

# A beteg, a hipertonia és az orvos

[Dr. Siró Béla]

## A hipertonia jelentősége

A világszerte átlagban 20% gyakoriságú hipertonia (H) a cardio- és cerebrovascularis szövődeményekkel együtt jelentősen a leggyakoribb halálokokat az aktív életévben, okozza a beteg és családja számára sőt a társadalomban is a legnagyobb anyagi veszteséget. Ráadásul egymás rizikófaktorai, függetlenül attól, hogy vita van, melyik az elsődleges. A többi rizikófaktor, 2DM, dislipidaemia, obesitás, magasabb CRP, dohányzás, depresszió, stressz, mozgáshiány stb. is gyakoribb a H-ok között és ha a betegnek sikerül egyikétől-másikától megszabadulnia, H-ja is kezelhetőbbé válik, javul. Nagy vizsgálatok igazolják, hogy a H gyakoriságában vannak regionális, város és falu, földrajzilag észak és dél közötti, sőt kisebb régiók közötti objektív különbségek. A szociális státus, iskolázottság is befolyásoló tényező. 50–60 év alatt a férfiak, 70 felett a nők körében gyakoribb. Ebbe belejátszhat az, hogy a férfiak rövidebb várható élettartama miatt ebben a korosztályban maguk a nők is gyakoribbak. A hipertóniások nagy többségének ma is „esszenciális” a H-ja, azaz okát nem ismerjük. Ugyanakkor az intenzív kutatás a vérnyomás szabályozás számos olyan részletét tárta fel, amelyek alapján a magas vérnyomás, szerencsés esetben, normális szinten tartható. Tény az is, hogy minden terápiás protokoll szerint a H kezelése a nem gyógyszeres eljárásokkal, lényegében a kiiktatható rizikófaktorok tényleges kiiktatásával, életmód változtatással kezdődik.

Lehetséges, hogy egy olyan civilizációs betegséggel állunk szemben, amely akkor alakul ki, ha az adott egyének adott kompenzáló, szabályozó rendszerei kimerülnek.

## A hipertonia jelentősége az alapellátásban

Jelen közleményt a Medicus Universalis 2003 júniusi számában ismertetett célkitűzések alapján állítottam össze. 7 diplomamunka és egy saját felmérés anyagát öleli fel, amelyek különböző módszerekkel, szempontokból és időben a hipertonia alapellátásának kérdéseit vizsgálták a családorvos és betegek szemszögéből.

1. Az orvosok oldaláról vizsgáltuk a megelőzés, körismézés gondozás és felvilágosítás lehetőségeit, valamint azt, hogy mindebből mi is valósul meg.

2. A betegekkel kapcsolatban elsősorban betegségeikre vonatkozó helytálló ill. téves ismereteiket ill. annak fel-

derítését céloztuk meg, hogy hogyan történik a betegek kioktatása betegségeükről, ami alapja lehet jó együttműködésüknek, hogyan lehet a szakszerű ismeretek átadásakor a félreérthetőséget elkerülni és a téves ismereteket törölni, mert ez is alapvető feltétele az optimális kezelésnek. Van-e a betegeknek vérnyomásmérőjük, hogyan használják, tudják-e gyógyszerelésüket a mért értékekhez igazítani? Elfogadják-e az életvitelükben szükséges módosításokat?

## Módszer

A vizsgálatok földrajzilag, a megcélzott adatok tekintetében, a megkérdezettek számában, az adatszerzés módszerében és idejében eltérőek voltak. Ugyanakkor az így elvégzett vizsgálatok a megválaszolható kérdések szempontjából szorosan összefüggtek és átfedték egymást. Egyes kérdésekre nagyobb populációból igyekeztünk választ kapni, más kérdések megválaszolására azonban egy vagy néhány praxis vizsgálata volt lehetséges ill. elegendő. Az egyes részvizsgálatok szemlélete azonban hasonló volt. A módszerektől és az adatok számától függően, – a vizsgálatok adottságait, korlátait is figyelembe véve – egységes kép volt kialakítható a H-ás betegek családorvosi szinten történő ellátásáról.

Az adatok felvételének módja: 1. személyes interjú, orvosokkal ill. betegekkel, kérdőív alapján, 2. kérdőív kitöltése az orvos, vagy a beteg által, 3. praxis dokumentáció feldolgozása.

Tekintettel arra, hogy a vizsgálatainkból leszűrhető tanulságok különböző létszámú csoportok adatainak értékeléséből voltak levonhatók, azokat a jobb áttekinthetőség érdekében e csoportok létszámának százalékában adjuk meg.

Előre kell bocsátani, hogy e felmérések valószínűleg valamivel szebb képet mutatnak a valóságnál. Önmagára nézve negatív adatot senki sem szolgáltat szívesen.

## Anyag

A vizsgálatok összességükben a következőkben ismertetett terjedelműek voltak: 109 praxis, 184774 lakos, ebből férfi 83517, nő 101257 fő. A praxisok átlagos létszáma: 2030 fő. Az ismert H-ások száma 26243 fő (14,21%), ebből férfi 10664, nő 15579 fő. A részvizsgálatok adatait az 1. táblázatban foglaltuk össze:

## 1. táblázat

A bivatkozott vizsgálatban részt vevő praxisok száma (db)	Lakosok száma (fő)			Hypertoniások száma (fő)		
	Férfi	Nő	Összesen	Férfi	Nő	Összesen
57	48530	58959	107489	8683	12958	21641
41				332	498	830
8	7206	8718	15924	1240	1520	2760
1	882	1078	1960	201	327	528
1			728	54	66	120
1			1754	154	230	384

## Az egyes részvizsgálatok számszerűsíthető adatai és tanulságai

1. A legszélesebb körű, 57 praxis (10 falusi, 47 városi) 107 489 személyre kiterjedő felmérés a családorvosok által kérdőíves módszerrel szolgáltatott adatok feldolgozásával 1998-99-ben történt. Megjegyzendő, hogy a felmérés az ország legkedvezőtlenebb adottságú megyéi közül kettőre (Borsod-Abaúj-Zemplén és Hajdú-Bihar) terjedt ki. A megkérdezett orvosok zöme, 50 fő, legalább 5 éves gyakorlattal rendelkezett. Ebben a vizsgálatban 21641 fő (20,13%) volt az ismert H-ok száma. Szövődménymentes állapotban, azaz idejekorán, átlagosan 41,4%-ukat ismerték fel. Ebből 50%-nál több beteget 18 praxisban, 30%-nál kevesebbet 17 praxisban. Ez a különbség megengedhetetlenül nagy. A rendelkezésre álló adatok szerint a célzott kontroll vizsgálatok (EKG, fundus, labor, fizikális státus) 35 praxisban fél-egy évente, 5 praxisban viszont csak 3-4 évenként (!) történtek. Ezek a megengedhetetlen különbségek nem háríthatók a betegpopuláció magatartásbeli különbségeire, az ellátás színvonalának jelentős heterogenitása mellett szólnak. A gondozásban való részvétel is jellemzi az alapellátás minőségét. A gondozásban 60%-nál alacsonyabb részvétel 16, 80%-nál magasabb részvétel 24 praxisban fordult elő. E téren is nagy a különbség a praxisok között. Ugyanakkor hangsúlyozni kell, hogy a havi receptírás és felületes vérnyomásmérés nemigen minősíthető gondozási tevékenységnek. Kívánatos és elérhető kellene hogy legyen e három mutató terén a jobb eredményének elérése. Az izolált időskori szisztolés H gyakorisága 8,5%-nak, a fehérköpenyes H-é 13,8%-nak bizonyult. A H-ások körében a dohányzás, alkoholizmus, többletsúly és a terhelő családi anamnézis gyakoribb volt mint a populáció egészében. A praxisok nagysága átlagos volt. A családorvosok tevékenységén kívül a praxis helye, a népesség szociális összetétele, a munkanélküliség aránya is meghatározóan befolyásolja az ismertetett adatokat.

2. A következő felmérésben 41, a DEOEC Családorvosi Tanszéke keretében működő mentor családorvos 830 véletlenszerűen kiválasztott és legalább egy éve gondozott betegének adatait dolgoztuk fel 2006-ban, praxisonként

átlagban 20-20 beteget. A betegek adatait a családorvos által kitöltött kérdőíveken rögzítették. A szokásos kérdések mellett a célszerv károsodásokra, valamint a rizikófaktorokra, szövődményekre, és a metabolikus szindrómára összpontosítottunk. E betegek körében az átlag BMI 28,3 kg/m<sup>2</sup> volt. Szénhidrát anyagcserezavar 29,4%-ban, kóros lipid értékek 57,5%-ban voltak kimutathatók.

A macrovascularis szövődmények közül a cardiovascularisok domináltak és már az enyhe H esetében is elérték a 42%-ot, majd meredeken emelkedve a közepesen súlyosak esetében az 55,4%-ot, ill. a súlyos H-ások körében a 73,4%-ot. Az emelkedés mértékében közre játszik az is, hogy a súlyos H-s csoport életkora is jelentősen magasabb.

A microvascularis károsodások közül a leggyakoribbak a fundus elváltozások, gyakoriságuk már az enyhe H esetében is 30,5%, a közepesen súlyosakban 64,4% míg a súlyosakban 73,4%-kal kulminál.

*Figyelembe véve, hogy mind a macro-, mind a microvascularis szövődmények inkább a H kezeletlen, vagy nem megfelelően kezelt állapotában alakulnak ki, ill. progrediálnak, sajnos ez is a diagnosztika (szűrés), felvilágosítás és terápia, valamint a lakosság öngondoskodásának hiányosságát, a későn történő felismerést támasztja alá.* A betegeknek a magas vérnyomás betegség felismerésekor mért vérnyomását ill. életkorát nemként összesítve megállapítható, hogy a hipertonia felfedezésekor mért vérnyomásérték a korrallal emelkedik és a férfiak csoportjában szignifikánsan magasabb, ami szintén arra utal, hogy a *vérnyomás emelkedést késve észleljük, különösen az idősek és a férfiak körében.* Utóbbiak kevésbé (nehezebben) fordulnak orvoshoz.

3. Kérdőíves adatgyűjtés alapján 8 körzetben vizsgáltuk hogy mit tud tenni a családorvos a H alapellátásában. Az általuk ellátott betegek száma 15924 fő volt, 7206 ffi, 8718 nő. 17,4%-uk 60 évesnél idősebb. A praxisok átlagos létszáma 1991 fő volt. Az ismert H-ok száma összesen 2760 fő (17,3%) volt, azaz egy praxisban átlagosan 345 fő. Körükben a kollégák szerint praxisonként 3-10 fő körül volt a súlyos esetek becsült száma, ami a vártnál alacsonyabbnak tűnik. Hasonló volt az akut ellátást igénylő esetek becsült száma is. Szorosabb kontroll esetében feltételezhetőleg több problémás eset akadna. Csupán egyetlen

kolléga becsülte 30%-ra súlyos esetei számát, szerző érzése szerint ez állhat közelebb a realitáshoz.

A nyolc praxis közül a vizsgálat idején négy használt ABPM-et. (Ha ma történe a felmérés bizonyára több lenne az ABPM). Valójában az ABPM a praxis alapfelszerelése kell, hogy legyen. EKG mindegyikben, a fundus vizsgálata kétféleképpen állt rendelkezésre.

A járóbeteg szakellátásban ill. a kórházakban dolgozó kollégákkal a megkérdezett családorvosok egyöntetűen jónak minősítették kapcsolatukat, többségüknek személyes konzulense volt. A fiatalabb betegeket többnyire rutinszerűen elküldték szakellátásra, az idősebbeket inkább konkrét problémák felmerülése esetében. Szerző véleménye szerint szövődményeik, koruk, kísérő betegségeik miatt inkább az idősebbeknek van szükségük gyakoribb szakorvosi kontrollra. A vizsgált anyagban volt családorvos aki évente szakorvosi kontrollt kezdeményezett. Mások csak szükség esetén. Összegezve e felmérést, a *H ellátása az alapellátásban, e riportok alapján is heterogén, de elfogadhatónak mondható.* 8 praxisoról lévén szó, a következtetések nem általánosíthatók. Az ellátás javulása nem csupán az orvoson múlik, a lakosság jobb együttműködésére, a szűréseken való szélesebb körű részvételre, ill. panaszok fellépte esetén korábbi orvoshoz fordulásra is szükség lenne. Szerző véleménye szerint a *már az általános iskolában elkezdett és a felnőttek körében is folytatott aktívabb egészségügyi felvilágosítás és egészségnevelés lenne az előfeltétele ennek.*

A következőkben az egy-egy praxisban végzett vizsgálatokat ismertetjük, amelyek során a H ellátásának egyes kérdéseiről igyekeztünk tájékozódni. Egy nagyvárosi, négy kisvárosi és két falusi praxis adatait dolgoztuk fel. A praxisok létszáma, kor és nem szerinti megoszlása átlagos és megfelelt a többi vizsgált praxisénak. A falusi praxisokhoz túlnyomóan idősebb, igen szegényes körülmények között élő személyek tartoztak.

4. Az egyik falusi praxis létszáma 1960 fő volt, ismert hipertóniás ebből 327 nő és 201 férfi, összesen 528 fő (27%). A hipertóniás betegek közt 20%-kal magasabb a túlsúlyosok, 5%-kal a dohányosok aránya. Az 528 ismert hipertóniás betegnek mindössze *61%-a jár több-kevesebb rendszerességgel orvosához, de az ő együttműködési készségük is alacsony szintű, 26%-uk egyáltalán nem tartja be az orvosi utasításokat, 17%-uk nem szedi rendszeresen gyógyszereit, 33% rendszertelenül jár kontrollra.* Nem veszik komolyan betegségüket, hosszabb időre kihagyják gyógyszereiket és csak súlyosabb panaszok jelentkezésekor veszik újból igénybe az orvosi segítséget. Az életmódi tanácsokat semmibe veszik. A korrallal csökken a normális tenzióra beállítható H-ások aránya, tovább romlik a compliance és növekszik a szervi szövődmények gyakorisága.

E vizsgált praxisban a rendelőben mért vérnyomás értékek alapján a H-ók *33,3% volt jól beállítottak tekinthető, aminél a jelenlegi korszerű gyógyszerválaszték mellett lényegesen jobb eredmények lennének elvárhatóak, még a finanszírozás korlátainak figyelembe vétele mellett is.*

A másik, igen rossz szociális körülmények között élő személyekből álló falusi praxisban az 1745 biztosítottból ismert hipertóniás 384 fő, ez a teljes populáció 22%-a, a 60 év felettiek körében viszont arányuk már eléri a 40%-ot. Az ismert hipertóniások közül csak 284 személy áll gondozás alatt (74%). Tehát *100 ismert hipertóniás beteg egyszerűen nem veszi igénybe az orvosi ellátást!*

5. A kisvárosi praxisokban a vérnyomás emelkedés mértékével nőtt – igen helyesen – a kombinált terápia gyakorisága. Itt a betegek közel 80%-ának a vizsgálat idején normális ill. csak enyhén emelkedett volt a vérnyomása.

A különböző súlyosságú H-ás csoportokban a tenzió emelkedéssel párhuzamosan nőtt a túlsúlyosok aránya. A H-ás betegpopuláció átlagéletkora magasabb volt, mint a lakosság egészének.

A négyből az egyik kisvárosi praxisban volt mód vizsgálni a vérnyomás ABPM-el történő ellenőrzésének lehetőségeit és hasznosíthatóságát. Az ABPM lehetővé teszi az alapellátásban az adott beteg hipertóniájának jobb megismerését, a fehér köpeny H felfedését, a kezelés eredményességének pontosabb meghatározását. Lényegesen megkönnyíti a személyre szabott terápia beállítását. Felfedhető a „hamis normotenzio”, az éjszakai H. További előnyei: szembesíti az indolens beteget bajával, javítja az együttműködést, kontrollja a beteg önvérnyomás mérésének. Segítségével egyszerű módszerrel, csekély költség- és időigénnyel korunk elérhető szintjére emelhető a H-ás betegek alapellátása. Elvárható lenne tehát hogy az alapellátásban az ABPM vizsgálat mindenütt elérhető legyen. Az egyetlen ellenérv az hogy a beteget stresszelheti a vizsgálat, ez nyilván inkább csak akkor fordulhat elő ha nem világosították fel megfelelően betegsége természetéről, a vizsgálat lényegéről és előnyeiről.

6. A nagyvárosi praxisban a 30–60 év közötti személyek körére terjedt ki a vizsgálat, köztük 120 (16,5%) dokumentált H-ás beteg volt, döntő többségük az 50–60 éves korosztályhoz tartozott. A korrallal és a H fokával nőtt súlytöbbletük, a dohányzás és a szervi károsodások gyakorisága, csökkent az együttműködésre való hajlandóságuk. Az itteni családorvos tudomása szerint mindössze 16,6%-uk méri rendszeresen saját maga a vérnyomását.

## A betegek ismeretei a hipertóniáról

Fontos feltárni a lakosság egészének, de különösen a H-ás betegeknek az ismereteit e betegségről.

Egy célzott felmérés (87 fő) alapján a rendelésre érkező ismert hipertóniások 36%-a szerint öröklődés, 32% szerint stressz, 18% szerint családi és munkahelyi problémák, 14% szerint egyéb okok vezetnek H-hoz. Hajlamosító tényezőként a kövérséget, sok zsír és só fogyasztását 20–20%, dohányzást, alkoholfogyasztást 15–15%, kávéfogyasztást 10% említett.

Egy másik, az ischaemiás szívbetegség ismereteit felmérő vizsgálatban közös rizikótényezőként említi a dohányzást 61%, a stresszt 41%, az elhízást 33%, az alkoholfogyasztást 28%. Ezen válaszok meglepően helyesek.

Az előző vizsgálatban kikérdeztek 96,5%-a szerint a vérnyomás emelkedés megérezhető. Fejfájást 42%, szédülést 28%, látásromlást 10,5%-uk említ. E tünetek valóban lehetnek tenzió-emelkedés következményei de úgy látszik a legtöbben nem tudnak arról hogy a vérnyomás tünetmentesen is emelkedhet.

Az ABPM-ről 80%-uk hallott, 53%-ukon végeztek is ilyen vizsgálatot, ami javulást jelent a korábbi helyzethez képest.

Vérnyomásmérője 33%-nak van, további 8%-nak ajánlották beszerzését. Használatára gyakorlatilag mindnyájukat kioktatták. A vérnyomásmérővel rendelkezők 60%-a naponta méri, 10%-uk feljegyzi a mért értéket Egyharmaduk hetente, 7% havonta egyszer mér. A rendszeresen mérők fele változtat a gyógyszeradagon, ha szükségesnek találja. Őket tájékoztatták, mi a teendő ha túl magas, vagy túl alacsony az aktuális vérnyomásuk.

A kövér betegek 67%-ának javasolta orvosa a fogyást, az obesitást mértékétől függetlenül.

A megkérdezettek 46%-a a 120 Hgmm, 32%-a 130 Hgmm, 15%-a a 140 Hgmm, 7%-a pedig a 150 Hgmm szisztolés vérnyomást tekintette normálisnak. A normális diasztolés érték 5%-uk szerint 70 Hgmm, 74% szerint 80 Hgmm, 20% szerint 90 Hgmm, 1% szerint a 100 Hgmm-es érték. Ezen adatok általában helyesek.

Mi miatt fordulnak soron kívül orvoshoz a H-ok? Angina miatt 26%, fejfájás miatt 25%, látásromlás miatt 17%, lábdagadás miatt 16%, húvös végtagok miatt 9%, oliguria miatt 7%.

A H szövődésményei közül 27% a stroke-ot, 24% az AMI-t, 19% a látás romlását, 16% az arteriosclerost, 14%, a vesekárosodást említi. A stroke-kal, AMI-val fenyegető tünetekkel többségük viszont nincs tisztában.

A rizikótényezők közül kevésbé ismerik a dyslipidémia, a 2DM és a pszichés tényezők jelentőségét.

Mindannyian monoterápiában részesültek, 35%-uk ACE gátlót, 31%-uk Ca csatorna blokkolót, 17%-uk béta blokkolót, 13% periférián, 4% centrálisan ható antiadrenerg szert szedett, viszont az akkor már forgalomban lévő ACE receptor gátlót senki sem. A felmérés adatai reálisak, de különösebb is egyben. Szokatlan, hogy e betegeket sikerült egyetlen hatóanyaggal beállítani, hisz ma inkább az olyan fix kombinációkat alkalmazzuk, amelyek összetevőinek egyéb kedvező szervi hatásai is vannak. Az ismert, hogy az új kezelésmódok fáziskéséssel kerülnek a gyakorlatba.

E betegek a betegségükre vonatkozó információkat 75%-ban orvosuktól, 20%-ban a médiumokból, 5%-ban olvasmányaikból szerezték. A szépen hangzó 75% mellett kérdés, hogy a többi 25%-ot orvosa miért nem világosította fel. A tárgyalt felmérésben a betegek ismereteire vonatkozóan kapott adatok összességükben megfelelőek, ugyanakkor szerző saját felmérése ennél lényegesen kedvezőlenebb eredménnyel járt.

Szerző saját megfigyeléseit évtizedekig folytatott belgyógyászati és reumatológiai munkája során tette. A betegek jó része idős, polimorbid, jelentősen elhízott és hipertóniás is volt, de a középkorú (30-50 éves) betegek többsége is túlsúlyos. Mind a H, mind mozgásszervi betegségük megkövetelte volna a jelentős fogyást. Mind a kalória bevitel csökkentésével, mind a megkívánt több mozgással kapcsolatban nagy volt azonban a betegek ellenállása. Egy részük kijelentette, hogy ha évtizedekig meg volt kövéren, nem hajlandó még kísérletet sem tenni a fogyásra. Másik részük elmondta, hogy mindent (?) megtett a fogyás érdekében, sikertelenül. Egy további csoport megígérte, hogy megpróbálja, de valójában semmit sem tett a fogyás érdekében. Szinte kivétel volt, ha valaki valahogyan lefogyott. A többség bár akarta (akarta?) de képtelen (képtelen?) volt többet mozogni, sem pedig bizonyos mennyiségnél szerényebb ill. a megszokott és kedvelt minőségtől eltérő étrendet tartani. Életmódja egyéb hibáin, környezetével való kapcsolatán ugyanígy képtelen volt változtatni, így az őt érő biológiai és pszichés stressz szintje sem csökkent. A rizikótényezőket befolyásoló gyógyszerek szedése sem volt megoldott. Szükségességük megértetése, s ha ez sikerül, árai komoly akadályt jelentettek. E betegek ismeretei a H-ról, ha lehet, még szegényesebbek voltak. Sokan a H kifejezést ismerik, de a normális értékekkel nincsenek tisztában, saját maguk esetében az emelkedett vérnyomás értékeket nem tekintik kórosnak, sem kezelendőnek. A tartósan szedett gyógyszereik nevét sem ismerik. Jó esetben magukkal hozzák a gyógyszerdobozokat, ami nem lebecsülendő, pl. alvadásgátlót is szedő betegek esetében. *Sajátos hogy szerző tapasztalata szerint a betegséggel kapcsolatos tájékozottságban - ellentétben a várttal - nem volt lényeges különbség az eltérő képzettségi szinten álló személyek között. Összességében elmondható hogy sajnos az eltelt évtizedek során sem mutatkozott értékelhető javulás a betegek tájékozottságában.*

## Vérnyomásmérés

Egyszerű vizsgálatnak tűnik, orvos, nővér, betanított adminisztrátor is elvégezhetné pontosan, reális eredményt produkálva. Mégis, szerző 50 évnyi személyes tapasztalata a higanyos, majd az aneroid, újabban a digitális vérnyomásmérőkkel az hogy a lázlapokon, kartonokon szereplő vérnyomás értékek jelentős száma esetleges. Oka a körülmények: tartós várakozás, vizit előtti izgalom, türelmetlen orvos, frusztrált nővér, a többi beteg is türelmetlen. Villámgyors mérés. A higanyoszlop zuhan. Akármí (pizsama, ing, egyéb) szorítja a beteg karját a mandzsetta fölött. A mandzsetta laza, vagy szoros. Digitális mérő esetében a mandzsettába épített érzékelő nincs a megfelelő helyen. *Ráadásul a betegek vérnyomását a legtöbb esetben egy alkalommal csak egyszer mérik, holott egy megjelenésen belül egymás után háromszor lenne célszerű az ajánlások szerint.*

Különös, nem ritka jelenség hogy a havi mérés esetén mindig 120/80 Hgmm az érték, ami valószínűtlen. Mentés: nincs idő. Ideológia: *nem jó, ha a betegnek mindig más értéket mondunk* stb. Kérdés, akkor hogyan kezeljük a hipertóniát? A kérdés amúgy sem könnyű, mindegyik szer jó, sőt mindegyik jobb a másikkal, legalább is a gyártók szerint. A fix kombinációjú készítmények között sem könnyű a beteg számára legkedvezőbbet kiválasztani, de a hipertónia ellátás optimalizálását segítő korszerű protokoll minden kolléga rendelkezésére áll, ha figyelembe akarja venni. Nagyra értékelendő, hogy felméréseink részadatai mégis amellettszólnak, hogy a kollégák jelentős hányada reálisan, korszerűen kezeli betegeit, bár az azért korántsem biztos, hogy optimálisan.

## Korlátok

A hipertóniás populáció ellátásának van az e betegetől (kétmillió lakos) független komponense is: *a családorvosok*. Nem megkerülhető az ellátatlan praxisok száma, a rezidensi utánpótlás megoldhatatlan létszámbeli elégtelensége, és az a tény, hogy egyre idősebb, sokszor messze a nyugdíjkorhatáron túl lévő kollégák „tartják a frontot”. Ennek kikerülhetetlen mellékhatása, hogy a korszerű eljárások elterjedése, a betegekkel ma megkívánt kapcsolat kialakítása nehezen, vagy alig történik meg.

## Megbeszélés

A nemzetközi és hazai szakirodalomban, a családorvosoknak szánt lapokban is igen nagy terjedelemben, sok szempontból és jelentőségének megfelelően tárgyalják manapság a H elméleti, gyakorlati és terápiás kérdéseit. Amiről kevesebb szó esik, az a hétköznapiak. A lakosság egy ötödéről, legalább 2 millió emberről van szó, ha csak az ismert hipertóniásokkal számolunk. E felmérésekben nyilván nem szerepelnek a felderítetlen esetek melyek arányát a különböző becslések 5-7%-ra teszik. Célzott felméréseinkben mi is az irodalmi adatoknál alacsonyabb értékeket kaptunk.

Mi lenne az ideális modell? Minden hipertóniás családjában vérnyomásmérő, használatának ismerete, a mért értékek feljegyzése. A méréseknek különböző napszakokban is kellene történniük. Az idősek ellátása a család megfelelő együttműködésével lehetséges. A legtöbb esetben alapvető életmód változtatás (táplálkozás, mozgás, az elkerülhető rizikófaktorok: dohányzás, alkohol elkerülése stb.) szükséges. Ez minden életkorban, de kiváltképpen idősek esetében (megszokottság, lehetőség) igen nehezen elérhető cél, különösen akkor, ha a betegnek fogalma sincs arról hogy mi is a baja, melyek a következményei, miért kíván - ha kíván - az orvos tőle olyan változtatásokat, amelyek nélkül eladdig is jól megvolt, egyáltalán meddig is kell szednie gyógyszereit, különösen akkor, ha már jó a

vérnyomása és panaszmentes stb. A fentiek alapján nemcsak a betegnek, hanem a családorvosnak is legalább annyi problémát jelent a H, akkor is ha a maga helyén, szakszerűen jár el és megfelelően tájékoztatja betegeit. Mint minden idült, nem gyógyítható betegségnél, a H esetében is a megoldás a beteg öngondoskodása, szabályozottan összekapcsolva a családorvosi gondozással.

## A beteg felvilágosításának tematikája a kórisme felállításakor. A hipertóniával kapcsolatos ismeretterjesztés

Korábban is születtek megvalósulatlan szép tervek, jelenleg ígéretesen zajlik az „Élj 140/80 Hgmm alatt” mozgalom, a kétmilliónyi H-áshoz képest még mindig szerény részvétellel. De legalább elkezdődött valami. Mindkét oldallal vannak bajok. A lakosság oldaláról: Értéke az egészség? Öngondoskodásra hajlandó-e a lakosság? Vállalja-e azokat az életmód változtatásokat, amelyek egészsége helyreállításához szükségesek a compliance-ról nem is beszélve, de a gyógyszerárakról sem. Ismerik-e a H alattomos természetét, a szövődményeket, tudják-e, hogy a szövődmények kezdetben észrevehetetlenek, majd visszafordíthatatlanok. Járnak-e egyáltalán orvosukhoz?

Mindenképpen szükséges a H betegség ismertetése: elmúlik-e, meggyógyítható-e, meddig kell megfigyelni és kezelni. A lehetséges szövődmények. A terápia és mellékhatásai, kontrollok megtervezése, ösztönzés saját vérnyomásmérő beszerzésére, önvérnyomás mérés megtanítása, a mérés gyakorisága, milyen esetben van szükség soron kívüli mérésre is. El kell fogadtatni a beteggel, hogy csak a rövid időn belül bekövetkező vérnyomás változásnak lehetnek tünetei, a tartósan magas vérnyomás nem okvetlenül érezhető meg, ezért a méréseknek rendszereseknek kell lenniük. A beteget meg kell tanítani a terápia öntevékeny módosítására a vérnyomás alakulásának megfelelően, az előre nem látható eseményekre, a gyors hatású vérnyomáscsökkentők használatára. Lényeges a rizikófaktorok ill. az ezekkel kapcsolatos terápia ismertetése, a helyes életmód fontosságának hangsúlyozása. Annak megtanítása, hogy milyen tünetek felléptekor forduljon soron kívül orvosához, a sürgősségi ügyelethez, mikor hívjon mentőt. Hangsúlyozandó, hogy nem csak a szakszerű forrásokból származó ismereteknek van jelentősége, hanem a „parainformációknak”, téves eszméknek (szomszédasszony, szóbeszéd, helyes információk félreértése) is. Észrevehető, ha figyelünk rá, hogy e hiedelmek szilárdak és emiatt az orvosok akár személyre szabott egyéni felvilágosító munkája is eredménytelen lehet. Miután a beteg tart orvosától, kiszolgáltatva érzi magát, az új ismereteket elfogadni lát-szik, anélkül, hogy megfogadná azokat.

A leggyakoribb tévhit az hogy ha már „jók” a vérnyo-

másértékek akkor „meggyógyult” a hypertonia. Ezért fontos hangsúlyozni hogy a rendszeres mérést és a kezelést tartósan jó vérnyomás értékek esetében is folytatni kell. Ilyenkor orvostól kérjen tanácsot a terápia módosításához, semmiképpen ne szakítsa meg azt önkényesen. Ne csak akkor mérjen, ha úgy érzi most éppen magas a vérnyomása.

A családorvos ismeri betegét, életmódját, családi körülményeit, szellemi képességeit. Különösen idős beteg esetében megítélheti, hogy a beteg képes-e önmagát gyógyszerelni, van-e szüksége segítségre az életmód változtatáshoz, van-e aki méri a vérnyomását, mivel ez esetben a segítő személyt kell elsősorban részletesen tájékoztatnia.

Ugyanakkor az egyéni felvilágosítás igen időigényes, sőt ahhoz hogy eredményes legyen több alkalommal meg kell ismételni, erre a *reformviharok és az egyre duzzadó adminisztrációs kötelezettségek* mellett aligha van lehetőség.

Ami a betegtájékoztatás jelenlegi állását illeti a helyzet elfogadhatatlan.

A lakosság egésze több forrásból informálódhatna ha akar, a médiumokból, az internetről, az orvosi várószobában szórólapokról. Ezek többnyire egyszeri információ csomagok, sokszor rejtett reklámok, nem épülnek egymásra, sem a *nem létező iskolai egészségnevelésre*. Előadásokat, vagy tematikus sorozatokat is lehetne szervezni, de ki csinálja? A rendszerváltás előtt a TIT e téren élénken – de még így is szerény eredménnyel – működött. A Vöröskeresztnek is volt és lehetne szerepe. sőt visszaemlékezhetnénk Buga doktorra is.

Az előadásoknak, sorozatoknak előnye a személyes kapcsolat és a kérdés lehetősége. A leghatékonyabb azonban a beteg orvos által történő, személyre szabott felvilágosítása, amely törvényi feladat.

## Függelék

Felméréseink során spontán megnyilatkozások betegek és kollégák részéről.

*Betegek:*

„A magas vérnyomást meg lehet érezni.”

„A vérnyomást akkor kell mérni, ha a beteg érzi, hogy magas” (szédülés, fejfájás).

„A vérnyomás mérése veszélyes, árt az ereknek, az agyi ereknek.”

„Nem érdemes méretni, mert mindig ugyanazt az értéket mérik ill. mondja a nővér”.

*Orvosok:*

„Már jó a koleszterin, a csökkentőt nem kell szednie.”

„Ha jó a vérnyomás, ne szedje a gyógyszert!”

„Sok orvos közt elvész a beteg.”

„A beteg ne mérje a vérnyomását, mert ideges lesz és az felmegy.”

„A beteg ne mérje meg maga a vérnyomását mert az, az orvos dolga.”

„A vérnyomást havonta kell mérni.”

„Az ABPM idegesíti a beteget.”

„Mindig ugyanazt a vérnyomásértéket mondjuk a betegeknek, hogy megnyugodjon.”

## Következtetések

Kimondható, hogy praxisonként nagy mértékű különbségek észlelhetők a H ellátásában. Ennek két oka van: 1. A lakosság gazdasági, szociokulturális és demográfiai helyzete, 2. az alapellátás szakmai szintje.

Éppen az igen nagy létszámú hipertóniás betegpopuláció ellátásának nehézségei mutatják, hogy nem csak az egészségügy, *de a lakosság egésze is egészségügyi reformra szorul. Igaza van Kékes Ede* professzornak, hogy ilyen nagy tömegeket érintő komplex feladat megoldása csak mozgalom formájában lehet sikeres, amelyben betegek, orvosok, gyógyszerészek együtt, egymást támogatva tevékenykednek.

## Összefoglalás

A hypertonia ellátása, morbiditási és mortalitási adatai alapján az egészségügyi ellátás meghatározó és kiemelt fontosságú területe. 20%-os prevalenciája következtében diagnosztizálása, terápiája, gondozása csak az alapellátás és a lakosság jó együttműködésével lehetséges. Az alapellátás teendőit a Hypertonia Társaság protokollja mindenki számára elérhetően, egyértelműen meghatározza. Orvostanhallgatók jelen közleményben feldolgozott, családorvosok és a lakosság körében végzett felmérései alapján ezen ajánlások csak részben, praxisonként nagy eltérésekkel valósulnak meg, aminek okai részben az alapellátásban, részben a lakosságban keresendők. Megengedhetetlenül nagyok praxisonként a különbségek a hypertonia felismertségében, diagnosztikájában, a kontrollok gyakoriságában, a terápia milyenségében, a beteg tájékoztatásban. Nagyok a különbségek a lakosság és a betegek orvosukkal való együttműködési készségében, compliance-ában, betegségükre vonatkozó ismeretében, az egészséges életmódot biztosító anyagi lehetőségekben. A betegtájékoztatás általában hiányos, amin elsősorban a családorvos segíthet. Általában rendkívül tájékozatlan és érdektelen az összlakosság az egészséggel kapcsolatos kérdésekben. Ennek megszüntetése az oktatásügy és a médiumok kötelessége lenne.

## Irodalom

A cikk összeállításában a következő diplomamunkákat használtam fel (zárójelben a témavezető neve): András Cs.: Hypertóniában szenvedő páciens és családja - a családorvos feladatai és lehetőségei 1997 (Siró B.); Pásztor J.: Milyen új lehetőségeket nyújt az ABPM, a hipertónia diagnosztikájában és kezelésében? 1998 (Újhelyi I.); Balogh I. K.: A családorvos lehetőségei a magasvérnyomás betegség ellátásában 1999 (Siró B.); Gindele K.: Mit tud a beteg a betegségéről hipertónia tárgykörében? 2002 (Siró B.); Dr. Mikhaylenko E.: A hipertóniás beteg gondozása házi orvosi praxisban 2005 (Duzsej M.); Sütő G.: A hypertonia gondozás jellemzői az alapellátásban - Észak-Kelet magyarországi praxisok tevékenységének tükrében 2006 (Jancsó Z.); Kovács N.: Minőségi hypertonia-gondozás a családorvosi gyakorlatban, 2006 (Simay A.).