

Rehabilitáció akut coronariaszindróma után

Sándori Klára

REHABILITATION AFTER ACUTE CORONARY SYNDROME

Az akut coronariaszindróma kezelésében bekövetkező változások hatást gyakoroltak a rehabilitációra is. Az érvényben lévő nemzetközi és hazai szakmai ajánlások ezekkel a változásokkal alig foglalkoznak. Annyi biztosan látható, hogy a betegek túlnyomó többsége nem kerül rehabilitációs programokba az akut revascularisatiós beavatkozás után. Éppen azok maradnak ki, akiknek a legtöbb hasznuk volna a multidiszciplináris megközelítésből. Egységes szakmai elvekre van szükség a betegek kiválasztásában. A beteg személyisége, pszichoszociális státusa jelentősen befolyásolja a beavatkozások eredményességét. A hasznos, de csodaszernek nem tekinthető fizikai tréning mellett a pszichoszociális intervencióknak kulcsszerepük van a rehabilitációs kezelés sikerében, ez azonban csak a betegekkel foglalkozó rehabilitációs szakemberek létszámának növelésével, a finanszírozás alapvető javításával lehetséges.

akut coronariaszindróma, rehabilitáció, multifaktoriális beavatkozás

Changes that have occurred in the treatment of acute coronary syndrome have also had an impact on rehabilitation. Unfortunately, current international and national professional guidelines barely take this into account. At present, most patients after acute coronary intervention are certainly not directed to take part in rehabilitation programmes. Thus those very patients miss these programmes who would gain the most benefit from a multi-disciplinary approach to rehabilitation. It would be necessary to develop standard guidelines for the selection of patients. The outcome of the interventions is highly affected by the patients' personality and psychosocial status. It has become obvious that in addition to physical exercise, which is useful but not a cure-all, psychosocial intervention is a key component of successful rehabilitation. This, however, is possible only by increasing the number of rehabilitation professionals and also by the fundamental improvement of financing.

acute coronary syndrome, rehabilitation, multifactorial intervention

dr. Sándori Klára (levelezési cím/correspondence): Állami Szanatórium/State Sanatorium;
H-9400 Sopron, Városi út 2. E-mail: sandori@sopronszanat.hu

Érkezett: 2006. február 7. Elfogadva: 2006. április 5.

Az akut coronariaszindróma kezelésében bekövetkező változások nem hagyták érintetlenül a kardiológiai rehabilitációt sem. Az érvényben lévő szakmai ajánlások (1–5) részletezik a kardiológiai rehabilitáció célját, javallatait, lehetséges formáit, hasznosságát stb., de az akut coronariaszindrómával külön nem foglalkoznak. Munkámban az irodalomban található, relatíve kis betegszámú, randomizált vizsgálatokon alapuló nemzeti ajánlásokat (6–8) használtam fel.

Egyfelől jó irányú változás figyelhető meg az akut szak ellátói részéről, amely szerint növekvő mértékben részt vállalnak az atheroscleroticus coronariabetegségek szekunder prevenciójában. Másfelől a szívinfarktus akut szakában végzett, egyre nagyobb számú, jól megszervezett percutan coronariaintervenciót, meglepő módon, gyakran nem követi rehabilitációs kezelés.

Mielőtt ennek lehetséges okait és az általam szükségesnek tartott változásokat részletezném, vázlatosan

1. TÁBLÁZAT

<i>A kardiológiai rehabilitáció fejlődésének vázlatos áttekintése a kezdetektől napjainkig</i>	
Megcélzott betegcsoport	A program összetevői
Szövődménymentes AMI, főként fiatalok	túlnyomóan fizikai tréning,
AMI, ACBG, <65 év	fizikai tréning, dietetikai tanácsadás, pszichés vezetés, gyógyszeres kezelés
Szövődményes AMI, ACBG, billentyű- és egyéb szívűtétek, PTCA, PM, ICD, krónikus szívelégtelenség, <75 év	fizikai tréning, pszichoszociális intervenció, betegoktatás, rövid és hosszú távú cardiovascularis rizikócsökkentés, életminőség
Fentiek + ACS, nincs életkori felső határ	
<i>AMI: akut myocardialis infarctus; ACBG: aortocoronariás bypass graft; PTCA: percutan transluminaris coronaria-angioplastica; PM: pace-maker; ICD: implantálható cardioverter defibrillátor; ACS: akut coronariaszindróma</i>	

áttekintem a kardiológiai rehabilitáció belső fejlődését a javallatok és a program összetevői szempontjából (1. táblázat).

A szívinfarktus akut szakában végzett, jól megszervezett percutan coronariaintervenciót gyakran nem követi rehabilitációs kezelés.

Az 1. táblázatból leolvasható evolúció a következő változásokat tükrözi:

A rehabilitációs programokat, 30-40 éve, a szívinfarktust túlélő, fiatal betegek számára szervezték. Látható, miként tárja ki kapuját a kardiológiai rehabilitáció az egyre idősebbek számára. Ez szükséges is, mert a szívsebészeti műtéteket mind idősebb betegeken is sikeresen elvégzik. Általánosságban pedig azért, mert a népességnövekedés és ezen belül az öregek számának emelkedése a coronariabetegek abszolút számát várhatóan növeli. Irodalmi adatok szerint az öregek részvételi aránya a rehabilitációban még mindig nem megfelelő (9), de ez nem a fogadók készségén múlik.

A korábban dominálónan fizikai tréningre alapozott programok további elemekkel bővültek. Ma már bizo-

nyíték van arra (3, 10), hogy valamennyi összetevőre szükség van a kitűzött célok eléréséhez. Randomizált, kontrollált vizsgálatok metaanalízise megerősítette a fizikai tréning hasznát a mai multidiszciplináris programokon belül is (11, 12). Nem teljesen tisztázott azonban, hogy a jelen kezelési módok mellett milyen mértékű a fizikai tréning hatása.

A programelemek szaporodásával – a morbiditás, mortalitás csökkentése mellett – megjelent az életminőség javításának célja. A szekunder prevenciók célok nem választhatók el a cardialis rehabilitációtól, ez utóbbi átfogó céljába ágyazottak (1. ábra) (13).

Kételyek, kérdések és válaszok

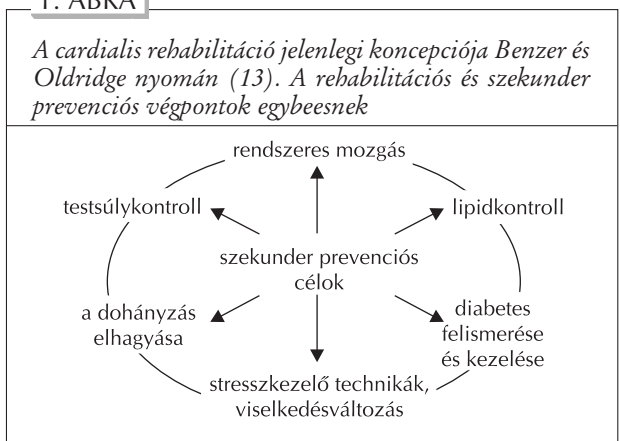
Miért tereli el az akut percutan coronariaintervenció a betegek számottevő részét a rehabilitációtól? Az egyik lehetséges válasz az, hogy a kórházi kezelés időtartama rövid, így a beteg fizikai erőnlétét nem csökkenti. Ez általában igaz, de a rehabilitáció nem tekinthető csak fizikai tréningnek.

Egyre több azoknak a betegeknek a száma – bár erről nincsenek biztos adataink –, akik betegségüket eltitkolva, mielőbb munkába állnak. Megfelelő motivációs stratégiával e betegek egy része is megnyerhető volna a rehabilitáció számára.

További érv az, hogy a működő rehabilitációs programok nem elég hatékonyak, s ezért az akut szak ellátói nem is biztatják betegeiket a rehabilitációs kezelésre. Erre a későbbiekben leírtak megadják a választ.

Milyen elvek szerint választják ki azokat a betegeket, akiknek ajánlják a rehabilitációs programot? Többek között erre keresett választ a PREVENIR francia retrospektív vizsgálat (7, 8), amelybe 77 coronariaőrző 1998 januárjában felvett, 1394 betegét vonták be. Közülük 310 (22%) beteg vett részt kardiológiai rehabilitációban. A szelektív stratégia pontosan nem derült ki, de a vizsgálat annyit feltárt, hogy a rehabilitációra irányítottak

1. ÁBRA



között több volt a férfi és a 65 évnél fiatalabb személy. Hazai vizsgálat ezzel a céllal nem készült. Azokkal értek egyet, akik szerint minden akut coronariaszindrómát túlélő betegnek szüksége van a rehabilitációra.

A primer percutan coronariaintervenció után hazabocsátott betegek rizikótényezőinek egy része hatékony gyógyszerekkel befolyásolható, de képesek lesznek-e az életviteli ajánlásokat követni? A distressztől szenvedő, D típusú személyiség biztosan nem, de a többi betegnek sincs könnyű dolga. Ha például lemond a dohányzásról, a következményes testsúlygyarapodással többnyire nem tud megbirkózni.

További konkrét példák helyett leszögezhető, hogy nem nélkülözhetők a rehabilitációs programban elsajátítható ismeretek.

A cél az ideális helyzet

Felvázolható egy olyan ideális helyzet, amely jó irányba befolyásolná a jelenlegi gyakorlatot.

Az akut esemény ellátói, eredményes revascularisatióval vagy a nélkül, klinikailag stabilizálják a beteget. Beállítják a gyógyszeres terápiát, felméri a coronariarizikó státust, és elkezdik a szekunder prevenciók gyógyszeres kezelését is. Biztatják a beteget a rehabilitációs kezelésre. Ehhez a betegek nagy részénél még stratégiákat sem kell kigondolniuk, általában oly nagy a tekintélyük a betegek előtt. A beteg klinikai állapotától, szándékától, lakóhelyétől, pszichoszociális helyzetétől függően eldöntik, hogy ambuláns programot vagy intézeti rehabilitációt ajánlanak. Ez utóbbitól csak kizáró okok esetén vagy a beteg együttműködésének hiányában tekintenek el. Mindezt tükrözi a zárójelentés, a szakmai ajánlásoktól eltérő kezelések indoklásával együtt.

Az akut szak teendői ezek alapján:

- kockázatfelmérést kell végezni, és meg kell kezdeni a kockázati tényezők megváltoztatását;
- fel kell mérni a beteg szomatikus és pszichés státusát;
- az ágynyugalmat követően meg kell kezdeni a mozgáskezelést;
- el kell végezni a korai terheléses EKG-vizsgálatot.

A beteg ezt követően, mintegy „előkészítve” kerül át a rehabilitációs osztályra vagy rehabilitációt végző ambulanciára.

A rehabilitációs szakemberek a zárójelentés vizsgálati adatait (laboratóriumi leletek, a terheléses teszt minden fontos paramétert tartalmazó leírása stb.) elfogadják kiindulási helyzetként, hiszen az ismétlések mellőzése jelentős költségsökkenítő tényező.

Folytatják és szükség szerint optimalizálják a gyógyszeres kezelést. A zárójelentésből nyert adatok és a beteg állapotának saját felmérése alapján előírják a személyre szabott mozgáskezelést. Önértékelő, lehetőleg betegség-specifikus tesztekkel felméri a beteg pszichoszociális állapotát. A rehabilitációs csoportmunka minden résztvevője (kardiológus, ápoló, gyógytornász, dietetikus, pszichológus, szociális munkás) elvégzi a maga feladatát.

Az eredményesség feltétele a rehabilitációs csoport

tagjainak folyamatos konzultációja és a vezető kardiológus összehangoló tevékenysége. A csoport tagjainak véleményét tükrözi a rehabilitációs zárójelentés, amely konkrét ajánlásokat is tartalmaz.

A korai rehabilitáció elemei

Az intézeti és az ambuláns rehabilitációban az alábbiaknak egyformán meg kell valósulniuk:

- ismételt kockázatfelmérés és a gyógyszeres, valamint nem gyógyszeres kezelés célzott folytatása, kiegészítése;
- a klinikai állapotnak megfelelően előírt és ellenőrzött mozgásterápia, azt lezáró terhelési teszttel;
- a betegek és a hozzátartozók betegséggel kapcsolatos oktatása, pszichoszociális explorációval és célzott problémamegoldással;
- modern dietetikai ismeretek ellenőrzött oktatása tanfolyamon, tankönyv-háiban, továbbá a nyersanyagok kiválasztásának demonstrációjára ételmisszer-bemutatókon;
- felkészítés a rövidesen ismét „teljes értékű ember” munkába állítására.

Egyetlen, de nem elhanyagolható tényezőt az ambuláns forma – természeténél fogva – nélkülöz. Ezt rehabilitációs miliónek vagy érzelmi klímának nevezhetjük. Olyan stimuláló környezetet jelent, amelyet csak az intézeti rehabilitáció nyújthat. Bár viszonylagos rövidsége (három-négy hét) nagy hátrány, de ezt kiválóan kompenzálhatná a megszakítás nélküli folytatás ambuláns formában.

Ezt követné az eredmények stabilizálására szolgáló harmadik fázis, egy életen keresztül. Ennek feladata a kockázati tényezők állandó eliminálására való igény kifejlesztése és ellenőrzése, a megtanult életmód-változtatás (diéta és mozgásterápia) előre megbeszélte időpontokban való ellenőrzése és újabb ismeretek átadása tanfolyamon és öntevékeny betegklubokban.

A rehabilitációs csoport szakemberei

A CARINEX vizsgálat szerint (14) a második fázisban 80%-ban kardiológus, fizioterapeuta, nővérek és dietetikusok képezték a rehabilitációs csoportot Európában. A csoport összetételében azonban szignifikáns különbségek vannak az országok között. A magyarországi helyzetről nincs megbízható adat, de annyi biztos, hogy növelni kellene az orvoslétszámot, mivel rehabilitációs osztályonként két orvos nem elegendő. A hazai rehabilitációban a csoport többi tagja sem képviselt megfelelő számban. Terheléshatás, foglalko-

Egyre több azoknak a betegeknek a száma, akik betegségüket eltitkolva, mielőbb munkába állnak.

Nem nélkülözhető a folyamatos párbeszéd az akut szak orvosai és a rehabilitációt végzők között.

zásterapeuta, programkoordinátor – több európai országhoz hasonlóan – hazánkban is ismeretlen.

Végezetül nem nélkülözhető a folyamatos párbeszéd az akut szak orvosai és a rehabilitációt végzők között annak érdekében, hogy mind az invazív beavatkozás, mind a rehabilitáció céljai minél több betegnél teljesüljenek. Szerkezetileg szét kell választani a korai kardio-

lógiai rehabilitációt a krónikus szívbetegségekre rekreációjától. Megfelelő finanszírozással biztosítani kell a szükséges számú szakembert. Már az orvosi egyetemeken megfelelő óraszámokban tanítani kellene a mozgásélet-tani és rehabilitációs ismereteket. Kardiológiai rehabilitációs szakvizsgára van szükség, ahogy ez a pszichiátriai rehabilitációban már megvalósult.

IRODALOM

1. Veress G, Berényi I, Szatmári Gy, et al. Iszkémiás szívbeteg rehabilitációja. Szakmai kollégiumi ajánlás. *Cardiologia Hungarica* 2005;35:97.
2. Berényi I, Gara I, Hoffmann A, et al. A kardiológiai rehabilitáció szakmai és szervezeti irányelvei (feltétel- és követelményrendszer). *Orvosi Hetilap* 1997;138 (33):2065-72.
3. Gianuzzi P, Saner H, Björnstad H, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation. Position paper of the working group on cardiac rehabilitation and exercise physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003;24:1273-8.
4. Balady GJ, Ades PA, Comoss P, et al. Core components of cardiac rehabilitation. Secondary prevention programs. A statement for healthcare professionals the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2000;102:1069-73.
5. Ischaemiás szívbeteg rehabilitációja. Klinikai irányelvek kézikönyve 2006. *Kardiológiai Útmutató* 2006/II.
6. Cottin Y, Cambon JP, Casillas JM, et al. Specific profile and referral bias of rehabilitated patient after an acute coronary syndrome. *J of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2004;24:38-44.
7. Danchin N, Grenier O, Ferrieres J, et al. Use of secondary preventive drugs in patients with acute coronary syndromes treated medically or with coronary angioplasty: results from the nationwide French PREVENIR survey. *Heart* 2002;88:159-62.
8. Dominic SK, Janita PC, Anne M. Acute coronary syndromes: cardiac rehabilitation programmes and quality of life. *Journal of Advanced Nursing* 2005;49(6):591-9.
9. Williams MA, Fleg JL, Ades PA, et al. Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (with emphasis on patients >75 years of age) AHA Scientific Statement. *Circulation* 2002;105:1734-43.
10. Sanderson BK, Sonthard D, Oldridge N, et al. Outcomes Evaluation in Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs. AACVPR Consensus Statement. *J of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2004;24:68-79.
11. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials special article. *Am J Med* 2004;116:682-92.
12. Thompson RD, Buchner D, Balady GJ, et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease AHA scientific statement. *Circulation* 2003;107:3109-16.
13. Benzer W, Oldridge NB. Current concepts in cardiac rehabilitation. Medical considerations and outcomes evaluations. *J of Clinical and Basic Cardiology* 2001;4(3):211-9.
14. Vanhees L, McGee HM, Dugmore LD, et al. A representative study of cardiac rehabilitation. Activities in European Union Member States. The CARINEX Survey. *J of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2002;22:264-72.