

Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL) - bedre diagnostik, behandling og kontrol

Af Thomas Ringbæk

KOL dækker en række tilstande, hvor bronkierne er kronisk forsnævrede. Med omkring 350.000 patienter i Danmark er der tale om en folkesygdom. Sygdommen har længe ført en skyggetilværelse – dvs. sundhedsvæsenet har undervurderet omfanget og alvorligheden af sygdommen, og indtil fornyelig har behandlingsmulighederne været præget af pessimisme. På mange måder er der lyspunkter forude, og dem vil jeg kort beskrive.

Bedre diagnostik – undgå overbehandling og underbehandling

Mange patienter med åndenød har ikke fået målt lungefunktionen, selvom det er nødvendigt for at afgøre, om årsagen er KOL. Derfor er der mange patienter, som både er overbehandlet og underbehandlet. En del patienter med åndenød har ikke KOL men hjertesygge, og de skal ikke (over)behandles med KOL-medicin men i stedet have hjertemedicin. En endnu større gruppe med åndenød har KOL uden at være klar over det, og derfor får de ikke relevant behandling. De seneste år har mange praktiserende læger anskaffet et spirometer til måling af lungefunktionen, og målet er, at **alle patienter med åndenød samt alle rygere får foretaget lungefunktionsmåling.**

Behandlingsmuligheder

Tidligere har der været en meget opgivende holdning til behandlingen af KOL, men i dag har vi mange former for behandlingstilbud, som henvender sig til forskellige situationer og grader af KOL. Behandlingstilbudene kan inddeles på følgende måde:

Stabil fase

Først og fremmest drejer det sig om at **undgå yderligere ødelæggelse af lungerne**, og naturligvis indbefatter det **rygeophør** (Tabel 1). Der er efterhånden flere muligheder for at støtte patienterne i rygeophør. For at mindske risikoen for akut bronkitis anbefales influenza vaccine.

Tabel 1. Behandling af KOL i stabil fase

Sværhedsgrad	Let	Moderat	Svær	Meget svær
Undgå lunge-irritanter herunder tobaksrøg	+	+	+	+
Bronkieudvidende inhalation - korttidsvirkende	+	+	+	+
Bronkieudvidende inhalation – langtidsvirkende		+	+	+
Binyrebarkhormon inhalation		+	+	+
Rehabilitering (fysisk træning & uddannelse)		+	+	+
Ilt-terapi			+	+
Lungekirurgi & transplantation				+

Det centrale i sygdommen er forsnævring af bronkierne, og selvom **bronkieudvidende medicin** ikke normaliserer forholdene, så mindskes modstanden, og patienter får **lettere ved at trække vejret**. I de lettere grader af sygdommen er patienten generet af åndenød ved anstrengelse, og korttidsvirkende (4-6 timer) bronkieudvidende medicin efter behov er tilstrækkelig. Ved lidt sværere sygdom er der åndenød ved mindste anstrengelse, og her vil mange drage fordel af langtidsvirkende bronkieudvidende medicin. I de helt svære grader vil man forsøge at kombinere forskellige typer af bronkieudvidende medicin. I dag gives bronkieudvidende medicin næsten udelukkende som spray eller pulver, der indåndes

(inhaleres). Denne form for medicinering har betydelig færre bivirkninger end tabletbehandling.

En undergruppe af patienter har **hyppige episoder med opblussen** (forværring af åndenød og hoste med opspyt). Både langtidsvirkende bronkieudvidende medicin og inhalerede binyrebarkhormon nedsætter risikoen for disse episoder med opblussen.

Det centrale i **rehabilitering er fysisk træning og uddannelse**. Dette behandlingstilbud henvender sig primært til motiverede patienter, der p.g.a. åndenød har svært ved at klare fysisk arbejde f.eks. trapperne til 1. sal. Rehabilitering foregår typisk på sygehuset, hvor man i 4-8 uger møder op til træning og undervisning 2 gange ugentligt. Desuden skal man dagligt foretage træning hjemme. Virkningen af rehabilitering på åndenød og fysisk formåen er faktisk medicinsk behandling overlegen. Men der er naturligvis tale om en virkning, som vil forsvinde, hvis træningen indstilles. Desværre kan rehabilitering ikke tilbydes alle steder endnu, så hvis der ikke er noget tilbud i dit område, må du efterspørge det.

Nogle patienter udvikler iltmangel, hvilket stresser alle organerne. Hvis denne iltmangel korrigeres ved at give et **ilttilskud**, fjerner man stresset på organerne, og patienten får mindre åndenød, får det alment bedre og forlænger overlevelsen. For at iltbehandlingen skal have virkning, skal den anvendes konstant dvs. mindst 16 timer i døgnet. Ligesom ved al anden lungemedicinsk behandling, vil tobaksrygning modvirke effekten af iltbehandling. Desuden nærer ilt ild, dvs. det kan være temmelig farligt at ryge, når ilten er tilsluttet. Når patienten er indendørs anvendes ilt fra en stationær iltkilde (iltkoncentrator eller flydende ilt), og når patienten er udenfor hjemmet kan ilten leveres fra bærbare enheder.

Hos få patienter med KOL er ødelæggelserne i lungerne ikke jævnt fordelt, og en **kirurgisk fjernelse af det syge område** kan komme på tale. **Lungetransplantation** overvejes hos yngre patienter med meget svær KOL. I begge tilfælde er der tale om kirurgiske indgreb, hvor der er risiko for alvorlige bivirkninger og død.

Ustabil fase=opblussen i KOL

I tilfælde med opblussen vil følgende behandlinger komme i betragtning:

Prednisolon: En kur med prednisolon (binyrebarkhormon) over 7-10 dage dæmper betændelsen og hævelsen i bronkie-slimhinden.

Bronkieudvidende medicin: Der gives bronkieudvidende medicin i rigelige mængder – evt. via et forstøverapparat hvis patienten har svært ved at anvende spray eller pulver til inhalation.

Antibiotika: Nogle gange skyldes forværringen en bakteriel infektion i bronkierne. Typisk vil der være gulligt eller grønligt opspyt. Antibiotika indledes tidligt og ændres evt. hvis dyrkning af bakterier viser, at der er behov herfor.

Iltterapi: I forbindelse med en opblussen i KOL vil mange midlertidigt have behov for ilttilskud – nogle i et par uger og således også efter udskrivelse. Ved opblussen kan patienten være udtrættet, og let iltmangel er nødvendig for at stimulere vejrtrækningen. Et for stort ilttilskud kan fjerne dette stimulus og medføre kultveilte-forgiftning og sløvhed.

Støtte til vejrtrækningen (ventilation): Hvis patienten er ved at være udtrættet med ophobning af kultveilte, er det nødvendigt at støtte vejrtrækningen. Dette kan gøres via en maske, hvor luft pustes ned i lungerne under indånding, og et let modtryk under udånding er med til at holde luftvejene åbne. Denne behandling kaldes "Noninvasiv ventilation=NIV" eller "Bi-PAP". Først fornyelig er vi blevet bekendt med den positive virkning af NIV, så fremover vil langt flere patienter få denne behandling tilbudt. Ved meget svær udtrætning bedøves patienten, og en respirator overtager vejrtrækningen.

Hvor behandles og kontrolleres patienter med KOL med størst fordel?

I stabil fase:

Langt de fleste patienter følges af deres egen læge, og dem med svær til meget svær KOL følges også i ambulatorier på hospitalerne. I stigende omfang kontrolleres iltpatienterne i eget hjem med besøg af lungesygeplejerske.

I ustabil fase:

Langt de fleste patienter bliver vurderet af deres egen læge. De sværeste tilfælde resulterer i indlæggelse – enten direkte eller via egen læge. Som noget nyt vil man bl.a. i København, Århus og Viborg Amt kunne tilbyde patienter med mild til moderat forværring fortsat indlæggelse i deres eget hjem. En lungesygeplejerske sørger for jævnlig kontrol og sikrer relevant behandling. Alternativt kan nogle af disse patienter vurderes i et daghospital. Så tendensen går i retning af hurtig mobilisering og fortsat kontrol samt behandling udenfor heldøgnsafsnit.

Konklusion

Der er øget fokus på bedre diagnostik med mere udbredt brug af lungefunktionsmåling. Der er en vifte af behandlingstilbud til alle sværhedsgrader af KOL. Nye interessante måder at kontrollere og behandle på er ved at vinde indpas.

Teksten er bragt i samarbejde med Lungeforeningen Boserup Minde og Air Liquide.