

Efektivní komunikace lékaře s pacientem je klíčem k úspěchu

prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.¹, doc. MUDr. Ludmila Brunerová, Ph.D.²

¹3. interní klinika VFN a 1. LF UK Praha

²Interní klinika FNKV a 3. LF UK Praha

Hypertenze a dyslipidemie jsou kardiovaskulární (KV) rizikové faktory, které se často vyskytují společně. A to již u relativně mladých osob. Je doloženo, že časná simultánní kompenzace těchto rizikových faktorů násobí přínos pro pacienta. Zejména u mladších jedinců ale narážíme na nízkou adherenci k léčbě KV rizikových faktorů. Dodržování doporučených farmakologických i nefarmakologických intervencí může zvýšit správná komunikace mezi lékařem a pacientem, např. vysvětlení KV rizika pacientovi pomocí cévního věku. Důležitým nástrojem na zvýšení adherence je i jednoduchý režim farmakoterapie, který umožňují fixní kombinace. Inspirací mohou být modelové příklady komunikace mezi lékařem a pacientem s hypertenzí a dyslipidemií.

Klíčová slova: dyslipidemie, arteriální hypertenze, kardiovaskulární riziko, adherence, cévní věk.

Effective doctor-patient communication is the key to success

Hypertension and dyslipidaemia are two cardiovascular risk factors that often co-occur. This may even be the case in relatively young people. There is evidence that early simultaneous control of these risk factors potentiates patient benefit. However, particularly in younger individuals, low adherence to the management of cardiovascular risk factors is encountered. The adherence to recommended pharmacological as well as non-pharmacological interventions can be improved by proper doctor-patient communication, such as communicating cardiovascular risk to patients using the vascular age concept. A simple pharmacotherapy regimen utilizing fixed drug combinations is an important tool for increasing adherence. Examples of communication between a doctor and a patient with hypertension and dyslipidaemia can be an inspiration.

Key words: dyslipidaemia, arterial hypertension, cardiovascular risk, adherence, vascular age.

Časný a současný výskyt hypertenze a dyslipidemie

U jedinců s kardiovaskulárními riziky se velmi často setkáváme se současným výskytem hypertenze a dyslipidemie. Až 85 % pacientů s hypertenzí má dyslipidemii. To je velmi zásadní fakt, protože simultánní intervence těchto 2 rizikových faktorů vede k násobnému snížení KV rizika, jak doložila mimo jiné studie ASCOT Legacy (1). V prevenci KV chorob je přitom zásadní časná identifikace rizikových faktorů a časně zahájení jejich kompenzace. Je třeba si uvědomit, že výskyt modifikovatelných

KV rizikových faktorů není doménou vysokého věku. Podle českého průzkumu publikovaného v roce 2015 (2) je u 40letých mužů prevalence hypertenze 43 % a prevalence dyslipidemie 39 %, u 50letých žen pak prevalence hypertenze činí 45 % a prevalence dyslipidemie 41 % (obrázek 1a) (2). (Dyslipidemie byla v tomto průzkumu definována jako přítomnost ≥ 1 z následujících parametrů: celkový cholesterol > 5 mmol/l, LDL cholesterol > 3 mmol/l, triglyceridy $> 1,7$ mmol/l, HDL cholesterol $< 1,0$ mmol/l u mužů a $< 1,2$ mmol/l u žen.) Incidence hypertenze v těchto věkových sku-

pinách byla nižší než incidence dyslipidemie (obrázek 1b) (2), což ukazuje na spíše časnější rozvoj hypertenze a pozdější vznik dyslipidemie v průběhu života.

Průzkum LIPIcontrol ukázal, že v ČR je hypertenze diagnostikována průměrně o 10 let dříve než dyslipidemie (3). Jak je zřejmé z obr. 2, většina (65 %) pacientů s výskytem obou rizikových faktorů měla hypertenzi diagnostikovanou ve věku 41–60 let, zatímco dyslipidemii ve věku 51–70 let. Vzhledem k časté kumulaci obou rizikových faktorů (jak již bylo uvedeno, dyslipidemii má až 85 % pa-

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., vrablikm@seznam.cz

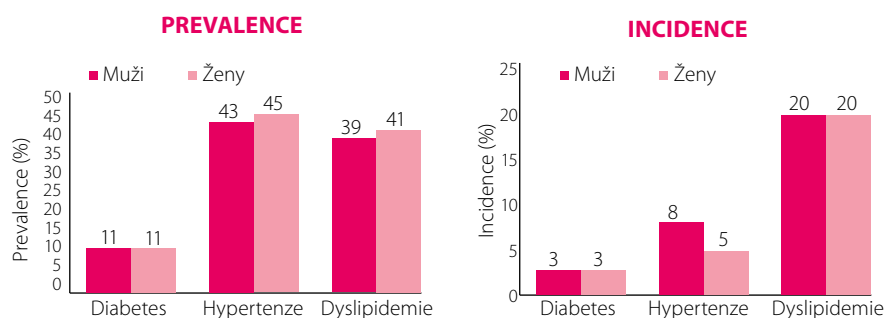
3. interní klinika VFN a 1. LF UK Praha, U Nemocnice 2, 128 08 Praha

Cit. zkr: Med. praxi 2021; 18(2): 98–103

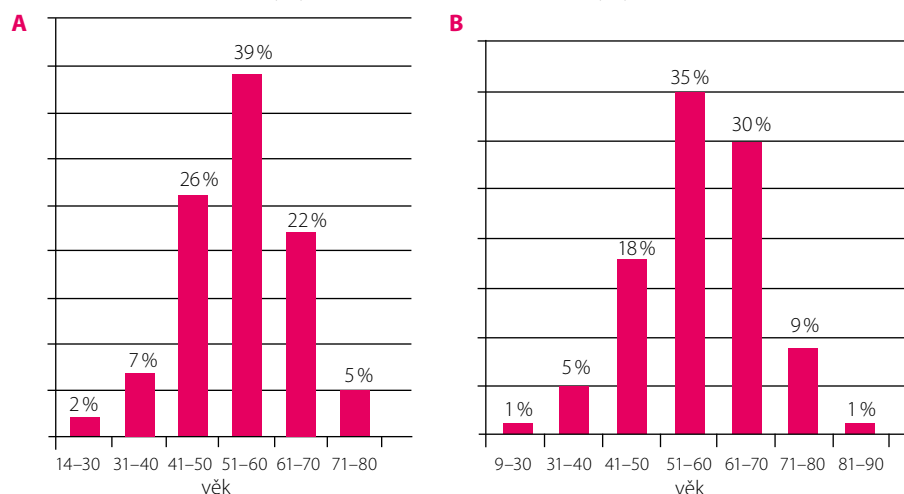
Článek přijat redakcí: 14. 12. 2020

Článek přijat k publikaci: 2. 2. 2021

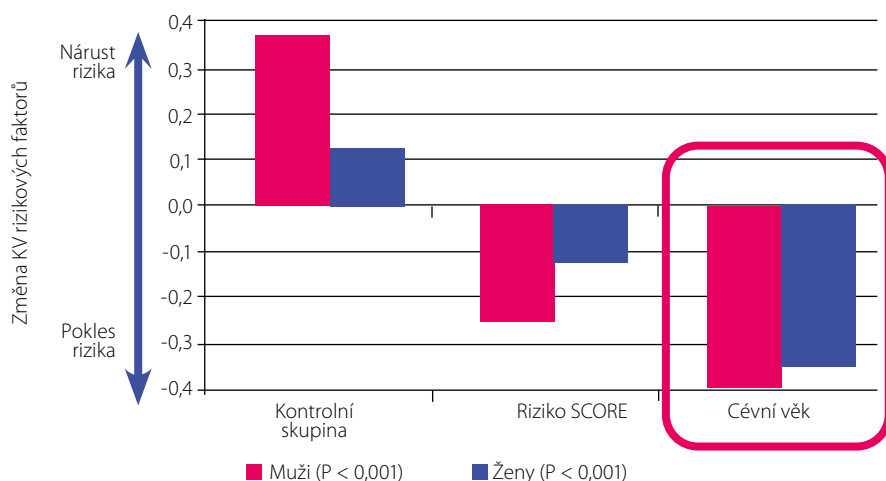
Obr. 1a, b. Prevalence a incidence KV rizikových faktorů u 40letých mužů ($n = 960$) a 50letých žen ($n = 851$) v ČR (2)



Obr. 2a, b. Věk v době diagnózy hypertenze (A) a věk v době diagnózy dyslipidemie (B) v ČR (3)



Obr. 3. Způsob informování pacientů o jejich KV riziku ovlivňuje kompenzaci rizikových faktorů (6)



cientů s hypertenzí) tyto výsledky naznačují, že hladina lipidů není vyšetřována dostatečně včas. Doporučení České společnosti pro hypertenzi přitom jasně uvádějí, že u každého pacienta se zjištěnou hypertenzí je třeba vyšetřit také lipidogram (4). To představuje prostor pro zlepšení zachytu KV rizikových faktorů a včasné zahájení komplexní intervence.

Využití cévního věku při informování pacienta o jeho KV riziku

Léčba hypertenze a dyslipidemie, které pacientovi zpravidla nepřinášejí žádné subjektivní obtíže, je spojena se špatnou adharencí. Dobrá adherence k režimovým opatřením a užívání farmakoterapie je velmi obtížně dosažitelná zejména u mladých pacientů, u nichž

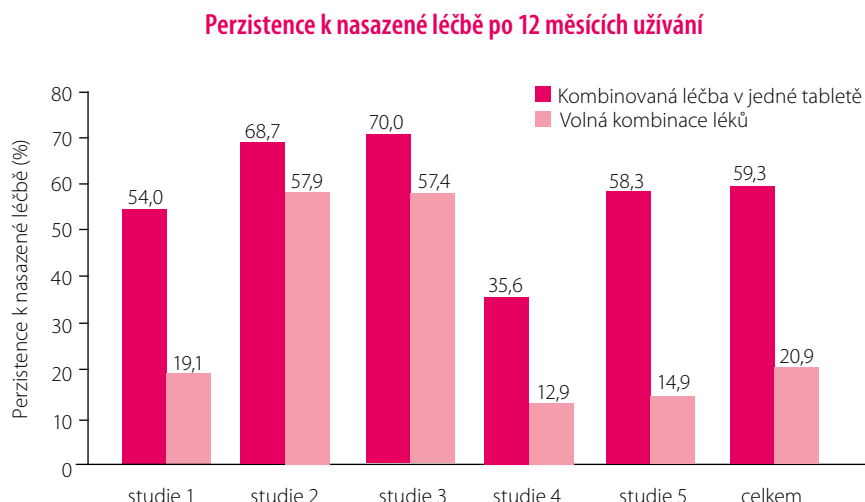
je třeba léčit více rizikových faktorů najednou. Jednou z možností, jak pomoci pacientům akceptovat doporučenou léčbu, je vysvětlit jim srozumitelně jejich KV riziko. Běžné tabulky SCORE nejsou u mladších pacientů v tomto ohledu příliš nápomocné, protože vzhledem k tomu, že predikují 10leté KV riziko, u 40letých mužů a 50letých žen ukazují riziko nízké i za přítomnosti rizikových faktorů. Mladší pacient z těchto tabulek může nabýt dojmu, že jeho KV riziko nemůže být zvýšené. U těchto pacientů je velmi dobře využitelný koncept tzv. cévního věku. Stáří cév se jeví jako mnohem pádnější argument pro pacienta a vychází přitom z uvedených tabulek SCORE. Přibližuje koncept cévního rizika skutečností, že např. KV riziko u 40letého muže kuřáka s hypertenzí a dyslipidemií je stejné jako KV riziko 60letého muže, který žádný z těchto rizikových faktorů nemá. Pro pacienta pak bude srozumitelná informace, že stáří jeho cév ve věku 40 let odpovídá 60letému muži. A to protože kouří, má neléčenou hypertenzi a neléčenou vysokou hladinu cholesterolu. Metoda výpočtu cévního věku podle tabulek SCORE byla popsána již v roce 2010 (5) a využívá graf, pomocí kterého lze podle výše rizika odečteného z původních tabulek SCORE určit cévní věk daného pacienta. Vznikly také modifikované tabulky SCORE pro určení cévního věku.

Autoři této práce také doložili, že způsob informování pacienta o KV riziku ovlivňuje dosažení kompenzace rizikových faktorů. U mužů i žen, kteří byli poučeni o svém KV riziku ve formě cévního věku, bylo dosaženo významně větší kompenzace rizikových faktorů než u pacientů poučených ve formě 10letého KV rizika pomocí původních tabulek SCORE (obrázek 3) (6).

Adherenci může zvýšit používání fixních kombinací statinů s antihypertenzivy

Podle metaanalýz užívá předepsanou kardiiovaskulární medikaci (statiny, antihypertenziva, kyselina acetylsalicylová) jen 55–70 % pacientů (7). Bylo přitom prokázáno, že adherence k léčbě statiny a antihypertenzivy významně ovlivňuje morbiditu a mortalitu pacientů (8). U pacientů s non-adherencí ke statinům byla ve velké metaanalýze zjiště-

Obr. 4. Fixní kombinace antihypertenziv zvyšují perzistenci k léčbě (12)



na významně zvýšená mortalita v porovnání s pacienty s dobrou adherencí (poměr rizik 1,25–2,54) (9). A naopak bylo prokázáno, že adherence k léčbě KV rizikových faktorů celkovou mortalitu významně snižuje, a to o 45 % při dodržování léčby statiny a o 29 % při dodržování antihypertenzní léčby (10).

Důvodů non-adherence je celá řada. Při léčbě hypertenze a dyslipidemie je třeba mít na paměti, že kromě asymptomatického charakteru obou onemocnění může být příčinou špatné adherence mladší věk pacientů, nedostatečná kontinuita péče, složitost farmakoterapeutického režimu, nedostatečná komunikace mezi lékařem a pacientem a nedostatečná informovanost pacienta.

Jednoduchým nástrojem pro zvýšení adherence k léčbě KV rizikových faktorů je používání fixních kombinací, kdy pacient v jedné tabletě užívá jedno nebo více antihypertenziv i statin. Užívání jediné tablety denně je nejen pro pacienta snazší, ale zejména pro mladší jedince i psychologicky přijatelnější. Bylo prokázáno, že oproti volné kombinaci jednotlivých antihypertenziv mají hypertonici, kteří užívají fixní kombinaci v jedné tabletě, o 21 % lepší adhezenci (11). Fixní kombinace zvyšují i perzistenci na léčbě. Analýza 5 studií ukázala, že po 12 měsících užívá volnou kombinaci antihypertenziv 20,9 % pacientů, zatímco fixní kombinaci 59,3 % pacientů (obrázek 4) (12). Proto je u pacienta s léčbou KV rizikových faktorů vždy třeba se zamyslet nad složitostí farmakoterapeutického režimu.

Modelová komunikace s pacientem s kombinací KV rizikových faktorů

S doc. MUDr. Brunerovou jsme se pokusili nastínit možnou komunikaci mezi lékařem a pacientem o KV riziku s využitím koncepce cévního věku a použití fixní kombinace v léčbě KV rizikových faktorů. Připravili jsme 2 modelové situace, které by mohly proběhnout v ambulanci kardiologa, internisty nebo praktického lékaře.

Pacient Vrablík

Do ordinace přichází na kontrolu 40letý vystresovaný právník, kuřák, který je stále ve spěchu. Na poslední kontrole mu byla potvrzena hypertenze a nasazena antihypertenzní léčba. Měl rovněž zvýšenou hladinu LDL cholesterolu, ale přesvědčil lékařku, že šlo spíše o výjimečnou situaci po svatební hostině.

Lékařka: Jak snášíte léky na hypertenzi?

Pacient: Jsem v pohodě. Skoro úplně je užívám.

Lékařka: A jak se vám daří přestat kouřit?

Pacient: Tak, moc nekouřím, jen 10 nebo 15 cigaret za den. Ale mám v plánu jít za profesorkou Králíkovou.

Lékařka: Tak to bude první důležitý krok. Máte ale také stále zvýšený celkový i LDL cholesterol.

Pacient: No vida, hodnoty jako minule. Nezhoršilo se mi to!

Lékařka: Jde o to, že máte kombinaci hned 3 rizikových faktorů pro srdečně cévní onemocnění – kouření, vysoký krevní tlak a zvýšený cholesterol. A kompenzovaný máte jen krevní tlak.

Pacient: Dával jsem se v čekárně do tabulek SCORE, a viděl jsem, že mám nízké riziko.

Lékařka: Tyto tabulky ukazují riziko jen na příštích 10 let. Viděl jste už tabulky, které ukazují stáří vašich cév? Podívejte se, je vám 40 let, ale cévy máte staré jako 52letý muž. Vy máte malé děti, že? A jistě byste se chtěl dočkat i vnoučat, nemám pravdu?

Pacient: No ano, to jistě.

Lékařka: Přidám vám tedy lék na snížení hladiny cholesterolu.

Pacient: Ale já někdy zapomenu vzít i tenhle lék na krevní tlak. Dva léky už určitě nezvládnou.

Lékařka: Je tady i možnost, že byste užíval jen 1 tabletu, která obsahuje oba léky – na tlak i na cholesterol. Takové 2 v 1. Užívá se jednou denně. Nejprve bych vám přidala lék na snížení cholesterolu a pak oba léky vyměním za jediný.

Pacient: Paní doktorko, já ale ráno většinou nestíhám, vozíme děti do školy a do školky, letím do kanceláře nebo na schůzky. Je to chaos. Na lék si mnohdy nevzpomenu.

Lékařka: Oba léky můžete klidně užívat každý den večer, pokud to pro vás bude jednodušší. Poslední data ukazují, že i pro kompenzaci krevního tlaku je lepší užívat antihypertenziva večer. Stejně tak budete moci užívat večer ten lék 2 v 1.

Pacient: Tak to je dobře.

Lékařka: Na kontrolu byste přišel za 3 měsíce. Zkontrolujeme, jak vám klesl tlak, cholesterol a jak se vám daří nekouřit.

Tato modelová komunikace je příkladem využití konceptu cévního věku pro názornější objasnění KV rizika 40letému pacientovi. Slyší na argument, že ve 40 letech odpovídá biologický věk jeho cév 52letému muži. Komunikace ilustruje také využití fixní kombinace antihypertenziva se statinem v jediné tabletě, které z praktického i psychologického hlediska simplifikuje léčbu.

Pacientka Brunerová

Do ordinace lékaře přichází na pravidelnou kontrolu postarší obézní diabetička s hypertenzí a dyslipidemií. Užívá perindopril, amlodipin, atorvastatin a metformin. Aktuální vyšetření ukázalo krevní tlak 150/90 mmHg, hladinu celkového cholesterolu 5,5 mmol/l, hladinu LDL cholesterolu 3,5 mmol/l.

Lékař: Paní Brunerová, vidím, že jste od poslední kontroly přibrala 5 kg.

INZERCE

INZERCE

Pacientka: Pane doktore, to ten covid. S manželem jsme byli pořád doma a vařila jsem. Nic jiného se nesmělo. To víte, dodržovat nějakou dietu v takové situaci vůbec nejde.

Lékař: Vaši váhu ale bude třeba snížit. Pošlu vás ještě za nutriční terapeutkou. Měřila jste si doma krevní tlak?

Pacientka: Zapomněla jsem, pane doktore.

Lékař: A někdy se doma měříte?

Pacientka: To jo, ale mám vždycky tak 140, 150 na 90. Víc ne.

Lékař: Tady jsme vám také naměřili 150/90 mmHg). A užíváte léky na vysoký krevní tlak?

Pacientka: Léky občas zapomenu. To víte, mám jich moc.

Lékař: Kolikrát týdně asi zapomenete?

Pacientka: Tak jednou, dvakrát.

Lékař: Potřebujete napsat další balení?

Pacientka: Ne ne, pane doktore. Mám jich doma spousta.

Lékař: Jak je to možné? Podle předepsaných balení a dávkování vidím, že by vám už měly léky na vysoký krevní tlak docházet.

Pacientka: Asi jsem si někdy vzala léky od manžela, tak proto mi ty moje ještě zbyly.

Lékař: Léčba je stanovená pro každého pacienta individuálně. Manželovy léky pro vás nemusejí být vůbec vhodné.

Pacientka: Ale manželovi dělají dobře.

Lékař: Každý z vás má předepsané své léky v příslušné dávce, které jsou pro vás vhodné a bezpečné. Glykemii máte, vidím, v pořádku. Ale LDL cholesterol máte 3,5 mmol/l. My se přitom snažíme dosáhnout hladiny 1,8 mmol/l.

Pacientka: A to jsem se celý týden před odběrem tak snažila, abych vám udělala radost!

Lékař: Paní Brunerová, vy se přeci neléčíte proto, abychom vám tady naměřili dobré hodnoty. Léčíte se, abyste žila déle, neměla mozkovou příhodu nebo infarkt. Dobrymi výsledky léčby uděláte radost spíš sama sobě. Tlak i cholesterol máte zvýšené, budeme vám muset zvýšit dávky.

Pacientka: Jé, to nechci, pane doktore, už jich mám moc. Více léků už určitě nezvládnou uživat.

Lékař: Můžeme udělat takové kouzlo. Já vám přidám lék, ale uberu tablety. Místo 3 tablet na krevní tlak a cholesterol vám předepíšu jen jednu. A k tomu budete užívat metformin. Zvládla byste to takhle.

Pacientka: To opravdu jde? No, to by bylo šikovný.

Lékař: Zvýším vám dávku atorvastatinu z 10 mg na 40 mg denně, ale to budete mít v té 1 tabletě na tlak i cholesterol, takže to vás nijak nezatíží. Pokud se u vás s touto novou tabletou objeví nějaké nežádoucí účinky, tak mi hned zavolejte.

Pacientka: A mají tu tabletu ve všech lékárnách?

Lékař: Ano, mají, navíc doplatek bude nižší než součet doplatků za ty předchozí 3 tablety.

Pacientka: Tak to jste mě teda potěšil.

Lékař: Tahle tableta má i tu výhodu, že když ji zapomenete užít, pozná se to podle naměřeného krevního tlaku. Takže měřením krevního tlaku si orientačně kontrolujete i úpravu hladiny cholesterolu. Na kontrolu byste přišla už za 2 měsíce.

Pacientka: Tak brzo? No, to nevadí, já vás ráda uvidím. A kdy mám tu tabletu brát?

Lékař: Paní Brunerová, můžete si vybrat. Tuto léčbu je možné užívat ráno nebo večer. Vyberte si určitou denní dobu, která vám nejlíp vyhovuje, kdy budete tabletu vždy brát.

Pacientka: Můžu ráno, pane doktore? Večer už na to pak spíš zapomenu.

Lékař: Určitě můžete ráno. Máte ještě nějaké další otázky?

Tato komunikace je příkladem využití fixní kombinace pro zjednodušení terapeutického režimu s cílem zvýšit adherenci k léčbě. Doporučenou intenzifikaci léčby pacientka odmítá s tím, že stejně léky nebude užívat (už teď je občas vynechává). Ideálním řešením je pro ni trojkombinace amlodipinu, perindoprilu a atorvastatinu ve zvýšené dávce s užíváním v denní dobu, kterou si sama zvolí.

Závěr

Řada pacientů se staví k prevenci KV rizikových faktorů velmi laxně, a to včetně užívání medikace. Rezerva je v tomto ohledu ale i v lékařích, kteří by měli využít komunikaci s pacientem jako silný nástroj pro zvýšení adherence. Stále máme velký nevyužitý potenciál ve vysvětlování KV rizika pacientovi, např. s využitím konceptu cévního věku. Jako lékaři bychom měli být v této oblasti aktivnější. Někdy nám chybí i důslednost v primární KV prevenci. Časné podávání antihypertenziv i jejich kombinací je již všeobecně akceptovaným faktem. Rezervy zůstávají ve využívání statinů, a to zejména u mladších pacientů kolem 40–50 let věku, které při zvýšené hladině LDL cholesterolu čeká ještě dlouhá řada let expozice tomuto rizikovému faktoru. U nich se podle tabulek SCORE zdá KV riziko nízké. Je potřeba si ale uvědomit, že jde pouze o 10letou predikci KV rizika a 40letý hypertonik s dyslipidemií je právě pacientem, kterému můžeme časnou a simultánní prevencí obou rizikových faktorů významně prospět.

LITERATURA

1. Gupta A, Mackay J, Whitehouse A, et al. Long-term mortality after blood pressure-lowering and lipid-lowering treatment in patients with hypertension in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT) Legacy study: 16-year follow-up results of a randomised factorial trial [published correction appears in Lancet 2018; 392(10156): 1402]. Lancet 2018; 392(10153): 1127–1137.
2. Chmelík Z, Vrablík M, Václavá M, Lánská V. Vysoká prevalence kardiovaskulárních rizikových faktorů a neuspokojivá kontrola hladin LDL-cholesterolu v populaci 40letých mužů a 50letých žen v České republice. AtheroRev 2016; 1(3): 111–115.
3. Šatný M, Tůmová E, Vrablík M. LIPControl: daří se zlepšovat úroveň kontroly hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění v každodenní praxi? Hypertenze & kardio-

4. vaskulární prevence 2018; 1: 15–21.

4. Widimský J, et al. Doporučení pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze ČSH 2017. Hypertenze a KV prevence 2018; 7: 1–20.
5. Cuende JL, Cuende N, Calaveras-Lagartos J. How to calculate vascular age with the SCORE project scales: a new method of cardiovascular risk evaluation. Eur Heart J. 2010; 31(19): 2351–2358.
6. Cuende JL. Vascular Age Versus Cardiovascular Risk: Clarifying Concepts. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2016; 69(3): 243–246.
7. Chowdhury R, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. European Heart Journal 2013; 34(38): 2940–2948.
8. Herttua K, et al. Poor Adherence to Statin and Antihyper-

- tensive Therapies as Risk Factors for Fatal Stroke. J Am Coll Cardiol. 2016; 67(13): 1507–1515.
9. De Vera MA, Bhole V, Burns LC, Lacaille D. Impact of statin adherence. Br J Clin Pharmacol. 2014; 78: 684–698.
10. Herttua K, Martikainen P, Batty GD, Kivimäki M. Poor Adherence to Statin and Antihypertensive Therapies as Risk Factors for Fatal Stroke. J Am Coll Cardiol. 2016; 67(13): 1507–1515.
11. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis. Hypertension. 2010; 55(2): 399–407.
12. Sherrill B, Halpern M, Khan S, Zhang J, Panjabi S. Single-pill vs free-equivalent combination therapies for hypertension: a meta-analysis of health care costs and adherence. J Clin Hypertens (Greenwich) 2011; 13(12): 898–909.