

Protokol astma za obravnavo bolnika v RADM

Protokol vodenja kroničnega bolnika in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih

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

Popravljen protokol: Davorina Petek, Mitja Košnik, Stanislav Šuškovič

V sodobni družbi je izjemnega pomena sodelovanje med primarnim in sekundarnim nivojem zdravstvenega varstva. Vedno bolj pa postaja pomembno, da dobi bolnik potrebne rešitve svojih zdravstvenih težav na primarnem nivoju, pri izbranem osebnem zdravniku (1).

Dobro sodelovanje med vsemi, ki nudijo zdravstveno oskrbo bolnikom, vodi k bolj kakovostni oskrbi (2,3). Izboljševanje kakovosti sodelovanja/sporazumevanja med nivoji zdravstvenega varstva in med posameznimi poklicnimi skupinami je v zadnjem desetletju postalo pomembna prednostna naloga tako v evropskih zdravstvenih sistemih kot tudi pri nas (4, 5).

Zdravniška zbornica Slovenije je leta 2009 preko Odbora za osnovno zdravstvo in Odbora za bolnišnično in specialistično dejavnost zasnovala projekt »Protokoli obravnav kroničnih bolnikov«. Namen projekta je bil pripraviti enotne protokole obravnav bolnikov za kronične bolezni (astma, KOPB, depresija, onkološke bolezni, kronična ledvična bolezen, kostno- mišične bolezni, sladkorna bolezen, ishemična bolezen srca, srčno popuščanje, arterijska hipertenzija, kronično ledvična bolezen), ki bodo služili kot strokovna priporočila, hkrati pa bodo nudili osnovo za finančno ovrednotenje vodenja posamezne kronične bolezni.

Priporočila so izdelali in uskladili predstavniki sekundarnega in terciarnega nivoja ter predstavniki zdravnikov družinske medicine. Predlog je bil potrjen na Odboru za osnovno zdravstvo in Odboru za bolnišnično in specialistično dejavnost (6).

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 dveh sprejetih kazalnikov kakovosti – registra astme in ocenjene urejenosti astme z ACT testom. Razen tega pa obstajajo določena merila, ki kažejo na kakovost obravnave bolnika z astme in to so: da ni/skoraj ni nenačrtovanih obiskov (razmerje > 10:1), da je kakovost življenja bolnika ustrezna, da se ugotovijo neželeni učinki zdravil (na primer hripavost ob prejemanju inhalacijskega glukokortikoida), da so bolniki zavzeti za zdravljenje (porabljenih vsaj 80 % zdravil) in opremljeni z načrtom za samozdravljenje akutnega poslabšanja astme.

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 z astmo v referenčnih ambulantah.

V letu 2017 je bil protokol za obravnavo astme prenovljen in posodobljen glede na nove mednarodne smernice za obravnavo astme GINA (Global initiative for asthma) (7) in Priporočila za obravnavo bolnika z astmo na primarni in specialistični pulmološki ravni v Sloveniji (8) ter glede na dosedanje izkušnje pri delu v referenčnih ambulantah. Protokol je bil sprejet na projektne svetu referenčnih ambulant.

Splošno o astmi (6)

Ločiti moramo urejenost astme in težo astme.

Glede na urejenost je astma:

- Urejena
- Delno urejena
- Neurejena
- V poslabšanju

Kriteriji, s katerimi ocenimo urejenost astme so navedeni pod točko 2.

Teža astme se oceni retrospektivno, glede na odmerke zdravil, ki so potrebni za to, da je astma urejena.

Poslabšanje astme ugotovimo ob podaljšanem stanju povečane zapore dihal (lahko le v nočnem času), ki zahteva ukrepanje, da preprečimo zaplete kot so hospitalizacija ali smrt bolnika. Poslabšanje astme nastopi praviloma počasi-v tednu ali dveh. Astma se v tem času zvezno poslabšuje preko urejene ali neurejene astme v poslabšanje bolezni. Med neurejeno astmo ter zmernim poslabšanjem astme je včasih težko razlikovati. Poslabšanje astme ali neurejenost astme se lahko kaže le s pogostejšo nočno astmo ali hujšimi simptomi ob enaki stopnji telesne obremenitve. Načeloma zdravimo oboje enako, s povečanjem odmerka ali dodajanjem dodatnih protivnetnih zdravil.

Hudo poslabšanje astme vselej zdravimo s peroralnim metilprednizolonom (nekaj dni).

Bazično aktivnost astmatskega vnetja blažimo s protivnetnimi zdravili. Ob nepravilni uporabi vdihovalnikov ali slabi zavzetosti za zdravljenje, se aktivnost bazičnega vnetja poveča in s tem zmanjša urejenost astme. Lahko se razvije poslabšanje astme. Prehod iz urejene v neurejeno astmo in nato v poslabšanje astme je odraz zveznega povečevanja bazičnega astmatskega vnetja. Bazično astmatsko vnetje zvečine poveča virusna okužba dihal, redkeje alergeni ali poklicni senzibilizanti ali drugi dejavniki.

Simptomi astme so odraz bronhialne preodzivnosti. Telesno aktivnejši astmatik ima ob enaki stopnji bronhialne preodzivnosti več težav kot telesno neaktiven astmatik. Ob povečanju astmatskega vnetja se tudi bronhialna odzivnost poveča, zato ima astmatik ob enaki stopnji telesne aktivnosti več težav kot v stabilni fazi bolezni. Bronhospazem, ki nastopi po zaužitju aspirina ali drugih zaviralcev ciklooksigenaze pri astmatikih z aspirinsko intoleranco, je simptom in ne poslabšanje astme.

Pomembno je, da razlikujemo med zmernim poslabšanjem astme, ki ga lahko obravnavamo na primarni ravni ambulanto in hujšim poslabšanjem (celo urgentnim), ki zahteva drugačen način obravnave (IPP, bolnišnica).

Principi obravnave bolnika z astmo (6-10)

Diagnoza astme mora biti čvrsta. Zdravnik družinske medicine postavi sum na astmo ob ustrezni anamnezi, klinični sliki in spirometriji, ev. z bronhodilatatornim testom ali serijskimi meritvami PEF. Za dokončno postavitve diagnoze je smiselna še diagnostična obdelava pri pulmologu. Takrat pulmolog običajno izvede tudi testiranje alergije.

Po potrditvi diagnoze je bolnik redno spremljan v referenčni ambulanti. Pri urejeni bolezni je spremljanje 1x letno.

Obravnava pri zdravniku in/ali medicinski sestri

- a. anamneza : preverimo kadilski status, povprašamo o sprožilcih dušenja (delovno okolje, hobiji), o dnevni in nočni simptomi, porabi olajševalca, poslabšanih astme od prejšnjega pregleda, aktivno iščemo simptome in znake rinitisa,
- b. telesni pregled: vitalni znaki (krvni tlak, pulz, saturacija O₂), pregled pljuč in srca, prehodnost nosu, po potrebi tudi pregled drugih organov ob sočasnih boleznih, pozorni smo na kožne spremembe,
- c. krvne preiskave: rutinsko jih ne naročamo.
- d. spirometrija, bronhodilatatorni test ob ugotovljeni zapori dihal
- e. pri bolnikih s težko astmo in bolnikih, ki slabo zaznavajo poslabšanja, ocenimo dnevne meritve PEF 14 dni pred načrtovanim kontrolnim pregledom – meritve vsakodnevno vsaj zjutraj in zvečer, lahko tudi ob težavah (navodila bolniku!).
- f. obnovimo poznavanje pisnega načrta za samozdravljenja akutnega poslabšanja astme: nosilec je zdravnik. Temelji naj na ACT testu, uporabi bronhodilatatorja
- g. preverimo praktično znanje uporabe bolnikovih vdihovalnikov – bolnik naj pokaže uporabo vdihovalnika.
- h. ocenimo zavzetost za zdravljenje – bolnika zaprosimo, da prinese neporabljena zdravila ali odgovori na ustrezna vprašanja o rednosti jemanja zdravil.
- i. ocenimo urejenost astme v zadnjem (enomesečnem obdobju)- anamneza, ACT (asthma Control Test).

2. Kriteriji urejenosti astme v zadnjih 4 tednih

Urejenost astme se ocenjuje s pomočjo ACT vprašalnika, ki ocenjuje simptome, nočno dušenje, uporabo olajševalca in telesno omejitev v zadnjih 4 tednih. Izpolni ga bolnik pred ali med pregledom. Astma je popolnoma urejena, če doseže 25 točk, rezultat od 20-24 točk pomeni, da je nadzor nad astmo dober, ne pa popoln. Manj kot 20 točk pomeni, da v zadnjih 4. tednih ni imel nadzora nad astmo.

Dodatni znaki urejenosti astme

- a. normalen PEF/FEV1 (bodisi po normah ali pri bolniku, ki ga poznamo, po njegovem največjem poznanem PEF ali FEV1
- b. amplituda cirkadianega nihanja PEF < 10% (izračun amplitude: $((PEF_{max} - PEF_{min}) / ((PEF_{max} + PEF_{min}) / 2))$).

3. Pogostnost rednih pregledov

Pri urejeni astmi je kontrola načeloma 1x letno: preverimo kriterije urejenosti astme. V vmesnem času je priporočljivo, da bolnika nekajkrat letno aktivno vprašamo o urejenosti astme s pomočjo ACT testa. Predlagamo, da medicinska sestra občasno pokliče bolnika po telefonu, da skupaj izpolnita ACT. Če je rezultat ACT tak, kot ga pri bolniku pričakujemo, bolnik nadaljuje enako zdravljenje. Če je rezultat slabši, bolnik pride na kontrolo k zdravniku. V prihodnosti bomo v ta namen lahko uporabljali različne aplikacije oz. možnosti informacijske tehnologije.

4. Kriteriji urgentnega poslabšanja astme

- a. zapora dihal : FEV1 (ali PEF – ki je manj zanesljiv) < 50% norme, ki se po 4 ali več vdihih olajševalca ne povzpne > 70% pričakovane vrednosti.

- b. zapora dihal kljub terapiji napreduje
- c. huda klinična slika (na primer "vse noči presedim", "ne zmorem niti hoje po ravnem", "zelo me duši")
- d. vitalni znaki razkrijejo hudo/življsko ogroženost: uporaba pomožne dihalne miškulature, paradoksn pulz, huda tahikardija (>130/min) ali bradikardija, huda tahipneja (> 40/min) ali bradipneja, cianoza, saturacija krvi s kisikom < 90 %, hiperkapnija, govor otežen, zmedenost ali zaspanost, PEF > 100 L/min ali < 30 % norme ali celo nemerljiv.

5. Ukrepi na primarnem nivoju ob urgentnem poslabšanju astme

Obravnavo poslabšanja astme v ambulanti zdravnika družinske medicine in med transportom v ustrezno ustanovo (IPP, bolnišnica):

- a. peroralni metilprednizolon 32-64 mg,
- b. inhalacijski kratkodelujoči bronhodilatator salbutamol preko velikega nastavka 1 vdih/1-4 minute
- c. kisik ob saturaciji < 90 %, spremljanje saturacije, ki naj bo 92 %
- d. redno spremljanje vitalnih znakov (dihanje, pulz, govor, krvni tlak, centralna simptomatika)
- e. redno merjenje PEF (na 5-10 minut)

6. Posvet /napotitev k pulmologu

Po presoji izbranega zdravnika, ki pozna svojega bolnika, v primeru:

- a. dvomov v diagnozo, prisotnost hkratnih bolezni, ki lahko slabšajo astmo ali posnemajo astmo,
- b. neurejene astme; težke astme (stalna potreba po velikih odmerkih inhalacijskih glukokortikoidov ali večkrat letno prejemanje sistemskih glukokortikoidov; ali pogostih poslabšanj astme
- c. hkratnih sistemskih simptomov (n.pr. sum na sindrom Churg-Strausove ali alergijsko bronhopulmonalno mikozo),
- d. tveganje za težka poslabšanja astme, na primer anafilaksija pri bolniku z astmo, suma na aspirinsko intoleranco
- e. suma na poklicno astmo, ali ocene delovne sposobnosti, povezane z astmo,
- f. nosečnosti,
- g. predoperativne priprave bolnika s slabo urejeno astmo,
- h. hude predmenstrualne astme, hude astme ob naporu
- i. neugodnih učinkov zdravljenja

7. Obravnavo neurejene astme/poslabšanje astme na primarnem nivoju

- a. preverimo dejavnike (kajenje, odvisnosti, psihosocialni problemi, komorbidnosti, večino uporabe vdihovalnikov, zavzetost za zdravljenje, nepoznavanje načrta za samozdravljenje akutnega poslabšanja astme, poklicni alergeni, predmenstrualna astma, aspirinska intoleranca, alergijski rinitis)
- b. premislimo o spremembi/dopolnitvi farmakološke terapije, tako kot je priporočeno v GINA smernicah in slovenskih priporočilih. Do urejenosti astme bolnika kontroliramo na 2-4 tedne.
 - če je bolnik prejemal antilevkotrien (ATL), preidemo na majhen odmerek inhalacijskega glukokortikoida (IGK)
 - če je bolnik prejemal majhen odmerek IGK, povečamo dnevni odmerek IGK ali majhnemu odmerku IGK dodamo ATL ali LABA (dolgodelujoči simpatikomimetik beta 2 n.pr. salmeterol ali formoterol).

- če je bolnik prejemal srednje velik/velik odmerek IGK, dodamo ATL ali/in LABA.
- ob neurgentnem poslabšanju astme metilprednizolon 32 mg/dan 5 – 10 dni z vsakodnevno komunikacijo z bolnikom (ambulanta, e-mail, SMS ipd). Posebna pozornost je potrebna pri bolnikih s sladkorno boleznijo, psihozo in pri otroških virusnih boleznih –individualno presojamo o predpisu metilprednizolona.

8. Komunikacijske poti bolnik- zdravnik družinske medicine – pulmolog

- a. spodbujamo tesno sodelovanje med izbranim zdravnikom in pulmologom in ne zgolj napotovanja bolnika.
- b. v partnerski odnos pri obravnavi astme je potrebno pritegniti bolnika in druge zdravstvene delavce (medicinsko sestro, farmacevta v lekarni).
- c. začetno obravnavo bolnika s sumom na astmo opravi zdravnik družinske medicine in specialist pulmolog. Zdravnik družinske medicine postavi delovno diagnozo astme na osnovi anamneze, telesnega pregleda in serijskih merjenj PEF, v idealnih razmerah tudi s spirometrijo in bronhodilatatornim testom. Dokončno diagnozo astme načeloma postavi specialist pulmolog, ki tudi svetuje ustrezno zdravljenje. Kasnejša obravnavo bolnika z astmo je načeloma prepuščena zdravniku družinske medicine.
- d. po postavitvi diagnoze je potrebna individualna zdravstvena vzgoja bolnika. Zdravstveno vzgojo v veliki meri izvaja ustrezno usposobljena medicinska sestra. Kot del usmerjenega samozdravljenja bolniku na listu za spremljanje PEF vrednosti označimo osebne mejne vrednosti in pripišemo navodila.
- e. bolnik je obveščen, da se ob poslabšanju astme lahko posvetuje z zdravnikom tudi po telefonu.
- f. če astma ni stabilna, bolnika vabimo na kontrole **k zdravniku** v dvotedenskih razmakih. V tem času bolnik doma meri PEF.
- g. izredno pomembno je oblikovanje napotnice, ki naj vsebuje jasna vprašanja, na katere pulmolog natančno odgovori.

9. Kazalniki kakovosti obravnave bolnika z astmo na primarnem nivoju

1. Register ASTMA
2. 1-krat letno ocenjena urejenosti astme z vprašalnikom ACT pri bolnikih z astmo.

10. triaža bolnikov z astmo

Bolniki so obravnavani v istem dnevu prednostno:

- a. bolniki z urgentnim poslabšanjem astme (točka 4)
- b. bolniki, ki navajajo poslabšanje stanja ob že prilagojeni dozi zdravil

Na pregled se naročijo:

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

Literatura:

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York, Oxford University Press, 1998.

2. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. *Fam Pract* 1996; 13(3): 264-79.
3. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mookink H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *Br J Gen Pract* 2003;53:217-9.
4. Markovič S. Sodelovanje med zdravniki na različnih ravneh. *Zdrav Vestn* 2003; 72(11): 613-5.
5. Kvamme O, Olesen F, Samuelson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working party on Quality in Family Practice (EQuiP). *Qual Health Care* 2001; 10: 33-9.
6. Šuškovič S, Košnik M, Fležar M, Živčec Kalan G, Škrbat Kristan S, Morgan T, et al. Stališče Bolnišnice Golnik – KOPA, Združenja pnevmologov Slovenije in Katedre za družinsko medicino do obravnave odraslega bolnika z astmo. *Zdrav Vestn* 2007; 76 (6): 369-79.
7. Global initiative for asthma. Dostopno na www.ginasthma.com (2017).
8. Škrbat-Kristan S, Triller N, Košnik M, Poplas-Susič T, Petek D, Vodopivec Jamšek V, et al. Priporočila za obravnavo bolnika z astmo na primarni in specialistični pulmološki ravni v Sloveniji = Recommendations for the management of asthma patients at primary and specialist pulmonary levels in Slovenia. *Zdravniški vestnik*, 2016. 85;11/12: 693-706.
9. McGlynn EA, Asch SM, Adams J. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2635-45.
10. Wayne Katon W Von Korff M, Lin E. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *General Hospital Psychiatry* 2001; 23: 138–44.

Načrt zdravljenja astme in ukrepanje pri poslabšanju astme

REDNO PREJEMAM SLEDEČA ZDRAVILA ZA ASTMO

Preprečevalec:.....

Olajševalec:.....

UREJENOST MOJE ASTME:

Rezultat testa urejenosti astme (ACT):.....

Kolikokrat na teden vzamem olajševalec:....

Maksimalen PEF:.....

Moja astma je blaga/zmerna/težka

UREJENOST ASTME:

Če se rezultat mojega testa ACT slabša, ali če potrebujem več olajševalca, kot sem bil navajen, naredim sledeče:

- podvojim odmerek inhalacijskega glukokortikoida. Nadaljujem z olajševalcem v odmerku, kot ga potrebujem.
- obiščem osebnega zdravnika v tednu ali dveh

POSLABŠANJE ASTME

BLAGO/ZMerno POSLABŠANJE

Več simptomov, kot ponavadi

Astma omejuje dnevne aktivnosti ali vas ponoči zbuja

Večja poraba olajševalca kot ponavadi

PEF / FEV1 je večji od 50 % bolnikovega najboljšega

Vzemite

- več OLAJŠEVALNEGA zdravila: **4 vdihe na 4 do 6 ur**
- POVEČAJTE PREPREČEVALNO zdravilo do maksimalnega dnevnega odmerka:; x vdih / ur.

Tako jemljite zdravila 5 do 10 dni (glede na boljšanje težav). Po 10 dneh nadaljujte z vašim standardnim odmerkom

- Če se simptomi umirijo, učinek olajševalca traja vsaj 4 ure, nadaljujte z olajševalcem pp. Obisk pri zdravniku v tednu dni.
- Če se astma slabša (glej TEŽKO POSLABŠANJE), vzemite Medrol 32 mg, takoj obisk osebnega zdravnika ali urgentne ambulante.

HUDO POSLABŠANJE

Astma povzroča dušenje že pri majhni telesni aktivnosti in pri govorjenju

Zaradi astme se zbuja večkrat na noč

PEF / FEV1 je manjši od 50 % bolnikovega najboljšega

Vzemite

- več OLAJŠEVALNEGA zdravila: **4 vdihe na 2 do 4 ure; maksimalno 4 vdihe na 15 minut**
- POVEČAJTE PREPREČEVALNO zdravilo do maksimalnega dnevnega odmerka:; x vdih / ur. Tako jemljite zdravila vsaj 7 do 14 dni.
- Medrol 32-64 mg na dan za 3-7 dni

Če se astma v 2 urah še poslabša, takoj obisk urgentne ambulante.

Sicer obisk pri osebnem zdravniku isti ali naslednji dan.

URGENTNO STANJE

PEF je manjši od 33 %

Dušenje v mirovanju, hudi simptomi.

Vzemite

olajševalec 1 vdih/ 10 minut ali pogosteje:.....

Zaužijte Medrol 64 mg.....

Če imate doma pripravljeno injekcijo adrenalina, si jo takoj podkožno injicirajte. Takoj se napotite v najbližjo ambulanto ali bolnišnico ali pokličite nujno medicinsko pomoč na telefon 112.