

Kommentarer fra Lungemedicinsk Specialeråd, Region Syddanmark

DSAM vejledning "Asthma og KOL i almen praksis"

Side 10	Diagnosticering af astma og KOL bør beskrives mere tydeligt, hvilket i princippet afspejles i figur 2, er forvirrende i teksten.
Side 18.	Anbefales pause af ICS i 6-8 uger ved revurdering af diagnosen (i stedet for 4 uger)
Side 16	Det er vigtigt at praktiserende læger anvender Z-score, da man ellers overbehandler og/eller ikke forstår de konklusioner, som vi når frem til på sygehuset.
Side 19	Kardinal spt. ved allergi er kløe.
Side 19	Anstrengelsestest ift astma er obsolet i almen praksis. De andre metoder bør anvendes.
Side 24:	Generel screening for astma eller KOL anbefales ikke, men det kunne være ønskeligt at der dog er en opmærksomhed på mennesker med symptomer og som ryger (over 35 år), bør have foretaget spirometri, hvilket har været anbefaling fra DLS.
Side 30	PEP fløjte er til sengeliggende patienten.
Side 34	Er der evidens for at der findes anstrengelsesudløst astma?
Side 49:	2. Afsnit: Da KOL angriber hele kroppen etc. Angriber bør erstattes med påvirker hele kroppen etc.
Figur 3	Anbefales at bruge en næseklemme (i stedet for " brug evt. en næseklemme")
Figur 5	ABE klassifikation iht MRC er uklar, bør præciseres A- MRC 1-2, CAT <10, B- MRC ≥3, CAT ≥10.
Figur 7	Er der evidens for at alle bør starte på trin 3-4.
Tabel 1:	Under KOL er klassisk spt. > 40 år
Tabel 3:	Asthma diagnosen kan også stilles på variabilitet på 10% ift ref. Værdi af FEV1
Tabel 5:	Dysfunktionel vejrtrækning er meget hyppig og bør flyttes længere op i tabellen. Inducible laryngeal obstruktion og exercised induced laryngel obstruktion er sjældne og kan ikke behandles. Det bør anføres, hvis de overhovedet skal med i et dokument til almen praksis.