ALKOHOL U ŽEN VYŠŠÍHO VĚKU

MUDr. Emanuel Doněk, MUDr. Jana Doňková, Olga Doňková
Psychiatrická léčebna Kroměříž

Autoři podávají přehled problematiky nadužívání alkoholu ve vyšším věku. Podrobněji se zaměřují na nemocné s diagnózami F10× hospitalizovanými na ženském gerontopsychiatrickém primariátě v letech 2002–2006. Skutečnost, že tento soubor představuje 2,92 % ze všech přijatých na primariátě, považují za alarmující. Navrhují podrobné prošetření výskytu alkoholizmu u naší populace starší 65 let, cíleně zaměřenou anamnézu a v případě potřeby zahájení časné intervence.

Interní Med. 2008; 10(3): 146–147

Slova alkohol a alkoholizmus se v posledních letech vyskytují v našich sdělovacích prostředcích stále častěji. Zatímco je tomuto problému především u mladé generace věnována zasloužená pozornost, zůstává starší generace stále ještě na okraji zájmu, a to nejen médií. Důvodů je hned několik. Starý člověk obvykle nezapadá do obrazu, který jsme si vytvořili o mladších lidech nadužívajících alkohol, protože negativní sociální důsledky jsou ve stáří řidší. Navíc naše společnost se k této problematice staví u starších lidí benevolentněji a toleruje jim i to, co mladým ne. Kolem starého člověka se chodí po špičkách, i když se opíjí. Rodinní příslušníci se obvykle snaží ze společenských důvodů celou záležitost bagatelizovat nebo zatajovat. Protože pijící dědeček je pro rodinu společensky únosnější než babička, je nadužívání alkoholu ve vyšším věku snadněji rozpoznáno u mužů než u žen. Zahájení časné intervence je velmi obtížné, protože obvykle chybí jakékoliv anamnestické údaje a na spolupráci rodinných příslušníků se nelze vždy spolehnout. Ve zdravotní dokumentaci nemocného může být požívání alkoholu nepoznanou příčinou např. gastrointestinálních potíží, pro které je starý člověk dlouhodobě léčen. Nadužívání alkoholu ve vyšším věku bývá proto často odhaleno, až když je překročena míra společenské tolerance nebo při hospitalizaci z nejrůznějších důvodů, kdy se náhle rozvine deliriózní syndrom (5, 7).

Starší lidé hospitalizovaní s diagnózou F10× v nejrůznějších psychiatrických lůžkových zařízeních představují pouze špičku ledovce, protože jejich problémy s nadužíváním alkoholu dosáhly takových rozměrů, že je již nešlo jinak řešit.

O vzrůstajícím alkoholizmu ve vyšším věku se v odborné literatuře začalo častěji psát až v posledním desítiletí 20. stolelí – Liberto s Oslinem dokonce hovoří o jeho epidemii (4). Příčina se obvykle hledá v osamělosti, ztrátě partnera a z toho následné depresi, v ukončení pracovního poměru a neschopnosti si najít adekvátní náhradu a konečně ve zdravotních problémech (1, 5, 9).

Starší lidi nadužívající alkohol můžeme rozdělit do dvou skupin podle věku, ve kterém jejich návyk vznikl (1, 5, 6, 8):

1. Lidé, kteří začali pít již ve středním věku a dožili se vyššího věku. Podle Nešpora (6) se jedná až o 2/3 pijících starých lidí, Kovářová (3) je opačného názoru. Upozorňuje na to, že většina této skupiny se nedožije vyššího věku, protože umírá ještě před dosažením 65. roku života na somatické komplikace spojené s alkoholizmem. Uvádí však, že nemáme k dispozici spolehlivé a jednoznačné údaje o počtech lidí nadužívajících alkohol ve vyšším věku. To by vysvětlovalo oba zcela rozdílné názory na tuto skupinu nemocných.
2. Lidé, u kterých se návyk poprvé objevil až ve stáří. Tato skupina vykazuje řadu specifických znaků, souvisejících se změnami organizmu způsobených věkem. V těle starého člověka dochází k úbytku svalstva, ke zmnožení tukové tkáně a snížení celkového množství vody v organizmu. Protože alkohol je hydrofilní, zvyšuje se jeho koncentrace v krvi rychleji. V játrech člověka ubývá věkem alkoholdehydrogenáza, což má za následek pomalejší odbourávání alkoholu. Připočteme-li k tomu sníženou toleranci mozku na alkohol, nepřekvapí nás množství závažných intoxikací, vznikajících u starých lidí již při menších dávkách alkoholu (2, 5, 9).

Rozdíly požívání alkoholu ve stáří proti mladšímu věku jsou i ve způsobu pití, klinickém obraze a v následcích.

Řada starých lidí pije alkohol v malých dávkách pro jeho chuť nebo jako digestivum pro snazší trávení. Své pití dokáží natolik kontrolovat, že nedochází k rozvoji závislosti. Ti však, kteří se pomocí alkoholu snaží vyřešit své osobní problémy, velmi často neudrží své pití v únosných mezích a propadnou návyku se všemi důsledky.

Alkohol požívají staří lidé častěji v soukromí než ve společnosti, i když v poslední době se tento rozdíl začíná pomalu vytrácet (2).

Ve stáří má nadužívání alkoholu obvykle postupný, nepřerušovaný průběh. Postrádáme excesy se ztrátou kontroly přítomné v mladším věku, rovněž pokusy o abstinenci jsou méně časté (8).

Následků požívání alkoholu ve vyšším věku je hodně. Část z nich je způsobena interakcemi alkoholu s léky, které starý člověk potřebuje ve větším množství než ve středním věku. Zvýšená vulnerabilita starého organizmu vede k celé řadě dalších komplikací. Zhoršují se již přítomná somatická onemocnění, vznikají nová, např. toxometabolická postižení zažívacího traktu, kardiovaskulárního systému, ledvin, periferní neuropatie či ojedinělé epileptické paroxyzmy a po opakovaných pádech nejrůznější úrazy, často se zlomeninami kostí a krvácením (2, 6, 7, 8, 9).

Nadužívání alkoholu ve vyšším věku svými psychickými projevy pokrývá velkou škálu diagnóz, kterou nám nabízí MKN – 10. Problémy může způsobovat nedostatečná nebo zkreslená anamnéza. I v tomto směru je nezbytná spolupráce odborných lékařů a konzultace s příslušným praktickým lékařem, zvláště není-li k dispozici pacientova zdravotní dokumentace (2, 6, 7, 8, 9).

Vlastní pozorování

Sledovaný soubor tvoří 65 nemocných starších 65 let, což je 2,92 % ze všech hospitalizovaných v letech 2002 až 2006 na ženském gerontopsychiatrickém primariátě Psychiatrické léčebny Kroměříž. Byly přijaty z celé spádové oblasti bývalých okresů Břeclav (BV), Kroměříž (KM), Hodonín (HO), Prostějov (PR), Přerov (PV), Uherské Hradiště (UH), Vsetín (VS), Vyškov (VY) a Zlín (ZL). Deset nemocných (5,4 %) bylo pro závislost na alkoholu hospitalizováno v psychiatrické léčebně již dříve ve středním věku. Ve společné domácnosti s manželem, druhem či dětmi žilo 17 nemocných (26,2 %), přičemž 3 popíjely společně s partnerem nebo se synem. Příbuzní nebo okolí o závislosti věděli v 50 případech (76,9 %), nedokázali jí však zabránit. Většina nemocných (57, tj. 87,6 %) pila sama v ústraní, pouze 8 (12,3 %) požívalo alkohol veřejně. Protože více jak třetina spádové oblasti léčebny je vinařskou oblastí, překvapil nás výběr nápojů. Jen 11 nemocných (16,9 %) pilo víno, další dvě skupiny požívající pivo nebo tvrdý alkohol tvořilo vždy 18 nemocných (27,7 %), 18 bylo nemocných, kterým na výběru nápoje nezáleželo, což nejlépe vystihla jedna z nich: „…piju všechno, co mi kdo dá…“ V 6,2 % jsme zjistili kombinaci alkoholu s léky: ve třech případech s trankvilizéry, jedna nemocná zapíjela alkoholem hypnotika. K hospitalizaci

Tabulka 1. Přehled rozložení a četnosti diagnóz nemocných starších 65 let hospitalizovaných na ženském gerontopsychiatrickém primariátě PL Kroměříž v letech 2002–2006 podle bývalých okresů

Dg	KM	PV	PR	ZL	HO	UH	VY	BV	VS	celkem
F102		5	2	5	1	4		2	5	24
F103			2	1	1	1			1	6
F104	4			3	1	1				9
F1056			2			1				3
F1071					1		1			2
F1073		2		4	1	6	5	3		21
celkem	4	7	6	13	5	13	6	5	6	65

Legenda: KM – Kroměříž, PV – Přerov , PR – Prostějov, ZL – Zlín , HO – Hodonín, UH – Uherské Hradiště, VY – Vyškov, BV – Břeclav, VS – Vsetín

na podnět psychiatra došlo v 27 případech (41,5 %), praktický lékař doporučil léčbu u 21 žen (32,3 %), zbývajících 17 nemocných (26,2 %) bylo do psychiatrické léčebny přeloženo ze spádových nemocnic. Rozdílné počty nemocných z jednotlivých bývalých okresů si vysvětlujeme jednak vzdáleností od léčebny, jednak mírou tolerance okolím. Nejvíce nemocných, celkem 13 (20 %), bylo přijato z bývalého okresu Uherské Hradiště a Zlín, z ostatních lokalit pocházelo 5 až 7 pacientek. Pouze čtyři nemocné (2 %), shodou okolností všechny jako odvykací stav s deliriem, byly přijaty z bývalého okresu Kroměříž.

V léčbě nemocných jsme se neodlišovali od doporučovaných postupů (1, 2, 5). Z psychofarmak byl nejčastěji podáván Tiapridal pro jeho minimální kontraindikace a interakce s jinými léky. Výhodou primariátu je každodenní přítomnost internisty, který vede léčbu somatických komplikací a onemocnění, často dříve i nepoznaných. Přesto osm nemocných (12,3 %) zemřelo na bronchopneumonii přítomnou již před přijetím do léčebny nebo na náhlé kardiovaskulární selhání během hospitalizace.

Závěr

Vzestup nadužívání alkoholu u žen starších 65 let se nevyhnul ani spádové oblasti Psychiatrické léčebny Kroměříž. Zjištěné údaje považujeme pouze za špičku ledovce. Domníváme se, že je na místě zahájit co nejdříve podrobné sledování tohoto problému u celé populace starších lidí naší republiky. Pouze vzájemná spolupráce všech psychiatrických lůžkových zařízení, ambulantních psychiatrů, alkoholog, geriatrů, dalších specialistů a praktických lékařů může přinést objektivní výsledky a umožnit časnou intervenci a léčbu.

Převzato
z Psychiat. pro Praxi, 2007; 8(6): 274–275

MUDr. Emanuel Doněk
Psychiatrická léčebna
Havlíčkova ul. 1265, 767 01 Kroměříž
e-mail: doneke@plkm.cz

Literatura

1. Baštecký J a kol. Gerontopsychiatrie. Grada Avicenum. Praha 1994, s. 320.
2. Kalvach Z a kol. Geriatrie a gerontologie. Grada Avicenum, Praha 2004, s. 864.
3. Kovářová M, Dóci I. Charakteristika konzumentov alkoholu nad 65 rokov v kontexte projektu Zdravé starnutie. Geriatria, 2002 (8)2: 78–82.
4. Liberto JG, Oslin DW. Early versus late-onset of alcoholism in the elderly. Int. J. Addict 1995, 30: 1799–1818.
5. Nešpor K, Csémy L. Léčba a prevence závislostí. Psychiatrické centrum Praha, 1996, s. 203.
6. Nešpor K, Dragomerická E, Csémy L. Alkohol u seniorů. Psychologie dnes, 2005; 3, s. 7.
7. Nešpor K. Návykové chování a závislost. Třetí aktualizované vydání. Portál, Praha 2007, s. 176.
8. Shahpesandy H a kol. Alkoholizmus v starobě – komparatívna štúdia sledujúca starých a mladých pacientov s poruchami v súvise s alkoholom. Alkoholizmus a drogové závislosti 2005; (4)3: 149–163.
9. Shahpesandy H a kol. Alkoholizmus v starobě – následky a komplikácie. Alkoholizmus a drogové závislosti 2006; (41)4: 215–229.

NOVÁ RUBRIKA

DOBRÁ RADA

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

staré úsloví říká, že dobrá rada je nad zlato. Jiné úsloví zase tvrdí, že kdo rychle dává, dvakrát dává.

Jistě každý z vás, kdo se denně potýkáte s řadou problémů v ordinacích, zažil chvilky, kdy potřeboval poradit – dobře, a pokud možno co nejrychleji. Tak nás v redakční radě napadlo, že by Vás mohla zaujmout rubrika, která by právě takové rady dávala. Krátce a srozumitelně by odpověděla na konkrétní otázky, které Vás při každodenní práci napadají. Jen některé z nich, které nám vytanuly na mysli v poslední době – Jak dávkovat antibiotika v prevenci bakteriální endokarditidy?, Co podat při eradikaci Helicobacter pylori*?, Jak hodnotit zvýšenou hladinu celkového tyroxinu v graviditě?*

Těch otázek je spousta a mnohdy potřebujete rychlou radu s tím, že souhrnný článek a další odbornou literaturu na dané téma si později vyhledáte a prostudujete. Chtěli bychom proto, aby každá DOBRÁ RADA byla autorem doplněna doporučením vhodné literatury.

Zavádíme od nového roku rubriku s názvem DOBRÁ RADA, jež by podala ke konkrétním problémům a otázkám, které Vás potkávají v každodenní praxi, vysvětlení a odpověď. Někdy to možná bude jen připomenutí vědomosti, která se zasula kamsi hluboko do paměti a nemůžete si ji vybavit. Může to být i otázka, která Vás napadne po přečtení některého ze souhrnných článků.

Věříme, že se Vám nová rubrika bude líbit. Těšíme se na Vaše dotazy a náměty.

Redakce