

Itsestään paranevat hengitystieinfektiot vievät liikaa terveydenhuollon voimavaroja

Lisää harkintaa poskiontelotulehduksen mikrobilääkehoitoihin

Flunssan hoitaminen terveydenhuollossa ei paranna kansanterveyttä. Kuitenkin ylähengitystieinfektiot kuormittavat perusterveydenhuoltoa paljon, ja terveyskeskusten vastaanottokäynneistä jopa kolmannes liittyy flunssan, korvatulehduksen, nielutulehduksen ja poskiontelotulehduksen hoitoon. Asia on perusterveydenhuollossa ongelmallinen, koska lääkärin aikaa tarvitaan yhä enemmän kansansairauksien ja ikääntyvän väestön terveysongelmien hoitoon. Flunssan runsas hoito lääkärin vastaanotolla johtaa helposti antibioottien liialliseen käyttöön ja siitä seuraaviin mikrobilääkeresistenssin ongelmiin.

Flunssan ja poskiontelotulehduksen erottelu ei ole helppoa. Yleislääkärit määräävät turhan usein mikrobilääkkeitä poskiontelotulehduksen hoitoon, koska virus- ja bakteeriperäisen tulehduksen erottaminen on vaikeaa. Jos potilas tottuu saamaan antibioottikuurin lieviin poskiontelo-oireisiin, hän odottaa hoitoa helposti seuraavienkin flunssien yhteydessä. Poskiontelotulehduksen mikrobilääkehoitoa on selvitetty kahdessa tuoreessa systemoidussa katsauksessa, ja tulokset antavat aihetta pohtia hoitokäytäntöä edelleen.

Sinuiitin hoitoa koskevassa Cochrane-katsauksessa (Ahovuo-Saloranta ym. 2008) todettiin, että 80 % sinuiittipotilaista paranee kahdessa viikossa myös ilman antibioottihoidoa. Mikrobilääkkeillä hoidetut potilaat parantivat hieman useammin kuin lumelääkkeellä hoidetut, mutta hoidon hyöty verrattuna sen mahdollisiin haittoihin oli kyseenalainen. Mikrobilääkkeiden välillä tehossa ei havaittu merkitseviä eroja.

Lancetissa julkaistu meta-analyysi perustui oireiden ja kliinisen kuvan perusteella todetun sinuiitin hoitokokeisiin (Young ym. 2008). Mikrobilääkehoidon teho lumelääkkeeseen verrattuna oli vähäinen: NNT oli 15, eli 15 potilasta piti hoitaa, jotta yksi enemmän parani. Yhdistämällä alkuperäiset tutkimusaineistot yritettiin löytää sinuiittipotilaista alaryhmiä, jotka mahdollisesti hyötyisivät antibioottihoidosta muita enemmän. Potilaat, jotka olivat iäkkäämpiä, joiden oireet olivat kestäneet pidempään tai olivat vakavampia, parantivat muita potilaita hitaammin, mutta heillekään antibioottihoidosta ei ollut enempää hyötyä kuin muille potilaille.

Mikä selittää nämä huonot hoitotulokset? Todennäköisesti suuri osa tutkituista potilaista sairasti virusperäistä sinuiittia. Rinovirukset aiheuttavat puolet sinuiiteista, epidemioiden aikana jopa enemmän. Poskiontelotulehdusta koskevasta tutkimusnäytöstä valtaosa on erikoissairaanhoidosta, jonka potilaskirjo poikkeaa avohoidosta. Bakteeriperäinen sinuiitti on avohoidossa harvinainen. Yleislääkärin haasteena on poimia nämä hoitoa tarvitsevat flunssapotilaiden massasta.

Virus- ja bakteeriperäisen hengitystieinfektion erottamiseen on olemassa menetelmiä myös perusterveydenhuoltoon. Anamneesi ja kliininen kuva ovat tärkeitä vakavan ja purulentin poskiontelotulehduksen tunnistamisessa. Poskionteloiden kaikukuvauksen avulla voidaan sulkea pois poskiontelon nestekertymä ja siten suuri osa lievemmistä sinuiittiepäilyistä. CRP-testi toimii hyvin monien avohoidon hengitystieinfektioiden vakavuuden

tunnistamisessa, vaikka sinuiitin toteamisessa siitä ei ole apua.

Totuttujen käytäntöjen muuttaminen on hankalaa, mutta joskus se onnistuu. Lasten keuhkoputkitulehduksen hoidossa antibiooteista on päästy eroon sitkeän tiedottamisen avulla. Myös nielutulehduksen ja korvatulehduksen hoidossa antibioottien käyttöön on saatu tarpeellista harkintaa. Poskiontelotulehduksen hoidossa lääkäreillä on edelleen varaa vähentää antibioottien määräämistä. Parasta olisi, jos lieväoireiset nuhapotilaat eivät ollenkaan päätyisi lääkärin vastaanotolle. Aptekeissa on tarjolla oireita lievittäviä lääkkeitä ja tutkitusti tehokas huuhteluväline, ns. sarvi-kuonokannu, oireiden omahoitoon (Rabago ym. 2002).

Hoitokäytäntöjä pyritään kehittämään suositusten avulla. MIKSTRA-ohjelmassa saatettiin avohoidon infektioiden Käypä hoito-suosituksia käytäntöön koulutusohjelman avulla. Ohjelman loppuraportin (Rautakorpi ym. 2009) mukaan hoitokäytännöissä tapahtui muutoksia oikeaan suuntaan, mutta paljon vähemmän kuin tutkijat odottivat. Hoitosuosituksen käyttöönotossa tarvitaan monia keinoja: toistuvaa tiedotusta, yhteisesti sovittuja ”talon tapoja”, palautetta omista käytännöistä ja vertailua parhaisiin toimintamalleihin. Potilaskertomukseen kytkeytyvä automaattinen päätöksentuki näyttää olevan tehokkain tapa muistuttaa parhaista käytännöistä. Suomessa sitä kehitetään EBMeDS-hankkeessa (Evidence Based Medicine electronic Decision Support, www.ebmeds.org) (Varonen ym. 2006). Päätöksentuki antaa mahdollisuuksia ohjata myös antibioottihoitoja nykyistä tarkempaan käyttöön.

Parantamisen varaa on myös todistuskäytännöissä. Suomessa potilaat hakevat apua ylähengitystieinfektioissa aikaisemmin kuin monessa muussa maassa. Esimerkiksi Englannissa on tavanomaista hakeutua lääkäriin, jos flunssa on kestänyt kymmenen päivää. Suomessa jo kolme päivää tuo potilaan lääkäriin hakemaan sairauslomatoimistusta ja helpotusta oireisiin.

Asiaan on etsitty muutosta tehtävien siirroilla, kouluttamalla sairaanhoitajat seulomaan flunssapotilaita ja kirjoittamaan sairauslomatoimistuksia. Siirto ei välttämättä kuitenkaan säästä resursseja. Ei hoitajiakaan ole hyvä työllistää flunssapotilaiden hoidolla. Sairauslomakäytäntöihin tarvitaan muutosta, joka siirtää vastuuta lyhytaikaisen sairauspoissaolon todistamisesta terveydenhuollon ammattilaiselta työpaikan toimintakäytäntöksi.

Mitä siis ratkaisuksi poskiontelotulehduksen perusterveydenhuollolle aiheuttamaan kuormaan? Lisää tiedotusta potilaille taudin itsestään rajoittuvasta luonteesta ja omahoidon mahdollisuuksista. Parannusta sairauslomakäytäntöihin, jotta perusterveydenhuollon todistamisen taakka vähenee. Terveyskeskuksiin toimintamallien kehittämistä, jossa panostetaan omahoidon ohjaamiseen poskiontelo- ja muissa flunssan oireissa ja toisaalta tehokkaihin tapoihin tunnistaa flunssapotilaiden kirjosta ne harvat, jotka tarvitsevat mikrobilääkehoitoa. ■

KIRJALLISUUTTA

- Ahovuo-Saloranta A, Borisenko OV, Kovanen N, ym. Antibiotics for acute maxillary sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, Issue 2. Art. No.: CD000243. DOI: 10.1002/14651858.CD000243.pub2.
- Rabago D, Zgierska A, Mundt M, Barrett B, Bobula J, Maberly R. Efficacy of daily hypertonic saline nasal irrigation among patients with sinusitis: a randomized controlled trial. *J Fam Pract* 2002 Dec;51:1049–55.
- Rautakorpi UM, Nyberg S, Honkanen P, ym. Infektiopotilaat terveyskeskuksessa. MIKSTRA-ohjelman loppuraportti. *Finohntan raportti 35/2009*. Helsinki: THL/Finohta 2009.
- Varonen H, Kaila M, Kunnamo I, Komulainen J, Mäntyranta T. Tietokoneavusteisen päätöksentuen avulla kohti neuvovaa potilaskertomusta. *Duodecim* 2006;122:1174–81.
- Young J, De Sutter A, Merenstein D, ym. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2008;371:908–14.



HELENA LIIRA, LT, dosentti,
johtava ylilääkäri
Kirkkonummen terveyskeskus
Virkatie 1
02400 Kirkkonummi
ja HUS, yleislääketieteen yksikkö