

<https://helda.helsinki.fi>

Hengenahdistus ja ahdistuneisuus elämänlaadun mittareina keuhkohtaumatauti

Kauppi, Paula Maria

2013

Kauppi , P M 2013 , ' Hengenahdistus ja ahdistuneisuus elämänlaadun mittareina keuhkohtaumataudissa ' , BestPractice: Diabetes ja Sydänsairaudet , Nro 2 , Sivut 6-8 .

<http://hdl.handle.net/10138/355276>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Hengenahdistus ja ahdistuneisuus elämänlaadun mittareina keuhkohtaumataudissa



Paula Kauppi

LT, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri
Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala
Iho- ja allergiasairaala

Keuhkohtaumataudissa on tärkeää lievittää oireita ja parantaa elämänlaatua. Lääkehoidon ohella tulee kiinnittää huomiota myös potilaan psyykkiseen hyvinvointiin, liitännäissairauksiin ja elämäntapoihin. Keuhkohtaumatautia (COPD) sairastaa 5,9 prosenttia suomalaisista, ja maailmanlaajuisesti sairaus on kolmen yleisimmän kuolinsyyn ja viiden yleisimmän työ- ja toimintakyvyn alenemista aiheuttavan sairauden joukossa.¹⁻³

Tupakoinnin lopettaminen parantaa ennustetta, mutta merkittävää hyötyä on katsottu olevan pitkävaikutteisista β 2-sympatomimeeteista ja antikolinergeistä, roflumilastista (fosfodiesteraasi-4-inhibiittori) sekä inhalaatiosteroidin ja pitkävaikutteisen sympatomimeetin yhdistelmävalmisteista niille, joilla on toistuvia pahenemisvaiheita.⁴ Pahenemisvaiheiden ehkäiseminen on hoidon ensisijainen tavoite, sillä toistuvien pahenemisvaiheiden tiedetään vaikuttavan ennusteeseen epäsuotuisasti.

Ei-lääkkeellisestä hoidosta, kuten liikunnallisesta kuntoutuksesta ja riittävän ravitsemustilan ylläpitämisestä tiedetään olevan hyötyä erityisesti jokapäiväisten toimintojen ja toimintakyvyn säilyttämiseksi. Osan potilaista on arvioitu hyötyvän yönaikaisesta kaksoispai-neventilaattorihoidosta.⁵ Myös lääkehoidon toisena tärkeänä tavoitteena on elämänlaadun parantaminen.

Elämänlaatumittarit

Keuhkohtaumatautia sairastavan elämänlaatumittarit jaetaan usein oireita, potilaan aktiivisuutta ja taudin aiheuttamaa huolestuneisuutta mittaaviin osioihin, joita tarkastellessa saadaan tarkempi kuva sairauteen liittyvästä elämänlaadusta. Elämänlaatua mitataan ja kuvataan useimmiten kyseiseen sairauteen tarkoitetuilla oirekyselyillä, mutta myös sairaudesta riippumattomaa yleisempää elämänlaadun arviointia voidaan käyttää. Tämän tiedetään korreloivan hyvin hengitystiesairaudelle spesifisen elämänlaatumittarin kanssa.⁶ Odotetusti muun muassa hengitykseen, päivittäisiin toimintoihin ja liikkumiseen liittyvät ongelmat huonontavat elämänlaatua keuhkohtaumatautipotilaille verrattuna yleiseen väestöön.

Mitä voimakkaampi on koettu hengenahdistus, sitä voimakkaammat ovat myös ahdistuneisuus ja hengenahdistuksen pelko. Näillä potilailla kuntoutuksella voidaan vähentää selkeämmin liikkumiseen liittyvää hengenahdistuksen tuntemusta.⁷ Vastaavasti ahdistuneisuus ja hengenahdistuksen pelko assosioituvat toimintakyvyn ja suorituskyvyn rajoituksiin, mutta kuntoutuksella juuri näiden potilaiden toimintakyky paranee.

Suomalaisilla saadut tutkimustulokset osoittavat, että lääkärin toteaman astman ja keuhkohtaumataudin päällekkäisyys johtaa huonompaan itse koettuun elämänlaatuun kuin keuhkohtaumatauti yksin.⁸ Löydös

ei ole selitettävissä iällä, sukupuolella eikä muilla liitännäissairauksilla. Todennäköisesti keuhkomekaniikkaan liittyvät seikat selittävät asiaa. Ajoittaiset huomattavat kohtaukselliset obstruktiotilanteet saavat hengenahdistuksen ja limaisuuden lisääntymisen takia keuhkosairauden ja siihen liittyvät oireet tuntuun vaikeammilta kuin selkeästi palautumatonta ja keuhkotoiminnan kannalta stabiilimpaa COPD:tä sairastavilla, vaikka näiden spirometriatulokset ovat huonompia.

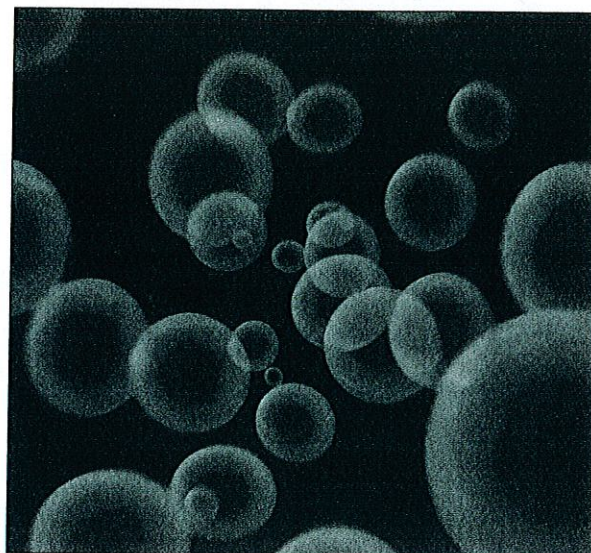
Obstruktiivisten sairauksien päällekkäisyyteen liittyvät myös runsaat sairaalahoidot.⁹ Myös naissukupuoli, pitkä sairaushistoria (yli 10 vuotta), merkittävä ylipaino (BMI >30), työkyvyttömyyseläke ja kardiovaskulaarisairaudet liittyvät koettuun huonoon elämänlaatuun.

Potilasohjaus ja seuranta

Omahoito-ohjeista elämänlaatua parantavana tekijänä on raportoitu tuloksia puolesta ja vastaan. Jo pelkästään omahoito-ohjeisiin yhdistetyllä proaktiivisella seurannalla (oireet, FEV₁, kuuden minuutin kävelymatka arvioituna askelmittarilla sekä veren happikyllästyneisyys) pystyttiin merkittävästi parantamaan keuhkohtaumatautipotilaiden elämänlaatua verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin. Lisäksi pahenemisvaiheet tunnistettiin varhain, ja ne onnistuttiin pääsääntöisesti hoitamaan avoterveydenhuollossa.¹⁰ Toisaalta 165 potilaalla toteutetussa kahden vuoden tutkimuksessa kattavankaan omahoito-ohjauksen (neljä räätälöityä ohjauksikäyntiä ja hoitajan puhelimitse toteuttama seuranta) tai toistuvien hoitajan tekemien rutiinitarkastusten ei todettu parantavan keuhkohtaumatautipotilaiden elämänlaatua verrattuna tavanomaiseen hoitoon, jossa potilas hakeutuu lääkärin vastaanotolle oman tarpeensa mukaan. Tosin pahenemisvaiheiden hoito onnistui paremmin omahoitoryhmässä.¹¹

Kuntoutuksen keinot

Kuntoutuksen tiedetään vähentävän COPD-potilaiden oireita sekä parantavan elämänlaatua, fyysistä



suorituskykyä ja rasituksen sietoa. Lisäksi kuntoutus parantaa unen laatua.¹² Kuntoutuksen ongelmana on potilaiden sitouttaminen oma-aloitteiseen liikuntaan sekä seuranta-aikana että erityisesti mahdollisen aktiivisen kuntoutusjakson jälkeen.

Toisaalta jo pienikin paraneminen rasituksen siedossa voi tuoda merkittävän muutoksen parempaan joka-päiväisten toimintojen ylläpitämisessä ja arkiaskareista selviytymisessä.

Masennus ja ahdistuneisuus liitännäissairauksina

Masennus ja ahdistuneisuus ovat tavanomaisia keuhkohtaumatautipotilailla: Ahdistuneisuuden tiedetään assosioituvan erityisesti koettuun hengenahdistuksen vaikeuteen ja masennuksen fyysisen suorituskyvyn ja toimintakyvyn rajoituksiin.¹³

Kun itse keuhkohtaumataudin hoitokeinot ovat rajalliset, on selvää, että potilaiden hyvässä hoidossa on kiinnitettävä huomiota näiden muiden liitännäissairauksien hoitoon, jotta elämä sairauden kanssa onnistuisi mahdollisimman hyvin.

Sairauden etenemisvaihe

Pitkälle edenneessä keuhkohtaumataudissa pitkäaikaisen kotihappihoidon on osoitettu parantavan enustetta vaikeasti hypokseemisilla potilailla. Lisäksi sen on osoitettu vähentävän ahdistuneisuutta ja masennusta sekä parantavan elämänlaatua.¹⁴

Tutkimuksen kohteena olevia hoitokeinoja

Muita tutkimuksen kohteena olevia hoitokeinoja on muun muassa keuhkoputken tähytyksessä keuhko-



putkeen asetettava venttiili, joka saa aikaan keuhkojen volyymireduktion. Menetelmää on tutkittu vaikeaa keuhkolaajentumaa sairastavilla, ja sen on raportoitu parantavan hiukan keuhkojen toimintakokkeiden tuloksia, mutta menetelmä ei ole vielä saavuttanut virallista asemaa sairauden hoidossa.¹⁵

Keuhkojen kirurgista volyymireduktiota on myös käytetty. Kirurgisen hoitomuodon tulokset elämänlaatuun ovat olleet hyvät, mutta leikkauksiin sisältyy riskejä, ja lisäksi potilasvalinta ennusteen kannalta hyötyviin on vaikeaa.¹⁶

Myös pitkävaikutteisista antimikrobihoitoa (esimerkiksi azitromysiini 250 mg/vrk) on tutkittu pahenemisvaiheiden estohoidossa.¹⁷ Tulokset ovat olleet lupaavia myös elämänlaadun paranemisen suhteen, mutta sekä mikrobien resistenssilanteen mahdolliset muutokset että muut lääkkeeseen liittyvät sivuvaikutukset rajoittavat toistaiseksi tämänkin lääkkeen käyttöä. ■

YHTEENVETO

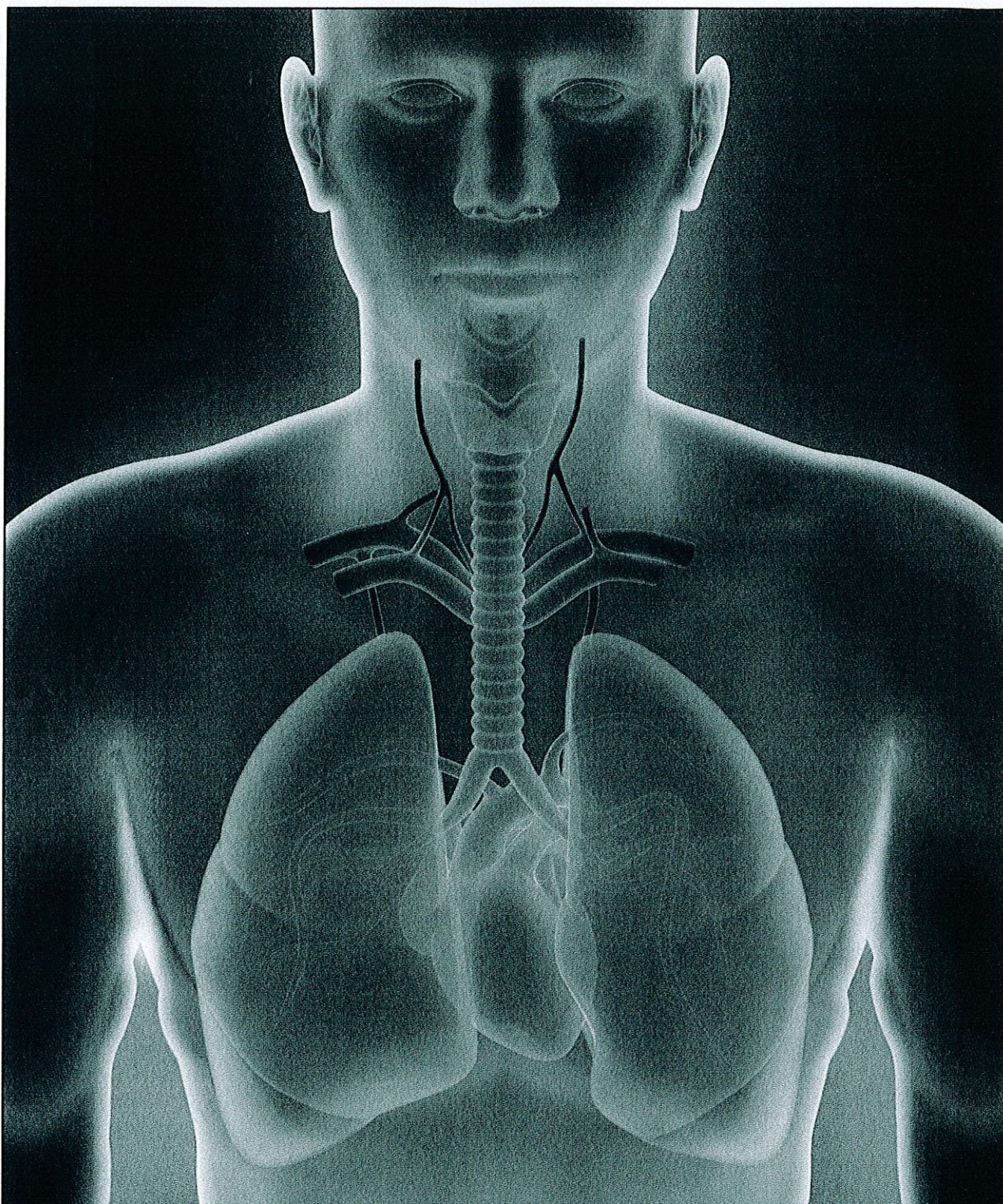
Keuhkohtaumatauti on krooninen sairaus, jonka hoidossa on oleellista oireiden vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen. Sen ohella hoidon tavoitteena on pahenemisvaiheiden estäminen ja siten sairauden kulun hidastaminen. Tupakoinnin lopettaminen parantaa ennustetta. Lääkehoidon kulmakiviä ovat pitkävaikutteiset β_2 -sympatomi-meetit ja antikolinergit, inhalaatiosteroidin sisältävät yhdistelmävalmisteet, teofylliini sekä uusimpänä roflumilasti.

Liikunnallisella kuntoutuksella voidaan parantaa rasituksen sietoa ja suorituskykyä sekä kohentaa arkiaskareista selviytymistä ja elämänlaatua. Potilaiden hyvässä hoidossa on kiinnitettävä huomiota myös liitännäissairauksien, kuten sydän- ja verenkiertosairauksien sekä masennuksen ja ahdistuneisuuden hoitoon.

Lähteet

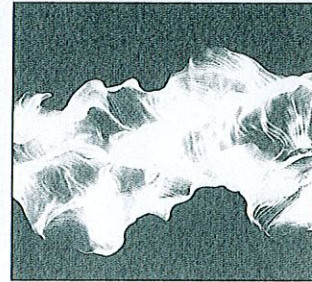
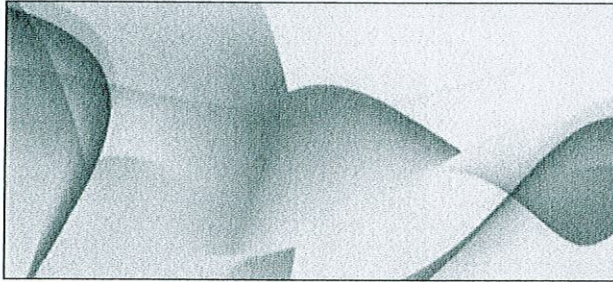
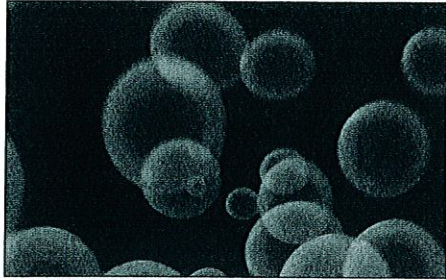
1. Kainu A, Rouhos A, Sovijärvi A, Lindqvist A, Sarna S, Lundbäck B. COPD in Helsinki, Finland: socioeconomic status based on occupation has an important impact on prevalence. *Scand J Public Health* 2013;Apr 18.
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, Abraham J, Adair T, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2095-2128.
3. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K, Salomon JA, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2163-2196.
4. Global Initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. www.goldcopd.org.
5. Murphy PB, Davidson C, Hind MD, Simonds A, Williams AJ, Hopkinson NS, Moxham J, Polkey M, Hart N. Volume-targeted versus pressure support non-invasive ventilation in patients with super obesity and chronic respiratory failure: a randomised controlled trial. *Thorax* 2012 Aug; 67(8):727-734. doi: 10.1136/thoraxjnl-2011-201081. Epub 2012 Mar 1.
6. Mazur W, Kupiainen H, Pitkaniemi J, Kilpeläinen M, Sintonen H, Lindqvist A, Laitinen T. Comparison between the disease-specific Airways Questionnaire 20 and the generic 15D instruments in COPD. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:4.
7. Janssens T, De Peuter S, Stans L, Verleden G, Troosters T, Decramer M, Van der Bergh O. Dyspnea perception in COPD - Association between anxiety, dyspnea-related fear, and dyspnea in a pulmonary rehabilitation program. *Chest* 2011;140:618-625.
8. Kauppi P, Kupiainen H, Lindqvist A, Tammilehto L, Kilpeläinen M, Kinnula VL, Haahtela T, Laitinen T. Overlap syndrome of asthma and COPD predicts low quality of life. *J Asthma* 2011;48:279-285.
9. Andersén H, Lampela P, Nevanlinna A, Säynjälkangas O, Keistinen T. High hospital burden in overlap syndrome of asthma and COPD. *Clin Respir J* 2013;Jan30. doi: 10.1111/crj.12013. [Epub ahead of print].
10. Koff PB, Jones RH, Cashman JM, Voelkel NF, Vandivier RW. Proactive integrated care improves quality of life in patients with COPD. *Eur Respir J* 2009;33:1031-1038.
11. Bischoff EW, Akkermans R, Bourbeau J, van Weel C, Vercoelen JH, Schermer TR. Comprehensive self management and routine monitoring in chronic obstructive pulmonary disease patients in general practice: a randomised controlled trial. *BMJ* 2012;345:7642.
12. Soler X, Diaz-Piedra C, Ries AL. Pulmonary rehabilitation improves sleep quality in chronic lung disease. *COPD* 2013;10:156-163.
13. Von Leupoldt A, Taube K, Lehmann K, Eritzsche A, Magnussen H. The impact of anxiety and depression on outcomes of pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest* 2011;140:730-736.
14. Eaton T, Garrett JE, Young P, et al. Ambulatory oxygen improves quality of life of COPD: a randomised controlled study. *Eur Respir J* 2002;20:306-312.
15. Du Rand IA, Barber PV, Goldring J, Lewis RA, Mandal S, Munavvar M, Rintoul RC, Shah PL, Singh S, Slade MG, Woolley A, BTS Interventional Bronchoscopy Guideline Group. Summary of the British Thoracic Society Guidelines for advanced diagnostic and therapeutic flexible broncho-scopy in adults. *Thorax* 2011;66:1014-1015.
16. National Emphysema Treatment Trial Research Group. A randomized trial comparing lung-volume-reduction surgery with medical therapy for severe emphysema. *N Engl J Med* 2003;348:2059-2073.
17. Albert RK, Connett J, Bailey WC, Casaburi, Cooper JA Jr, Criner GJ, Curtis JL, Dransfield MT, Han MK, Lazarus SC, Make B, Marchetti N, Martinez FJ, Madinger N, McEvoy C, Niewoehner DE, Porsasz J, Price CS, Reilly J, Scanlon PD, Sciurba FC, Scharf SM, Washko GR, Woodruff PG, Anthonisen NR. COPD Clinical Research Network. Azithromycin for prevention of exacerbations of COPD. *N Engl J Med* 2011;365:689-698.

BESTPRACTICE



**KEUHKOAHTAUMATAUTI
ASTMA**

Sisältö



- | | | | |
|---|-----------|--|-----------|
| ■ Obstruktivisten sairauksien
monet kasvot | 5 | ■ Uloshengityksen typpioksidi
– ikkuna astmatulehdukseen | 14 |
| <i>Anssi Sovijärvi</i> | | <i>Pekka Malmberg</i> | |
| ■ Hengenahdistus ja ahdistuneisuus
elämänlaadun mittareina
keuhkohtaumataudissa | 6 | ■ Matala sosioekonominen asema
ja sen yhteys ahtauttaviin
keuhkosairauksiin..... | 18 |
| <i>Paula Kauppi</i> | | <i>Merja Kanervisto</i>
<i>Tuula Vasankari</i> | |
| ■ Samanaikainen astma ja keuhko-
ahtauma lisäävät hoitokuormaa | 9 | ■ Käypä hoito:
Yksinkertaisia välineitä akuutin
nielutulehduksen hoitoon..... | 21 |
| <i>Heidi Andersén</i> | | <i>Hans Blomberg</i> | |
| ■ Uudet GOLD-suositukset
– matkalla oikeaan suuntaan? | 12 | | |
| <i>Timo Erik Helin</i> | | | |

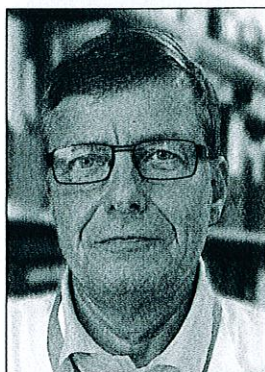
BESTPRACTICE KEUHKOSAIRAUDET

Julkaistaan neljä kertaa vuonna 2013;
huhtikuussa, kesäkuussa, syyskuussa ja marraskuussa

Toimitus

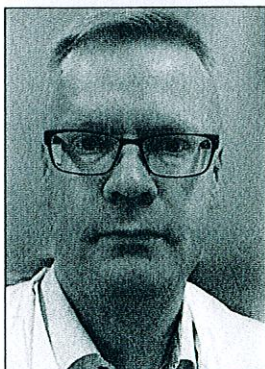
Anssi Sovijärvi

kliinisen fysiologian
professori
Helsingin yliopisto ja
kliinisen fysiologian
ylilääkäri, HUS sekä
tutkimuspäällikkö
HUS-Kuvantaminen



Harri Öistämö

erikoislääkäri
Suomen Terveystalo



Heikki Ekroos

LT
keuhkosairauksien
erikoislääkäri
HUS Porvoon
sairaala



BESTPRACTICE

Lääketieteen asiantuntijoiden ammattilehti

BestPractice lähetetään maksutta suomalaisille keuhkosairauksien erikoislääkäreille ja yleislääkäreille.

Päätoimittaja: Jan Andreasen, journalisti ja lääkäri, jan.andreasen@bestprac.dk

Ilmoitukset: Kristiina Koskela, Puhelin 0400 219 227, Kristiina@nordimed.com

BestPractice – Tempovej 27 – 2750 Ballerup, Tanska,

Puhelin +45 4466 9210 – info@bestprac.dk

Copyright 2013 – BestPractice ApS

Painos: 5500