

Dr. Czuriga István

Szívelégtenség

gyakorlati tanácsok

BETEGTÁJÉKOZTATÓ





Bevezetés

A **szívelégtelenség** gyakori betegség, a felnőtt lakosság kb. 2-3%-át sújtja, idős korban azonban az előfordulása elérheti a 10%-ot is. Súlyos betegség, amely megfelelő kezelés nélkül fokozatosan romlik és végül halálhoz vezet. A betegség felismerését követő 5 éven belül a halálozás eléri vagy meg is haladhatja a rákos betegségek halálozását. A súlyosabb stádiumban a betegek életminősége nagymértékben megromlik, egyre nehezebben tudják napi tevékenységüket ellátni.

Ennek a kiadványnak a célja az, hogy a betegek számára egy rövid tájékoztatást adjon a szívelégtelenségről, és olyan gyakorlati útmutatóval szolgáljon a gyakran felmerülő kérdéseikre, hogy minél jobban együtt tudjanak élni a betegségükkel.

Dr. Czuriga István



A szív felépítése és működése



A szív a mellkas bal felében elhelyezkedő ökölnyi nagyságú izmos falú pumpa, a vérkeringés motorja, amely biztosítja a szervek és a szövetek megfelelő oxigénnel és tápanyaggal való ellátását. A szív a saját elektromos rendszerét használva szüntelen és visszatérő összehangolt kitágulást (diasztolé) és összehúzódást (szisztolé) végez, melynek során oxigéndús vért fogad magába a tüdők felől és továbbítja a szervezet felé. Ez a szívizom számára állandó és óriási munkát jelent. A percenként átlagosan 70 összehúzódást végző szív naponta több mint 100.000, 60 év alatt több mint, 2 milliárd szívdobbanást végez. Percenként nyugalomban 5-6 liter vért forgat meg, mely fizikai terhelés során akár 4-5-szörösére is nőhet.

A szív anatómiailag két részre, jobb és a bal szívfélre osztható, amelyeket a szívsövény választ el. Mindkét szívfél pitvarokra és kamrákra oszlik, melyeket a szívbillentyűk határolnak el egymástól. A szívbillentyűk jelentik azokat a „szelepeket”, amelyek biztosítják, hogy a vér a szívben csak egy irányba haladhasson. A bal pitvar és a bal kamra között található a kéthegyű (mitrális) billentyű, a jobb pitvar és a jobb kamra között pedig a három vitorlából álló (trikuspidális) billentyű. További, ún. félhold alakú tasakos billentyűk találhatók a jobb kamra és a tüdőverőér, valamint a bal kamra és a főverőér között.



A szervezet által elhasznált, oxigénben és tápanyagban szegény, ún. vénás vér a jobb pitvarba érkezik, ahonnan a jobb kamrán és a tüdőverőéren keresztül a tüdőbe jut.

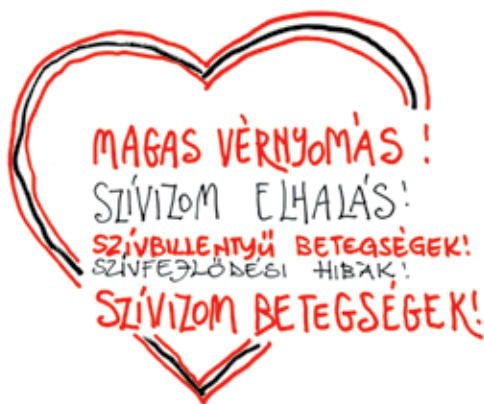


Itt felveszi az életműködéshez elengedhetetlenül szükséges oxigént, és leadja a felesleges széndioxidot. Az oxigénnel felfrissült vér a tüdővénákon át a bal pitvarba kerül.

A **vérkörnek** ezt a részét kisvérkörnek nevezzük. A bal pitvarból a bal kamrába jutó oxigéndús, ún. artériás vér a főverőéren (aortán), az ebből elágazó verőereken (artériákon) és a hajszálereken (kapillárisokon) keresztül a szervezetben lévő szövetekhez jut. Innen az elhasznált vér a visszereken (vénákon) át ismét a jobb pitvarba áramlik. A vérkörnek ez a része a nagyvérkör. A szív izomzatát a saját erei, az ún. koszorúerek (koronária arteriák) látják el vérrel.

Mikor beszélünk szívelégtelenségről?

A **szívelégtelenség** a szív működésének olyan zavara, melynek következtében a vérkeringés nem tudja biztosítani a szervek és szövetek számára a mindenkori igényeknek megfelelő oxigént és tápanyagot. Emiatt a beteg fáradékonyságról és nehézlégzésről számol be. Enyhébb esetben ez csak terheléskor jelentkezik, súlyos esetben már nyugalomban is vérellátási zavar, és a fontos szervek, mint például a vese és az agy működési zavara jöhet létre.



Szívelégtelenség okai



Magas vérnyomás (hipertónia)

A fel nem ismert, vagy nem megfelelően kezelt magas vérnyomás hosszú távon kb. 3-szorosára növeli a szívelégtelenség előfordulásának a gyakoriságát. Ha a vérnyomás az erekben magasabb, a szívnek erőteljesebben kell összehúzódnia ahhoz, hogy a megfelelő keringést fenntartsa, és ez a fokozott terhelés hosszabb távon károsítja a szívizomzatot. A bal kamra fala előbb megvastagodik, majd elgyengül, a szív üregei kitágulnak, a kamraműködés csökken és megjelennek a szívelégtelenség jellegzetes tünetei. A vérnyomás ilyenkor már sokszor nem magas.

A magas vérnyomás nem csak a szívet és annak ereit, hanem más szervek érrendszerét (például agy, vese, végtagok verőerei) is súlyosan károsíthatja, amely a szívelégtelenség keletkezését szintén elősegíti. A vérnyomás normálisan 140/90 Hgmm alatt van.

Szívizomelhalás (szívinfarktus)

A szívelégtelenség egyik leggyakoribb oka a szív koszorúereinek megbetegedése, melynek legsúlyosabb formája a szívizomelhalás (szívizominfarktus). Ilyenkor a szívizomzatot ellátó valamelyik koszorúér elzáródik és itt a véráramlás megszűnik. Ezen a területen a szívizom elhal, hegszövet alakul ki, mely összehúzódásra már nem képes. Az elhalt szívizomrész kiesett működését a többi, épen maradt szívizomterület próbálja átvenni, azonban ha az elhalás nagyobb izomterületet érint, akkor ez nem lehetséges, és a szívelégtelenség tünetei alakulnak ki.

Szívbillentyűbetegségek, szívfejlődési hibák

A szívben a véráramlás irányát szabályozó szelepek (billentyűk) megbetegedései, valamint bizonyos veleszületett szívfejlődési zavarok (pl. a szívsvéény részleges hiánya) szintén szívelégtelenséget okozhatnak. A billentyűk szűkülete vagy zárási elégtelensége miatt a kamrák és a pitvarok túlterheltté



válnak, a szív üregeiben kórosan megemelkedik a nyomás, melynek eredményeképpen szívelégtelenségre jellemző tünetek léphetnek fel. Veleszületett szívfejlődési hibákban, pl. pitvari vagy kamrai részleges sövényhiányban, rendellenes vérátáramlás jön létre a két szívfél között, a friss és elhasznált vér keveredik, melynek következtében szívelégtelenség alakulhat ki. Ezeket a rendellenességeket általában már gyermekkorban vagy fiatal felnőtt korban felfedezik, és megoldásuk az időben elvégzett korrekciós szívműtét.

Szívizombetegségek

Bizonyos genetikai ártalmak, gyulladásos betegségek, toxikus anyagok, tartós és nagymennyiségű alkoholfogyasztás a szívizmot megbetegítve szívelégtelenséget okozhatnak. Ilyenkor a szív üregei kitágulnak, a kamrák képtelenné válnak a megfelelő összehúzódásra és a súlyos működészavar szívelégtelenséghez vezet.

Jelek és tünetek

A szívelégtelenség okozta panaszok és tünetek általában fokozatosan alakulnak ki, és az évek alatt súlyosbodnak. A legjellemzőbb panaszok a következők:

Fáradékonyság, csökkent fizikai terhelhetőség

Szívelégtelenségben a szív nem tudja fenntartani a mindenkori igényeknek megfelelő vérkeringést, ezért különösen fizikai terheléskor az izomzat vérátáramlása nem megfelelő, melynek következménye a gyors kifáradás és a csökkent fizikai terhelhetőség. Súlyosabb esetekben az egyéb szervek vér-ellátása is csökkenhet már nyugalomban is.

Ennek változatos tünetei lehetnek attól függően, hogy elsősorban mely szerv keringése csökkent: pl. az agy esetében





levertség, csökkent szellemi teljesítőképesség, szédülés, zavartság jelentkezhethet, a szív koszorúerek csökkent keringése szív táji nyomást, szorítást (anginát) okozhat, míg a vese vérkeringésének romlása a vizeletkiválasztás nagyfokú csökkenését vagy teljes megszűnését (anúriát) idézheti elő.

Nehézlégzés (diszpnoé)

Kezdetben még csak a nagyobb vagy megszokott fizikai terhelés okoz nehézlégzést, később azonban már a kisebb terhelés is kiváltja azt. A legsúlyosabb esetekben a beteg már nyugalomban is fullad, különösen éjszaka, laposan fekvő helyzetben. Gyakori lehet a sípoló légzés és köhécseles, súlyosabb állapotban főleg az éjszakai órákban rohamokban fellépő és csak felülésre csökkenő súlyos fulladásos roham (szívasthma) vagy tüdővizényő (tüdőödéma) is jelentkezhethet. Ilyenkor a tüdőerekben a megemelkedett nyomás miatt a tüdőhólyagocskába folyadék kerül, amely súlyos életveszélyes állapotot okoz, ami sürgős kórházi ellátás nélkül rendszerint végzetes.

Végtagvizényő, egyéb pangásos tünetek

Szívelégtelenségben testszerte felszaporodik a testfolyadék, mivel a szívüregekben és a vizerekben megnövekedett nyomás a szövetek közé kipréseli a folyadékot. Legjellemzőbb tünet, amit a beteg először észlel a bokatájék duzzanata (boka ödéma). Később a folyadék pangás következtében a máj is megduzzad, és folyadék szaporodhat fel a hasüregben is (aszцитез). A legsúlyosabb esetekben az egész testre kiterjedő bőr alatti folyadékszorulat figyelhető meg.

Súlyossági fokozatok

A szívelégtelenség súlyosságának megítélésakor általánosságban a betegek panaszait vesszük figyelembe és az osztályozásra a New York-i Kardiológusok Társasága által javasolt ún. NYHA funkcionális beosztást alkalmazzuk. Eszerint négy csoportot különítünk el:



- **NYHA I.** osztályba tartoznak azok a betegek, akiknek a fizikai teljesítőképességét nem korlátozzák a panaszok (nehézlégzés, szívdobogásérzés, vagy kifáradás)
- **NYHA II.** osztályba azok a betegek tartoznak, akik fizikai terhelhetősége kismértékben korlátozott (a kisebb fizikai terhelést jól tűrik, de a szokásos napi



tevékenységük során már panaszok jelentkeznek)

- **NYHA III.**osztályba azok a betegek tartoznak, akiknek fizikai aktivitása jelentős mértékben korlátozott, és már a szokásos napi tevékenységüknél kisebb terhelés is panaszokat okoz
- **NYHA IV.** stádiumban már a legkisebb fizikai igénybevétel is panaszokat okoz, illetve a panaszok (nehézlégzés) már nyugalomban is jelentkeznek

Vizsgálómódszerek

Általános orvosi betegvizsgálat

Ennek során már a beteg panaszainak kikérdezése (anamnézis) és egyszerű (ún. fizikális) vizsgálat alapján nagy valószínűséggel megállapítható a szívelégtelenség jelenléte. Ilyenkor az orvos tájékozódik a beteg családjában előforduló fontosabb betegségekről, a beteg korábbi nagyobb betegségeiről, az aktuális panaszairól, és azokról a kockázati tényezőkről, amelyek szívbetegséget okozhatnak. A fizikális vizsgálat során az orvos a szívelégtelenség előzőekben ismertetett látható, tapintható vagy hallható jeleit keresi (bokaödéma, megnagyobbodott máj, tágult nyaki viszerek, tüdők felett hallható pangásos szörtyzörejek, esetleg szívzörejek). Ilyenkor tájékozódik a vizsgáló orvos a beteg vérnyomásáról és pulzusáról is.



Mellkasröntgen

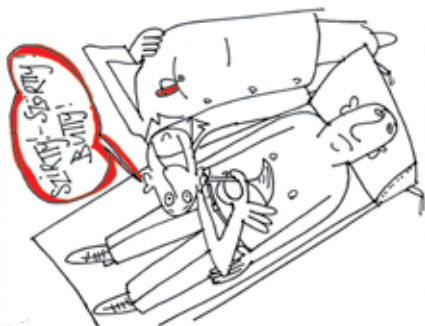
Ezzel a mindig szükségszerűen elvégzendő vizsgálattal fontos információ nyerhető a szív nagyságáról, alakjáról, és a tüdők állapotáról.

Elektrokardiográfia (EKG)

Ezzel a vizsgálattal a szív működése során keletkező elektromos jelek mutathatók ki, melyekből fontos információk nyerhetők a betegség súlyosságára és a választandó kezelésre vonatkozóan.

Szívultrahang vizsgálat (echokardiográfia)

Ennek segítségével az orvos tájékozódhat a szív szerkezeti és működési elváltozásairól, és pontosan megállapíthatja, hogy milyen fokban károsodott a beteg szívének pumpafunkciója.



Laboratóriumi vizsgálatok

Ennek segítségével kimutathatók bizonyos egyéb szerveket érintő társbetegségek vagy komplikációk (pl. cukorbetegség, magas vérzsírszintek, vese- és májműködési zavarok, vérszegénység, egyes hormonális betegségek), és a kezelés során gyakran jelentkező mellékhatások (pl. alacsony vagy magas káliumszint a vérben).

Szívkatéterezés

Önmagában szívkatéterezést a szívelégtelenség megállapítására csak ritkán végzünk, legtöbbször a betegséget gyakran okozó koszorúérelmeszesedés súlyosságának a megítélésére végezzük. (koronarográfia)



Mi várható a kezeléstől?

Az elmúlt negyedszázad során a szívelégtelenség gyógyszeres kezelésében jelentős változás következett be. Korábban a betegek kezelésére csak a vizelethajtók és a szívizom összehúzóadásának erejét fokozó digitáliszkészítmények álltak rendelkezésre, amely gyógyszerekkel ugyan a panaszokat csökkenteni lehetett, azonban a betegek életének meghosszabbítása rendszerint nem sikerült. A mai korszerű gyógyszerekkel és kezelési eljárásokkal ugyanakkor a betegek panaszainak tartós javítása mellett többnyire a szívelégtelenség súlyosbodása is megfékezhető, és a betegek élete is megnyújtható.

A szívelégtelenség jelenlegi kezelésnek négy fő területe van. Ezek a következők: 1) a betegek életmódjának megváltoztatása, 2) kombinált gyógyszeres kezelés, 3) bizonyos eszközös kezelési eljárások és 4) sebészi beavatkozások, szívtültetés.

Életmódbeli tanácsok

A szívelégtelenségben szenvedő betegnek csaknem mindig életmódváltoztatásra van szüksége, melyet a kezelőorvos tanácsai alapján kell végrehajtania a sikeres gyógyulás érdekében. A betegek (és rendszerint a közvetlen családtagok) megfelelő együttműködése nélkül a betegség eredményes kezelése nem valósítható meg.

A legfontosabb életmódbeli szabályok a következők:

Dohányzás azonnali és végleges elhagyása

A dohányzás súlyosbítja a szívelégtelenséget, és számos egyéb betegséget (pl. tüdőrák, érelmeszesedés, fekélybetegség) is előidézhethet, ezért annak mielőbbi elhagyása szükséges. A leszokásban az egyéni elhatározáson kívül szükség lehet szakember (orvos, pszichológus) segítségére is.



Megfelelő diétás szabályok betartása, és az ideális testsúly elérése

Elhízott vagy testsúlyfelesleggel rendelkező szívelégtelen betegeknek önmagában a testsúly csökkentésével mérsékelhetők a tünetek.

Az optimális testsúly megállapítására az egyszerű testsúly-mérésnél alkalmasabb az ún. testtömeg-index (angol szóval: Body Mass Index, rövidítve: BMI) meghatározása. Ezt akkor kapjuk meg, ha a kg-ban mért testsúlyt elosztjuk a méterben mért testmagasság négyzetével. Például egy 170 cm magas és 70 kg testsúlyú ember BMI-je: $70 \text{ kg} / 1,7\text{m}^2 = 24,2$. A BMI normális értéke 20 és 25 között van, 25 és 30 között túlsúlyról, 30 felett elhízásról beszélünk. A kóros soványság (18 alatti BMI) szintén kedvezőtlen szívelégtelenségben, rendszerint a betegség előrehaladott szakaszában fordul elő (kahexia). Az optimális testsúly eléréséhez a napi kalóriabevitel és a rendszeres testmozgás összhangját kell biztosítani.

Az egészséges étrend legfontosabb szabályai a következők:

- Alacsony zsírtartalmú ételeket kell fogyasztani, az állati eredetű zsírok fogyasztása ne legyen több az összkalóriabevitel 25-30%-ánál. A húsok közül részesítsük előnyben a baromfit és a halat.
- Csökkentsük a cukor és az édességek fogyasztását!
- A sóbevitel ne legyen több napi 2 grammnál. (Az ételek sótartalmát az ételmisszercsomagolásokon általában feltüntetik).
- Törekedjünk a magas rosttartalmú ételek (zöldségfélék, a teljes kiőrlésű gabonák, a friss gyümölcsök) fogyasztására, mert ezek elősegítik a normális bélműködést és kedvező hatásúak a vércukor- és koleszterinszintre. A javasolt napi rostbevitel 25-35 gramm.
- A folyadékbevitel napi mennyisége ne haladja meg az 1,5 - 2 litert Szívelégtelenségben csak kis mennyiségű alkoholfogyasztás (1-2 deciliter bor) engedélyezett, azonban ha a szívelégtelenséget a nagyfokú alkoholfogyasztás okozta, akkor teljes alkoholtilalom szükséges.



- Szívelégtelenségben szenvedő betegnél fontos, hogy a szokásosnál gyakrabban étkezzon, s egyszerre csak keveset és könnyen emészthető ételeket fogyasszon.

Rendszeres testmozgás

Ma már a korábbi szemléletünkkel ellentétben a szívelégtelenségben szenvedő betegeknek is javasolt az orvos által megszabott ellenőrzött fizikai tréning, mivel ez kedvező hatású a keringésre és javítja a terhelhetőséget. A legsúlyosabb esetek kivételével hetente 3-4-szer javasolt 20-30 perces nem megerőltető mozgás (könnyű séta, kocogás, kerékpározás, úszás). A fizikai terhelés formáját és intenzitását mindig meg kell beszélni a kezelőorvossal, mivel a nagyobb terhelés fokozott veszéllyel járhat. Ha a fizikai tréning közben szokatlan panasz jelentkezik (pl. fulladás, mellkasi szorítás, rendszertelen heves szívdobogás) a terhelést abba kell hagyni és a kezelőorvost soron kívül fel kell keresni.

A nemi élet szívelégtelenségben

A nemi aktus a pulzusszám és a vérnyomás jelentős emelkedését eredményezi. Így a súlyos szívelégtelenségben szenvedő, már kisebb terhelésre is panaszos betegek esetében az aktus a betegség rosszabbodását okozhatja, és komplikációkhoz (pl. ritmuszavar, fulladás, angina) vezethet. A megszokott partnerrel történő nemi élet közepes fokú fizikai megterhelést jelent a szívelégtelen betegek számára, így az enyhébb szívelégtelenségben szenvedő betegek ezt rendszerint jól tűrik, és normális szexuális életet élhetnek. Az

enyhe vagy mérsékelt szívelégtelenségben szenvedő férfi betegek szedhetnek merevedési zavart csökkentő gyógyszereket is, azonban tudni kell, hogy ezek nitrátkészítményekkel együtt nem alkalmazhatók, mivel veszélyes vérnyomásesést okozhatnak. Ilyen gyógyszer szedését mindig meg kell beszélni a kezelőorvossal.



Gyógyszeres kezelés



Szívelégtelenségben mindig kombinált gyógyszeres kezelésre van szükség, melynek célja a beteg panaszainak csökkentése vagy megszüntetése, az életminőség javítása, a betegség rosszabbodásának megakadályozása és végsősoron a beteg életének meghosszabbítása. A gyógyszereket az élet végéig szedni kell, és bizonyos gyógyszerek elhagyása még panaszmentesség esetén sem javasolt, mert a betegség romlását okozhatja.

A szívelégtelenség kezelésére jelenleg az alábbi fontosabb gyógyszercsoportokat használjuk:

ACE-gátlók

Ezek a gyógyszerek egy enzim gátlása útján sokrétű kedvező hatást fejtenek ki szívelégtelenségben, melynek eredményeképpen a hosszútávú kezelés javítja a betegek életminőségét és meghosszabbítja életüket. Az ACE-gátlókat a kezelés kezdetén csak kis adagban szabad szedni, és azt csak lassan növelve lehet az ún. maximális adagot (céladag) elérni, mivel a kezdeti nagy adagok mellékhatásokat okoznak (pl. vérnyomáscsökkenés, szédülés, ájulás). A fokozatos gyógyszerkezdést a betegek rendszerint jól tűrik és mellékhatások a hosszútávú kezelés során is csak ritkán jelentkeznek. Ezek közül a leggyakoribbak a szédülés és a száraz köhögés, melyek ha a a gyógyszer dózisének csökkentésével nem szűnnek meg, az ACE-gátló szedését abba kell hagyni és helyettük a kezelőorvos döntése alapján más gyógyszert kell adni. Szerencsére ritka, de súlyos mellékhatás az ún. angioneurotikus ödéma, amikor a gyógyszer bevétele után ajak-, nyelv-, vagy gégeduzzanat alakul ki, mely fulladásos rohamot okozhat. Károsodott veseműködés esetén az ACE-gátló gyógyszer kórosan megemelheti a vér kálium szintjét, ezért ilyenkor a veseműködés és káliumszint rendszeres ellenőrzése szükséges.

Béta-blokkolók

Az ACE-gátlók mellett ezek a gyógyszerek azok, amelyek



hosszú távon adva bizonyítottan csökkentik a betegek halálozását szívelégtelenségben. Kedvező hatásukat a kórosan fokozott szimpatikus idegrendszeri izgalom gátlása útján fejtik ki. Ezek a gyógyszerek jelentősen csökkentik a szívelégtelenségben egyébként nem ritka hirtelen halál előfordulását is.

A kezelést itt is alacsony gyógyszeradagokkal kell elkezdni, és a céladagokat csak fokozatosan, a beteg állapotát folyamatosan ellenőrizve lehet elérni.

Fontos tudni, hogy a kezelés megkezdésekor a pulzusszám és a vérnyomás rendszerint csökken, és a betegek panaszai (fáradékonyság, nehézlégzés, bokadagadás) fokozódhatnak. Ezek a tünetek általában átmeneti jellegűek, emiatt a kezelést ritkán kell abbahagyni, azonban a szorosabb orvosi ellenőrzés ilyenkor különösen indokolt. A betegnek meg kell értenie, hogy a béta-blokkoló kezelés eredményei hosszútávon jelentkeznek, melynek eléréséhez érdemes vállalnia még az esetleges kezdeti átmeneti panaszfokozódást is.

Bizonyos társbetegségek fennállása esetén a béta-blokkoló gyógyszereket nem szedheti a beteg, ilyenek pl. a tüdőasztma, vagy a nagyon lassú szívműködéssel járó állapot.

Vizelethajtók (diuretikumok)

A vizelethajtók alkalmazása ma is nélkülözhetetlen a szívelégtelenségben szenvedő betegek legtöbbszörénél. Ezek a gyógyszerek a szervezetben felgyülemlett folyadéknak a vesén keresztül történő kiürülését segítik elő, ezáltal általában gyorsan megszüntetik a bokaduzzanatot, a máj feszülését, és csökkentik vagy megszüntetik a tüdőpangás okozta nehézlégzést.

A vizelethajtó gyógyszerek közül leghatékonyabb és leggyorsabb hatású a furosemid, amelyet súlyosabb folyadék-pangás esetén intravénásan alkalmazunk.





Enyhébb esetekben a kevésbé erős vízhajtók (pl. thiazid diuretikumok) is elegendőek lehetnek a pangásos panaszok megszüntetésére. Ha nagy mennyiségű vizelet ürül, akkor ezzel együtt jelentős mennyiségű kálium is távozik a szervezetből, ami súlyos következménnyel (pl. ritmuszavar) járhat, ezért a káliumhiányt pótolni kell. Ezt káliumsó (káliumklorid) adásával vagy ún. káliumspóroló vizelethajtókkal oldhatjuk meg. A vizelethajtók szedésének szükségessége mindig a beteg aktuális állapotától függ, ennek megítélése rendszeres orvosi ellenőrzést igényel.

Digitálisz

A szívelégtelenség kezelésében legrégebben alkalmazott gyógyszer, amelynek szedése rendszerint akkor szükséges, ha az előbbi három gyógyszer adására nem szűnnek meg a beteg panaszai. Ilyenkor a digitálisz (leggyakrabban digoxin) hozzáadása az addigi kezeléshez csökkentheti a panaszokat. Hatását azáltal fejt ki, hogy fokozza a szívizom összehúzódásának erejét. Különösen azoknak a betegeknek kedvező a didoxin adása, akiknek gyors, rendetlen szívverésük (pitvarfibrillációjuk) van, mivel ilyenkor ez a gyógyszer csökkenti a szívverések szaporaságát. Az orvos által előírt megfelelő adagok szedése esetén mellékhatások (hányinger, látászavar, rendetlen szívdobogás) csak ritkán jelentkeznek.

Egyéb gyógyszerek



A fenti leggyakrabban alkalmazott gyógyszerek mellett egyéb gyógyszerek szedése is szükségessé válhat szívelégtelenségben. Ilyenek lehetnek pl. bizonyos értágítók, véralvadásgátlók vagy ritmuszavart csökkentő gyógyszerek. Ezek szedésére általában speciális indok alapján, és szorosabb orvosi ellenőrzés mellett kerül sor.



A gyógyszereszedéssel kapcsolatos tanácsok

Mivel szívelégtelenségben tartós, legtöbbször az élet végéig tartó gyógyszereszedésre van szükség, célszerű a betegeknek ezzel kapcsolatban az alábbi gyakorlati tanácsokat megfogadni:

- A gyógyszereket mindig a kezelőorvos utasításainak megfelelően kell szedni, és lehetőleg mindig ugyanabban az időben kell bevenni
- Gyógyszerkimaradás esetén, azt mielőbb pótolni kell – kivéve ha nem jött el a következő adag bevételének az ideje (ekkor ki kell hagyni az elfelejtett adagot, és nem szabad bevenni a dupla dózist)
- Csak a kezelőorvos utasítására szabad változtatni a gyógyszerek szedésén
- Javasolt a rendszeresen szedett gyógyszerek nevének megtanulása, és a leggyakoribb mellékhatásainak ismerete
- Ha mellékhatás jelentkezik, mielőbb meg kell beszélni a kezelőorvossal
- A gyógykezelést lehetőleg egy orvos irányítsa (a gondozást végző kardiológus a háziorvos közreműködésével). Ha sürgős változtatás történt a kezelésben, a módosítást mielőbb meg kell beszélni a gondozó orvossal
- A rendszeresen szedett gyógyszerekről javasolt pontos listát vezetni, amit mindig tartson magánál a beteg, és vigye magával az orvosi ellenőrzésekre
- Bármely egyéb okból szedett gyógyszer szedéséről tájékoztatni kell a kezelőorvost



Védőoltások



Bizonyos fertőző betegségek (pl. influenza, fertőző tüdőgyulladás) veszélyt jelentenek a szívelégtelenségben szenvedő betegek számára, mivel a betegség rosszabbodását idézhetik elő. Ezek megelőzése minden beteg számára kívánatos, és a várható járványok előtt influenza elleni védőoltás adása javasolt. 60 évesnél idősebb betegeknek a Pneumococcus bacillus okozta tüdőgyulladás elleni védőoltás is javasolt.

Eszközös kezelési eljárások

Az utóbbi időben a gyógyszeres kezelés mellett az ún. eszközös kezelések is elterjedtek. Ide tartoznak az elektromos ingerkeltő készülékkel (pacemaker), a beültethető defibrillátorral (*implantálható kardioverter defibrillátor* - ICD), és a szív működést támogató mechanikus eszközökkel, pumpákkal végzett kezelések. Ezekkel a módszerekkel egyrészt a szív gyógyszeres kezeléssel nem kellő eredménnyel kezelt károsodott pumpaműködése javítható, másrészt bizonyos életveszélyes ritmuszavarok elhárítása lehetséges.

Sebészi beavatkozások, szívatültetés

Ha a szívelégtelenség háttérében műtéttel korigálható betegség áll (pl. szívbillentyűbetegség), akkor a megfelelő időben elvégzett szívműtét gyógyulást eredményezhet. Szívatültetés csak a legsúlyosabb állapotban levő, és az optimális gyógyszeres kezelésre nem javuló szívelégtelenségben szenvedő betegek esetében jön szóba. A műtetre csak alapos kivizsgálás után, az erre a célra létrejött szakorvosi bizottság döntése alapján kerülhet sor, Magyarországon jelenleg csak Budapesten.



Amire figyelni kell

Testsúly

A mindennapos testsúlymérés (lehetőleg reggel vizeletürítés után, reggeli előtt) a szívelégtelenség rosszabbodásának megbecsülésének legegyszerűbb módszere. Ha a testsúly rövid idő belül jelentősen növekedik (1-3 nap alatt 1-2 kg-nál többel), az annak a jele, hogy a szervezetben túl sok folyadék gyűlt fel, és a szívelégtelenség súlyosbodott. Ilyenkor



kezelésen módosítani kell, vizelethajtó bevétele szükséges és egyéb változtatás is indokolt lehet, amit a kezelőorvossal soron kívül meg kell beszélni.

Pulzus

Rendszerint a csukló felett, az alkar tenyéri felszínén, a nagyujj felőli oldalon futó verőér megtapintásával tudjuk vizsgálni. Ha ez nehezen kitapintható, akkor a nyak két oldalán futó valamelyik verőér tapintása igazíthat útba. A pulzus normálisan szabályos ritmusú és a percenkénti gyakorisága megegyezik a szívütések gyakoriságával. Az otthoni vérnyomásmérők többnyire alkalmasak a pulzusszám megállapítására is.

Vérnyomás



Szívelégtelenségben szenvedő betegek ideális vérnyomása 120/80 Hgmm vagy ez alatti. A szokásos gyógyszerek megfelelő adagban történő alkalmazása mellett a betegek vérnyomása rendszerint alacsony, amit általában jól tűnnek.



A szívelégtelenség tüneteinek és jeleinek változása


Ha a boka vagy az alsó lábszár duzzadása fokozódik vagy a nehézlégzés gyakrabban jelentkezik, kisebb terhelésre, esetleg nyugalomban vagy rohamszerűen az éjszakai órákban is fellép, akkor rendszerint a szívelégtelenség súlyosbodása áll fenn. Ilyenkor *a kezelőorvost soronkívül fel kell keresni!* Szintén sürgős orvosi vizsgálat szükséges, ha váratlan mellkasi szorító fájdalom lép fel vagy bármely eddig nem észlelt szokatlan panasz és tünet jelentkezik (pl. szapora, rendetlen szívdobogás, erős szédülés, fulladás, a vivelet mennyiségének csökkenése, hányinger, hasmenés, láz, kiütések, izomgörcsök).



Javasolt irodalom:

Czuriga István: Koszorúérbetegségek. Angina pectoris, Szívinfarktus. Megelőzés-kezelés. SpringMed kiadó, 2005.

Dékány Miklós: Fulladok, dagad a bokám-tudjunk többet a szívelégtelenségről! SpringMed kiadó, 2006.

Betegtájékoztató füzet kiadását a  MERCK támogatta.



A tájékoztató PDF file formátumban
ingyen letölthető a következő internetes címről:

www.debkard.hu

Készítette:

Diamond Stúdió, Telefon/Fax: 52/ 536 638

E-mail: info@diamondstudio.hu

www.diamondstudio.hu