

Dispanzersko vodenje in rehabilitacija hipertonika

POVZETEK. *Spričo dejstva, da je na Slovenskem približno 200.000 hipertonikov, domneva avtor, da je za njih uspešno rehabilitacijo v aktivnem zdravstvenem varstvu neizbežno potrebna dispanzerska metoda dela. Z dovolj pogostnim merjenjem krvnega pritiska je možno v pravem času razkriti primere hipertenzije in dovolj zgodaj pričeti z zdravljenjem pod strokovnim nadzorstvom. Hipertenzije same sicer ni mogoče ozdraviti, vendar pa lahko uravnavamo krvni pritisk in s tem preprečujemo komplikacije. Neizogibno nujno pa je, da se v zdravljenje vključi tudi medicinska sestra.*

OUTPATIENT GUIDANCE AND REHABILITATION OF THE HYPERTONIC PATIENTS. *A high incidence rate of hypertension in SR of Slovenia (about 200.000 cases) calls for the outpatient management of this disorder providing for a successful rehabilitation of the patients. Regular blood pressure measuring enables an early detecting and appropriate professional treatment of hypertension. The disease itself is not curable, but possible consequences can be prevented by maintaining the blood pressure within the normal limits. The nurse is stated to play a key role in the treatment of hypertension.*

Dispanzerska metoda dela in rehabilitacija se na Slovenskem za bolnika s hipertenzijo šele porajata. Pri nas so namreč nasploh dispanzerji, usmerjeni v določene bolezni ali organske sisteme, povečini zgolj specialistične ambulante, ki jim še veliko manjka, da bi mogli kolikor toliko upravičiti svoj naziv. Ugotovitev o pomanjkljivosti pa se seveda niti ne nanaša na znane hibe dolgih čakalnih dob za sprejem ter na dolgotrajno diagnostiko, s kakršno tudi podaljšujemo hospitalizacije, ker se je za diferentnejše diagnostične postopke pač treba znova postaviti v vrsto. Te hibe v delu bo treba odpraviti, preden bomo s pravim dispanzerskim delom sploh lahko pričeli.

Razkorak med sedanjim stanjem na eni strani ter cilji in nalogami za področje hipertenzije na drugi strani je tolikšen, da še kako opravičuje vnovično obravnavo najvažnejših sestavin dispanzerske metode dela. Ni namreč drugega načina, od katerega bi si mogli obetati uspeh pri tolikšnem problemu, kot je kakih 200.000 slovenskih hipertonikov. Toliko jih namreč pričakujemo po procentualnem deležu v prebivalstvu bližnjih dežel, ki znaša po najnižjih ocenah 10—20 %.

Prva bistvena poteza dispanzerske metode dela je aktivno zdravstveno varstvo. Za področje hipertenzije pomeni to, da poiščemo čim več bolnikov. Hipertonika seveda lahko odkrijemo samo z merjenjem krvnega pritiska (KP). Na splošno se krvni pritisk na Slovenskem in — v tolažbo, ne pa v opravičilo — še marsikje drugje, tudi v razvitem svetu, meri premalokrat. Vsa cepljenja,

fluorografske akcije, sistematične, preventivne, živilske, šolske in druge množične preglede mora zdravstvena služba dopolniti z merjenjem krvnega pritiska. Podobno bi morale vsaj nekatere specialistične stroke, kot npr. ginekologija, pnevmofiziologija itd., popolniti svoje preglede z merjenjem krvnega pritiska. V primerih nenormalnega KP je za pravkar ugotovljenega bolnika potrebno storiti vse predvideno.

Zdajšnje razmere so daleč od tega. Raznovrstnih pregledov se po zakonskih določbah opravi veliko, napiše se poročilo, ki odroma v neki fascikel letnih poročil, za preiskovanca, ki je slednjič tudi ustvarjalec sredstev, s katerimi se pregledi plačajo, pa je na splošno korist prav neznatna.

Druga bistvena sestavina dispanzerske metode dela je boj proti bolezni že pri zdravih. — Morda zveni laiku ta postavka dispanzerske metode paradokсно, zdravstveni delavec pa ve in v vsakdanjem delu ob razočaranjih doživlja, kako malo je pravzaprav mogoče storiti, če je bolezen napredovala. Ko se je dolgotrajna nezdravljena hipertenzija razkrnila z miokardnim infarktom, s cerebrovaskularnim insultom ali globalno ledvično odpovedjo, je že pozno ali prepozno za zdravljenje, od katerega bi lahko pričakovali vrnitev v normalno življenje. Samo zgodnje in trajno ločevanje zdravih od bolnih v populaciji, za katero skrbi neka zdravstvena ustanova, lahko vodi k uspehu.

Tretjo bistveno postavko uporabe dispanzerske metode dela, ki zahteva čnotno reševanje problema s kurativnega, preventivnega in socialnega stališča, si za področje hipertenzije zamišljamo takole: Ob vseh množičnih zdravstvenih akcijah zajeti populaciji izmerimo KP. Na patronažnih obiskih merimo KP lahko tudi drugim družinskim članom, za kar je navadno dovolj zanimanja. Osebe, ki smo jim izmerili patološke vrednosti KP, se javijo enkrat ali morda dvakrat v splošni ali obratni ambulanti zaradi ponovnega merjenja stojé ali ležé. Vrednosti zabeležimo v zdravstveni karton. Tisti, pri katerih smo izmerili že ogrožajoče visok KP, gredo čimprej k zdravniku, enako tisti, ki kažejo očitne znake sekundarne hipertenzije ali pa očitne komplikacije te bolezni. Pacienti, pri katerih je bil po kontrolnem merjenju krvni pritisk zvišan, prav tako pridejo k zdravniku, tiste pa, ki smo jim na kontrolnih merjenjih izmerili nekajkrat normalne vrednosti, naročimo na vnovično merjenje čez pol leta.

Zdravnik po že objavljeni shemi izvede osnovne preiskave za opredelitev hipertenzije. Pri bolnikih, ki po teh preiskavah nimajo znamenj za sekundarno hipertenzijo ali pa podrobnejša opredelitev zaradi starosti ali napredovale bolezni ne prihaja več v poštev, začne zdravnik z zdravljenjem in ga ob rednih kontrolah krvnega pritiska ustrezno vodi. Pri tem ima medicinska sestra veliko vlogo. Ob obiskih na domu meri KP, ki je v domačem okolju lahko marsikdaj drugačen. Zdravljenje dopolnjuje s konkretnimi napotki in na vprašanja daje navodila za splošen in dietni režim. Posebno pozornost posveča tistim, ki ne pridejo na kontrolni pregled, kot so bili naročeni, in jih dodatno motivira za zdravljenje. Bolnike, ki so si oskrbeli lastni aparat za merjenje KP, nauči meriti in beležiti izmerjene vrednosti.

Pri bolnikih, ki so pri specialistu ali hospitalno nadaljevali diagnostiko za opredelitev hipertenzije, se sestrsko delo pokriva z že navedenimi nalogami, le da mora pri sekundarni hipertenziji upoštevati nekatere posebnosti in pri izraženih okvarah ledvic, srca in možganskega žilja še vrednosti KP, pod ka-

tere ga ne želimo znižati, bolnika pa opazovati in povpraševati po simptomih, ki bi govorili za slabšanje funkcije teh vitalnih organov.

Četrta bistvena poteza dispanzerske metode dela je povezanost zdravstvene službe s posameznikom, družino, skupinami in celotno populacijo. Interakcije morajo potekati v obeh smereh — za področje hipertenzije so danes te interakcije še hudo enosmerne in vezane zgolj na patologijo, ki sama kliče k posegu. Pou-darek je na stalni povezanosti bolnika z zdravstveno enoto.

Zadnja bistvena sestavina dispanzerske metode dela je aktivno sodelovanje družbe pri reševanju problema. Za področje hipertenzije je tu najbrž storjen šele prvi korak. Gotovo se naša družba še ne zaveda vse teže problema in bremena, ki ji ga nalaga na njena pleča vsaj 200.000 slovenskih hipertonicov z neposrednimi stroški kurativnega zdravstvenega varstva, in sicer še vedno preskromne rehabilitacije posledic hipertenzije, z ogromno, doslej še sploh neocenjeno škodo zaradi izpada delovne aktivnosti, zaradi prezgodnje smrti, invalidnosti in bolniških izostankov. Slovenci smo očitno prebogati, da bi se dali motiti s takimi malenkostmi in pri vsej obilici forumov še nimamo takšnega, ki bi nam izračunal škodo zaradi hipertenzije. Zase sem prepričan, da še nimamo takšnih mehanizmov, ki bi za svoje najvažnejše poslanstvo imeli financiranje r e s n i h p r o - g r a m o v za boj proti tako množični bolezni.

Da boj s hipertenzijo šele začnemo, je razumljivo, saj so mnoga tehtna, zlasti kvantitativna spoznanja o bistveni vpeletnosti hipertenzije v etiopatogenezo fatalnih posledic stara komaj dobro desetletje in šele zadnjih pet let dobiva hipertenzija v interni medicini mesto, kakršno ji gre. Ni čudno torej, da za Zahodno Nemčijo l. 1974 ugotavlja Jahnecke, da ugotovijo tam le 30 % hipertonicov, 70 % odstotkov pa ostane nespoznanih, dokler bolezni ne odkrijejo infarkt, cerebrovaskularni insult, odpoved ledvic, dekompenzacija hipertoničnega srca ali pa hipertenzivna retinopatija. V isti državi se samo polovica od spoznanih 30 % hipertonicov, torej le 15 % od vseh, zdravi zadovoljivo. O podobnem stanju poročajo tudi za ZDA. Wilber in Barrow (1972) sta v dveh pokrajinah ugotovljala osip bolnikov pri zdravljenju hipertenzije, torej pojav, da so bolniku ugotovili bolezen in mu predpisali zdravila, le-ta pa je zdravljenje prekinil in ni več prihajal na kontrolo. Osip je nihal med 42 in 60 odstotki.

Ta problem obstaja tudi pri nas, čeprav ni kvantificiran. Prav medicinska sestra lahko mnogo pripomore, da z osipanjem diagnosticiranih in že zdravljenih hipertonicov ne bodo šle po zlu vse ugodnosti, ki jih obetata pravočasna diagnoza in terapija.

Navadno je tako, da hipertenzijo ugotovimo osebi, ki ni imela bistveno motečih zdravstvenih težav. Ugotovitev zvišanega KP je marsikdaj slučajna in po neki diagnostiki ali pa brez nje prejme človek, ki se ni čutil bolnega in se bolnega nitu zdaj ne čuti, zdravilo in navodilo: »trikrat na dan po...« Preobrat iz zdravja v bolezen je najbrž preveč vratolomen, da bi ga bolnikova zavest in podzavest sprejeli čez noč. Temu se ne pridružijo tako poredko vsaj blage težave zaradi zdravljenja samega, npr. zaradi ortostatične hipotenzije ali splošnega slabšega počutja, in bolnik kaj hitro oceni, da je zdravljenje hujše od bolezni. Samo še korak je do tega, da postane bolnik glede zdravljenja hipertenzije — »odpadnik«. Ker mu je marsikdaj nerodno, da bi zdravnika o opustitvi zdravljenja obvestil

in ker pričakuje, da ga bo zdravnik vendarle silil k jemanju zdravil, se na kontrolo ne oglasi več.

Na tej točki je nastop medicinske sestre lahko najbolj dragocen. Bolnik do med. sestre ne čuti takšne distance kot marsikdaj do zdravnika in ji bolj odkritosrčno potoži o težavah, morda najbolj tedaj, ko ga obišče na domu. Med. sestra mu bo lahko pojasnila, da je na izbiro več vrst zdravil in da je režim, ki je bil zanj morda prehud, mogoče zamenjati z drugim. Povabila ga bo znova v ambulanto, najbolje če mu na listek napiše datum in uro, ko bo kar najhitreje prišel na vrsto pri zdravniku, le tega pa obvestila o bolnikovih težavah ali pomislekih.

Pomemben činitelj za osipanje hipertonicov, ki so že začeli z zdravljenjem, so tudi razmere v naših ambulantah. Da jim zdravnik posveti pet do deset minut v ambulanti, so morali v čakalnici presedeti povprečno tudi tri ure. Poleg slačenja in oblačenja, merjenja krvnega pritiska in poslušanja srca, pisanja recepta, splošnih vprašanj, pregleda na morebitne edeme itd. res v tem pičlem času ne ostane kar nič časa za podrobna navodila za splošen življenjski režim in prav gotovo še manj za razlago bolezni in njenih nevarnosti, da o oblikovanju bolnikovega zaupanja v zdravnika sploh ne govorimo. Pristen odnos se seveda ne more razviti, če bolnik v ordinaciji vsakič naleti na drugega zdravnika, s čimer je motivaciji za zdravljenje spodrezana močna korenina.

Pri nas prvič v Sloveniji skušamo za hipertonicke uporabiti skupinsko zdravljenje. Gre za podobno obliko, kakršno na Zahodu ponekod uporabljajo diabetiki in diabetologi, v mnogih državah pa psihiatrična služba. Ob prizadevnem sodelovanju zdravstvenih delavcev in prostovoljnem vključevanju bolnikov bi mnogi lažje prebrodili zlasti začetno obdobje zdravljenja, saj bo marsikateri bolnik raje verjel sotrpinu kakor zdravniku, da bodo npr. ortostatične težave sčasoma minile. Prikladni dietni recepti bi krožili sami po sebi, možno bi bilo medsebojno merjenje KP, znaten bi bil verjetno lahko splošen zdravstvenovzgojni pomen in slednjič bolniku ni nepomembno občutiti, da se na ladji svoje usode ne pelje sam.

Slej ko prej ostaja osrednji problem pri obravnavanju hipertonicke vprašanje, kako ga motivirati, da bo vztrajal pri zdravljenju. Praksa kaže, da so navadno skope zdravnikove besede premalo in je tu neogibna vključitev medicinske sestre, ki naj se trudi v pristnem odnosu, da bolnika prepriča o tem:

1. Povečan krvni pritisk je problem, ki traja vse življenje.
2. Lahko je tudi glavni vzrok kapi, odpovedi srca in ledvic.
3. S sodobnimi zdravili je mogoče te komplikacije obvladovati in preprečevati.
4. Bolnik mora jemati zdravilo vsak dan — zlasti tedaj, ko se dobro počuti. Če se ne počuti dobro, mora obvestiti zdravnika.
5. Bolniku je treba povedati, da hipertenzije ni mogoče ozdraviti; krvni pritisk lahko samo uravnavamo, z reguliranjem krvnega pritiska pa preprečujemo komplikacije.

Pri nas smo prepričani, da je treba bolniku v skladu z njegovim karakterjem in inteligenco pojasniti naravo bolezni in možne komplikacije. Šele potem lahko pričakujemo sodelovanje, ko mu povemo, da z zdravljenjem preprečuje razvoj grozečih zapletov. Slikanje naj ne poteka v pretemnih barvah, pa tudi ne preveč

medlo. V pomoč je lahko primerna brošura, ki jo je v slovenščini izdala tovarna LEK.

Prav tako smo prepričani, da je bolniku po merjenju treba povedati vrednosti, ki smo jih izmerili, in odklanjamo kakršnokoli skrivanje tega podatka. Podpiramo težnjo, naj si čim več hipertnikov oskrbi svoj lastni merilec pritiska, in to bolniku, če ocenimo, da lahko utrpi 100.000 S din, kolikor stane takšen merilec za merjenje KP samemu sebi, tudi svetujemo. Priporočimo mu, da si ob istem dnevnem času vsak dan izmeri in zapiše pritisk. Tak bolnik postane še bolj kooperativen in obeti za uspeh zdravljenja so ugodnejši. Nemški raziskovalci ocenjujejo, da je za merjenje KP in minimalno prilagajanje doze antihipertenzivnega zdravila potrebna tolikšna inteligenčna stopnja kot za opravljanje vozniškega izpita. Merjenja samega se bolniki navadno naučijo v nekaj minutah.

Že v začetku zdravljenja je treba pacientu povedati, naj si uredi življenje tako, da ga bo spremljalo čim manj pretresov. Če je doslej kazal tekmovalni odnos do življenja in soljudi, mora poslej postati manj ambiciozen. Prodorni menežer naj se v bodoče skuša skriti v solidno povprečje. Delo na akord in delo, pri katerem težko dosega normo, ni za hipertnika. Pacientu svetujemo, naj čim dlje vztraja v delovnem razmerju, opusti naj pa aktivnost v društvih in družbenih organizacijah ter mu po potrebi v ta namen napišemo tudi nekaj kopij ustreznega potrdila. — Medicinska sestra, ki navadno od vseh zdravstvenih delavcev najbolj pozna bolnikove navade in razvade, domače in službene odnose, gmotno stanje, raznovrstne konflikte — je nenadomestljiva v prilagajanju razmer bolniku ter mu vsaj nekoliko olajša položaj. Hipertnik mnogokrat potrebuje spodbujanje pri zmanjševanju telesne teže, če je prevelika, in tu je prav tako neogibna pomoč medicinske sestre. Vedno znova mora dopovedovati bolniku, da mora in kako mora shujšati ter mu predočiti, da z normalizacijo telesne teže prispeva k zniževanju pritiska, s čimer zmanjšuje še vpliv dodatnega neugodnega učinka — debelosti.

Spočetka, ko bolnik preide od normalno ali celó pretirano soljene hrane, ki vsebuje 10 ali celo več gramov soli na dan, na manj slano, ki naj ima 2 do 4 grame soli, je bolniku marsikdaj potrebna tudi opora, ki mu jo medicinska sestra nudi z dietnimi nasveti v tem smislu, pri katerih jedilih se odsotnost soli najmanj pozna. In če ima sestra količkaj kuharskega daru in izkušnje, bo znala svetovati, kako s poprom, papriko, feferoni, peteršiljem, zeleno itd., kar hipertniku ni prepovedano, nadomesti izgubljeni okus soli.

Kajenje moramo hipertniku prepovedati. Lahko mu dovolimo manjše količine prave kave in manjše količine alkohola, vendar po možnosti ne v obliki žganih pijač, če je bil na to navajen.

Brezpogojno pa ga moramo poučiti, da kombinacija alkohola in antihipertenzivnih zdravil s šofiranjem ni združljiva. Zaradi interakcije antihipertenzivnega zdravila z alkoholom nastopata lahko nepredvidena sedacija ali pa stopnjevan učinek zdravila, kar utegne voditi do hude nesreče.

Hipertniku načeloma celó svetujemo primerno telesno aktivnost. Obremenitve, ki jih dovolimo, so seveda odvisne od marsičesa: od prehodne kondicije v športnem smislu, od obstoja morebitne prizadetosti srca in ožilja ali drugih bolezni. Nad sistoličnim pritiskom 200 mm in nad diastoličnim pritiskom 120 mm

pa tudi doziran fizični trening odsvetujemo. Primerni so zlasti hoja, kolesarjenje, plavanje, gimnastika, delo na vrtu, igre z žogo, razen tistih, ki se končujejo s premaganci in zmagovalci.

Fizična aktivnost naj se izmenjuje z obdobji počitka in hipertoničnik naj bi legel vsaj enkrat čez dan h krajšemu počitku. Tudi ponoči naj si privoščijo dovolj spanja. Pri načrtovanju letnega dopusta bo hipertoničniku gotovo v prid sestrski nasvet. Načeloma svetujemo deliti dopust na dva dela v presledku pol leta. Idealno bi bilo, da bi hipertoničnik po delu vsakega pol leta za 3 do 4 tedne izpregel, kar pa žal ni v skladu z našimi predpisi. Delovne organizacije pa imajo marsikje vendarle možnost, da za svoje delavce organizirajo dodatno okrevanje, ki naj bi pripadalo tudi hipertoničniku. Praženje po natrpanih plažah na višku poletja odsvetujemo; če kdo že želi po vsej sili na morje, npr. zaradi družinskega sožitja, naj se to zgodi po možnosti meseca maja in junija ter septembra in oktobra. Prednost pa ima subalpska klima, ki na srečo turistično ni tako konjunktorna kot morska. Zdravilišče ima z organizirano fizikalno terapijo, z možnostjo zdravstvenega nadzora, s kopelmi itd. nekatere prednosti, pa tudi svoje zanke, kot je pretirano nalivanje s slatino, ki vsebuje morda celo veliko natrija. Pocieni bivanje pri sorodnikih na deželi in zmerna vključitev v kmetovanje prav zlahka nadomesti zdravilišče, ker izpolni bistveno zahtevo: odtegnitev iz vsakdanjega okolja.

V naše razmišljanje smo ves čas vključevali prvine rehabilitacije, ki je opredeljena kot ponovno usposabljanje onesposobljenega za čim večjo fizično, mentalno, socialno, poklicno in ekonomsko koristnost. Pri hipertoničniku je primerna rehabilitacija zdravljenje hipertenzije v najširšem pomenu tega pojma s preprečevanjem nadaljnjega škodljivega vpliva. Sekundarno rehabilitacijo pa po že nastali okvari obravnavajo nefrološka, kardiološka, nevrološka, okulistična in druge službe s svojim nadaljevanjem v usmerjenih zdraviliščih in v tretji fazi po posebnih navodilih spet osnovna zdravstvena služba.

Za konec še nekaj tehničnih priporočil.

K opremi patronažne sestre vsekakor sodi aparat za merjenje KP, najprikladnejši je na pero. K znanju medicinske sestre pa spada izurjenost v merjenju in zmožnost, da to znanje posreduje tudi bolniku.

Med. sestra mora vedeti, da je krvni pritisk nad 250/150 pri bolniku neposredno nevaren za življenje in bo bolniku priporočila posvet z zdravnikom zaradi hospitalizacije, enako pri hipertonični krizi.

Ponovno naročanje na kontrolo hipertoničnikov v zdravljenju naj poteka tako, da bolnika naročimo določenega dne ob določeni uri, ki naj bo predvidena tako, da ne bo predolgo čakal. Če se pacient ni zglasil, mu telefoniramo ali pišemo, v skrajnem primeru ga obišče patronažna med. sestra. Naročanje ob določenem času je bistven ukrep proti osipanju in za zavest bolnika, da se nekdo briga zanj in da je v skrbnih rokah.

Literatura:

Cibic B., F. Trampuš: Konzilij. Zdrav. vestnik 44/1975, 255—259.

Jahnecke J.: Risikofaktor Hypertonie. Boehringer. Mannheim 1974.

Kesič B.: Predavanja na podiplomskem študiju Javno zdravstvo 1975.

Wilber J. A., J. G. Barow: Hypertension — A community problem. Am. J. med. 52/1972, 653—671.