

616.127-005.8:616.69:355.33

REFERENCE O SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ PACIENTŮ PO INFARKTU MYOKARDU, VOJÁKŮ Z POVOLÁNÍ, ZJIŠŤOVANÁ BĚHEM LÁZEŇSKÉHO LÉČENÍ

Plk. MUDr. František SEDLÁK, CSc., plk. MUDr. Jaroslav TŮMA, CSc.

Vojenský lázeňský ústav, Františkovy Lázně

(náčelník: pplk. MUDr. J. Peták)

Ústav leteckého zdravotnictví, Praha

(náčelník: plk. MUDr. M. Haňka)

V poslední době připomínají autoři [2, 3, 6, 7, 10, 12, 13], zabývající se u nás i jinde ve světě významem rehabilitace mužů po infarktu myokardu, že v zájmu její komplexnosti je důležité seriózně řešit také readaptaci těchto jedinců ve sféře sexuálního života. Tyto připomínky se staly podnětem pro naši práci. Lázeňské prostředí je podle našeho mínění velmi vhodným místem pro získávání dalších informací v uvedené problematice. Nemocní, kteří sem přicházejí, nemají již větších potíží z hlediska kardiovaskulárního onemocnění. Jejich léčebný režim je proti nemocničnímu podstatně volnější. Denní vizity konané individuálně na lékařském pokoji se stávají postupně vedle lázeňské též společenskou komunikací, při níž se najde dostatečný prostor i pro sexuální otázky. Lékaři pověřeni ošetřováním těchto nemocných celkem shodně udávají, že tabuizace sexuality bývá spíše stanoviskem lékařským, zatímco nemocní se ve své většině dožadují zodpovědného a fundovaného vysvětlení všech svých nových problémů v sexuální sféře.

Ke vzniku infarktu myokardu dochází u mužů často už ve věku 45–50 let. Toto období je charakterizováno nejvyšším vypětím tvůrčích

sil u muže, je dobou, kdy muž dosahuje maximum společenských i pracovních úspěchů. Infarkt myokardu se za této situace obvykle stává prvním vážným varováním, že i velmi exponovaný lidský jedinec je v oblasti vlastního zdraví významně zranitelný. Změny životních plánů, které s sebou stav po infarktu myokardu přináší, jsou muži často velmi nepříznivě pocítovány. Je nutné revidovat představy o svých dalších možnostech a pokusit se stanovit životní cíle podstatně střízlivěji. I když se v našem státě nemusíme bát sociální nejistoty, je přesto infarkt myokardu velmi silným zásahem do života každého postiženého, a to o to větším, že se vyskytuje častěji především u osob s vysokými nároky na sociální úspěšnost a s ostatními charakteristikami chování typu A, jak je v literatuře [13, 20] často udáváno. „Infarktové“ období koinciduje však u mužské populace ještě s dalším krizovým jevem. Ve věku, který je typický pro manifestaci ischemické choroby srdeční první koronární příhodou, se začínají současně hlásit některé příznaky mužského pseudoklimakteria [14] nebo chceme-li použít Vondráčkova termínu, je to období paniky ze „zavírajících se dveří“.

Sexuální zdatnost se začíná fyziologicky ve věku kolem 50 let u většiny mužů vlivem různých sexuálních i nesexuálních faktorů výrazněji snižovat [9]. Subjektivně se objevují obavy ze selhání, ze snížení nebo ze ztráty potence. Erektivita je i za zcela fyziologické situace funkcí dosti labilní a poměrně snadno negativně ovlivnitelná. Pro muže má však většinou z psychologického hlediska eminentní význam [5, 6, 12, 13, 23], někteří v ní vidí až symbolicky důkaz oprávněnosti své životní satisfakce. Vzniklý infarkt myokardu přináší s sebou spletitý okruh nejistot a úzkostí spjatých s dalším sexuálním životem. Pacient se bojí kardiálních komplikací spojených s námahou při sexuálním aktu a současně se také obává možné změny nebo ztráty sexuálního vztahu, nebude-li moci prokazovat, že je stejně zdatným sexuálním partnerem jako dříve [14]. Je tedy zřejmé, že tak silně psychicky ovlivňující událost, jako je infarkt myokardu, může vést ke vzniku nebo k prohloubení již existujících poruch v sexuálním životě.

Ve svém retrospektivně zaměřeném sdělení se pokusíme zodpovědět především otázku, jakým způsobem je pozměněn průběh sexuálního života u mužů specifické části naší populace, u vojáků z povolání, ve druhé fázi rehabilitace nemocných po infarktu myokardu.

Pracovní metodika a zhodnocení klinického materiálu

Naše sestava je tvořena 185 vojáky z povolání, kteří byli odesláni na lázeňské doléčení po akutním infarktu myokardu v době od 31. ledna 1982 do 30. června 1983.

8 nemocných odmítlo se účastnit prováděné studie nebo vyplnilo dotazníky nedostatečně. 4 probandi neměli pohlavní styk před infarktem myokardu delší dobu, nežli 6 měsíců. Předkládaná studie je tedy tvořena 173 osobami.

Věkové rozvrstvení našich nemocných dokumentuje tabulka 1.

Tab. 1

Věkové rozvrstvení nemocných

Věk	Celkem nemocných	
	N	%
26—35 let	2	1,2
36—45 let	13	7,5
46—50 let	34	19,6
50—55 let	97	56
56—60 let	25	14,5
61 let	2	1,2

Nejmladší nemocný měl 26 let, dva nejstarší 61 let. Průměrný věk činil 50 let, největší část nemocných byla ve věku 51 až 55 let. Průměrná délka

pobytu v nemocnici byla 25,8 dne a průměrná délka čekací doby na nástup na lázeňskou léčbu byla 4,1 měsíce, což značí, že nemocní po infarktu myokardu přicházeli ve většině případů na doléčení koncem 5. měsíce od vzniku koronární příhody.

Zhodnocení sexuálního života bylo provedeno pomocí zjednodušeného dotazníku, vycházejícího z klasické metody podle Mellana a upravené Kratochvílem. Dotazníky byly vyplňovány za přítomnosti lékaře ve druhém týdnu pobytu vždy ve skupině po 2—5 nemocných.

Výsledky

Výsledky šetření jsou shrnuty v následujících tabulkách.

Tab. 2

Obnovení sexuálního života po infarktu myokardu

Doba	N	%
do 1 týdne	54	31,2
1—2 týdny	31	17,9
3—4 týdny	24	13,9
5—6 týdnů	18	10,4
nad 6 týdnů	19	11,—
vůbec ne	27	15,6

Tabulka 2 ukazuje, v jakém časovém úseku docházelo u našich probandů k obnovení sexuálního života. K prvnímu pohlavnímu styku došlo po propuštění z nemocnice v 31 % už v prvním týdnu a koitální aktivitu obnovilo 73,4 % nemocných do 6 týdnů. 27 nemocných v době prováděného šetření dosud nemělo pohlavní styk.

Tab. 3

Sexuální apetence před a po infarktu myokardu

Výskyt	Před IM		Po IM	
	N	%	N	%
3krát v týdnu a více	57	33,—	12	6,9
2krát v týdnu	53	30,6	45	26,—
1krát v týdnu	39	22,5	53	30,6
1—2krát měsíčně	23	13,3	46	26,9
méně nežli 1krát měsíčně	1	0,6	17	9,6

Tabulka 3 posuzuje sexuální apetenci. Považujeme-li potřebu nejméně jednoho pohlavního styku týdně vzhledem k věku našich nemoc-

ných za přiměřenou, pak je možno říci, že sexuální apetence byla před infarktem myokardu v normálním rozmezí u 149 nemocných, zatímco po infarktu myokardu jen u 110 nemocných, tedy u 86,1 % a u 63,6 % osob sledovaného vzorku. Rozdíl je statisticky významný ($p < 0,01$, testováno X^2 pro korelované rozložení alternativních znaků postupem podle Mc Namary). Po infarktu myokardu dochází tedy k výraznému snížení sexuální apetence.

Tab. 4

Koitaální aktivita před a po infarktu myokardu

Frekvence	Před IM		Po IM	
	N	%	N	%
3krát v týdnu a více	40	23,1	7	4,-
2krát v týdnu	63	36,4	21	12,2
1krát v týdnu	41	23,7	47	27,2
1—2krát měsíčně	25	14,5	60	34,6
méně nežli 1krát měsíčně	4	2,3	11	6,4
nemá styk			27	15,6

Tabulka 4 srovnává frekvenci sexuálních styků před infarktem myokardu a po něm do doby lázeňské léčby. Přiměřená koitaální aktivita byla před infarktem myokardu u 144 (83,2 %) nemocných, zatímco po infarktu myokardu jen u 75 (43,3 %) nemocných. Frekvence sexuálních styků se tedy po infarktu myokardu podstatně snížila ($p < 0,01$).

Tab. 5

Poruchy erekce před a po infarktu myokardu

Výskyt poruchy	Před IM		Po IM	
	N	%	N	%
není	85	49,1	36	20,8
zřídka	74	42,8	71	41,-
často	14	8,1	39	22,6
nemá styk			27	15,6

Tabulka 5 si všímá výskytu erektilních poruch. Častou poruchou erekce před infarktem myokardu přiznávalo 14 (8,1 %) nemocných, po infarktu myokardu 39 (22,5 %) nemocných. Výskyt zřetelné poruchy erektility je po infarktu myokardu významně častější ($p < 0,01$). Rozdíly v sexuální apetenci, frekvenci pohlavních styků a výskytu erektilních poruch před infarktem myokardu a po něm do doby lázeň-

ské léčby jsou v našem souboru podle sebehodnocení pacientů zcela zřejmé.

Tab. 6

Předčasná ejakulace před a po infarktu myokardu

Výskyt poruchy	Před IM		Po IM	
	N	%	N	%
není	86	58,9	86	58,9
zřídka	54	37,-	53	36,3
často	6	4,1	7	4,8

Tabulka 6 ukazuje, jak často byly přítomny ejakulační poruchy. Jsou hodnoceni jen ti pacienti, kteří už obnovili svůj pohlavní život. Tabulka potvrzuje známou skutečnost [9, 25], že ejakulační dysfunkce jsou častější stížností v mládí, ale v pozdějším věku při pravidelném pohlavním životě je jejich výskyt řídký, takže ani tak významná událost, jako je infarkt myokardu, nemá na jejich četnost vliv.

Tab. 7

Výskyt potíží při sexuálním styku u 146 nemocných

Potíže	Před IM	1. styk	Nyní
strach	6	45	2
palpitace	14	41	8
vyčerpání	7	27	4
dušnost	7	12	0
stenokardie	5	19	3
přerušování styku	3	4	2
nutný NTG	—	3	—
bez potíží	122	50	135

Tabulka 7 prezentuje výskyt sexuálních potíží před infarktem myokardu, při prvním styku a v době víceméně pravidelné koitaální aktivity. Před infarktem myokardu mělo sexuální potíže 24 nemocných, při prvním pohlavním styku 96 nemocných a v době nástupu na lázeňskou léčbu 11 nemocných. Ve většině případů šlo spíše o psychogenně podmíněné stavy. Za potíže, které lze opravdu přičíst na vrub ischemické chorobě srdeční, lze považovat jen stenokardie, jejichž výskyt při styku je nutno chápat jako ekvivalent anginy d'effortu.

Diskuse

K obnovení sexuálního života docházelo u našich nemocných po infarktu myokardu ve shodě s literárními údaji [10, 12, 14, 22, 23, 25, 27]

poměrně brzy. 54 nemocných uskutečnilo první pohlavní styk už do týdne po propuštění z nemocnice, většina, tj. 127, do 6 týdnů a jen u 18 došlo k obnovení sexuálního života později v intervalu 2–5 měsíců. Naše zkušenosti tak dovolují postavit premisi, že pokud nedojde k zahájení pohlavního života do 2 měsíců po propuštění z nemocnice, je jen malá naděje na spontánní restituci sexuální funkce.

Počet nemocných, kteří pohlavně nežijí po proběhlém infarktu myokardu, tvoří v naší sestavě 15 %. Je to dosti vysoké číslo, nicméně je zhruba ve shodě s jinými literárními údaji (6, 23, 25, 26, 27). Vzhledem k tomu, jaký má význam sexualita pro muže v jeho životě, je to konstatování dosti skličující. Aniž bychom chtěli nějak nadhodnocovat význam sexuálního života, je nutno přiznat, že je jedním ze základních projevů bytí člověka. Nemožnost sexuální seberealizace značí ochuzení jedince o komplexní pocit osobního štěstí (7, 8). K tomu je nutno připočíst ještě skutečnost, že hodnota pohlavního života je u řady nemocných, kteří obnovili sexuální život, různým způsobem hendikepována. Kvalita sexuálního styku je znehodnocována především obavami z možných kardiálních komplikací. Často se objevují stížnosti na palpitace, vyčerpanost a dušnost. Při zahájení pohlavního života nejsou řídké ani stenokardické potíže.

Na otázku, jaká je příčina snížené intenzity pohlavního života, popřípadě úplná absence koitální aktivity, nelze jednoznačně odpovědět. V písemnictví jsou uváděny různé příčiny. Pokusíme se je okomentovat, vycházejíce ze svého poměrně rozsáhlého klinického materiálu.

Věk nemocného a obnovení sexuálního života. Podle Kinseye (11) 7 % amerických mužů ve věku kolem 50 let už nežije plnohodnotným a pravidelným pohlavním životem. Také práce Zvěřiny (27) uvádí věk jako jeden z hlavních určujících faktorů, zdali dojde či nedojde k obnovení sexuálního života po infarktu myokardu. V jeho studiu byly rozdíly mezi probandy ve věku do 50 let a nad 50 let statisticky významné. Rovněž naše práce svědčí pro význam věkového faktoru. Rozdíl ve skupině nemocných do 55 let a nad 55 let při hodnocení obnovení sexuálního života byl statisticky významný ($p < 0,01$). Význam věku jako limitujícího faktoru při obnovování pohlavního života po infarktu myokardu potvrzují i práce jiných (8, 16).

Závažné interní choroby. Negativně ovlivňují sexuální život některé interní choroby. Nejčastěji jsou uváděny: mozková cévní příhoda, ischemická choroba dolních končetin, diabetes mellitus, hypertenzivní nemoc a obezita (13, 19, 24, 26). Při srovnání obou skupin našich probandů jsme však nenašli podstatných rozdílů.

Farmakoterapie. Dalším faktorem, který by mohl ovlivnit sexuální život u našich nemocných, je jim doporučovaná medikamentózní

léčba (4, 6, 13, 15, 23). Beta-blokátory, hypotensiva, kardiotonika mají mít negativní vliv jak na libido, tak na erektivní pohotovost. Napopak nitráty, předcházející vzniku anginózních potíží, působí vasodilataci, a tak ve svém důsledku ovlivňují potenci příznivě. Při srovnání 146 nemocných, kteří už začali pravidelně pohlavně žít, a 27 nemocných, kteří dosud neobnovili svoji koitální aktivitu, nebylo možno v naší studii nalézt podstatných rozdílů ve farmakologické medikaci.

Závažnost vlastního onemocnění. Kardiovaskulární systém u mužů je vlastně ze sexuálního hlediska výkonnostně podmiňujícím orgánem, to značí, že pro schopnost pohlavního života je nezbytnou podmínkou, aby nemocný byl schopen tolerovat určitou oběhovou zátěž. Při rozdělení nemocných na ty, kteří tolerovali jen zátěž do 50 W, a na nemocné, kteří byli schopni vyšší zátěže, jsme vzhledem k obnovení sexuálního života prokázali statisticky významnou rozdílnost obou skupin na úrovni 5 %.

Psychosociální faktory. Pro restituci pohlavního života má velký význam také psychosociální faktor a snad ještě větší nežli ergometricky potvrzená oběhová zdatnost. Premorbidní nervová instabilita, strach z možných komplikací při styku, úzkostlivost sexuální partnerky vytváří nepříznivé klima pro sexuální aktivitu. Také Kotál, Zvěřina, Halhuber a jiní (1, 5, 8, 15, 17) přikládají tomuto činiteli významné místo mezi příčinami sexuálních potíží po infarktu myokardu. K jejich prevenci by mohlo přispět včasné a přiměřené poučení nemocných o sexuálním životě po infarktu myokardu (22). Rovněž podle názoru našich pacientů by se tak podstatně usnadnila sexuální readaptace. Z našich zkušeností, které jsou ve shodě s literárními údaji (7), ale vyplývá, že takto zaměřené zdravotnické osvětě jsme zatím ještě hodně dlužni, neboť 70 % našich nemocných nebyly poskytnuty jakékoliv informace v tomto ohledu.

Souhrn

Bylo provedeno zhodnocení pohlavního života 173 vojáků z povolání po infarktu myokardu v době nástupu na lázeňskou léčbu. K obnovení sexuálního života dochází poměrně brzy po propuštění z nemocnice. Nicméně v době nástupu na lázeňskou léčbu skoro jedna šestina nemocných nezačala dosud pohlavně žít. U velké části nemocných dochází ke snížení kvality sexuálního života, snižuje se sexuální apetence, klesá koitální aktivita a objevují se poruchy erekce.

Příčin, proč nedochází k obnovení plnohodnotného pohlavního života, je více. Významnou roli hrají psychosociální faktory, věk nemocného a neschopnost tolerovat ani středně velkou oběhovou zátěž.

Literatura

1. Desiatnikov, V. T. - Zaicev, V. P. - Košev, V. S.: Seksologičeskie voprosy posle infarkta miokarda. Klin. Med., 56, 1978, č. 1, s. 87–93.

2. Egger, J.: Sexuelle Funktionstörungen nach Myokardinfarkt. *Fortschr. Med.*, 100, 1982, s. 421—428.
3. Fabián, J.: Diskusní příspěvek. Krajský kardiologický seminář v Liberci. 22. dubna 1982.
4. Gross, J.: Potenzstörungen älternder Männer. *Fortschr. Med.*, 93, 1975, s. 987—989.
5. Halhuber, C.: Herzinfarkt und Sexualität aus der Sicht des Internisten. *Sexualmedizin*, 5, 1976, č. 10, s. 13—16.
6. Halhuber, C.: *Rehabilitation in ambulanten Koronargruppen*. Berlin, Springer-Verlag 1980.
7. Halhuber, M. J.: Herzinfarkt und Sexualität. *Sexualmedizin*, 5, 1976, č. 10, s. 8—9.
8. Hellerstein, H. H. - Friedman, E. H.: Sexual Activity and the Postcoronary Patient. *Arch. Int. Med.*, 125, 1970, s. 987—989.
9. Katchadourian, H. A. - Lunde, D. T.: *Fundamentals of Human Sexuality*. San Francisco, Holt, Rinehardt and Winstone 1980.
10. Vavanagh, T. - Shepard, R. J.: Sexual Activity after myocardial infarction. *Can. med. Ass.*, 116, 1977, s. 1250—1253.
11. Kinsey, A. C. - Pomeroy, W. B. - Martin, C. E.: *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, W. B. Saunders 1948.
12. Kotál, L.: Příspěvek k sexuální problematice mužů po srdečním infarktu. *Čas. Lék. čes.*, 116, 1977, č. 5, s. 136—139.
13. Kotál, L. - Poláčková, J. - Bočková, E. - Kučera, M. - Kubín, Z. - Jeschke, J.: Prevence sexuálních poruch u mužů po infarktu myokardu. *Čas. Lék. čes.*, 117, 1978, č. 18, s. 559—562.
14. Kotál, L. - Kučera, M. - Poláčková, J. - Bočková, E. - Jeschke, J. - Kubín, Z.: Sexuální problematika rehabilitovaných nemocných v poinfarktovém období. *Čs. Psychiat.*, 74, 1978, s. 193—199.
15. Lear, H.: Nebenefekt Sexualstörungen. *Sexualmedizin*, 3, 1974, s. 568—572.
16. Molnar, J. - Szarvas, F.: *Andrologie*. Budapest, Akademiai Kiado 1978.
17. Poláčková, J. - Páceltová, J. - Kučera, M. - Bočková, E.: Sledování psychického stavu nemocných v rámci komplexní rehabilitace v poinfarktovém období. *Čs. Psychiat.*, 73, 1977, č. 6, s. 361—369.
18. Raboch, J.: Srdeční infarkt a sexualita muže. *Prakt. Lék.*, 57, 1977, č. 10, s. 61—62.
19. Raboch, J.: Stárnutí a sexualita muže. *Čas. Lék. čes.*, 121, 1982, č. 9, s. 273—276.
20. Roseman, R. H. - Chesney, M. A.: Charakteristiky stylu chování typu A jako rizikového faktoru ischemické choroby srdeční. *Čas. Lék. čes.*, 119, 1980, s. 1393 až 1397.
21. Scalzi, C. C.: Sexual counseling and sexual therapy for patients after myocardial infarction. *Cardiovasc. Nurs.*, 18, 1982, č. 1, s. 13—17.
22. Sedlák, F. - Tůma, J.: Některé sexuální problémy vojáků z povolání po infarktu myokardu v době lázeňské péče. X. vojenské lázeňské dny, Karlovy Vary, 4.—5. 11. 1982.
23. Stocksmeir, U. - Arbeck, D.: Herzinfarkt und Sexualität. *Informationanalyse. Interdisciplinäre Forschung. Sexualmedizin*, 5, 1976, č. 10, s. 26—27.
24. Zvěřina, J.: Arterioskleróza a sexualita. *Spolek lékařů českých v Praze*, 29. 11. 1982.
25. Zvěřina, J. - Martínek, P.: Sexuální život mužů několik roků po akutním infarktu myokardu. *Prakt. Lék.*, 60, 1980, č. 15—16, s. 539—540.
26. Zvěřina, J. - Raboch, J.: Verboten des Infarkts. *Sexualmedizin*, 9, 1980, s. 446—447.
27. Zvěřina, J. - Raboch, J. - Kohout, P.: Obnovení sexuálního života po infarktu myokardu. *Čas. Lék. čes.*, 118, 1979, č. 25, s. 780—782.

Klíčová slova: Infarkt myokardu; Sexuální readaptace.