

Úloha sestry v prevenci kardiovaskulárních onemocnění

Adéla Vilánková, DiS., MUDr. Martina Prusíková, MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., prof. MUDr. Richard Češka, CSc.
Centrum preventivní kardiologie, III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Kardiovaskulární onemocnění představují i přes moderní možnosti léčby stále nejčastější příčinu nemoci a úmrtnosti v Česku. Je řada možností, jak riziko jejich manifestace snížit. Zdravotní sestra může zajistit řadu úkolů nezbytných pro úspěch prevence kardiovaskulárních onemocnění. Její úloha začíná podílem na vyšetření nemocného a stanovení jeho rizika, pokračuje edukací pacienta o principech zdravého životního stylu včetně aktivní propagace nekuřáctví a končí monitorací dodržování doporučených opatření a jejich průběžnou úpravou dle aktuálních potřeb. Mnohdy je to právě motivační a edukační práce sestry, která rozhoduje o dlouhodobém úspěchu preventivních opatření u konkrétních nemocných.

Klíčová slova: kardiovaskulární onemocnění, prevence, rizikové faktory, edukace.

The role of the nurse in preventing cardiovascular diseases

Despite modern treatment options, cardiovascular diseases still remain the most common cause of morbidity and mortality in the Czech Republic. There are numerous options for reducing the risk of their manifestations. The nurse is able to perform a number of tasks necessary for successful prevention of cardiovascular diseases. Her role ranges from taking part in patient examination and determination of risk to educating the patient about the principles of a healthy lifestyle, including active promotion of non-smoking, to monitoring the adherence to the recommended measures and their continuous modification based on current needs. It is often the motivational and educational work of the nurse that determines the long-term success of the preventive measures in individual patients.

Key words: cardiovascular disease, prevention, risk factors, education.

Med. Pro Praxi 2010; 7(12): 501–503

Onemocnění srdce a cév, neboli kardiovaskulární onemocnění (KVO), představují ve světě a také v ČR, nejčastější příčinu úmrtí (1). Nejčastější příčinou kardiovaskulárních onemocnění je ateroskleróza.

Ateroskleróza je pozvolna probíhající onemocnění, které začíná po narození a nevyhýbá se nikomu z nás ani našim pacientům. Zásadní rozdíl je však v rychlosti, s jakou cévní změny probíhají. Ta je určována individuálně odlišnou konstelací rizikových faktorů, které tradičně dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Neovlivnitelné faktory jsou např. věk, pohlaví, genetika. Mezi nej důležitější faktory, které lze ovlivnit patří dyslipidemie, kouření, obezita, diabetes mellitus a arteriální hypertenze. I přestože je dnes známo více než 200 samostatných rizikových markerů aterosklerózy, naprostá většina velkých cévních příhod proběhne u nositelů nejběžnějších rizikových faktorů, které nejsou včas rozpoznány a léčeny (2).

Proto je pro osud nemocných včasný a co nejpřesnější odhad rizika předčasné aterosklerózy velmi důležitý. Zhodnocení rizika nemocného je založeno na posouzení anamnestických údajů, klinickém vyšetření se zaměřením na ukazatele zpřesňující odhad kardiovaskulárního rizika. Celou řadu těchto vyšetření může provádět sestra. Patří mezi ně antropometrická měření

(stanovení hmotnosti, měření obvodu pasu, výpočet BMI) i vyšetření krevního tlaku a tepové frekvence.

Ke stanovení aktuálního rizika je nutné laboratorní vyšetření se stanovením koncentrací sérového cholesterolu, triglyceridů, HDL a LDL cholesterolu; součástí laboratorního skríningu by mělo být i vyšetření glykemie nalačno a některé další ukazatele.

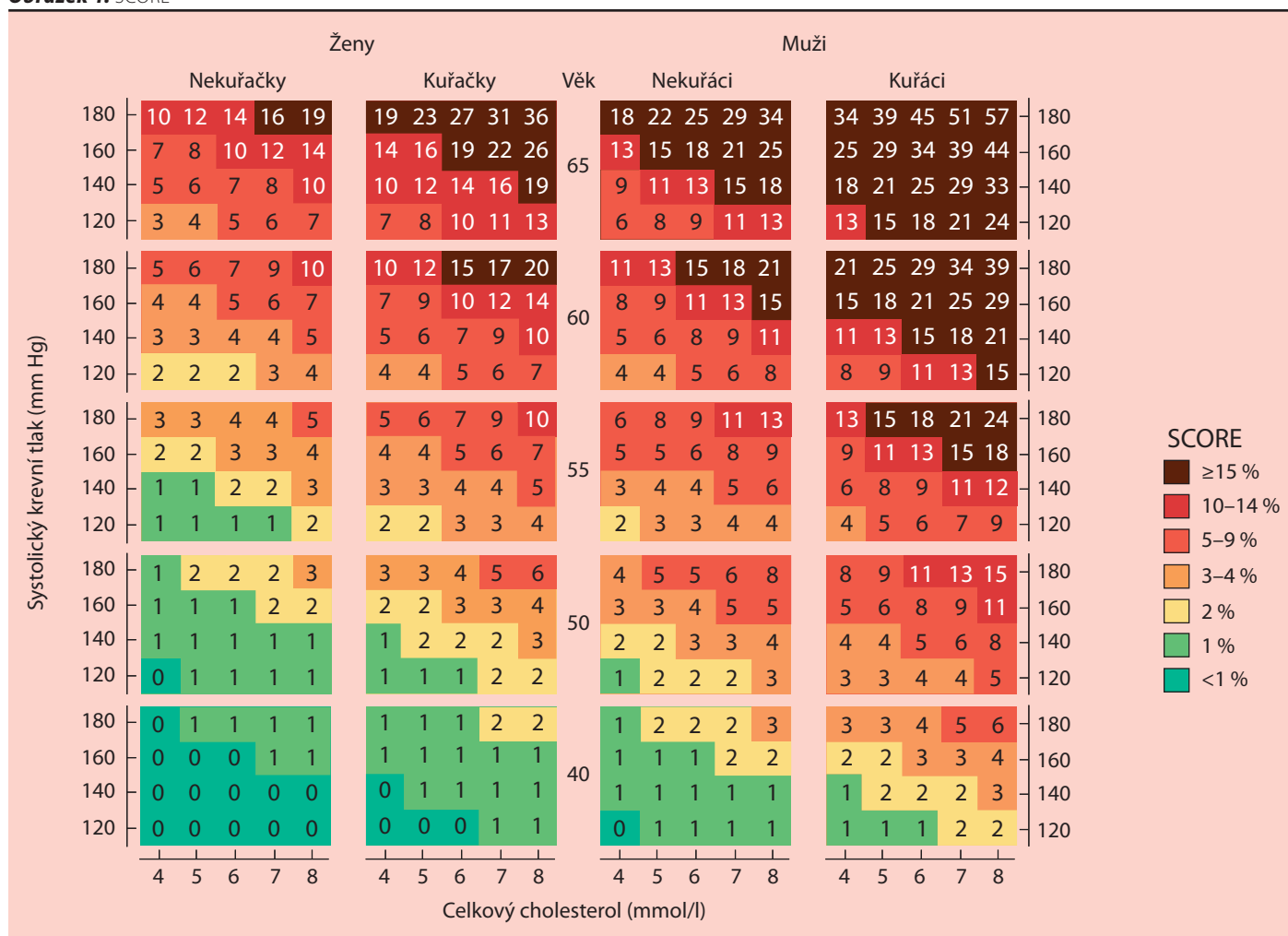
Sestra může na základě znalosti potřebných hodnot provádět výpočet kardiovaskulárního rizika samostatně. Tento postup není nutný u nemocných, jejichž riziko aterosklerotických komplikací je automaticky velmi vysoké – nemocní po cévních příhodách (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda), pacienti po cévních rekonstrukcích a revaskularizacích, osoby s diabetes mellitus 2. typu. U ostatních se k výpočtu rizika používá tabulka SCORE, kde k určení rizika smrtelné kardiovaskulární příhody v následujících deseti letech potřebujeme kromě pohlaví nemocného znát hodnoty systolického krevního tlaku, věk pacienta, hladinu celkového (a HDL) cholesterolu a zda je pacient kuřák či není. Za hranici vysokého rizika je obecně uznávána hodnota rizika 5 %.

U některých nemocných je nutné doplnit další vyšetření ke zpřesnění odhadu jejich rizika,

což je rozhodující pro volbu léčebného postupu. K tomuto účelu slouží nejen další laboratorní ukazatele aterosklerózy, ale především zobrazovací metody. Běžně používanou metodou je duplexní dopplerovská sonografie karotid, která zobrazením stavu krčních tepen významně zpřesní představu o rozsahu aterosklerotického postižení v celém arteriálním řečišti. Jinou neinvazivní metodou detekce subklinické (dosud nemanifestované) aterosklerózy je zjištění tzv. poměru kotník–paže (ABI). Zde je opět nezastupitelná role sestry. Po krátkém zaškolení je sestra schopna vyšetření krevního tlaku na paži i dolní končetině i stanovení poměru ABI spolehlivě provádět. Je-li hodnota ABI nižší než 0,9 lze aterosklerotické postižení tepen dolních končetin považovat za prokázané (3).

Po stanovení rizika kardio (a cerebro-) vaskulárních komplikací je druhou oblastí, v níž hraje sestra nezastupitelnou úlohu, edukace pacientů. Každý vysoce rizikový nemocný musí být opakovaně edukován o zásadách změn životního stylu ke snížení jeho kardiovaskulárního rizika. Edukace musí obsahovat i podrobné vysvětlení, co vlastně KVO jsou a jaké jsou jejich příčiny. Nezbytný je rozbor současného životního stylu nemocného se zaměřením na dietní zvyklosti a pohybovou aktivitu. U pacientů kuřáků je

Obrázek 1. SCORE



nezbytné iniciovat zanechání kouření. Součástí intervence v této oblasti je i předání kontaktu na specializovaná pracoviště pro odvykání kouření. Ukončením kouření si rizikový pacient sníží své riziko na 1/16 úroveň aktivního kuřáka. Připomínáme nemocným rizikovitost tabákového kouře i v prostředí, kde se pacienti pohybují (pasivní kuřáctví) (4).

Třetí součástí edukačního pohovoru je vysvětlení významu pohybové aktivity, posouzení pacientových schopností a motivace pacienta k aktivnímu pohybu. Cílem je postupné zvýšení pohybové aktivity na optimální úroveň alespoň 30 minut nepřerušované fyzické aktivity denně. Velmi důležité je správné odhadnutí pacientových schopností a vytipování individuálně vyhovujících typů cvičení. Nemocný musí být opakovaně informován, že stejně jako dietní opatření i zvýšení pohybové aktivity musí být trvalé, aby bylo skutečně účinným opatřením v boji proti KVO (5).

I dietní edukace musí být postupná a individualizovaná s ohledem na řadu faktorů – je jisté, že jiný typ poučení o vhodné a méně vhodné skladbě jídelníčku dostane 30letá matka dvou

dětí a jinak je třeba edukovat 70letého osaměle žijícího muže. Pro pacienty máme k dispozici řadu tištěných materiálů, které si mohou v klidu a opakovaně projít a také je používat jako referenční materiály v případě nejasností při řešení konkrétní situace.

Závěrem edukace je stanovení průběžných cílů v jednotlivých složkách režimových opatření. Je třeba specifikovat, co do příští kontroly nemocný zvládne a jaké jsou dlouhodobé cíle. Jedním z nejdůležitějších pravidel úspěšné edukace je realističnost stanovených cílů – budeme-li celoživotně obézního nemocného nabádat k dosažení optimální tělesné hmotnosti za 6 týdnů je prakticky jisté, že se takový pacient lekne, předem odsoudí snahu o zlepšení k neúspěchu a kooperace s ním bude (i při dalších pokusech o navázání spolupráce) významně horší.

Nezbytnou další rolí sestry v prevenci kardiovaskulárních chorob v každodenní praxi je průběžné vyhodnocování úspěchů a neúspěchů strategie změny životního stylu a přizpůsobování doporučení aktuální situaci.

Úkol edukovat pacienta je tedy nejen na lékařích, ale především na sestrách. Dostatečná in-

formovanost je však pouze prvním krokem, ten druhý je na samotném pacientovi. Začít se podle zásad zdravého životního stylu chovat a snažit se tak riziko vzniku KVO snížit vlastními silami.

Práce sestry v centru preventivní kardiologie

Centrum preventivní kardiologie (CPK) je ambulantním pracovištěm, kde na sebe navazuje a vzájemně se prolíná více specializací. Jeho součástí je ambulance pro poruchy metabolismu lipidů (která se současně zabývá i ostatními metabolickými rizikovými faktory aterosklerózy – především těmi sdruženými v tzv. metabolickém syndromu), hypertenziologická a kardiologická ambulance, vhodnou součástí je i ambulance angiologa.

CPK je určeno všem nemocným se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních komplikací aterosklerózy. Typickými pacienty jsou osoby po prodělaném infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhodě a nemocní bez anamnézy KVO, ale s vysokým rizikem v důsledku kumulace rizikových faktorů. Specializované centrum slouží také pro řešení problémů – pečuje o ne-

Obrázek 2. ABI



mocné, u nichž se objeví nežádoucí účinky léčby, o ty, kteří na léčbu neodpovídají a objevují se u nich oběhové komplikace i při adekvátní terapii. Zvláštní skupinou nemocných jsou osoby s geneticky podmíněným zvýšením rizika aterosklerotických cévních komplikací. Jedná se o nositele genů pro velmi vysoký cholesterol, velmi vysoký krevní tlak a další. U všech, ale zejména ve skupině posledně jmenovaných je velmi důležitou součástí péče vyšetření rizikového profilu i v rodinách. Je pravidlem, že u nemocných s předčasnou manifestací aterosklerózy musí být vyšetření alespoň prvotupňově příbuzní.

Co tedy konkrétně sestra v centru preventivní kardiologie zajišťuje?

Sestra je často prvním kontaktem nemocného s pracovištěm, a proto je jejím úkolem stručně seznámení nemocného s významem a smyslem kardiovaskulární prevence a jejími základními součástmi. Probere s nemocným dietní zvyklosti na základě vyplněného dotazníku a okomentuje zjevné problémy – vlastní edukace o správné dietě přichází na řadu později.

Sestra dále provádí měření antropometrických veličin a vyšetřuje krevní tlak i měření tlaku na dolních končetinách. Krevní tlak je měřen

standardně na obou horních končetinách a pro potřeby vyhodnocení rizika je použita vyšší z naměřených hodnot. Tlak na obou dolních končetinách je stanoven v oblasti bérce nad kotníkem. Používáme klasickou tonometrickou manžetu a pomocí dopplerovské sondy měříme systolický tlak na arterii tibialis posterior a arterii tibialis anterior. Tlak měříme opakovaně a pro výpočet indexu kotník–paže (ABI) pro každou končetinu použijeme vyšší zjištěnou hodnotu tlaku.

Na základě těchto vstupních informací a po vyšetření lékařem je stanoven léčebný plán, který u všech zahrnuje doporučení změny životního stylu a u indikovaných i farmakologickou léčbu. Sestra poskytuje individualizované poradenství v oblasti změny diety v závislosti na přítomných rizikových faktorech. V samostatných návštěvách informuje pacienty o principech dietní terapie onemocnění (dieta při diabetes mellitus, obezitě, dyslipidemi atd.). Využívá přitom škálu tištěných materiálů, v nichž jsou nejdůležitější pravidla pro nemocného přehledně shrnuta.

U každého kuřáka při každé návštěvě sestra provádí edukaci o škodlivosti kouření, a to nejen z hlediska kardiovaskulárního systému, zjišťuje pacientovu ochotu přestat kouřit a nabízí specializovanou pomoc v centru pro léčbu tabákové závislosti.

Dalším úkolem sestry je informace nemocného o možných nežádoucích účincích léčby a aktivní pátrání po jejich výskytu, edukuje nemocného i o správném způsobu užívání předepsaných léků. Tyto informace dostává nemocný od lékaře, ale jejich opakování sestrou rozhodně není zbytečné. Je třeba si uvědomit, že nemocní dostávají velké množství často obtížně srozumitelných informací, a proto je výhodné opakované vysvětlení.

Součástí léčby, za níž je rovněž zodpovědná sestra, je rozbor pohybové aktivity nemocného

ho a doporučení vhodných a možných změn. Dosáhnout zvýšení fyzické aktivity je při individualizovaném poradenství možné ve většině případů. U řady nemocných se nepodaří dosáhnout doporučené intenzity cvičení, ale v této oblasti platí doslova, že „každý pohyb se počítá“.

Činnost sester centra preventivní kardiologie neprobíhá pouze v prostorách centra, ale pokračuje na vzdělávacích akcích pro odbornou i laickou veřejnost.

Z uvedeného přehledu je zřejmé, že sestra má v oblasti kardiovaskulární prevence řadu velmi důležitých úloh. Spolu s lékařem (a případně i dalšími odborníky – dietology, fyzioterapeuty) je zapojena do všech fází péče o nemocného se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění od stanovení rizika po monitoraci dodržování režimových i farmakologických opatření. Mnohdy je to právě motivační a edukační práce sestry, která rozhoduje o dlouhodobém úspěchu preventivních opatření u konkrétních nemocných.

Literatura

1. Zdravotnická ročenka České republiky 2007. Ústav zdravotnických informací, www.uzis.cz.
2. Česka R. Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií. Praha: Triton 2005.
3. Vrablík, a kol. Otazníky kardiovaskulární prevence 2009. Brno: FAMA, 2009: 187 s.
4. Vrablík M, Štěpánková L. Kouření a léčba tabákové závislosti u nemocných s manifestním kardiovaskulárním onemocněním. Remedie 2008; 5: 10–13.
5. Fait T, Vrablík M, Česka R. Preventivní medicína. Praha: Maxdorf-Jessenius, 2008.

Adéla Vilánková, DiS.

Centrum preventivní kardiologie,
III. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2
xvilankova@seznam.cz