAT testa, da se ugotovijo neželeni učinki zdravil (na primer hripavost ob prejetanju inhalacijskega glukokortikoida) in se ustrezno ukrepa,

Za kakovostno obravnavo je zelo pomembno tudi, da se aktivno išče komorbidnosti: med njimi je potrebno iskanje depresije s pomočjo vprašalnika, ki naj bi bil izpolnjen pri vsaj 80% bolnikov, ter bolezn srca in hujšanje. Na sočasne bolezn se je posebej potrebno usmeriti pri bolnikih z dalj časa trajajočo KOPB oz. pri starejših bolnikih.

Protokol je podlaga in zahteva za drugačno finančno ovrednotenje dela zdravnikov na primarni ravni in drugačne kadrovske normative in se uporablja pri timski obravnavi bolnikov s KOPB v referenčnih ambulantah.

V letu 2017 je bil protokol za obravnavo KOPB prenovljen in posodobljen glede na nove mednarodne smernice GOLD (Global initiative for chronic obstructive lung disease), Priporočila za obravnavo bolnika s kronično obstruktivno pljučno boleznijo na primarni in specialistični pulmološki ravni v Sloveniji ter glede na dosedanje izkušnje pri delu v referenčnih ambulantah. Prenovljen protokol je bil sprejet na projektnem svetu referenčnih ambulant.

Splošno o KOPB

KOPB se aktivno išče v populaciji oseb z dejavniki tveganja, to sta predvsem kajenje in delo v prašnem okolju. V diagnostiki na primarnem nivoju se naredi spirometrija z bronhodilatatornim testom v primeru obstruktivnega izvida. Spirometrija je nujna za

diagnosticiranje KOPB. Zdravnik družinske medicine naj izvede ali napoti na spirometrijo dolgoletne kadilce, posebej tiste z znaki kroničnega bronhitisa in/ali dispneje ob naporu. V okviru preventivnega pregleda v referenčni ambulanti se spirometrija naredi vsem kadilcem, starejšim od 40 let in ljudem, ki delajo v prahu. Sum na KOPB se postavi ob ugotovljeni obstrukciji, ki je ireverzibilna ob bronhodilatatornem testu. Diagnoza mora biti čvrsto potrjena, zato je praviloma potrebna napotitev k pulmologu.

KOPB je

- Stabilna* (urejena ali neurejena)
- V poslabšanju**

* Urejenost KOPB ocenjujemo s testom CAT (COPD Assessment test, 2). Test CAT je primeren za vse bolnike z diagnozo KOPB. Test CAT ni diagnostično orodje.

Bolniki izpolnijo test med čakanjem na pregled ali doma pred pregledom. Izpolnjeni vprašalnik CAT je lahko podlaga za posvet z zdravnikom. Vsebuje osem preprostih vprašanj, ki bi jih morala razumeti večina bolnikov in nanje odgovoriti brez težav. Test CAT ima razpon točkovanja od 0 do 40. Razlika ali sprememba za 2 ali več točk kaže na verjetno klinično pomembno razliko ali spremembo zdravstvenega stanja.

Zasnova testa CAT lahko zdravnikom omogoči tudi hitro ugotavljanje področij bolnikovega zdravja, ki so huje prizadeta, na primer razpoloženje, dnevna telesna dejavnost ali spanje.

** Poslabšanje kronične obstruktivne pljučne bolezni (pKOPB) je življenje ogrožajoč dogodek. Poslabšanje kronične obstruktivne pljučne bolezni (pKOPB) razkrijemo v primerjavi s stabilno fazo KOPB ob pomembnem ojačanju dispneje, kašlja in/ali izkašljevanja. Bolniki lahko navajajo piskanje nad prsmi, stiskanje v prsih ali so utrujeni in slabega počutja. Bolnikom se lahko poveča zapora dihal, poglobi respiracijska insuficienca in pojavijo motnje srčnega ritma ali znaki popuščanja srca. Akutni rinitis je zelo pogosto prvi znak poslabšanja KOPB. To ne sme presenečati, saj je virusna okužba dihal daleč najpogostejši vzrok za pKOPB. Pomembno: za diagnozo pKOPB ni potreben ali celo zadosten pogoj poslabšanje zapore dihal ali pojav (poglobitev) respiracijske insuficience. Diagnoza pKOPB je izključno klinična, ker sloni na podlagi simptomov.

1. Kaj narediti ob pregledu bolnika s KOPB

a. anamneza: telesna zmogljivost, apetit, hujšanje, znaki depresije. Drugi simptomi KOPB. Poslabšanje KOPB v preteklem obdobju? Kadi? Terapija? Ali je opravil eno mesečni program telesne rehabilitacije? Ali je bil v šoli za KOPB ali v programu za odvajanje od kajenja?

Bolnik izpolni vprašalnik CAT. Pri oceni razvrščanja v skupino A/B/C/D lahko uporabimo tudi vprašalnik MRC (ocena stopnje dispee), ki ga prav tako izpolni bolnik.

b. krvne preiskave: nič rutinsko

c. telesni pregled: cianoza, bledica, znaki srčnega popuščanja, aritmije, RR, BMI, periferno žilje, pulzna oksimetrija

d. umestitev bolnika v spirometrični razred GOLD 1,2, 3 ali 4 (priloga GOLD).

e. umestitev bolnika v razred A/B/C ali D (priloga ABCD).

- f. umestitev bolnika v kombinirani terapijski razred: GOLD + ABCD, (na primer GOLD 3, razred B) zaradi predpisa medikamentozne terapije, rehabilitacije ali kirurške terapije ali ocene uspešnosti predhodno predpisanih medikamentoznih ali drugih ukrepov.
- g. enkrat letno (družinski zdravnik naj te podatke preverja in hrani četudi so preiskave morda narejene pri izbranem pulmologu): spirometrija, EKG, UZ srca (pp).
- h. preveriti praktično znanje uporabe predpisanih vdihovalnikov – bolnik naj uporabi vdihovalnik pri DMS ali zdravniku.
- i. oceniti zavzetost za zdravljenje– bolnika zaprosimo, da prinese neporabljena zdravila
- j. če je na TZKD– kdo je skrbnik tega zdravljenja? Kdo in na katere razmake preverja zdravljenja s kisikom na domu
- k. Cepljenje proti gripi in/ali pnevmokoku?

2. Kriteriji urejenosti KOPB v določenem preteklem obdobju

- a. število in stopnja poslabšanj KOPB
- b. CAT

3. Pogostnost rednih pregledov

Načeloma enkrat letno.

4. Kriteriji urgentnega poslabšanja KOPB

- a. Anamneza: huda dispneja
- b. Telesni pregled: ocena vitalnih znakov, raba pomožne dihalne miškulature, poslabšanje ali nastanek centralne cianoze, nastanek perifernih edemov, hemodinamska nestabilnost, znaki srčnega popuščanja, zaspanost, otopelost (pomemben predznak dihalne odpovedi!).
- c. Spirometrija. Je ne opravimo, ker so bolniki utrujeni in je zanesljivost meritev majhna.
- d. Pulzna oksimetrija in plini v arterijski krvi (sekundarni nivo)
 $PaO_2 < 8,0$ kPa in /ali $SaO_2 < 90\%$ brez ali z $PaCO_2 > 6,7$ kPa je ob dihanju sobnega zraka znak za dihalno popuščanje ter indikacija za zdravljenje s kisikom in s tem za hospitalizacijo. Ob dodatni acidozi s $pH < 7,36$ in hiperkapniji je bolnik akutno ogrožen, saj je možen kandidat za mehansko ventilacijo.

5. Ukrepi na primarnem nivoju ob urgentnem poslabšanju KOPB in transportu na IPP/v bolnišnico

- a. Pojačana bronhodilatatorna terapija, na primer salbutamol ali kombinacija salbutamola z ipratropijem 1-4 vdihe/uro.
- b. Glukokortikoid 32 mg per os. Kisik do 92% saturacije.
- d. Spremljanje vitalnih funkcij

6. Posvet /napotitev k izbranemu pulmologu

Po odločitvi izbranega zdravnika, ki bolnika pozna, ob:

- a. nenadni zelo hudi dispneji (posebej ob dispneji v mirovanju),
- b. novem dihalnem popuščanju ali poslabšanju le-tega,
- c. znakih popuščanja desnega srca,
- d. pomembni soobolevnosti,

- e. novih motnjah srčnega ritma ali
- f. ob neuspehu začetnega, ambulantnega zdravljenja KOPB.

7. Obravnava neurgentnega poslabšanja KOPB na primarnem nivoju

- a. Zmerno ojačanje bronhodilatatorne terapije – na primer kratkodelujoči simpatikomimetiki sami ali v kombinaciji z ipratropijem v vdihovalniku preko velikega nastavka redno na 4-6 urne razmake. Ne ukinjamo dolgodelujočih simpatikomimetikov ali antiholinergikov.
- b. Antibiotik le ob vseh treh Anthonisnevih kriterijih (ojačana dispneja + povečana količina izmečka + ojačana gnojnost izmečka), uporabiti antibiotike glede na smernice
- c. Ob FEV1<50% dodamo za 7 dni 16-32 mg metilprednizolona dnevno - če ni kontraindikacij za predpis glukokortikoidov (sladkorna bolezen, psihoze)

8. Komunikacijske poti bolnik-družinski zdravnik –pulmolog

- a. spodbujati pristno in vsebinsko sodelovanje med osebnim zdravnikom in pulmologom in ne zgolj napotovanja bolnika.
- b. V obravnavo bolnika s KOPB je potrebno po individualni presoji pritegniti druge zdravstvene delavce (medicinsko sestro, farmacevta v lekarni, socialnega delavca, patronažno sestro, psihiatra, nutricionista, fizioterapevta).
- c. Bolnik mora vedeti, da se ob poslabšanju KOPB lahko posvetuje z osebnim zdravnikom tudi po telefonu.
- d. Identificirati krhke bolnike (bolniki, ki so zaradi poslabšanja KOPB že bili zdravljeni z umetno ventilacijo, bolniki s trajnim zdravljenjem s kisikom na domu, kronično hiperkapnični bolniki, bolniki s pomembnimi spremljajočimi boleznimi). Bolniki s hudo stopnjo KOPB naj imajo izdelan načrt ukrepanja ob poslabšanju . Načrt glede na vzorec bolnikovih poslabšanj in izkušenj z obravnavo dosedanjih poslabšanj pripravita skupaj bolnikov osebni zdravnik in pulmolog, ki bolnika obravnava ob poslabšanjih (praviloma je to bolnišnični pulmolog).

9. Kazalniki kakovosti obravnave bolnika s KOPB na primarnem nivoju

- register bolnikov s KOPB
- 1-krat letno izvedena spirometrija ob redni bronhodilatatorni terapiji
- 1-krat letno izvedeno cepljenje proti gripi

10. Medicinska sestra - triaža:

Kdaj gre bolnik s KOPB k zdravniku še ta dan?

- a. nenaročeni bolniki s KOPB, ko gre za hudo poslabšanje
- b. bolniki, ki navajajo povečane simptome ob predhodno prilagojeni terapiji

Na pregled se naročijo:

- a. bolniki, ki so v času od zadnjega pregleda utrpeli poslabšanje KOPB
- b. bolniki, ki želijo osebni posvet z zdravnikom
- c. bolniki, ki imajo v načrtu zdravljenja KOPB ob rednem pregledu predviden posvet z zdravnikom

Literatura

1. Global initiative for chronic obstructive lung disease (www.goldcopd.com 2017)

2. Jones PW, Harding G, Berry R, et al. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J* 2009; 34: 648–54.
3. Škr gat S, Triller T, Košnik M, Poplas Susič T, Petek D, Vodopivec Jamšek V, et al. Priporočila za obravnavo bolnika s kronično obstruktivno pljučno boleznijo na primarni in specialistični pulmološki ravni v Sloveniji. *ZdravVest* 2017.86;1-2. Dostopno 10.6.2017 na <http://vestnik.sz.d.si/index.php/ZdravVest/article/view/2471/1996>

Prilogi

1. razvrščanje po GOLD kriterijih
2. razvrščanje po kriterijih ABCD

Tabela 1: Ocena glede na postbronhodilatatorno vrednost FEV₁.

Spirometrična stopnja GOLD	Skupno vsem: FEV ₁ /FVC < 70 %
GOLD 1: blaga	FEV ₁ > 80 % norme
GOLD 2: zmerna	FEV ₁ > 50–80 % norme
GOLD 3: huda	FEV ₁ > 30–50 % norme
GOLD 4: zelo huda	FEV ₁ < 30 % norme

Tabela 2: Ocena težavnosti bolezni (1).

Skupine bolnikov		Poslabšanja/leto
C	D	1 hospitalno,* ≥2 ambulantni*
A	B	0–1 ambulantno*
MRC: 0–1, CAT <10	MRC >1, CAT >10	

* – Potreba po antibiotiku ali sistemskem glukokortikoidu.