

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja
Felnőttkori krónikus obstruktív légzőszervi betegségek (COPD) háziorvosi ellátása

Készítette: A Háziorvostani Szakmai Kollégium

I. Alapvető megfontolások

1. A protokoll alkalmazási / érvényességi területe

A protokoll a felnőttkori krónikus légzőszervi betegségek (továbbiakban COPD = chronic obstructive pulmonary disease) háziorvosi ellátásának (megelőzés, szűrés, diagnosztika, kezelés, gondozás) javasolt teendői írja le, a Háziorvosi Hatásköri Lista 2005-s kiadásának szempontjait figyelembe véve.

2. A protokoll bevezetésének alapfeltétele

A protokoll ajánlásainak megvalósításához szükséges tárgyi, személyi és képzettségi feltételekkel valamennyi magyarországi háziorvosi praxisnak rendelkeznie kell. A prevenciós feladatok teljesítéséhez a prevenciós pályázati részvétel támogató hátteret biztosít.

3. Definíciók (1)

- A **krónikus obstruktív légúti betegséget** (COPD) lassan és fokozatosan súlyosbodó funkciózavar (emelkedő bronchiális áramlási ellenállás) jellemzi, amely túlnyomóan irreverzibilis, de hörgőtágítók vagy más kezelés hatására mérséklődhet az obstrukció. A bronchiális obstrukció a tüdő, szövetkárosító gázok és részecskék inhalációjának hatására kialakuló, kóros gyulladáshoz vezető reakciójának a következménye.
- A **krónikus obstruktív bronchitisz** vezető tünete a legalább két egymást követő évben, évente, legkevesebb három hónapon át fennálló produktív köhögés, amely nem szív (pl. balkamra-elégtelenség) vagy egyéb tüdőbetegség (tüdődaganat, hörgőtágulat stb.) következménye.
- **Egyszerű krónikus bronchitisz**, amikor hiperszekekrécia, azaz éveken át fennálló produktív köhögés légúti funkciózavar nélkül fordul elő. A nyákmirigy hiperplázia ugyanis főként a centrális hörgők falában alakul ki, míg az obstrukció helye elsősorban a periférikus, ún. kis légutak területe. Az egyszerű krónikus bronchitisz nem kezelendő ugyan, de a későbbi bronchiális obstrukció kialakulása szempontjából magas kockázatú csoportnak tartják („C” szintű ajánlás).
- Az **emfizémát** a terminális broncholustól disztálisan elhelyezkedő légterek túltágulása és faluk pusztulása (bullózus parenchyma-degeneráció) jellemzi és mindez nem tüdőfibrozis kísérő jelensége.
- Az **asztma bronchiale** – definíciójának megfelelően – reverzibilis légúti obstrukciót jelent és az asztmás gyulladás jellege is más, mint a bronchiális inflammáció COPD-ben. Olyan betegek esetében, akiknél a légúti funkciózavar megszüntethető, elvethető a COPD-diagnózis. Ugyanakkor, a krónikus asztmás betegek egy részénél a légúti funkciózavar reverzibilitása – a COPD-hez hasonlóan – csupán részleges. Az obstruktív bronchitisz-emfizéma (COPD) tünetegyüttes időszakosan asztmás jellemzőket mutathat (vagy a COPD asztma bronchialéhoz társulhat).

A dohányzás a legfontosabb **kockázati tényező** a COPD kialakulásában, így a dohányzás abbahagyása meghatározó jelentőségű a betegség összes súlyossági fokozatában („A” szintű

ajánlás). A genetikus predispozíció jelentőségét mutatja, hogy a dohányzók csupán 15-20 %-ánál alakul ki fokozatosan súlyosbodó, végül légzési elégtelenséghez vezető bronchiális obstrukció, ugyanakkor az e betegségben szenvedők 10-15 %-a nem dohányzott soha. Hangsúlyozni kell azonban, hogy dohányzók csoportjában a légúti funkciózavar előfordulása jóval gyakoribb, mint 15-20%, de az esetek többségében az obstrukció kialakulása lassúbb, mint az igazán veszélyeztetett alcsoportban.

4. A COPD háziorvosi ellátásának háttere

A háziorvosi rendelőben panasszal megjelenők egyharmada légzőszervi betegségek miatt keresi fel háziorvosát. A panaszok közül a leggyakoribb a nehézlégzés, köhögés, köpetürítés, mellkasi fájdalom. A halálozási statisztikákban az első tíz leggyakrabban előforduló halálok közül három (alsó légúti fertőzések, tüdőrák, COPD) ebbe a csoportba tartozik.

A légzőszervi betegséggel gondozottak majd fele krónikus obstruktív légúti betegségben is szenved. E betegség két klinikai szindróma, a krónikus obstruktív bronchitisz és obstruktív emphysema változó arányú kombinációját jelenti. Hazánkban becslések szerint 300-500 ezerre tehető a betegség miatt ellenőrzésre, kezelésre szorulóknak száma (ez a szám a felnőttek 4-7%-a). Megdöbbentőek a betegség okozta halálozási adatok is, mivel a 35-74 éves korosztályban a világon hazánkban - Irországhoz és Romániához hasonlóan - a mortalitási arány 60 százaléknál felett van. Emellett a betegcsoport a betegek életminőségét lényeges módon befolyásolja, hiszen egy sor egyéb megbetegedésre hajlamosítja, ezért fontos ismernünk, folyamatosan ellenőriznünk és panaszok esetén kezelnünk minden, e betegség miatt gondozásba vett beteget..

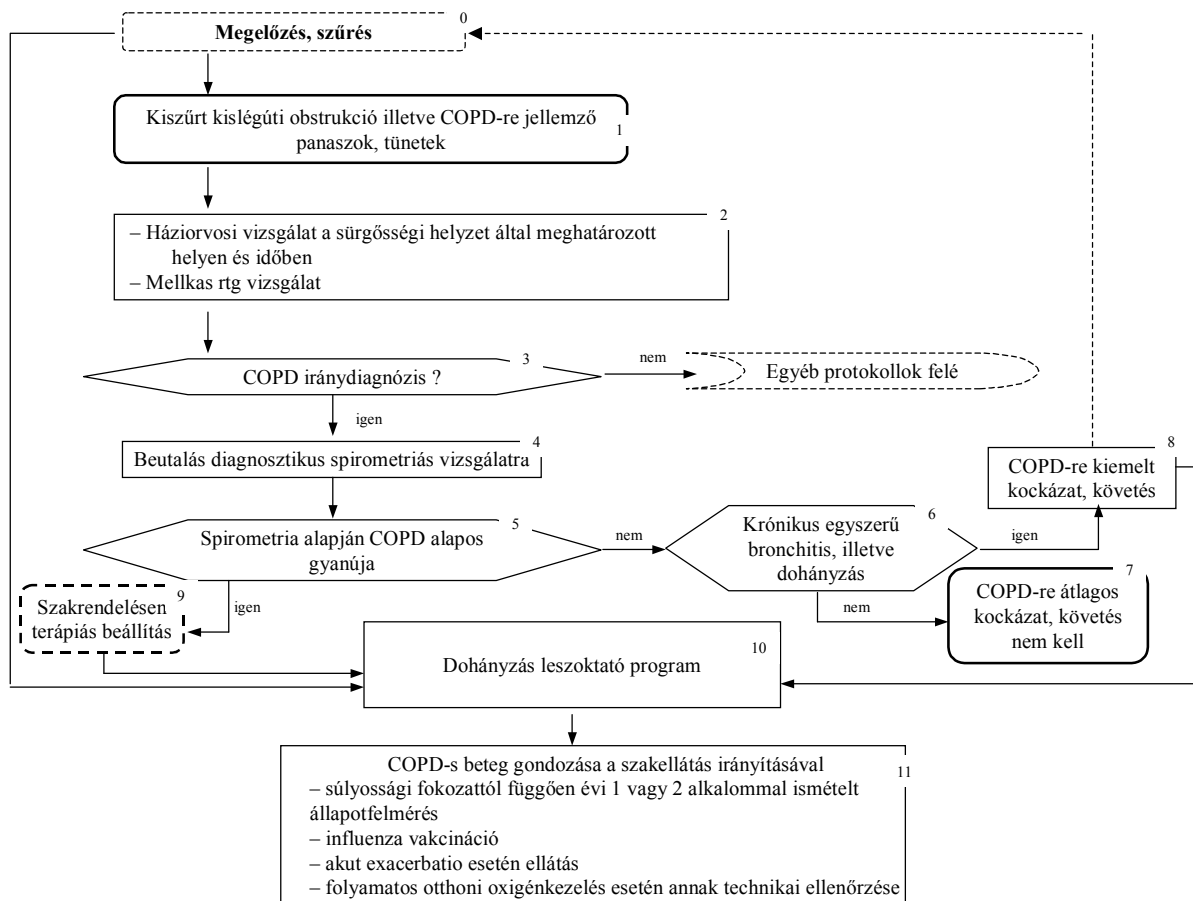
Jóllehet a gyógyszeres kezelés hatásfoka az utóbbi években jelentősen javult, a betegség megelőzésének, korai diagnózisának és a légzésrehabilitációs módszereknek fontos szerepe van.

A COPD nagyobb felderítettsége és a korai kiemelés egyszerű spirometriás szűrés bevezetésével a 40 év feletti dohányosok körében jelentősen javítható. Hangsúlyozni kell azonban, hogy az „egyszerű spirometriás szűrés” hitelesített készülékkel, jól reprodukálható mérést jelent (ez a VC és FEV1 vonatkozásában legfeljebb $\pm 4-6\%$ variabilitást jelent). A COPD diagnosztikájában ajánlott spirometriás térfogatok un. postbronchodilatator értékek (általában 200 μ g salbutamol belégzése után 15-20 perccel mért FEV1, FVC).

II. Diagnózis

1. Háziorvosi ellátás algoritmusa

A kórisme pontos felállítása és a specifikus terápia megállapítása többségében szakorvosi feladat, a gyanú, az előzetes kórisme, az akut elsődleges ellátás, a beállított terápia követése, a beteg állapotának folyamatos ellenőrzése, egy szóval a gondozási rendszerbe illesztésük, folyamatos „karbantartásuk” már háziorvosi feladat.



A.0. Megelőzés, szűrés

A dohányzás a legfontosabb kockázati tényező a COPD kialakulásában (I.- „A” szintű ajánlás), ezért legalább az erős dohányos (napi ≥ 10 csomag/év), különösen légúti panaszokról beszámoló bejelentkezettek esetén javasolt a COPD korai diagnózisa érdekében („D” szintű ajánlás):

- rendszeres állapotfelmérés,
- ernyőkészítésre történő irányítás,
- tüdőgondozói spirometriás szűrővizsgálat,
- fentiek 3 éven át, évenkénti elvégzése (a 3 éven át tartó megfigyeléssel a „gyors funkcióvesztő” csoport elkülöníthető).
- Állapotfelmérés elemei a háziorvosi praxisban:
 - Anamnézis: a dohányzás kezdete, mértéke (az esetleges leszokási kísérletek), környezeti, munkahelyi kockázati tényezők, a köhögés gyakorisága, jellege, „sípoló” légzési hang, az akut légúti betegségek gyakorisága, természete, a nehézlégzés súlyossága, mérsékelt fizikai terhelés közben fellépő légszomj.
 - Testtömeg index (body mass index-BMI): 21 kg/m^2 –nél alacsonyabb értéke a korai halálozást valószínűsíti.
 - Légúti obstrukció valószínűsíthető, amikor hallgatózással sípoló légzési hang hallható vagy az erőltetett kilégzés hossza ≥ 6 s.
- Spirometria (ernyőkészítéshez kapcsolódóan): nélkülözhetetlen a légúti obstrukció megléte, súlyossága, a reverzibilitása mértékének megállapítása céljából. A megfelelően hitelesített spirométerrel az erőltetett kilégzési áramlási sebesség/térfogat regisztrátumon olyan, az áramlási sebesség-értékekben (a FEV1, FEV1/FVC-ben)

nem tükröződő, ugyanakkor kislégúti obstrukcióra utaló deformációk jelenhetnek meg, amelyet szakértő tüdőgyógyász értékelni tud. (I.- „C” szintű ajánlás)

A.1.-2. Kiszűrt kislégúti obstrukció vagy COPD-re jellemző panaszok, tünetek

Az állapot sürgősségi jellegétől függően a háziorvosi rendelőben vagy a beteg tartózkodási helyén, háziorvosi vizsgálat javasolt (I.- „D” szintű ajánlás).

- **Tünetek súlyosságának felmérése:** A mérsékelt fizikai terhelés közben fellépő légszomj, amely gyakran a COPD első tünete, már a légzési tartalék (pl. FEV1) 40-50%-ának elvesztését jelentheti.
- **Fizikális vizsgálat:** légúti obstrukció valószínűsíthető, amikor hallgatózással sípoló légzési hang hallható vagy az erőltetett kilégzés hossza ≥ 6 s
- **Testtömeg index** (body mass index-BMI): 21 kg/m² –nél alacsonyabb értéke a korai halálozást valószínűsíti.
- **Mellkas Rtg vizsgálat:** a tág pulmonális erek utalhatnak idült obstruktív bronchitiszre, de inkább más, krónikus, produktív köhögést okozó szív- és tüdőbetegség kizárása szempontjából nélkülözhetetlen.
- **Vérkép:** anaemia vagy polyglobulia kiderítésére, infekciós jelek

III. Terápia

A.3.-5.,9. COPD iránydiagnózis esetén

- **Spirometria (hörgtágító előtt és után):** nélkülözhetetlen a légúti obstrukció súlyossága, a reverzibilitása mértékének megállapítása céljából. A diagnosztikus irányelvek többsége állítja, hogy az inhalált β_2 -receptor agonista hörgtágítók hatására az obstrukció reverzibilitása COPD-ben általában lényegesen kisebb, mint asztma bronchialeban (gyakori a kiindulási érték 12%-ánál és 200 ml-nél kisebb FEV1-emelkedés) és inhalált metakolinnal ill. hisztaminnal légúti hiperreaktivitás sem mérhető. Mindezt az asztma bronchiale és a COPD elkülönítésére ajánlják. Fontos hangsúlyozni, hogy az előbbi funkcionális kritériumok alapján a két betegcsoport között az átfedés igen jelentős: a COPD II-III. súlyossági csoportjaiban inhalált β_2 -szimpatikomimetikum hatására a légúti obstrukció a betegek 20-60%-ában reverzibilitást mutathat.
- **A beutalás során egyúttal a spirometria eredményétől függő szakkonzíliumot is célszerű kérni, ahol a terápiás beállítás megtörténik**

A.5.-8. Spirometria alapján COPD nem valószínű

Ha a spirometria illetve szakellátási konzílium alapján a COPD diagnózisa nagy valószínűséggel elvethető, és

- Egyszerű krónikus bronchitist állapítanak meg, illetve krónikus dohányosról van szó, a beteg követése szükséges az A.0. szerint.
Az egyszerű bronchitisz nem kezelendő ugyan, de a későbbi bronchiális obstrukció kialakulása szempontjából magas kockázatú csoportnak tartják (I. - „C” szintű ajánlás).
- Ha a páciensnél krónikus légúti betegség nem igazolható, és nem vagy nem erős dohányos, rendszeres követése nem szükséges.

A.10. Dohányzásról leszoktató program

A dohányzás a legfontosabb kockázati tényező a COPD kialakulásában és progressziójában, így a dohányzás abbahagyása meghatározó jelentőségű a betegség összes súlyossági fokozatában (1. - „A” szintű ajánlás).

A praxis team bármely szakképzett tagja végezheti a dohányzással kapcsolatos tájékoztató programot, azonban a team sokféle elfoglaltsága és kötelezettsége miatt csak ún. „minimál intervenció”-ra van lehetőség. Ennek során fel kell mérni a páciens dohányzási szokásait, ajánlani kell a leszokást, szükség esetén vény nélkül kapható, nikotinpótló készítmények előírás szerinti alkalmazásával, és erősíteni kell a leszokás motivációját, akár a környezet, hozzátartozók bevonásával. („A” szintű ajánlás). A dohányzásról történő, szakellátás irányításával végzett leszoktató programot fel kell ajánlani a „minimál intervenció” eredménytelensége esetén minden dohányzó részére, sürgősséggel pedig az alábbi csoportokban:

- Erős dohányosok (napi ≥ 20 szál cigaretta)
- Krónikus egyszerű bronchitis diagnózissal rendelkező dohányos
- COPD diagnózissal rendelkező dohányos

Hazánkban az Országos Egészségfejlesztési Intézet irányításával több, mint 100 intézményben (többségük tüdőbeteg gondozó) működik dohányzásról való leszokást segítő rendelés. Tájékozódni lehet a következő ingyenes telefonszámon: 06 40 200 493.

A programszerű leszokás-támogatás 2-3 hónapig tartó programja – különösen nikotin-függőség esetén – a szakorvosi rendelés (tüdőgondozó) feladata.

IV. Rehabilitáció

V. Gondozás

A.11. COPD-s beteg gondozása a szakellátás irányításával (1; 2. – „D” szintű ajánlás)

- Az COPD-s beteget a háziorvosi praxis gondozásba veszi, melynek keretében ismétlődő állapotfelmérés történik:
 - enyhe, mérsékelt súlyosságú eset évente legalább 1 alkalommal
 - súlyos COPD-s beteg évente 2 alkalommal.
- Az **ismételt állapotfelmérések** tartalma:
 - dohányzási státusz,
 - dyspnoe és terhelhetőség mértéke,
 - spirometria és BMI meghatározás,
 - akut állapotrosszabbodás gyakorisága,
 - gyógyszeres kezelés hatásossága, inhalációs technika helyessége,
 - szakellátási konzílium illetve rehabilitáció szükségessége.

Súlyos COPD esetén még:

- mentális státusz (depresszió) felmérése,
- tápláltsági állapot felmérése,
- szociális támogatás szükségessége.
- **Influenza vakcináció:** a súlyos COPD exacerbációinak szövődményeit hatásosan védi ki, az exacerbáció kialakulásának valószínűségét 50%-al csökkenti (1. - „A” szintű ajánlás)
- **Akut exacerbáció(k) ellátása** az érvényben lévő szakmai irányelv ajánlásainak megfelelően

A COPD exacerbációinak súlyos esetei kórházban kezelendők.

A kórházi beutalás kritériumai:

- a beteg zavart, aluszékony,
- nyugalomban légszomja van, az inspiratórikus segédizmok használata
- a légzésszám > 25/perc ,
- pulzusszám > 110/perc,
- mélyülő cianózis.

A tudatzavar önmagában, míg a többi tünetből kettő megléte indokol kórházi beutalást. Ugyanígy kórházi kezelés ajánlott akkor, ha a COPD exacerbációjának súlyossága az előbbinél enyhébb ugyan, de a beteg otthoni ápolása, felügyelete megoldhatatlan.

Folyamatos otthoni oxigénkezelés ellenőrzése

- Félévenkénti hatásfelmérő vizsgálatok elvégzésének megszervezése.
- Otthoni oxigénterápia technikai helyességének, biztonságosságának ellenőrzése.

Háziorvosi ellátás megfelelőségének indikátorai

1. Azon bejelentkezettek száma, akik állapotfelmérő adatai között megtalálhatóak az allergiás családi és egyéni anamnézis, dohányzás illetve dohányzó környezet információi / bejelentkezettek száma X 100. Célértéke 90%.
2. Azon 40-70 éves erős dohányos (napi ≥ 20 szál cigaretta), bármilyen okból a praxisban megjelenő bejelentkezettek száma, akik dokumentációjában a 3 évente legalább 1 alkalommal elvégzett állapotfelmérés adatai megtalálhatóak / 40-70 éves erős dohányos (évi ≥ 10 csomag), bármilyen okból a praxisban megjelenő bejelentkezettek száma X 100. Célértéke 90%.
3. Az elmúlt évben felfedezett, COPD diagnózissal nyilvántartott azon betegek száma, akik dokumentációjában a diagnózis felállításakor elvégzett spirometriás vizsgálat, mellkas rtg, vérkép és BMI eredményei megtalálhatóak / elmúlt évben frissen felfedezett, COPD diagnózissal nyilvántartott bejelentkezettek száma X 100. Célértéke 80%
4. Azon dohányzó, gondozásban lévő COPD-s betegek száma, akik dokumentációjában dohányzásról leszoktató programba történő regisztráció, majd a leszoktató folyamat rendszeresen aktualizált állapota megtalálható / dohányzó, gondozásban lévő COPD-s betegek száma X 100. Célértéke 80%.
5. Azon COPD diagnózissal nyilvántartott betegek száma, akik praxisban vagy szakellátásban történő gondozotti státusza a dokumentációban regisztrált / COPD diagnózissal nyilvántartott betegek száma X 100. Célértéke 70%.
6. Az enyhe, mérsékelt súlyosságú, gondozott COPD-s betegek száma, akiknél az elmúlt évben legalább 1 alkalommal az ellenőrző állapotfelmérés megtörtént / enyhe, mérsékelt súlyosságú, gondozott COPD-s betegek száma X 100. Célértéke 90%

VI. Irodalomjegyzék

A protokoll alapját képező, kiindulásként felhasznált, érvényes magyar irányelv:

1. Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium: A krónikus obstruktív légúti betegség (chronic obstructive pulmonary disease – COPD) diagnosztikája és kezelése; 2004. 2003. november 21-22.-én Budapesten rendezett COPD Konszenzus Konferencián elfogadott irányelvek alapján.

A nemzetközi, bizonyítékokon alapuló irányelvek közül felhasználásra kerültek:

2. National Collaborating Centre for Chronic Conditions: Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence, February 2004.

A szakmai protokoll érvényessége: 2008. december 31