

Astman pitkäaikaishoito

TAVOITTEET

- Oma-aloitteinen seuranta ja hoito opetetaan (astmaohjelma).
- Hoidon riittävyys arvioidaan säännöllisesti omalääkärillä.
 - + Minimaaliset oireet
 - + Normaali toimintakyky
 - + Inhaloitavan beetasymptomimeetin vähäinen tarve
 - + Vähäinen PEF-vuorokausivaihtelu, enintään 10–20 %
 - + Ei lääkkeiden sivuvaikutuksia
 - + Normaali keuhkofunktio ainakin inhaloitavan symptomimeetin jälkeen
- Sinuiitti diagnosoidaan astman pahenemisvaiheen aiheuttajana.

PITKÄAIKAISHOIDON PERIAATTEET

- Anti-inflammatoriset lääkkeet (kortikosteroidit) ovat keskeinen osa astman hoitoa. Uuden oireilevan potilaan hoito aloitetaan tulehdusta hoitavalla inhaloitavalla kortikosteroidilla.
- Lääkeinhalaatiotekniikan opetus ja monitorointi ovat tärkeitä.
- Jokaisen potilaan hoito rakennetaan yksilöllisesti taudin vaikeusasteen mukaan, ja sitä tulee muuttaa portaittain. Oma-toimisuuteen lääkkeiden annostelussa kannustetaan (kirjalliset ohjeet!).
- Lyhytkestoisia oraalisia kortisonikuureja saatetaan tarvita ajoittain.

- Kaikkien astmatikkojen tulisi välttää altistumista suurille allergeenipitoisuuksille ja esimerkiksi työssä herkistäville kemikaaleille.
- Asetyyylisilylihapon ja muiden tulehduskipulääkkeiden käyttöön tulee suhtautua varauksellisesti, koska 10–20 % astmatikoista on yliherkkiä näille lääkkeille.
- Beetasalpaajat yleensä pahentavat astmaoireita.
- Tupakointi sabotoi astman hoitoa.
- Siedätyshoidosta saattaa olla apua joillekin potilaille.

PITKÄAIKAISHOIDON TOTEUTUS

1. Jos astmaoireita on harvemmin kuin kerran viikossa ja yöoireita enintään kahdesti kuukaudessa sekä keuhkojen toimintakokeet normaalit:
 - + ympäristön saneeraus ja tupakoinnin lopettaminen
 - Pölypunkin saneeraaminen on vaikea toteuttaa ja näyttö hyödyistä puuttuu.
 - + inhaloitava lyhytvaikutteinen beetasymptomimeetti tarvittaessa (salbutamoli, terbutaliini tai fenoteroli).
2. Jos oireita on enemmän ja inhaloitavia beetasymptomimeettejä tarvitaan useammin kuin kerran viikossa tai astma häiritsee yöunta, edellä olevien hoitojen lisäksi annetaan sää-

nöllinen anti-inflammatorinen lääkitys.

- + Inhalaatiosteroidit (beklometasoni, budesonidi tai flutikasoni) 100–400 µg kahdesti päivässä: tehokkain anti-inflammatorinen lääkitys
 - Ponnekaasuaerosoleja ei tulisi käyttää ilman sumutussäiliötä.
 - Inhalaatiojauheet sopivat yleensä hyvin, mutta potilaiden, joiden hengityslihakset ovat heikot tai hengitystilavuudet ovat pienentyneet, on parasta ottaa lääkkeitä annos-aerosolinä tilalaa-jentimella.
- + Vaihtoehtona on leukotrieenisalpaaja (tsafirlukasti 20 mg:n tabletti kahdesti päivässä tai montelukasti 10 mg yöksi). Leukotrieenisalpaajat sopivat erityisesti potilaille, joilta inhalaatiolääkkeiden käyttö ei onnistu. Ne ovat hyvin siedettyjä. Teho ei ole inhaloitavan steroidin tehon veroinen.
- 3. Jos astmaoireet jatkuvat päivittäin, inhaloitavan beetasymptomimeetin tarve on suuri ja obstruktiota ilmenee huippuvirtausmittausten perusteella
 - + tarkistetaan inhalaatiotekniikka, pahentavien tekijöiden olemassaolo ja hoitoon sitoutuminen
 - + lisätään lääkitykseen pitkävaikutteinen beetasymptomimeetti (salmeteroli 50 µg

- × 2, formoteroli 12–24 µg
- × 2) unohtamatta asianmu-
kaista anti-inflamatorista
lääkitystä.
- + Vaihtoehtona kasvatetaan
inhalaatiosteroidin annosta.
- 4. Jos pitkävaikutteinen beetas-
ympatomimeetti ei vaikuta tai
ei sovi, lopetetaan se ja tehdään
hoitokokeilu leukotrieenisal-
paajalla tai teofylliinillä 200–300
mg yöksi.
- 5. Jos hoitotulos ei ole hyvä päi-
vittäisellä 800 µg:n inhalaatio-
steroidilla, pitkävaikutteisella
beetasympatomimeetillä ja
tarvittaessa käytetyllä inha-
loidulla lyhytvaikutteisella bee-
tasympatomimeetillä, lisätään
lääkitykseen yksi tai useampi
seuraavista:
 - + inhalaatiosteroidin annos
aina 2 mg/vrk asti
 - + leukotrieenisalpaaja tsafirlu-
kasti tai montelukasti
 - + pitkävaikutteinen teofylliini
200–300 mg yöksi.
 - + Joskus lisähoitona voidaan
kokeilla seuraavia lääkkeitä:
 - beetasympatomimeetti-
tabletit (terbutaliini tai
salbutamoli)
 - sympatomimeetti-inhala-
ationeste nebulisaattorilla
annettuna (esim. Spira-ne-
bulisaattori)
 - inhaloitava antikolinergi,
jos mukana keuhkoahtau-
mataudin piirteitä (ipratro-
pium 80 µg tai oksitropium
200 µg neljästi päivässä)
 - kromoglikaatti tai nedokro-
miili (teho usein vähäinen)
 - omalitsumabi (anti-IgE) vai-
keassa allergisessa astmassa
(kokemukset vähäiset, kallis
lääke, raportoitu vakavia
allergisia reaktioita).
- + Lisälääkityksen teho tulee

arvioida, ja jos ei selvää hoi-
tovastetta saada 3–4 viikon
kuluessa, ei kyseistä lääkehoi-
toa ole syytä jatkaa.

6. Jos hoitotulos ei ole hyvä edel-
lä kuvatuilla hoidoilla
- + Suun kautta päivittäin otet-
tava kortikosteroidivalmiste
(prednisoloni, metyyllipred-
nisoloni). Annos pyritään
pitämään niin pienenä kuin
mahdollista, kuitenkin niin
että oireet pysyvät poissa.
Joka toinen päivä annosteltu
kortikosteroidi ei yleensä riitä
aikuisen vaikeassa astmassa.

LÄÄKITYKSEN VÄHENTÄMINEN

- Systeemisten haittavaikutusten
kannalta yleensä turvallinen
hengitettävän kortikosteroidin
ylläpitoannos on aikuisilla 800
µg (beklometasoni, budesonidi)
ja 400 µg (flutikasoni).
- Oireiden vähennyttyä voidaan
lääkitystä asteittain purkaa.
- Jos oireet ovat vähäiset, inha-
loidun keuhkoputkia laajenta-
van lääkeyksen tarve pieni sekä
PEF-arvot normaalit eikä vuo-
rokausivaihteluja ole, voidaan
anti-inflamatorinen lääkeyks
puolittaa puoli vuotta oireiden
stabiloitumisen jälkeen PEF-
arvoja ja vuorokausivaihteluja
seuraten.
- Kroonisessa astmassa ei anti-
inflamatorisen lääkeyksen
lopettaminen kokonaan usein-
kaan onnistu.

ASTMAN MUU HOITO

Antihistamiinit

- Merkitys astman hoidolle on
pieni, ja ne aiheuttavat sivu-
vaikutuksia. Käytetään lähinnä
muiden allergisten oireiden
hoitoon (esim. heinänuha).

Antibiootit

- Ovat astman pahenemisvaihees-
sa aiheellisia ainoastaan, kun on
selvät merkit bakteeri-infektios-
ta.
- Pahenemisvaiheen infektiot
ovat usein virusten aiheuttamia,
mutta astmaatikoilla tavalli-
sen sinuiitin mahdollisuus on
muistettava. Turhia antibiootti-
kuureja tulisi kuitenkin välttää,
koepunktio on myös terapeut-
tinen sivuontelon ilmastoinnin
suhteen.

Yskänlääkkeet

- Astmaatikon yskä ja yskökset
liittyvät usein astman huonoon
tasapainoon, joten astmahoi-
don tehostaminen tai lyhytai-
kainen steroidikuuri voi tehosta
paremmin kuin yskänlääkkeet.

ORAALINEN KORTIKO- STEROIDIKUURI

Aiheet

- Oireet ja PEF-puhallukset tule-
vat päivä päivältä pahemmiksi.
- Bronkodilatoivan lääkeyksen
teho lyhenee.
- PEF-arvot ovat alle 50–70 %
potilaan parhaasta arvosta.
- Potilaan uni häiriintyy astman
takia.
- Aamuoireet jatkuvat päivälle.
- Maksimaalinen lääkeyks ilman
oraalista kortikoidia ei tehoa
riittävästi.
- Päivystystilanteessa potilas on
saanut nebulisoitua tai injisoitua
bronkodilataattorilääkitystä.

Annostelu

- Prednisolonia annetaan 30 (–40
mg) päivittäin, kunnes oireet
ovat parantuneet ja PEF-arvot
normaalistuneet ja vielä kolme
päivää sen jälkeen (tavallisim-

min 30–40 mg 5–10 päivän ajan).

- Useimmiten hoidon voi lopettaa heti vähentämättä päiväannosta asteittain.

ASTMAN OMA-ALOITTEINEN SEURANTA JA HOITO

- Potilaalla tulisi olla mahdollisimman hyvät tiedot astman oma-aloitteisesta seurannasta ja hoidosta.
- Hyvän itsehoidon komponentteja ovat
 - + astman ja sen hoidon hyväksyminen ja ymmärtäminen
 - + tehokas ja luotettava lääkkeiden käyttö
 - + oma koti-PEF-mittari ja puhallusten seurantalomakkeet
 - + kirjalliset toimintaohjeet eri tilanteissa.
- Ohjatussa omahoidossa potilaille voidaan polikliinisen opetuksen jälkeen antaa PEF-lomake, johon on merkitty yksilölliset hälytysrajat ja seuraavat ohjeet:
 - + Jos aamun PEF-arvo on 85 % potilaan aiemmin mitatusta optimaaliarvosta, inhaloitava steroidin annos kaksin- tai nelinkertaistetaan

kahdeksi viikoksi.

- + Jos aamun PEF-arvo on alle 50–70 % optimaaliarvosta, aloitetaan viikon mittainen prednisonikuuri annoksella 40 mg/vrk ja otetaan puhe-
limitse yhteyttä hoitopaikkaan.
- Ohjatun omahoidon toimenpiderajojen laskemisessa auttaa tietokoneohjelma

ERIKOISLÄÄKÄRIN KONSULTAATION AIHEET

- Konsultaation aiheet eivät ole absoluuttisia vaan suhteellisia, ja ne riippuvat käytettävissä olevista palveluista sekä hoitavan lääkärin omasta kokemuksesta astman hoidossa.
 - + Diagnostiset ongelmat
 - + Toistuvat pahenemisvaiheet
 - + Työkykyisyys arvioitavana
 - + Vaikea pahenemisvaihe
 - + Astmaatitot, jotka oireilevat suuresta inhalaatiosteroidimäärästä huolimatta
 - + Astmaatitot, joille ajatellaan nebulisaattorihoitoa kotiin (esim. Spira-nebulisaattori)
 - + Raskaana olevat naiset, joiden astma pahenee

- + Astma vaikeuttaa potilaan elämäntyyliä (esimerkiksi urheiluharrastusta)
- + Ammattiastmaepäilyt

KONTROLLIT

- Astman yleisyyden takia sitä hoitaa ja seuraa pääosin yleislääkäri.
- Lääkkeitä käyttävällä astmaatikolla tulee olla säännöllinen hoitosuhde oman lääkärinsä kanssa.
- Lievissä tapauksissa riittää kontrollikäynti kerran vuodessa, ja astman vaikeusasteen pahentua kontrollikäyntien tarve suurenee.
- Oireanamneesin ja keuhkojen auskultaation lisäksi monesti riittää kontrollitutkimukseksi kahden viikon koti-PEF-seuranta täydennettynä yksinkertaisella spirometriatutkimuksella

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista www.terveysportti.fi

Lääkärin käsikirja, päivitetty 11.4.2007
© 2008 Kustannus Oy Duodecim