Exacerbatie COPD

Een complicatie bij COPD is een exacerbatie, ook wel een longaanval genoemd. Exacerbaties hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven, functionele toestand, longfunctie en mortaliteit. Na een exacerbatie duurt het vaak lang voordat de patiënt weer op het oude niveau van functioneren terug is, als dat al lukt.

Aandachtpunten Ouderenzorg

Toenemende benauwdheid roept angst gevoelens op. Zorg dat er altijd voldoende medicatie beschikbaar is en laat de bewoner/patient tijdens een aanval niet alleen.
Observeer huidskleur rondom de neus en nagels, cyanose is een blauwige gloed, die op zuurstof tekort wijst.
Laat de praktijkverpleegkundige een saturatie bepalen door een vingerprik.
Geef zuurstof via een neusbril volgens afspraak met de arts/praktijkverpleegkundige of afspraak in het zorgleefplan.
Vang sputum op bij verdenking van een longontsteking.
Laat de bewoner/patient in een zittende houding plaatsnemen met ondersteuning van kussens zo dat de longen zich maximaal kunnen ontplooien.

Behandeling COPD

- Het belangrijkste van de behandeling van COPD is het stoppen met roken.
  Bied begeleiding aan bij het stoppen met roken.
- Veranderen van leefstijl (beweging, voeding)
- De medicamenteuze behandeling van COPD:

Luchtwegverwijding is de hoeksteen van de medicamenteuze behandeling van COPD
Kortwerkende luchtwegverwijders (β2-sympathicomimetica en anticholinergica) worden voor zo nodig voorgeschreven.
Bij aanhoudende klachten worden langwerkende luchtwegverwijders voorgeschreven. Dit is een symptomatische behandeling. Het gaat om β2-sympathicomimetica of anticholinergica, eventueel gecombineerd.
Inhalatiecorticosteroïden (ICS) alleen overwegen bij patiënten met 2 of meer exacerbaties per jaar ondanks behandeling met een langwerkende luchtwegverwijder.
Mucolytica kunnen worden ingezet bij problemen met taai slijm.

Aandachtspunten voor de praktijkverpleegkundige & Verzorgende IG

- Stel jaarlijks opnieuw de ziektelast vast samen met de patiënt.
  Maar aanleiding hiervan kan de huisarts zo nodig medicatie en/of behandeling bijstellen.
- Blijf de inhalatietechniek jaarlijks controleren. Als de patiënt ouder wordt, kan de inhalatietechniek of techniek soms afnemen. Vooral als er andere aandoeningen mee gaan spelen, zoals bijvoorbeeld dementie, Parkinson, MS etc. Dan zal het device aangepast moeten worden op de nieuwe situatie.
  Denk ook aan het mond spoelen na gebruik inhalatiemedicatie ter voorkoming ontsteking mondslijmvlies.
- Gebruik bij de inhalatie instructie inhalatorgebruik.nl, hier staan meerdere filmpjes om de instructie te ondersteunen. Ook kan het meest recente protocol geprint worden.
- Uitleg geven over airtrapping kan met de video op luchtpunt.nl.

Aandachtspunten voor de praktijkverpleegkundige & Verzorgende IG (vervolg)

- Als de ernst van de COPD toeneemt, kan de ADL een probleem worden voor de patiënt. De Verzorgden IG neemt noodzakelijke zorg over en doseert de inspanningen van bewoner. Kwaliteit van leven is erg belangrijk, begeleid patiënt bij het maken van keuzes. Als het zelf douchen veel inspanning kost en hierdoor geen energie meer overblijft om het ontbijt te nuttigen, kan de keuze gemaakt worden om hulp bij douchen in te zetten om bijvoorbeeld ondervoeding te voorkomen. *In het verpleeghuis is veel meer sprake van immobiliteit en zal dit ook meer ter sprake komen.*
- Tijdige inzet van fysiotherapeut en/of diëtiste kan problemen voorkomen.
- Aandacht voor een individueel zorgplan. Leg de afspraken overzichtelijk vast voor de patiënt en zijn mededehandelaars en mantelzorg. Gebruik hierbij evt. een longpas

Saturatie meten

Stap 1: reinig van tevoren je handen
Stap 2: je meet het saturatiegehalte via de vinger door het 'knijpermechanisme' aan je vingertop te bevestigen. In sommige gevallen kan de uitslag niet helemaal zuiver zijn, bijvoorbeeld bij eelt op de vingers, de aanwezigheid van nagellak of nepnagels, of als er sprake is van hele koude vingers. In dit geval, of puur omdat je de uitslag niet vertrouwt, kun je de saturatiemeter ook bevestigen op de oorlel of de teen.
Stap 3: lees de uitslag af van de display. Houd er in geval van COPD dus rekening mee dat de saturatie lager kan zijn.
Stap 4: is de uitslag afwijkend? Meet dan op een andere vinger, teen of oorlel. Blijft de uitslag afwijkend? Licht dan een dokter in.

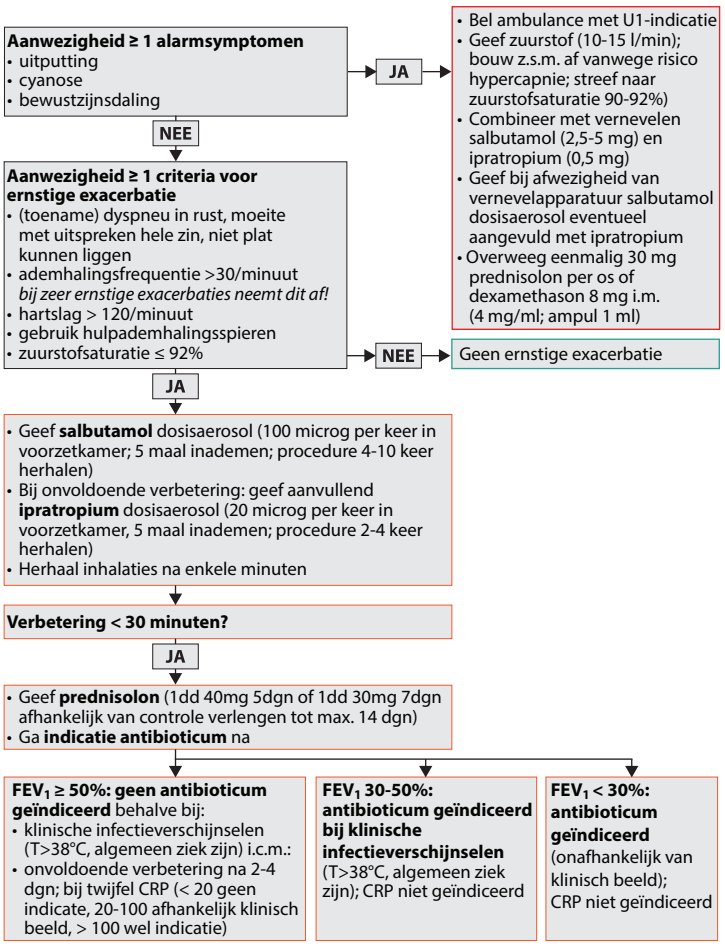
Zuurstof toedienen

Zuurstoftoediening is een risicovolle handeling; de opdracht moet altijd door een arts worden gegeven en uitgevoerd volgens protocol. Zuurstoftoediening kan namelijk ook averechts werken: zorgvragers met een chronische longaandoening als emfyseem ademen niet meer op gelelde van het *koolzuurgehalte* in het bloed, maar op gelelde van het vaak *zeer lage zuurstofgehalte*. Als zij zuurstof krijgen toegediend, gaan ze zeer langzaam ademen, doordat het zuurstofaanbod de prikkel wegneemt. De zuurstof kan worden toegediend via een bril, kathéter of masker (bij meer dan 5 liter per minuut).

Aandachtspunten

- Bij gebruik van 5 liter zuurstof per minuut of meer is een zuurstofbevochtiger geïndiceerd in overleg met de arts. Dit voorkomt irritatie van het slijmvlies.
- Haal zuurstofkatheter met spons dagelijks uit neus, reinig of laat cliënt neus goed snuiten.
- Kies steeds het andere neusgat wanneer de zuurstofkatheter wordt vervangen.
- Zorg bij het instellen (aantal liter O_2) dat middelste deel bolletje = maatstreepje (aantal liter flowmeter). Lees maatstreepje op ooghoogte af. Let op: sommige apparaten wijken hiervan af, volg de aanwijzingen in de gebruiksinstructie.
- Bij mensen met gevoelige huid kan zuurstofbril, -kathéter of -masker plaatselijke irritatie veroorzaken. Gebruik huidzalf of crème op waterbasis. Gebruik geen huidzalf of crème op vet of oliebasis, vanwege brandgevaar!
- Zuurstofkatheter met spons kan (mits niet te vuil of verhard) na afspoelen met lauw water in andere neusgat worden ingebracht. In ziekenhuis wordt kathéter dagelijks vervangen.
- Vervang de zuurstofbril indien vuil of verhard. In ziekenhuis wordt bril wekelijks vervangen.
- Vervang het zuurstofmasker eens per 7 dagen.
- Goede ventilatie ruimte is noodzakelijk ter voorkoming te hoge zuurstofconcentratie.
- Zuurstof heeft een brandbevorderend effect. Neem veiligheidsaspecten in acht.

Stroomdiagram beleid ernstige exacerbaties COPD (bron: *NHG standaard*)



COPD in de ouderenzorg

ESCULAAP

Oorzaak/diagnose COPD

COPD ("*chronic obstructive pulmonary disease*") wordt gekarakteriseerd door een niet volledig reversibele luchtwegobstructie. De luchtwegobstructie is doorgaans progressief en wordt veroorzaakt door een abnormale ontstekingsreactie van de longen op schadelijke deeltjes of gassen (huisartsenrichtlijn COPD). COPD is een verzamelnaam voor de aandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem.

De aandoening komt veelal uitsluitend voor bij (ex)rokers ouder dan 40 jaar. Roken is dus de voornaamste oorzaak voor COPD. Daarnaast kunnen jarenlange blootstelling tijdens uitvoeren van werk (bv. bakkers, bouwvakkers, mijnwerkers) oorzaak zijn van COPD.
In Nederland wordt de prevalentie van COPD in de huisartsenpraktijk op basis van het (vervallen) gefixeerde afkappunt voor obstructie (FEV_1/FVC-ratio < 0,7) geschat op 2,4% bij mannen en op 1,7% bij vrouwen. Daarmee zijn er in Nederland meer dan 350.000 mensen met de diagnose COPD.

Naast lichamelijk onderzoek en het afnemen van een anamnese is een spirometrie bepaling een essentieel onderdeel van de diagnostiekfase.
In de nieuwe richtlijn is de afkapwaarde voor obstructie gewijzigd. Voorheen was de vaste afkapwaarde: FEV_1/FVC ratio van 0,7. In de nieuwe standaard is dit de waarde "*kleiner dan het 5e percentiel*" (Bij een z-score kleiner of gelijk aan -1,64 is er sprake van obstructie).
De ernst van de COPD wordt niet alleen meer bepaald door de FEV_1, de ziektelast wordt hierin ook meegenomen. De ziektelast wordt bepaald aan de hand van een aantal metingen: MRC, CCQ, aantal exacerbaties, BMI en FEV_1 na bronchusverwijding.
Naast het leeftijdsafhankelijke afkappunt en het bepalen van de ziektelast is er meer aandacht voor de behoeften van de patiënt en zelfmanagement in de nieuwe richtlijn COPD.

Classificatie van de mate van luchtwegobstructie

GOLD klasse	Ernst COPD	FEV_1 (% van voorspelde waarde)
I	milde COPD	FEV_1 > 80% (en FEV_1/FVC < 70%)
II	matig ernstig COPD	50% < FEV_1 < 80% (en FEV_1/FVC < 70%)
III	ernstige COPD	30% < FEV_1 < 50% (en FEV_1/FVC < 70%)
IV	zeer ernstige COPD	FEV_1 < 30% (en FEV_1/FVC < 70%)

FEV = *Forced Expiratory Volume*
FVC = *Forced Vital Capacity*

Symptomen

- Chronisch hoesten
- Sputumproductie
- Kortademigheid

Andere symptomen kunnen zijn:

- Inspanningsbeperking
- Vermoeidheid
- Pulmonale infecties

Risicofactoren en complicaties COPD

- Roken • Luchtvervuiling • Beroep
- Erfelijke aanleg (aangeboren enzymtekort (α-1- antitrypsinedeficiëntie)

Bij COPD komt vaak comorbiditeit voor zoals:

- Hart- en vaatziekten
- Diabetes Mellitus
- Cachexie
- Osteoporose
- Depressie
- Angststoornis

De combinatie astma en COPD komt ook nogal eens voor. Dit wordt het astma en COPD overlap syndroom genoemd (ACOS). In dit geval zal de patiënt medicamenteus worden behandeld volgens de standaard astma bij volwassenen

© Esculaap.nl - Alle rechten voorbehouden. *Ontvang alert bij updates/wijzigingen zakkaartjes:* esculaap.nl/update