



Kronisk obstruktiv lungsjukdom – en lömskt framskridande folksjukdom

Uppdaterad 20.4.2020

Den viktigaste orsaken till kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är rökning: ju mer du utsätts för tobaksrök, desto större är din risk att insjukna. Det främsta målet för behandlingen är att hindra att sjukdomen framskrider. På det kan du själv inverka genom att sluta röka och att idka motion. Läkemedel är också en viktig del av behandlingen.

Det finns tre delfaktorer vid KOL: kronisk luftrörskatarr, förträngda luftvägar och lungemfysem. Vid lungemfysem är lungblåsorna utvidgade, och transporten av syre till kroppen och koldioxid bort ur kroppen är störd.

Andra bakomliggande sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar, metabolt syndrom, diabetes, osteoporos, ångest och depression är vanligare hos patienter med KOL än hos andra personer i samma ålder.

Rökning är den viktigaste riskfaktorn

Den viktigaste orsaken till KOL är tobaksrökning. Risken är desto större ju fler paketår patienten har bakom sig och ju större exponeringen för tobaksrök har varit (paketår = den dagliga tobakskonsumtionen i paket gånger antalet år patienten har rökt). Om man utsätts för mycket damm i arbetet ökar risken för KOL mångdubbelt, särskilt hos rökare.

Om den insjuknade är ung (under 45) eller om hen har rökt bara en kortare tid (mindre än 20 paketår), bör halten av alfa-1-antitrypsin i blodet bestämmas.

Hos cirka två procent av de insjuknade konstateras en sällsynt genetisk brist på denna substans, vilket ökar risken för KOL.

Andnöd, hosta och slem

Typiska symtom på KOL är andnöd, långvarig hosta och utsöndring av slem i luftvägarna. I början märker patienten kanske inte ens symtomen eller vänjer sig vid dem, men oftast blir de med tiden värre – i synnerhet om patienten röker.

Symtom på långt framskriden sjukdom är andnöd redan vid lindrig ansträngning eller till och med i vila, dålig prestationsförmåga, avmagring, trötthet och upprepade försämringsperioder som kräver sjukhusbehandling.

Diagnostik och undersökningar

Diagnosen ställs inte enbart utgående från symtomen, men symtomen ger anledning till ytterligare undersökningar. Förutom symtomen grundar sig diagnosen på exponeringshistoria och på undersökningar.

Av riskfaktorerna för KOL kartläggs rökning i antalet paketår, passiv rökning och eventuell exponering i yrket. Patientens tidigare luftvägsinfektioner och astma klarläggs också, liksom luftvägssjukdomar hos den närmaste släkten.

Spirometri (undersökning av lungfunktionen i laboratoriet) visar hur mycket luft patienten kan andas in i lungorna (volym) och hur snabbt hen kan tömma lungorna (flöde).

Vid **brondilatationstest** får patienten läkemedel som utvidgar luftrören mellan blåsningarna.

Lungröntgenbilder och **laboratorieprov** hör också till basundersökningarna, eftersom



man med dem kan utesluta eventuella andra sjukdomar som orsakar luftvägssymtom och andnöd.

Typer av KOL

KOL klassificeras i olika typer enligt hur stor risken för försämringsperioder är, eller om patienten eventuellt har både KOL och astma.

Det är viktigt att känna till typen av sjukdom, eftersom läkemedelsbehandlingen grundar sig på sjukdomstyp, mängden symtom och risken för försämringsperioder. Typen bedöms också vid varje uppföljningsbesök, eftersom den kan ändras när sjukdomen framskrider.

Prestationsförmågan

Patientens prestationsförmåga kan testas med ett sex minuters gångtest eller arbetsprov, eller hen kan själv uppge hur bra det går att gå uppför trappor eller hur långt hen orkar gå. Funktionsförmågan bedöms till exempel med att fråga hur patienten klarar av sina hemsysslor, fritidsaktiviteter eller arbete.

Försämringsperioder

Under en försämringsperiod blir andnings-symtomen akut värre. Alla patienter har inte sådana perioder, medan andra har dem upprepade gånger.

Största delen av försämringsperioderna orsakas av luftvägsinfektioner (60–80 procent), sedan följer luftföroreningar (10 procent). Avbrott i läkemedelsbehandlingen kan också leda till försämring.

Vid en försämringsperiod är det nödvändigt att tillfälligt göra läkemedelsbehandlingen effektivare (luftrörsutvidgande läkemedel,

kortison och antibiotika). Vid behov används syretillägg eller ventilationsbehandling. Största delen av försämringsperioderna kan skötas inom öppenvården, men ibland kan sjukhusvård behövas.

Målsättning för behandlingen

Behandlingen av KOL avser att

- förbättra symtomen och livskvaliteten
- få sjukdomen att framskrida långsammare
- förhindra försämringsperioder.

Läkemedelsfri behandling: rökstopp, motion och vaccinationsskydd

Till den läkemedelsfria behandlingen hör rökstopp, uppmuntran till att motionera och rörelsehabilitering. Också vaccinations-skyddet bör sättas i skick.

Effektiv rökavvänjning är en central del av långtidsbehandlingen av KOL. Att sluta röka förbättrar prognosen vid redan konstaterad sjukdom.

Rörelsehabilitering (se också avsnittet [Rörelsehabilitering](#)) minskar klart andnöd och kraftlöshet, lindrar depression och ångest, förbättrar den fysiska prestationsförmågan och minskar risken för sjukhus-intagning.

För alla KOL-patienter rekommenderas influensavaccination årligen och pneumokockvaccination (THL rekommenderar 13-valent konjugatvaccin) som tas en gång.

Läkemedelsbehandling

Ändamålet med läkemedelsbehandlingen är att lindra patientens symtom och minska antalet försämringsperioder. Läkemedels-behandlingen baserar sig på patientens individuella sjukdomstyp, mängden symtom



och risken för försämringsperioder. Sjukdomstypen och läkemedelsbehandlingen enligt typ bedöms på nytt vid varje uppföljningsbesök, eftersom typen kan förändras när sjukdomen framskrider.

Luftrörsvidgande läkemedel

Läkemedel som utvidgar luftrören kallas luftrörsvidgande läkemedel. Det finns både kortverkande (3–6 timmar) och långverkande (12–24 timmar) luftrörsvidgande läkemedel. De doseras antingen enligt behov för att lindra akuta symtom eller regelbundet för att undvika symtom.

Om patienten använder långverkande läkemedel är det bra att med tanke på akuta symtom också ha ett kortverkande luftrörsvidgande läkemedel tillhands.

Glukokortikoider (kortison)

Inhalerbar glukokortikoid (kortison) som tas med inandningsluften rekommenderas inte som enda läkemedel för långvarigt bruk vid KOL. Det kan användas kombinerat med långverkande luftrörsvidgande läkemedel om patienten förutom KOL också har astma eller stor risk för försämringsperioder.

Det är viktigt att patienten kan använda sin inhalator rätt, och hen bör därför få handledning både när medicineringen inleds och vid uppföljningsbesöken. Inhalatorer finns både för läkemedel i pulverform och med drivgas. De sistnämnda kan användas tillsammans med en så kallad andningsbehållare. Ibland behövs också mask och medhjälpare.

Övriga läkemedel

Det finns också andra läkemedel som kan användas vid behandling av KOL. Om dem fattas skilt beslut tillsammans med läkaren.

Behandling med hemsyrgas och flytande syre (noninvasiv ventilation, NIV)

Vid KOL försämras lungfunktionen småningom och slutligen kan följden bli svår syrebrist i vävnaderna.

Då kan hemvård med syre eller flytande syre användas om patienten uppfyller kriterierna för detta.

Hemvård med syre eller flytande syre inleds inom den specialiserade sjukvården och kräver ett recept som läkaren utfärdar. Rehabiliteringshandledaren ger råd när behandlingen inleds och vid uppföljning i hemmet.

För syrebehandlingen får patienten en syreapparat till låns från hjälpmedelscentralen. Ett annat, dyrare alternativ är flytande syre i hembehållare och påfyllbar bärbar behållare. Då beställer patienten själv syre från en gasleverantör och får grundersättning från sjukförsäkringen för syret och apparathyran. Om syrebehandlingen inte används eller om patienten röker under behandlingen, avslutas den.

Om patienten har större koncentration av koldioxid i blodet än normalt (kronisk hyperkapni) och upprepade försämringsperioder kan man använda nattlig noninvasiv ventilation (NIV) antingen som tillägg till syrebehandlingen eller utan syrgasbehandling. Om patienten inte använder apparaten avslutas behandlingen.

Rörelserehabilitering

Rörelserehabilitering bör erbjudas patienter med KOL som trots läkemedelsbehandling har ständiga symtom och försämrade prestationsförmåga och som rör sig för litet. Den bör också erbjudas patienter med ständiga försämringsperioder eftersom dessa snabbt invalidiserar patienten.



Rehabiliteringen bör innehålla mångsidig ledd motion, till exempel träning på gym, gymnastik i grupp eller vattengymnastik, sammanlagt 45–90 minuter tre gånger i veckan och av dem minst två gånger som ledd verksamhet. Målet är bestående motionsvana och ett aktivare liv. Rekommenderad längd på rehabiliteringen är 6–12 veckor. Resultaten mäts med åtminstone prestationstest och symtomenkät, men gärna också med enkät om livskvalitet.

Handledning till egenvård som del av rehabiliteringen

Information om KOL och handledning till egenvård bör ges som en del av rehabiliteringen. Egenvård innebär att patienten deltar i att planera och förverkliga sin egen behandling med stöd av en vårdprofessionell. Det innefattar att följa med sitt mående och att känna igen symtomen samt att ta mediciner regelbundet och justera medicineringen enligt läkarens anvisningar.

Lungtransplantation (kirurgisk behandling)

Med lungtransplantation försöker man förlänga livslängden. Om sjukdomen framskrider och symtomen tilltar trots tillräcklig behandling med och utan läkemedel, kan en lämplig patient skickas till den specialiserade sjukvården för ställningstagande till lungtransplantation.

En lång rökningshistoria och de följsjukdomar som den för med sig samt ökad risk för elakartade tumörer kan utgöra ett hinder för lungtransplantation.

Palliativ vård

Palliativ vård innebär vård av en patient och de anhöriga vid långt gången sjukdom där det inte mera finns botande behandling.

Andnöd kan behandlas med opioder om andra behandlingar inte ger tillräcklig hjälp. Också smärta hos en patient med KOL bör behandlas adekvat.

Uppföljning och screening

Uppföljning

Diagnos, behandling och uppföljning av KOL sker huvudsakligen inom primär- eller företagshälsovården. Patienter med svår sjukdom eller sådana som insjuknat vid ovanligt tidig ålder (under 45 år) hänvisas till den specialiserade sjukvården. Bedömning av arbetsförmågan görs i första hand av företagsläkaren, vid oklara fall ber man om ett utlåtande av en specialistläkare i lungsjukdomar.

Vid uppföljningsbesök bedömer man behandlingssvaret, hur behandlingsmålen har uppnåtts och sjukdomstypen, och man stöder rökfrihet och helhetsbehandlingen. Vid uppföljningen och handledningen används kunnandet hos skötare som är specialutbildade för dessa uppgifter, bland andra astma- och KOL-skötare.

Screening

Om en person har rökt redan länge (mer än 20 paketår), rekommenderas symtomenkät och mikrospirometri eller spirometri som screeningundersökning i samband med annat besök inom hälsovården.

Screeningen ger den bästa nyttan när den kombineras med rökstopp.



För personer som utsatts för damm, gaser eller ångor rekommenderas symtomenkät vid kontroller på företagshälsovården. Om arbetstagaren har symtom rekommenderas spirometri och bronkdilatationstest.

KOL i siffror

Uppskattningsvis 200 000 finländare lider av KOL.

Enligt undersökningen Hälsa 2000 ([undersökningens basresultat på internet](#)) var förekomsten av KOL i Finland under åren 2000–2001 4,3 procent hos män och 3,1 procent hos kvinnor. KOL förekom mest hos 65–74 år gamla män (13 procent).

I Finland avled 1 148 personer i KOL 2017; av dem var en tredjedel kvinnor.

Enligt [enkätundersökningen FinTerveys 2017](#) är KOL rätt sällsynt i arbetsför ålder. Antalet fall av KOL syns i befolkningen med cirka tjugo års latens.

Mera information om ämnet

[Andningsförbundet](#) är en organisation inom social- och hälsosektorn med uppgift att främja andningshälsan och ett gott liv för patienter med andningssjukdomar, så att vi alla kan andas lättare.

På förbundets webbplats finns också på finska en [Guide för patienter med KOL](#).

Författare

Patientversionen är uppdaterad utifrån [Finska Läkarföreningen Duodecims rekommendation God medicinsk praxis](#) av medicinska redaktören **Kirsi Tarnanen**.

Texten är granskad av ordföranden för arbetsgruppen för God medicinsk praxis, specialistläkaren i lungsjukdomar, biträdande överläkare **Terttu Harju** från Uleåborgs universitetscentralsjukhus och redaktören för God medicinsk praxis, specialistläkaren i internmedicin och kardiologi **Tuula Meinander**, från Hjärtsjukhuset vid Tammerfors universitetssjukhus.

Översättningen till svenska är bekostad av **Finska Läkaresällskapet**.