

Zalecenia po hospitalizacji z powodu zaostrzenia POChP

- konsensus Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc

Propozycja zwięzłych zaleceń do umieszczenia w karcie informacyjnej dla pacjenta wypisywanego z powodu zaostrzenia POChP

1. „Konieczne rzucenie palenia tytoniu lub form alternatywnych (np. e-papieros, HNB) / utrzymanie abstynencji nikotynowej. Unikanie narażenia na dym tytoniowy. Jeśli potrzebujesz pomocy, zadzwoń na numer 801 108 108 (Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym) lub odwiedź stronę internetową: jakrzucicpalenie.pl.” *
2. „Wskazana regularna aktywność fizyczna / rehabilitacja pulmonologiczna – wydano skierowanie.” **
3. „Zalecenia dotyczące domowego leczenia tlenem: „Proszę stosować tlen z koncentratora tlenu z przepływem L / min przez godz. / dobę. Łączny czas tlenoterapii co najmniej 15 godz./dobę. UWAGA!!! Informacje dotyczące zasad prowadzenia leczenia tlenem w załączonej ulotce. Kontrola w Ośrodku Domowego Leczenia Tlenem (DLT) -(data).” ***
4. „Zalecenia dotyczące domowej wentylacji mechanicznej – konieczne wspomaganie wentylacji przez całą noc igodz. w ciągu dnia z tlenem z przepływemL/min (zalecany czas wentylacji dogodz.); Ustalono parametry wentylacji: tryb ST: IPAP cmH₂O ; EPAP cmH₂O; Ti; BR w trakcie terapii odpoczynkowej od wentylacji – tlenoterapia bierna L/min. Łączny czas tlenoterapii co najmniej 15 godz./dobę. *** UWAGA!!! Informacje dotyczące zasad prowadzenia wentylacji domowej w załączonej ulotce. Opieka zespołu domowego leczenia respiratorem (DLR).
5. Leczenie POChP po zaostrzeniu (jeśli zalecane):
 - 1) „Steryd doustny o nazwie ... (nazwa, dawka, schemat dawkowania) **proszę odstawić dnia ...** (data).”
 - 2) „Antybiotyk o nazwie ... (nazwa, dawka, schemat dawkowania) **proszę odstawić dnia ...** (data).”
 - 3) „Nebulizację z ... (nazwa, dawka, schemat dawkowania) **proszę odstawić dnia ...** (data).”
 - 4) Lista przepisanych leków wziewnych i doustnych (jeśli wskazane) **** (nazwa, dawka, schemat dawkowania).
6. „Prawidłowa technika inhalacji leków jest bardzo ważna. Proszę postępować zgodnie z instrukcją używania załączoną do Pana(-i) inhalatora.”
7. „Leczenie chorób współistniejących – lista leków (nazwa, dawka, schemat dawkowania).”
8. „Wskazane szczepienia przeciwko:
 - 1) Grypie
 - 2) SARS-CoV-2
 - 3) RSV
 - 4) Pneumokokom
 - 5) Krztuścowi
 - 6) Półpaścowi.”
9. „Prawidłowe żywienie stanowi ważny element zdrowego trybu życia, wpływający korzystnie na stan zdrowia, również w Pana(-i) chorobie – wskazana jest konsultacja dietetyka klinicznego.”
10. „Konieczne zgłoszenie się na wizytę kontrolną do lekarza POZ za miesiąc / Poradni Chorób Płuc za 3 miesiące. Na wizytę **proszę zgłosić się z przepisany(-i) inhalatorem(-ami).**”
11. „Do karty wypisowej załączono plan postępowania w przypadku zaostrzenia objawów POChP – proszę zapoznać się z jego treścią, a w razie pytań – zadać je lekarzowi prowadzącemu”

Uwagi: * – dotyczy pacjentów palących, ** – po uwzględnieniu ewentualnych przeciwwskazań, *** – dotyczy pacjentów chorujących na niewydolność oddychania, **** - pamiętaj, że zgodnie z aktualnym stanem wiedzy powinno używać się jak najmniejszą liczbę inhalatorów, **stosując leki łączone**; jeżeli zalecamy dwa inhalatory – **rekomendujemy, aby były one tego samego typu.**

Białas AJ, Barczyk A, Damps-Konstańska I, Kania A, Kuźmiński K, Ledwoch J, Rasławska K, Czajkowska-Malinowska M. Recommendations Following Hospitalization for Acute Exacerbation of COPD—A Consensus Statement of the Polish Respiratory Society. *Advances in Respiratory Medicine*. 2026; 94(1):4.