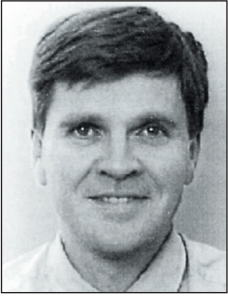


Hlutverk innúðastera í meðferð langvinnra lungnateppusjúkdóma er að skýrast



Gunnar
Guðmundsson

Langvinnir lungnateppusjúkdómar, á ensku chronic obstructive pulmonary diseases (COPD), eru sjúkdómaflokkur með vaxandi tíðni í heiminum (1). Þeir einkennast af skerðingu á loftflæði sem er lítt viðsnúanlegt og versnar oftast með tímanum. Tengd loftflæðisskerðingunni er viðvarandi bólgusvörun í lungunum.

Þessum sjúkdómum má skipta í þrjá hópa sem eru langvinn berkjubólga, lungnaþemba og langvinnur astmi. Allir hafa þeir mismunandi meingerð og geta verið til staðar samtímis eða staðið einir sér (2). Lítið er til af meðferð sem stöðvar framþróun langvinnra lungnateppusjúkdóma. Í rauninni hefur einungis reykleysi sýnt sig að stöðva framþróunina (3). Önnur meðferð, svo sem berkjuvíkkandi lyf, eru aðeins til að draga úr einkennum, til dæmis mæði og uppgangi (3). Súrefnisgjöf lengir þó líf sjúklinga með sjúkdóminn á háu stigi og lág súrefnisgildi í blóði.

Ljóst hefur verið í nokkurn tíma að reglubundin meðferð astmasjúklinga með innúðasterum dregur úr einkennum, fækkar versnunum og bætir lungnastarfsemi (4). Vegna þessa hefur verið mikill áhugi á að meðhöndla sjúklinga með langvinna lungnateppusjúkdóma með innúðasterum í þeim tilgangi að ná fram sömu áhrifum. Notkun þeirra er því mjög mikil þar sem þessi sjúklingahópur er stór og mun fara enn stækkandi á næstu árum og áratugum (1). Skiptir því miklu máli að þessi lyf séu notuð á réttan hátt því þetta eru dýr lyf og ekki án aukaverkana. Á undanförunum árum hafa verið gerðar rannsóknir á stórum hópum sjúklinga með langvinna lungnateppusjúkdóma. Niðurstöður þessara rannsókna munu hjálpa okkur við að nota innúðastera á réttan hátt hjá þessum sjúklingahópi. Fjórar stórar rannsóknir hafa þannig sýnt fram á, að innúðasterar stöðva ekki framþróun sjúkdómsins, það er loftflæðisskerðing eykst þrátt fyrir meðferðina (5-8). Þannig stendur það áfram að reykleysi er eina meðferðin sem stöðvar framþróun sjúkdómsins. Hins vegar hafa þessar rannsóknir sýnt fram á innúðasterar geta dregið úr lungnaeinkennum, fækkað versnunum og hægt á versnun á heilsutengdum lífsgæðum. Þetta á þó ekki við um alla með langvinna lungnateppusjúkdóma heldur kom þetta aðeins fram hjá þeim sem voru með sjúkdóminn á háu stigi (5-8).

Nýlega voru birtar ráðleggingar vinnuhóps á veg-

um Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO) og Bandarísku hjarta-, lungna- og blóðstofnunarinnar (NHLBI) um meðferð og greiningu langvinnra lungnateppusjúkdóma (9). Í þeim ráðleggingum kemur fram að það eru einkum tveir hópar sjúklinga með langvinna lungnateppusjúkdóma sem geta haft gagn af innúðasterum. Í fyrsta lagi eru það þeir sem bæta blástursgildi (FEV₁) um 15% eða meira (þó að minnsta kosti 200 ml) eftir sex til 12 vikna meðferð með innúðasterum. Átt er við að FEV₁ aukist um 15% frá gildi sem mælt er eftir að berkjuvíkkandi lyf eru gefin, svo ekki er verið að mæla áhrif berkjuvíkkandi lyfja heldur steralyfjanna (10). Í öðru lagi geta innúðasterar gagnast sjúklingum með langvinna lungnateppusjúkdóma á háu stigi, það er FEV₁ lægra en 50% af spáðu gildi og tíðar versnanir sem þarfnast meðferðar með sterum í æð eða töfluformi og sýklalyfjum. Svo virðist sem búdesónið og flútkasón séu jafnvirk og hafi svipaðar aukaverkanir en trúastaklega á bein. Ekki virðist vel ljóst hvaða steraskammtar séu nauðsynlegir til að ná fram tilskildum áhrifum. Til að hægt sé að nota innúðastera á réttan hátt í sjúklingum með langvinna lungnateppusjúkdóma er nauðsynlegt að framkvæma öndunarpróf (spirometry), bæði til að velja sjúklingana og einnig til að meta árangur meðferðarinnar. Að auki eru öndunarmælingar nauðsynlegar til að greina langvinna lungnateppusjúkdóma og til að stiga sjúkdóminn. Það er því brýnt fyrir alla sem greina og meðhöndla sjúklinga með langvinna lungnateppusjúkdóma að hafa aðgang að öndunarmælingum. Talsverður misbrestur hefur verið á því á heilsugæslustöðvum á Íslandi. Brýnt er að bæta úr þessu og bæta þjálfun starfsfólks heilsugæslustöðva í að framkvæma öndunarmælingar. Á þann hátt og með því að fylgja alþjóðlegum leiðbeiningum um meðferð langvinnra lungnateppusjúkdóma er hægt að bæta meðferð sjúklinga með sjúkdómanna, spara peninga og draga úr aukaverkunum (11).

Heimildir

1. Viegi G, Scognamiglio A, Baldacci S, Pistelli F, Carrozzini L. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiration* 2001; 68: 4-19.
2. Turato G, Zuin R, Saetta M. Pathogenesis and pathology of COPD. *Respiration* 2001; 68: 117-28.
3. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, et al. Effects of smoking intervention and the

Höfundur er sérfræðingur í lyflækningum, lungna- og gjörgæslulækningum, Landspítala Hringbraut. Netfang: ggudmund@landspitali.is

- use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV₁: the Lung Health Study. *JAMA* 1994; 272: 1497-501.
4. Haahtela T, Järvinen M, Kava T, Kiviranta K, Koskinen S, Lehtonen K, et al. Comparison of a β_2 -agonist, terbutaline, with an inhaled corticosteroid, budesonide, in newly detected asthma. *N Engl J Med* 1991; 325: 388-92.
 5. The Lung Health Study Research Group. Effect of inhaled triamcinolone on the decline in pulmonary function in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2000; 343: 1902-9.
 6. Pauwels RA, Löfdahl CG, Laitinen LA, Schouten JP, Postma DS, Pride NB, et al. Long-term treatment with inhaled budesonide in persons with mild chronic obstructive pulmonary disease who continue smoking. *N Engl J Med* 1999; 340: 1948-53.
 7. Vestbo J, Sorensen T, Lange P, Brix A, Torre P, Viskum K. Long-term effect of inhaled budesonide in mild and moderate chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 353: 1819-23.
 8. Burge PS, Calverley PM, Jones PW, Spencer S, Anderson JA, Maslen TK. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial. *BMJ* 2000; 320: 1297-303.
 9. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop Summary *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1256-76.
 10. Hespers JJ, Postma DS, Rijcken B, Weiss ST, Schouten JP. Histamine airway hyper-responsiveness and mortality from chronic obstructive pulmonary disease: a cohort study. *Lancet* 2000; 356: 1313-7.
 11. Ramsey S. COPD: present and future concepts: economic perspectives. In: *ATS 2000 Conference-Symposia Excerpts*. New York: American Thoracic Society; 2000: 2.