

Jak pomoci pacientům přestat kouřit?

MUDr. Eva Králíková, CSc.

Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN Praha

Centrum pro závislé na tabáku, III. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Závislosti na tabáku není snadné se zbavit, nikotin je návykovější než heroin a psychosociální vazby bývají také silné. Většina kuřáků začíná s cigaretami v dětském věku a v dospělosti toho lituje – sedm z deseti dospělých kuřáků by raději nekouřilo. Pokus bez jakékoli asistence však mívá úspěšnost (= roční abstinence) jen kolem 3–5 %, krátká intervence lékaře či sestry kolem 8–10 % a intenzivní léčba s farmakoterapií 25–35 %. Obecně zahrnuje léčba intervenci (dle časových možností zdravotníka) a případně farmakoterapii. Intenzivní léčba je u nás možná ve více než 30 centrech pro závislé na tabáku. Většina kuřáků se však nikdy intenzivně léčit nebude, zatímco naopak během kalendářního roku navštíví některého lékaře. Jakýkoli klinický kontakt s kuřákem by měl být příležitostí ke krátké intervenci, která tak i při menší úspěšnosti může mít větší celkový dopad než léčba intenzivní.

Klíčová slova: kouření, závislost na tabáku, krátká intervence, klinická praxe.

How to help patients stop smoking?

Tobacco dependence is not easy to get rid of, nicotine is more addictive than heroin and psychosocial ties are also strong. Most smokers start with cigarettes in their childhood and adult regret – seven out of ten adult smokers would prefer not to smoke. Attempting without any assistance, however, tends to have success (= year of abstinence) reach about 3–5 %, a short intervention of a doctor or nurse about 8–10 %, and intensive treatment including pharmacotherapy 25–35 %. Generally, treatment involves intervention (according to time of the health care professional) and possibly pharmacotherapy. Intensive treatment is possible in this country in more than 30 centres for addicted to tobacco. Most smokers, however, never will undergo intensive treatment, while, conversely, during the calendar year the majority of them visits a doctor. Any clinical contact with a smoker should be an opportunity to the brief intervention, and so with less success it could have a greater overall impact than intensive treatment.

Key words: smoking, tobacco dependence, brief intervention, clinical practice.

Interní Med. 2011; 13(11): 453–454

Úvod

Závislost na tabáku není jen zlozvyk, ale nemoc: v MKN-10 (10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí WHO) ji najdeme mezi ostatními závislostmi pod číslem diagnózy F 17 – „Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku“, v ordinaci bude pravděpodobně nejčastější členění F17.1 – škodlivé použití, F17.2 – syndrom závislosti, případně F17.3 – odvykací stav. Kouření se podílí na vzniku nemocí všech částí lidského těla, tedy souvislosti najdeme v každém oboru, u každého pacienta.

Ptát se na kouření pacienta při každém klinickém kontaktu a přinejmenším doporučit každému kuřákovi přestat – to je minimální verze krátké intervence, která se vejde do 10 vteřin. Může následovat i několikaminutová pomoc (viz dále), případně doporučení do centra pro závislé na tabáku. Netýká se to jen lékařů, ale i sester.

Diagnostika

Bohužel, závislá je naprostá většina kuřáků – kolem 80 %. To je také důvodem toho, že 7 z 10 dospělých kuřáků by raději nekouřilo, kdyby ovšem ještě mohli volit.

Závislost je jednak psychosociální, jednak fyzická (drogová). Tou první je potřeba kouřit

v určitých situacích, v určité společnosti (naučené chování). Fyzická závislost se týká nikotinu – drogy návykovější než heroin. Protože poločas nikotinu v krvi je kolem dvou hodin, je jasným znamením fyzické závislosti potřeba zapálit si do hodiny po probuzení (v noci kuřák spal, nekouřil a ráno potřebuje rychle svou dávku drogy). Jednoduchým testem je šest otázek, které může pacient sám zaškrtnat např. v čekárně (viz Fagerströmův test nikotinové závislosti).

Hranice mezi psychickou a fyzickou závislostí navíc nemusí být úplně jasná, a dokonce i abstinenci příznaky se mohou objevit na základě psychosociálního podnětu – například překvapí pacienta po měsíční abstinenci v restauraci a s přítelem, s nímž tam pacient vždy kouřil. Tady poločas nikotinu roli už hrát nemůže, touha kouřit je vyvolaná situací.

Tedy shrnuto: naše intervence bude prospěšná u všech pacientů, kteří mají problém přestat kouřit (1, 2).

Motivace k léčbě

Léčba bůže být úspěšná jen u těch kuřáků, kteří si přejí přestat. I když je to většina z nich, i tak je možné motivaci vždy posílit. Pokud pacient přestat nechce, měli bychom jej motivovat.

Můžeme využít schématu „5R“ podle amerického panelu (1):

- **RELEVANCE** – RELEVANCE, mluvit s pacientem vždy s ohledem na věk, vzdělání, osobní hodnoty. Mladé bude zajímat spíše erekce, akné nebo zápach z úst a zubní kazy, starší finance nebo vliv na průběh chronických nemocí, které sami mají.
- **RISKS** – RIZIKA, například: „Asi pětina všech poruch erekce souvisí s kouřením“, „Kuřáčky mají horší pleť a akné“, „Kouření zdvojnásobuje riziko cukrovky a zhoršuje její průběh“, „Kouření zhoršuje psychická onemocnění včetně deprese a snižuje účinek řady léků používaných v psychiatrii...“ – souvislost najdeme vždy.
- **REWARDS** – ODMĚNY, například: „Když přestanete kouřit, již zítra bude vaše riziko infarktu o třetinu menší...“
- **ROADBLOCKS** – BARIÉRY, například „Proč nechcete přestat kouřit?“ Pacient se může obávat např. abstinenci příznaků (pomůže farmakoterapie) nebo zvyšování hmotnosti (vysvětlit mechanický důvod i to, že nikotin zvyšuje metabolismus)
- **REPEAT** – OPAKOVAT při každém klinickém kontaktu, ovšem empaticky.

Fagerströmvův test závislosti na nikotinu

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?	
do 5 minut	3 body
za 6–30 minut	2 body
za 31–60 minut	1 bod
po 60 minutách	0 bodů
2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?	
první ráno	1 bod
kteroukoli jinou	0 bodů
4. Kolik cigaret denně kouříte?	
0–10	0 bodů
11–20	1 bod
21–30	2 body
31 a více	3 body
5. Kouříte častěji během dopoledne?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?	
ano	1 bod
ne	0 bodů

Léčba

Psychosociální závislost: intervence dle časových možností lékaře či sestry, minimálně poradit: „Připravte si předem nekuřácká řešení pro situace, kdy typicky kouříte.“ Pokud máme více času, můžeme pacientovi pomoci tato řešení pro jeho konkrétní situace najít. Typické je kouření:

- u kávy nebo v kuřácké společnosti (zvážit, zda pít kávu nebo do takové společnosti jít, případně se připravit)
- po jídle (nosit kartáček na zuby a pastu, po jídle si vyčistit zuby)
- ve stresu (subjektivně cigareta pomůže – vyplavením dopaminu s odpoutáním pozornosti, ale zároveň se vyplaví stresové hormony a stav se zhorší, tedy najít si jinou relaxaci – např. dechová cvičení)
- při odpočinku (naplánovat si jinou odměnu, například miska malin, sudoku, časopis...)

- v autě (auto vyčistit, nemít v něm cigarety, ale naopak například lahvičku s vodou)

Fyzická závislost: farmakoterapie. Třemi léky první linie jsou vareniklin, nikotin a bupropion.

Vareniklin: parciální agonista alfa4 beta2 acetylcholin-nikotinových receptorů, působí jednak jako agonista (naváže se na receptory a dojde k vyplavení dopaminu v nucleus accumbens podobně jako po cigaretě, ale dlouhodoběji = pacient nemá významné abstinenční příznaky včetně nutkové potřeby drogy), jednak jako antagonist (po potažení z cigarety se nikotin nemá kam navázat, protože receptory jsou obsazené a nedojde k dalšímu vyplavení dopaminu = pacientovi chybí obvyklá „odměna“ po potažení, cigareta chutná jinak, „jako seno“). Ztrojnásobuje úspěšnost, je vázaný na recept bez preskripčního omezení.

Nikotin (NTN, náhradní terapie nikotinem): dodání drogy v čisté podobě z náplasti, žvýkačky nebo inhalátoru. Zdvojnásobuje úspěšnost, volně prodejný v lékárně. Žvýkačka a inhalátor jsou vhodné především u slaběji závislých, při správném použití se vstřebá maximálně pětina nikotinu z inhalátoru (necelé 2 mg, tedy zhruba jako z jedné cigarety) a necelá polovina ze žvýkaček. U silněji závislých je vhodná náplast, případně kombinace náplasti s inhalátorem nebo žvýkačkou.

Bupropion: antidepressivum, blokuje zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu v synapsích. Zdvojnásobuje úspěšnost, vázaný na recept, s příspěvkem od psychiatra, neurologa, sexuologa, jinak hradí pacient. Možné kombinovat s jakoukoli formou NTN.

Ve všech případech by léčba měla trvat nejméně 3 měsíce, raději déle (úspěšnost je pak vyšší). Všechny léky si pacienti hradí sami. Jejich cena je však podobná ceně krabičky cigaret denně.

Krátká intervence v ordinaci

Výše uvedenou léčbu můžeme aplikovat podle svých časových možností v rozsahu od několika vteřin až minut podle schématu „5A“ amerického panelu (1):

- **ASK** – PTEJ SE na kouření, zaznamenej do dokumentace.
- **PORAĎ PŘESTAT**, jasné doporučení, například: „Pro vaše zdraví je nutné přestat kouřit.“
- **ASSESS** – POSUĎ OCHOTU PŘESTAT, pokud pacient přestat nechce, motivuj (viz 5R), jinak intervence končí. Pokud přestat chce, následuje další bod.
- **ASSIST** – POMOZ PŘESTAT, podle svých časových možností, viz odstavec o léčbě.
- **ARRANGE CONTROLS** – PLÁNUJ KONTROLY, zvýší se tak úspěšnost.

Intenzivní léčba

V republice existuje více než 30 center pro závislé na tabáku, kam je možné pacienta doporučit. Většinou jsou při pneumologických, interních, kardiologických klinikách. Seznam a kontakty jsou na webu Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku www.slzt.cz. Zde jsou také kontakty na více než 200 vyškolených ambulantních lékařů, další weby s kontakty a poradnami jsou www.odvykanikoureni.cz nebo www.stop-koureni.cz.

Linka pro odvykání kouření

Je u nás dostupná na čísle 844 600 500 ve všední dny od 14 do 18 hodin za místní honorné z celé republiky.

Literatura

1. Fjord MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Service; May 2008. www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm.
2. Králíková E, Býma S, Cífková R, a kol. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. Časopis lékařů českých 2005; 144(5): 327–333.

Článek přijat redakcí: 29. 7. 2011
Článek přijat k publikaci: 31. 8. 2011

MUDr. Eva Králíková, CSc.
Ústav hygieny a epidemiologie
1. LF UK a VFN Praha
Studničkova 7, 128 00 Praha 2
eva.kralikova@lf1.cuni.cz
