

615.838:617.58-005.4-083

NAŠE ZKUŠENOSTI S ČINNOSTÍ POKOJE ZVÝŠENÉ PÉČE VE VOJENSKÉM LÁZEŇSKÉM ÚSTAVU FRANTIŠKOVY LÁZNĚ

Plk. MUDr. František SEDLÁK, CSc., pplk. MUDr. Josef PETÁK, MUDr. Stanislav HRDLIČKA
Vojenský lázeňský ústav Františkovy Lázně
(náčelník: pplk. MUDr. Josef Peták)

Základním úkolem VLÚ Františkovy Lázně je lázeňské doléčení nemocných po infarktu myokardu (dále IM), a to především formou komplexní léčebné rehabilitace a balneoterapie. Nemocní s ischemickou chorobou srdeční (dále ICHS) a obzvláště nemocní po čerstvé koronární příhodě jsou ve srovnání s ostatními rizikovou skupinou, neboť u nich dochází k častějšímu výskytu náhlých srdečních komplikací. Stamler [18] odhaduje, že nebezpečí náhlé smrti je u nemocných s ICHS 6krát větší proti normální populaci. I když nemocní mají být vybírání k lázeňské léčbě s ohledem na tyto komplikace, zůstává skutečností, že v průběhu roku jeden nemocný umírá z kardiovaskulárních příčin, že v každém turnuse je nezbytné 1–2 nemocné převést na koronární jednotku do Chebu a že 6–8 nemocných, u nichž došlo ke změně klinického stavu, je nutné pečlivě sledovat do té doby, než dojde k definitivnímu stanovení příčiny subjektivních potíží nebo změn klinického stavu. Zvažující tuto skutečnost, jakož i excentrické uložení Františkových Lázní a velkou vzdálenost do nejbližší vojenské nemocnice, podali jsme žádost o zřízení pokoje zvýšené péče, kde by mohli být riziková nemocní v případě potřeby uloženi a sledováni. Dosavadní postup byl takový, že tito nemocní byli ponecháváni na svých pokojích a v pravidelných intervalech kontrolováni lékařem a sestrou. Tento stav skrýval v sobě reálné nebezpečí opožděného poskytnutí odborné pomoci v případě potřeby. Výnosem zdravotnické správy o zřízení pokoje zvýšené péče (dále PZP) bylo stanoveno, že poskytovaná odborná lékařská a sesterská pomoc má odpovídat rozsahu práce na postkoronárním oddělení. Podle toho byly také rozpracovány směrnice pro přijetí a léčbu nemocných.

Charakteristika PZP a jeho činnosti:

Pokoj zvýšené péče byl zřízen z jednoho vyšetřovacího pokoje. Jeho vybavení odpovídá ostatním pokojům našeho ústavu. Monitorovací zařízení je zajištěno monitorem

EKS-17 původně určeným pro pojízdný resuscitační stolek. V průběhu roku má být dodána monitorovací souprava LCX 803. Kvalita záznamu stávajícího monitoru je dobrá, nevýhodou je malá velikost obrazovky. Na PZP navazuje inspekční pokoj sester a odpočívárna. Mezi PZP a inspekčním pokojem sester je komunikační okénko, jímž je možné nemocné sledovat, aniž by bylo nutné vejít do jejich pokoje. Nevýhodou PZP jsou malé rozměry, takže eventuální resuscitace by byla velmi ztížena.

PZP je určen pro dva nemocné. Byl zřízen zatím bez nároků na snížení lůžkové kapacity a zvýšení personálního obsazení. Za léčbu a sledování nemocných odpovídá lékař určený náčelníkem ústavu. Sesterská péče je zajišťována denní sestrou a směnnou sestrou odpolední a noční.

Vzhledem k rozsahu jejich povinností nelze vyčlenit žádnou ze sester jen k práci na PZP. Sestry mají nařízeno sledovat každého nemocného na monitoru alespoň 5 minut každou hodinu, čas určuje signalizační budík. Do zvláštního tiskopisu se zaznamenávají změny tvaru křivky, změny srdeční frekvence, počet extrasystol a jejich charakter. Objektivní stav nemocného musí sestry sledovat průběžně podle svých pracovních možností. Krevní tlak je zásadně měřen u všech nemocných 3krát denně, stejně často se sleduje srdeční frekvence. EKG se natáčí třikrát denně. Všechna nařízení jsou schematická a jsou upravována podle aktuálního stavu pacienta.

PZP byl zřízen k 30. lednu 1982. V dalším podáváme zprávu o jeho činnosti za první rok jeho trvání.

Výsledky

V roce 1982 bylo v našem ústavu, jehož kapacita činí 117 lůžek, hospitalizováno celkem 1040 nemocných. Jejich strukturu podle diagnostických okruhů zachycuje tabulka 1.

Tabulka dobře vystihuje náplň činnosti ústavu. Pacienti s ICHS a stavy po čerstvém IM tvoří dvě třetiny z přijatých nemocných, zatímco na gynekologicky nemocné případy připadá jen 3,9 %.

Rozdělení nemocných podle diagnóz

Onemocnění	N	%
Ischemická choroba srdeční	575	55,3
Infarkt myokardu	130	12,5
Hypertonická nemoc	124	11,9
Ischemická choroba dolních končetin	101	9,7
Jiné choroby srdce a cév	69	6,7
Gynekologické choroby	41	3,9

V tabulce 2 jsou rozdělení nemocní podle indikačních skupin pro příjem nemocných na PZP a podle základního onemocnění.

Tab. 2

Komplikace vedoucí k přijetí na PZP ve vztahu k základní diagnóze

Komplikace	Celkový počet přijatých	Z toho s příjmovou dg		
		ICHS	IM	ostatní
Komorové extrasystolie	21	13	8	0
Fibrilace síní	13	11	1	1
Zhoršení anginy pectoris	12	7	5	0
Změny po ergometrii	9	1	8	0
Jiné dysrytmie	4	3	1	0
Odlišné vstupní EKG	4	4	0	0
Kardiální subkompensace	3	3	0	0
Nekardiologické choroby	7	5	1	1
Celkem	73	47	24	2

Na PZP bylo přijato v roce 1982 celkem 71 nemocných, z toho někteří jen krátkodobě do té doby, než byli převezeni na koronární jednotku do Chebu.

Největší skupinu tvoří nemocní, kteří byli přijati na PZP pro zvýraznění nebo znovu se objevení komorové extrasystolie. Její přítomnost je obvykle (4, 20) u nemocných s ICHS považována za nepříznivé prognostické znamení. Podle Chianga (8) je u nemocných s komorovou extrasystolií 6krát větší pravděpodobnost náhlé smrti (3, 6, 14).

Z 21 nemocných mělo extrasystoly 14 nemocných, podle zdravotnické dokumentace, jež byla k dispozici, už intermitentně dříve nebo byly přítomny při vzniku IM. U 12 nemocných jsme zachytili extrasystoly v prvních třech dnech po přijetí a u 5 nemocných došlo k jejich vzniku po zátěžovém testu. Nemocní byli léčeni

Tab. 1

běžným způsobem s dobrým efektem u většiny nemocných, nicméně 3 nemocné bylo nutné přeložit na koronární jednotku do Chebu.

Nemocných s paroxysmální fibrilací síní bylo celkem 13. Na PZP jsme přijímali jen nemocné bez větších klinických potíží a beze změn oběhových parametrů, kontraindikací k příjmu byl také první paroxysmus fibrilace síní, kde bylo současně podezření na akutní koronární příhodu. Mnohé z fibrilačních paroxysmů lze zvládnout ambulantně jen zintenzívněním dosavadní léčby, mnozí nemocní se tak už dlouho léčí sami, ale je dosti takových, kteří přijdou na koronární jednotku sice se sinusovým rytmem, ale s bradykardií pod 40/min a s výraznými subjektivními potížemi plynoucími z nízkého minutového objemu. Proto jsme zásadně nemocné s paroxysmem fibrilace síní přijímali na PZP. 5 ze 13 nemocných jsme odeslali po podání zajišťovací léčby na koronární jednotku.

Zátěžový test nelze obecně považovat za indiferentní vyšetření, je vlastně největší zátěž při lázeňské léčbě (5). Niitani a Miyako (15) na podkladě rozsáhlých zkušeností navrhli preventivní opatření u nemocných, kde bylo nutno předčasně přerušit ergometrické vyšetření. Jejich doporučení, kterým jsme se řídili i my, zachycuje tabulka 3.

Tab. 3

Komplikace po ergometrii

Komplikace po ergometrii	Navržený léčebný postup
Hypotenze, ataxie, dušnost	klid vleže, kyslík, monitorování
Závažné dysrytmie	obvyklá antidysrhythmická léčba, přesun na koron. jednotku
Infarkt myokardu	beta—blokátory, sedativa, analgesie, přesun na koron. jednotku
Záchvat anginy pectoris	nitroglycerin, klid vleže, kyslík, sledování
Přetrvávající změny na EKG	klid vleže, kyslík, monitorování
Komorové extrasystolie	odpočinek vleže, antidysrhythmika, kyslík, monitorování

Zhoršení anginózních potíží ve smyslu charakteristiky nestabilní anginy pectoris (11, 17) bylo příčinou přijetí 12 nemocných na PZP. Z nich bylo nutno 5 nemocných po jedné až 15 hodinách přeložit na koronární jednotku pro změny na EKG křivce, svědčící pro možný IM podle kritérií SZO (9).

Změny na EKG přetrvávající déle než 10 minut jsme zachytili 24krát ze 399 vyšetření. U 9 nemocných přetrvávaly odchylky na EKG, i když méně výrazně, jednu hodinu, což jsme považovali za indikaci k expektaci na PZP. Jednoho nemocného bylo nutno druhý den přeložit na koronární jednotku.

U 4 nemocných jsme našli při příjmu odchylky ve tvaru křivky proti popisu v lékařské zprávě. Jednalo se vesměs o nemocné odeslané na lázeňskou léčbu s diagnózou ICHS.

Ve skupině jiné dysrytmie byli léčeni na PZP nemocní s těmito diagnózami: paroxysmální supraventrikulární tachykardie 2krát; frekvenční blok levého raménka Tawarova 1krát a dysfunkce sinusového uzlu 1krát.

Tři nemocní s projevy kardinální subkompenzace byli po propuštění z PZP zařazeni do skupiny rizikových nemocných a byla jim poskytnuta jen základní režimová léčba a minimální balneace. V poslední skupině je zařazeno 7 nemocných léčených na PZP s nekardiologickými chorobami.

Podstata lázeňsko-rehabilitační léčby kardiovaskulárních chorob spočívá v podávání různých balneoprocédur a v pohybové rehabilitaci; oba způsoby však zatěžují oběhový systém. Proto bylo nutno nemocné po propuštění z PZP otestovat telemetrií před pohybovou rehabilitací a podle ní stanovit intenzitu fyzické zátěže. Pokud jde o balneaci, podávali jsme koupele méně zatěžující, s poloviční nebo dvoutřetinovou náplní vany, a po skončení koupele jsme nemocné jednu hodinu monitorovali. Tuto zásadu vzhledem k personálnímu obsazení nebylo možno u všech nemocných dodržet. Tabulka 4 ukazuje, jaký byl další osud nemocných hospitalizovaných na PZP a tím snad i do určité míry dokumentuje závažnost jednotlivých komplikací.

Tab. 4

Komplikace vedoucí k přijetí na PZP a další osud nemocných

Komplikace	PZP	KJ*	VLÚ	VN	†
Komorové extrasystolie	21	3	1	2	2
Fibrilace síní	13	5	5	0	1
Zhoršení anginy pectoris	12	5	1	4	0
Změny po ergometrii	9	1	0	1	0
Jiné dysrytmie	4	0	0	0	0
Odlišné vstupní EKG	4	0	0	0	0
Kardiální subkompenzace	3	0	0	0	1
Nekardiologické choroby	7	4	2	2	0
Celkem	73	18	9	9	4

* event. interní odd. OÚNZ Cheb nebo jiné odborné oddělení

Z tabulky vyplývá, že na PZP bylo přijato celkem 73 nemocných, z toho na koronární jednotku bylo odesláno 14 nemocných a na jiná odborná oddělení OÚNZ Cheb 4 nemocní. Z 18 nemocných léčených mimo náš ústav se polovina vrátila po zlepšení stavu zpět, druhá po-

lovina byla přeložena k další léčbě do nejbližší nebo spádové nemocnice. 4 nemocní, přijatí na PZP, zemřeli do 2–6 týdnů po odchodu z našeho ústavu. Zprávy o osudu nemocných léčených na PZP jsme získali pomocí rozeslaných dotazníků.

Diskuse

Jak jsme v úvodu řekli, bylo zřízení PZP nezbytné již z provozních a technických důvodů. Ve čtyřposchodové budově s třemi přístavky nelze ponechat rizikové nemocné kdekoli, ale je nutno je mít někde koncentrovány tak, aby mohly být pozorovány, patřičně léčeny a aby jim v případě potřeby mohla být poskytnuta nezbytná pomoc včas. Tento úkol plnil PZP podle našeho očekávání dobře. Léčebná péče o nemocné se zlepšila, převoz indikovaných nemocných se urychlil a všichni nemocní byli zajištěni před transportem nezbytnou medikamentózní léčbou.

Rovněž práce sester, počínaje donáškou stravy až po plnění vlastních odborných povinností, se usnadnila.

Podrobnější rozbor jednotlivých skupin hospitalizovaných na PZP se neodvažujeme dělat. Délka činnosti PZP ani počet nemocných nejsou tak velké, aby bylo možno vyvozovat závěry s obecnější platností. Přesto se domníváme, že stojí za to zmínit se o některých našich poznatcích.

Je známou zkušeností [1, 4], že rizikovost ICHS je v nepřímé závislosti na časovém úseku od vzniku IM. Naše výsledky tuto zkušenost rovněž potvrzují; ze 130 nemocných po IM bylo z kardiologických příčin očekováno na PZP 23 nemocných, tj. 17,7 %, zatímco z 575 nemocných s ICHS 42 nemocných, tj. 9,3 % a ze zbývajících 335 nemocných jen jeden nemocný, tj. 0,3 %. Proto u všech pacientů po nedávno proběhlém IM, ať už šlo o nemocné odeslané přímo z vojenské nemocnice na doléčení, nebo o nemocné s lázeňským poukazem odeslané přes SVLRZ (Správa vojenských lázeňských a rekreačních zařízení), děláme pravidelné lékařské kontroly denně a rehabilitační program povolujeme až po provedení ergometrického vyšetření. Při objevení se jakýchkoliv subjektivních potíží nebo při vzniku nějaké dysrytmie posuzujeme jejich stav přísněji než u nemocných s dlouhou dobou od vzniku IM.

Fibrilace síní i komorové extrasystolie se vyskytla u 34 nemocných, z toho u 25 v prvním týdnu pobytu, 7 nemocných muselo být dokonce hned po svém příjezdu přijato na PZP k expectaci. Příčinou bude zřejmě zvýšené fyzické vypětí spojené s cestováním i psychická zátěž daná maladaptací na nové životní prostředí (sociální vztahy, ubytování, stravování apod.). Odesílající lékaři by měli být seznámeni s touto skutečností a měli by svým nemocným doporučit nejvhodnější způsob dopravy a odeslání zavazadel zásadně předem. Pravděpodobně by bylo správné zajistit indikované nemocné na

cestu preventivním podáním antirytmik a sedativ.

Čtyři nemocné jsme sledovali na PZP pro odlišný nálezný na EKG křivce při příjmu a v návrhu na lázeňskou léčbu. Řada měsíců mezi napsáním lékařské zprávy a mezi odesláním nemocného na lázeňskou léčbu nevyklučuje možnost klinicky němě proběhlé koronární příhody. Lze ovšem uvažovat i o jiné možné příčině diskrepance EKG nálezů, jako neúplný popis EKG křivky nebo opsání závěrů ze starší lékařské zprávy. Nedávno proběhlá koronární příhoda však pro nás značí zásadní změnu v léčebném programu, neboť se mění intenzita balneoprocedur a je nutno zajistit ergometrická i telemetrická vyšetření. Přimlouváme se proto za to, aby nemocní s ICHS, kteří jsou odesíláni na lázeňskou léčbu, byli v týdnu před odchodem do lázní ambulantně překontrolováni, podobně jako je tomu u nemocných na doléčení.

Vojenské nemocnice obvykle nedělají (alespoň podle našich dosavadních zkušeností z roku 1982) časné ergometrické vyšetření (13, 16) ani před propuštěním nemocného po IM z oddělení, ani před nástupem na lázeňskou léčbu. První ergometrická vyšetření děláme ve většině případů u nemocných po IM až v našem ústavu, což je snad příčinou dost vysokého počtu komplikací, které u 9 nemocných byly důvodem k expektaci na PZP.

Zhoršení anginózních potíží, nestabilní angina pectoris je různými autory (4, 17) různě vykládána od okamžité indikace k přijetí na koronární jednotku do ponechávání těchto nemocných v domácím ošetřování pro řídký vznik IM a ještě řidší letální komplikace. Jsme si dobře vědomi rozdílů v režimu dne mezi lázeňským a nemocničním pacientem, a proto jsme byli dost opatrní ve svém postupu a všechny nemocné jsme raději expektovali na PZP.

Celkový počet nemocných, kteří netolerovali ani zátěž 25 W, byl 21. U těchto pacientů je možný jen individuální a omezený rehabilitační program. Jejich profit z lázeňského pobytu je tudíž minimální. Zdá se proto oprávněné připomenout na tomto místě C. Halhuberovou (7) i jiné (10, 12, 14), kteří prokazují, že nízká pracovní tolerance, spojená s výraznou depresí úseku ST při zátěži nebo s přítomností anginy pectoris, signalizuje u nemocných po IM postižení dalších koronárních větví závažnou stenózou. U těchto nemocných je plně indikováno koronarografické vyšetření, které rozhodne o indikaci k rekonstrukční operaci na věnčitých tepnách. Odeslání těchto nemocných na lázeňskou léčbu nepochybně oddaluje u některých z nich chirurgickou léčbu jako metodu volby. Znovu je nutno podtrhnout, že lázeňská léčba má svoje specifické indikace a že nenahrazuje chirurgickou léčbu.

Závěr

Bylo promluveno o důvodech vedoucích ke zřízení PZP i o jeho přínosu na zlepšení léčeb-

né starostlivosti o nemocné. Dále byly stručně vyhodnoceny některé poznatky z dosavadní činnosti PZP.

Souhrn

V úvodu práce byly zhodnoceny důvody vedoucí ke zřízení pokoje zvýšené péče v kardiologicky zaměřeném lázeňském ústavu. Častěji hospitalizovanými nemocnými byli nemocní po infarktu myokardu, nežli nemocní s chronickou chorobou srdeční. Pokud jde o diagnostické rozložení nemocných, nejčastější příčinou k přijetí byla komorová extrasystolie, intermitentní fibrilace síní, zhoršení anginy pectoris a změny po ergometrii na EKG křivce.

V závěru jsou zdůrazněny některé poznatky, jejichž dodržování zlepši spolupráci mezi lázeňskými lékaři a lékaři odesílajícími nemocné na lázeňskou léčbu ve prospěch nemocných.

Literatura

1. Babíček, K.: Diskusní příspěvek. Kardiologický den v Liberci, 22. dubna 1982.
2. Benda, J. - Hurych, J.: Zásady léčebné metodiky včasné rehabilitace nemocných po akutním infarktu myokardu s nekomplikovaným průběhem v lázních. [Závěrečná zpráva.] Mariánské Lázně, VÚB 1977.
3. Blackburn, H. - Taylor, H. L. - Hamrell, B. aj.: Premature Ventricular Complexes Induced by Stress Testing. Amer. J. Cardiol., 31, 1973, s. 441—449.
4. Fejfar, Z. - Vrána, M.: Prevence náhlé smrti u ischemické choroby srdeční. Novinky v medicíně 22, Praha, Avicenum 1981, s. 15—17.
5. Filip, Z. - Dub, A. - Omáčka, A.: Komplikace při lázeňské rehabilitaci nemocných po infarktu myokardu. Prakt. Lék., 61, 1981, č. 18, s. 684—686.
6. Goldschlager, N. - Cake, D. - Cohn, K.: Exercise induced ventricular arrhythmias in patients with coronary artery disease. Amer. J. Cardiol., 31, 1973, s. 434 až 440.
7. Halhuber, C.: Rehabilitation in ambulanten Koronargruppen. Berlin, Springer-Verlag 1980.
8. Chiang, B. N. - Perlman, L. V. - Ostrander, L. D.: Relationship of premature systoles to coronary heart disease and sudden death in Tecumseh epidemiologic study. Ann. intern. Med., 70, 1969, s. 1159.
9. Ischaemic Heart disease registers. Copenhagen, WHO 1971.
10. Kaltenbach, M. - Roskam, H.: Vom Belastungs-EKG zur Koronarangiographie. Berlin, Springer-Verlag 1980.
11. Kozák, P.: Nestabilní angina pectoris. Prakt. Lék., 60, 1980, č. 24, s. 849—850.
12. Lang, E.: Koronare Herzkrankheit. Berlin, Springer-Verlag 1980.
13. Malý, O. - Babíček, K.: Časný zátěžový test u nemocných po akutním infarktu myokardu. Čas. Lék. čes., 122, 1983, č. 24, s. 756—760.
14. Mc Henry, P. L. - Fisch, C. - Jordan, J. V.: Cardiac arrhythmias observed during maximal treadmill exercise testing. Amer. J. Cardiol., 29, 1972, s. 331—335.
15. Niitani, H. - Miyake, K.: Clinical application of exercise. Jap. Circul. J., 37, 1971, s. 71—75.
16. Rubáček, M. - Dostalíková, E. - Parma, A. - Šipula, J.: Zátěžový test na bicyklovém ergometru v ponemocniční fázi léčby akutního infarktu myokardu. Prakt. Lék., 60, 1980, č. 21, s. 758—760.
17. Scheidt, S. - Wolk, M. - Killip, T.: Unstable angina pectoris. Amer. J. Med., 60, 1976, s. 409.

-
18. Stamler, J.: Primary prevention of sudden coronary death. *Circulation*, 52, 1975, suppl. III, s. 258.
19. Sympozium Tělesná cvičení a kardiovaskulární funkce. [Diskusní závěry.] Bratislava, 28.—31. 10. 1981.
20. Widimský, J. - Víšek, V.: Preventivní kardiologie. Praha, Avicenum 1981.
- Klíčová slova: Lázeňská léčba; Intermediální péče.