



Keuhkohtaumatauti alkaa usein tupakkasyöästä

Päivitys 10.3.2015

Keuhkohtaumataudin tärkein aiheuttaja on tupakointi; mitä enemmän altistuu tupakansavulle, sitä suurempi on todennäköisyys sairastua. Tupakoinnin lopettaminen ja liikunta ovat keskeinen osa hoitoa.

Keuhkohtaumatauti koostuu kolmesta osatekijästä: kroonistunut keuhkoputkentulehdus, ilmasteiden ahtautuminen ja keuhkolaajentuma. Keuhkolaajentuma on pysyvä laajentuma, joka on syntynyt lähinnä keuhkorakkula-alueen kudostuhon kautta. Liitännäissairaudet, kuten sydän- ja verisuonisairaudet, metabolinen oireyhtymä, osteoporoosi, masennus ja keuhkosityö, ovat keuhkohtaumapotilailla yleisempiä kuin muilla saman ikäisillä.

Riskitekijät

Keuhkohtaumataudin tärkein aiheuttaja on tupakointi. Sitä suurempi riski, mitä enemmän askivuosia (askivuosi = päivittäinen tupakankulutus askeina * tupakointivuosien määrä) potilaalla on takanaan ja mitä runsaampaa altistuminen tupakansavulle on.

Pölyinen työ moninkertaistaa keuhkohtaumataudin riskin erityisesti tupakoitsijoilla. Jos työssään altistuu pölyille, kaasuille ja huuruille, tehdään lain perustella spirometritutkimus 1–3 vuoden välein.

Jos sairastunut on nuori (alle 45-vuotias) tai hän on tupakoinut vasta varsin lyhyen aikaa, tulee häneltä määrittää alfa1-antitrypsiini, sillä noin 2 prosentilla sairastuneista todetaan tämä harvinainen geneettinen puutos, joka altistaa keuhkohtaumataudille.

Oireet

Tyypillisiä keuhkohtaumataudin oireita ovat hengenahdistus, yskä ja liman erittyminen hengitysteistä. Alkuun potilas ei välttämättä edes huomaa oireita tai tottuu niihin, mutta ajan myötä oireet yleensä pahenevat – etenkin, jos hän tupakoi. Diagnoosia ei tehdä pelkkien oireiden perusteella, mutta oireet ovat syy lähettää potilas jatkotutkimuksiin.

Diagnoosi ja perustutkimukset

Diagnoosi perustuu spirometritutkimukseen (keuhkojen toiminnan tutkiminen ns. puhallustestillä laboratoriossa), joka antaa tietoa paitsi keuhkojen tilavuudesta myös siitä, onko keuhkoputkissa ahtautumista. Spirometriaan liitetään bronkodilataatiokoe, jossa potilaalle annetaan keuhkoputkia avaavaa lääkettä puhallusten välillä. Keuhkohtaumataudille on tyypillistä keuhkoputkien ahtautuminen, joka säilyy keuhkoputkia laajentavan lääkkeen jälkeenkin. Astman poissulkemiseksi tai toteamiseksi tehdään usein kotipuhallus-seuranta uloshengityksen huippuvirtausmittarilla (PEF-seuranta) ja tarvittaessa hoitokoe esimerkiksi hengitettävällä kortisonilla.

Myös keuhkojen röntgenkuvat ja laboratorio-kokeet kuuluvat perustutkimuksiin, koska niillä voidaan sulkea pois mahdolliset muut hengitystieoireita ja hengenahdistusta aiheuttavat sairaudet.

Keuhkohtaumataudin riskitekijöistä selvitetään tupakointi askivuosina, passiivinen tupakointi ja mahdollinen altistuminen työssä. Samoin selvitetään potilaan aiemmat hengitystieinfektiot ja astma sekä lähisuvun hengitystiesairaudet.



Keuhkohtaumataudin ilmiösut

Keuhkohtaumatauti luokitellaan erilaisiin ilmiösuihin eli fenotyyppeihin sen mukaan, onko pahenemisvaiheiden riski pieni tai suuri tai onko potilaalla mahdollisesti sekä keuhkohtaumatauti että astma.

Pahenemisvaiheet

Kaikilla potilailla ei esiinny keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheita, kun taas joillakin niitä on toistuvasti. Pahenemisvaiheessa hengitystieoireet vaikeutuvat äkillisesti. Suurin pahenemisvaiheiden aiheuttaja on hengitystieinfektiot (60–80 %), seuraavana tulevat ilmansaasteet (10 %). Myös lääkeshoidon keskeyttäminen saattaa johtaa pahenemisvaiheeseen.

Vaikeusasteen arviointi

Siihen, kuinka vaikeasta taudista on kyse, vaikuttavat tutkimustulosten lisäksi potilaan oireet, sairauden pahenemisvaiheet ja liittämissairaudet. Potilaan suoriutumiskykyä voidaan testata 6 minuutin kävelytestillä tai häneltä saatetaan kysyä, kuinka hän kykenee nousemaan portaita tai miten pitkän matkan hän jaksaa kävellä.

Pitkälle edenneen taudin oireita ovat hengenahdistus jo vähäisessäkin rasituksessa tai jopa levossa, yskä, laihtuminen, väsymys ja sairauden toistuvat pahenemisvaiheet. Jos keuhkohtaumapotilaan painoindeksi (BMI) on alle 21, kyseessä on jo aliravitsemustila.

Hoidon tavoite

Keuhkohtaumataudin hoidolla pyritään parantamaan oireita ja elämänlaatua, hidastamaan taudin etenemistä ja ehkäisemään pahenemisvaiheita.

Lääkkeetön hoito

Lääkkeettömään hoitoon kuuluvat tupakasta vieroitus, kannustaminen liikkumiseen ja liikunnallinen kuntoutus. Tupakoinnin lopettaminen parantaa jo todetun taudin ennustetta.

Kaikille keuhkohtaumatautia sairastaville suositellaan vuosittaista influenssarokotusta sekä kertaalleen pneumokokkrokotusta

Liikunnallinen kuntoutus

Keuhkohtaumatautipotilaille, joilla on lääkeshoidosta huolimatta jatkuvasti oireita, joiden suorituskyky heikkenee ja jotka liikkuvat vähän, tulee tarjota liikunnallista keuhkokuntoutusta. Samoin sitä tulisi tarjota myös toistuvista pahenemisvaiheista kärsiville, sillä ne invalidisoivat potilasta nopeasti.

Liikunnallinen kuntoutus vähentää hengenahdistusta ja voimattomuutta, lieventää masennusta ja ahdistuneisuutta, parantaa fyysistä suorituskykyä ja pienentää riskiä joutua sairaalahoitoon.

Kuntoutuksen tulee sisältää monipuolista liikuntaharjoittelua, esimerkiksi kuntosaliharjoittelua, ryhmävoimistelua tai vesiliikuntaa, kaikkiaan 45–90 minuuttia 3 kertaa viikossa ja vähintään kahdesti ohjattuna. Kuntoutusjakson pituuden tulee olla 6–12 viikkoa, ja potilasopetusta ja ohjausta on hyvä tarjota osana kuntoutusta. Tulokset mitataan vähintään suorituskykytestillä ja oirekyselyllä, mutta mielellään myös elämänlaatukselyn avulla.

Lääkehoito

Keuhkohtaumataudin lääkehoito ja sen valinta pohjautuvat potilaan yksilölliseen sairauden fenotyyppiin, oireiden määrään ja



pahenemisvaiheiden riskiin. Lääkehoidon tarkoituksena on vähentää potilaan oireita ja pahenemisvaiheiden ilmaantumista. Ilmiasu ja sen mukainen lääkehoito arvioidaan uudelleen jokaisen seurantakäynnin yhteydessä.

Avaavat lääkkeet

Lääkeaineita, jotka avaavat keuhkoputkia, kutsutaan avaaviksi lääkkeiksi. Niitä on sekä lyhyt- (3–6 tuntia) että pitkävaikutteisia (12–24 tuntia). Niitä annostellaan joko tarpeen mukaan helpottamaan akuutteja oireita tai säännöllisesti, jotta oireita ei tulisi. Jos potilas käyttää pitkävaikutteista lääkettä, on äkillisten oireiden varalta hyvä olla varalla myös lyhytvaikutteinen keuhkoputkia avaava lääke.

Inhaloitavaa eli hengitettävää kortisonia (glukokortikoidia) ei suositella pitkäaikaiseen käyttöön keuhkohtaumataudin ainoana lääkkeenä, mutta sitä voidaan käyttää yhdistelmänä pitkävaikutteisen avaavan lääkkeen kanssa, jos potilaalla on keuhkohtaumataudin lisäksi astma tai suuri pahenemisvaiheiden riski.

Inhalaattori

On tärkeää, että potilas osaa käyttää inhalaattoriaan oikein, joten sen käyttöä tulee opettaa sekä lääkitystä aloitettaessa että seurantakäyntien aikana. On olemassa jauheinhalaattoreita että ponnekaasu-aerosoleja, jonka kanssa voidaan käyttää myös ns. tilanjatketta. Joskus tarvitaan myös maskia ja avustajaa.

Pahenemisvaiheiden omahoito

Silloin, kun potilaalla on toistuvia pahenemisvaiheita, häntä ohjataan tunnistamaan pahenemisvaihe itse ja aloittamaan lääkitys kortisonilla tai antibiooteilla.

Kotihappihoito

Keuhkohtaumataudissa keuhkojen toiminta huononee vähitellen, ja lopulta seurauksena saattaa olla vaikea kudosten hapenpuute. Tällöin voidaan käyttää kotihappihoitoa, jos potilas täyttää sen käyttöön liittyvät kriteerit. Kuntoutusohjaaja neuvoo hoidon aloituksessa, ohjauksessa ja kotiseurannassa. Jos happihoito jää käyttämättä tai potilas tupakoi happihoidon aikana, kotihappihoito lopetetaan.

Jos potilaalla on veren tavallista suurempi hiilidioksidipitoisuus eli krooninen hyperkapnia ja toistuvia pahenemisvaiheita, voidaan käyttää yönaikaista noninvasiivista ventilaatiota (NIV). Jos potilas ei käytä laitetta, hoito lopetetaan.

Kirurginen hoito

Keuhkonsiirrolla pyritään elinajan pitenemiseen. Pitkä tupakointihistoria ja sen mukanaan tuomat liitännäissairaudet ja suurentunut pahanlaatuisen kasvaimen riski voivat kuitenkin olla este keuhkonsiirrolle.

Palliativinen hoito

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan pitkälle edenneestä sairaudesta kärsivän potilaan ja hänen läheistensä hoitoa silloin, kun parantaa hoitoa ei enää ole. Hengenhdistusta voidaan hoitaa opioideilla, jos muista hoidoista ei saada riittävästi apua. Myös keuhkohtaumapotilaan kipu tulee muistaa hoitaa asianmukaisesti.

Seuranta ja seulonta

Keuhkohtaumataudin diagnoosi, hoito ja seuranta tapahtuvat pääasiassa perus- tai työterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon ohjataan vaikeaa tautia sairastavat ja poikkeuksellisen nuorena (alle 45-vuotiaana)



sairastuneet. Työkykyarvion tekee ensisijaisesti työterveyslääkäri, epäselvissä tapauksissa keuhkosairauksien erikoislääkäri.

Seurannassa pyritään vähintään vuosittaisiin seurantakäynteihin – etenkin, jos potilas edelleen tupakoi. Seurannassa ja ohjauksessa käytetään hyödyksi erityisesti näihin toimenkuviin koulutettujen hoitajien osaamista.

Seulonta

Jos henkilö on tupakoinut jo pitkään (yli 20 askivuotta), suositellaan seulontatutkimuksena spirometrian tekemistä muun terveydenhuollon käynnin yhteydessä. Paras hyöty seulonnasta saavutetaan, kun siihen yhdistetään tupakkavieroitus.

Keuhkohtaumatauti lukujen valossa

Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan keuhkohtaumataudin esiintyvyys oli Suomessa vuosina 2000–2001 miehillä 4,3 ja naisilla 3,1 prosenttia. Keuhkohtaumatauti oli eniten 65–74-vuotiailla miehillä (13 %).

Suomessa kuoli vuonna 2012 keuhkohtaumatautiin 1 044 henkeä, joista miehiä oli 721 ja naisia 323. Suomessa kuolleisuus on pysynyt viime vuosina ennallaan, mutta muun muassa Britanniassa ja Yhdysvalloissa suurentunut. Britanniassa keuhkohtaumatauti oli jo vuonna 2010 neljänneksi yleisin kuolinsyy.

Potilasversion tekstin on Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito -suosituksen pohjalta päivittänyt potilasversioista vastaava toimittaja **Kirsi Tarnanen**. Sen ovat tarkistaneet Käypä hoito -työryhmän puheenjohtaja, keuhkosairauksien erikoislääkäri, apulaisylilääkäri **Terttu Harju** OYS:sta ja Käypä hoito -toimittaja, sisätauteihin erikoistuva lääkäri **Tuula Meinander** TAYS:sta.

Vastuun rajaus

Käypä hoito -suositukset ovat parhaiden asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Ne eivät korvaa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta hoitopäätöksiä tehtäessä.