

medicus universalis XXXVIII/4–5. 2005.



eredeti közlemény

*ORSZÁGOS KORÁNYI TBC ÉS PULMONOLÓGIAI INTÉZET
**ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET

A HÁZIORVOS SZEREPE A DOHÁNYZÁS VISSZASZORÍTÁSÁBAN

DR. KOVÁCS GÁBOR*–DR. VERNES RÉKA**

Manapság az elkerülhető halálozás legfontosabb oka a dohányzás. Világszerte mintegy négymillió ember halálát okozták 2000-ben a dohányzással összefüggésbe hozható megbetegedések. Ráadásul ezek az emberek nyolc-tíz évvel korábban halnak meg, mint nemdohányzó kortársaik. Ismerve a dohányzási szokások alakulásának a trendjét világszerte, joggal prognosztizálja a WHO, hogy 2020-ban évi tízmillióra emelkedik ennek a szenvedélybetegség áldozatainak a száma. Különösen veszélyes a helyzet a fejlődő ázsiai országokban, ahol nagy tömegek élnek, sok a fiatal és jelenleg is emelkedik a rendszeresen dohányzók aránya. Magyarországon évente 28 000 ember, egy kisváros lakossága esik áldozatul dohányzásának.

Dohányzási szokásaink

Magyarországon 2000-ben a felnőtt lakosság 34%-a dohányzott rendszeresen. A férfiak 41 és a nők 27%-a. A férfiak esetében lassú javulást figyelhettünk meg, hiszen 1984-ben még 47%-uk dohányzott, de korosztályokra bontva a javulás főként az idősebbeknél mutatkozik. A nők esetében viszont folyamatos a dohányzók arányának az emelkedése (1984:21%). Sajnos itt is éppen a fiatalabbaknál, különösen a 18–24 éves korcsoportban mutatkozik romlás, ami azért nagyon veszélyes tendencia, mert ezt a korosztály az ún. „reproduktív korban” van, s dohányzásával nem csak a saját, de születendő gyermeke egészségét is veszélyezteti. Amíg 1995-ben a serdülő korúak 37%-a és a fiatal nők 35%-a dohányzott, 2000-ben ezek a számok már 41% és 40% voltak. Meg kell említeni azt is, hogy minden felvilágosító, egészségnevelő munka ellenére a várandós anyák 19%-a dohányzik terhessége alatt.

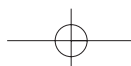
Hogyan viszonylanak a magyar adatok a Világ és főként Európa többi országához? Az Egyesült Államokban, észlelve a dohányzás egészségkárosító hatásait már a hatvanas években deklarálták a dohányzás visszaszorításának a szükségességét. Akkor ott a felnőtt férfiak

65%-a dohányzott. Mára ez az arány 25%-ra csökkent! Ehhez azonban szükség volt évtizedeken keresztül a következetes és jól szervezett együttműködésre a cél érdekében az egészségügy, az oktatás, a törvényalkotás és mindenekelőtt a média szereplői között. Azt is meg kell említeni, hogy a felismerésben az is szerepet játszott, hogy a dohányzás következtében keletkezett tüzesetek elterjedtek és nagy anyagi károkat okoztak. Az USA-t a hetvenes években követték a fejlett országok, így az EU tagjai is. Sajnálatos módon a volt szocialista kelet-európai országokban nem törődtek a dohányzás károsító hatásaival, így több évtizeddel elmaradtunk a szükséges intézkedések megtételével. Európában a dohányzók arányát tekintve a közepesen rossz dohányzási helyzetű országok közé tartozunk. Nyugat Európától elmaradva, de a tőlünk keletebbre lévőknél, elsősorban a volt szovjet tagköztársaságoknál jobb helyzetben. Az egy főre jutó elszívott cigaretták számát tekintve azonban már rosszabb a helyzet (2654 szál/fő/év). Úgy látszik, hogy a magyarok „erős” dohányosok.

A dohányzás egészségkárosító hatásai

Bár Pott már a XVIII-ik század végén megfigyelte és leírta azt, hogy a kéményseprők a korom, az izzadság bőrt irritáló hatása miatt gyakrabban kapnak scrotum rákot, csak a XX. század ötvenes éveitől vannak tudományosan értékelhető adataink a dohányzással összefüggésbe hozható megbetegedések epidemiológiai adatairól, a dohányzás okozta halálzásról. Az azóta eltelt ötven év alatt több, mint tízszeresére emelkedett világszerte ezeknek a haláleseteknek a száma.

Egy kitarító angol kutató, *Richard Doll* negyven éven keresztül követte több tízezer angol orvos életútját, s ennek alapján közölte megfigyeléseit, amelyek nagyban hozzásegítettek ahhoz, hogy tisztábban lássunk a kérdésben. Az 1. táblázat mutatjuk be Doll nyomán azokat a gyakoribb betegségeket és a kockázat mértékét, amelyek összefüggésbe hozhatók a dohányzással.



1. táblázat

Dohányzással összefüggésbe hozható betegségek és a dohányzással összefüggésbe hozható morbiditás relatív kockázata

Betegség	Kockázat
<i>Daganatok</i>	
szájüregi	18x
gége	24x
tüdő	15x
nyelőcső	7x
hólyag	2x
hasnyálmirigy	2x
<i>COPD</i>	12x
<i>Kardiovaszkuláris betegségek</i>	
akut myokardiális infarktus	1,6x
agyvérzés	1,4x
arterioszklerózis obliteransz	1,4x
<i>Szembetegségek</i>	
katarakta	2x
makula degeneráció	2,5x
<i>Szájüreg nem daganatos betegségei</i>	
gingivitisz	
sztomatitisz	
fogak idő előtti vesztese	
<i>Gyomorfekély</i>	2,5x
<i>Osteoporózis</i>	2x

Magyarországon népegészségügyi szempontból a kardiovaszkuláris és a daganatos halálozás a felelős a halálesetek döntő többségéért. A COPD fontossága még nem ismert annyira a köztudatban, pedig ma a 6. halál oka a világon, a prognózis szerint 2020-ban várhatóan a 3. helyre tör előre. Mondanunk sem kell, hogy elsősorban a dohányzási szokások várható alakulása miatt.

COPD

A cigarettafüstben mintegy 4000 kémiai anyagot mutattak ki, s ezek közül 400 bizonyítottan egészségkárosító hatású. A COPD patogenezisében a hidrogén-cianidnak, az acroleinnek, az ammóniának, az aldehideknek, a fenolnak és a nitrogéndioxidnak van elsősorban szerepe. Ezek az anyagok a csillószőrökre gyakorolt bénító hatásuk, irritáló és gyulladáskeltő hatásuk révén vezetnek a betegség kialakulásához. A nagyobb légutakban mirigy hiperplázia, hiperszekréció következik be. A károsodott csillószőrök nem képesek a megnövekedett mennyiségű váladékot a garat felé terelni, csökken a mukociliáris clearance. Circulus vitiosus alakul ki, pangani kezd a légutakban a váladék.

A dohányfüstben lévő kátrány és egyéb károsító anyagok kondenzálódnak a pangó váladékban. Ez kitűnő táptalaja a szaporodó baktériumoknak is. Gyulladásos és destruktív folyamatok alakulnak ki. A dohányfüstben található és a nyálkahártya sejteivel kontakt módon érintkező karcinogének hatására laphám metaplázia, majd in situ karcinóma, végül tüdőrák alakul ki. Ez a magyarázata annak, hogy a manifeszt krónikus bronchitisz kockázati tényező a tüdőrák kialakulásában.

A kisebb légutakban a dohányzás hatására ugyancsak felszaporodik a váladék, és gyulladásos folyamatok játszódhatnak le. Itt azonban az anatómiai sajátosságoknak megfelelően simaizom hiperplázia, peribronchiális fibrozis is kialakul, ami magyarázhatja a hörgő obstrukcióval járó folyamatokat és a tüdő rugalmas állományának a elvesztéséhez vezet.

A kialakult krónikus bronchitisz, vagy emfizéma hátterében 80%-ban találkozunk a beteg rendszeres dohányzásával. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a dohányosok 15–20%-a élete során valamikor biztosan COPD-ben szenved majd. A dohányzás a COPD kialakulásának a legfontosabb ismert oka. A 2. táblázatban a kiváltó okokat mutatjuk be olyan csoportosításban, hogy melyek azok, amelyek kiiktatása az egyéntől függ, s melyek azok, amelyek tőlünk függetlenül károsítják a tüdőt.

2. táblázat

A COPD kialakulásának kockázati tényezői

Befolyásolható az egyén által	Befolyásolható, de nem az egyén számára	Nem befolyásolható
DOHÁNYZÁS	passzív dohányzás	életkor
munkahelyi ártalmak	rossz szociális körülmények	Alfa-1 antitripszin hiány
táplálkozás	alacsonyabb születési súly	
rossz szociális körülmények	gyakori gyermekkori infekciók	
	légköri szennyeződés	

Látható a táblázatból, hogy a dohányzás több ponton is szerepet játszik. Nem csak az aktív, de a passzív formája is veszélyeztető. Az alacsonyabb születési súly hátterében gyakran a várandós anya terhesség alatti dohányzása szerepel. Ugyancsak szerepe lehet a szülők dohányzásának a gyermekek gyakoribb légúti gyulladásaiban. Az egyén által nem befolyásolható oszlopban szerepel az alfa-1 antitripszin hiány. Azt azonban tudni kell, hogy a dohányzás, a cigarettafüst önmagában is blokkolhatja az enzimet.

Daganatok

A 400 egészségre ártalmas anyag közül mintegy 60-ról bizonyosodott be az, hogy rákkeltők. A legfontosab-

bak ezek közül a kátrány, illetve a kátrányban található policiklikus aromás szénhidrogének. Erősen rákkeltő hatásúak a nitrozoaminok, az aldehidek, a benzén, olyan szerves komponensek, mint a vinilklorid, az etiléndioxid, vagy a DDT. A daganatok keletkezése során az első lépésnél, az iniciáció fázisában lehet szerepük ezeknek az anyagoknak, amelyek kémiai hatás révén vezethetnek a genetikai állomány, a DNS károsodásához. Ez az iniciáló hatás sokszor éveken keresztül éri a szervezetet, s az onkogén hatásoknak túlsúlyba kell kerülniük a szervezet védekező, helyreállító mechanizmusaival szemben ahhoz, hogy egy hosszú folyamat végén valóban kialakuljon a daganat.

Az 1. táblázatból látszik, hogy a legnagyobb kockázatot a gégerák és a tüdőrák vonatkozásában jelenti a dohányzás, ami nálunk elsősorban a cigarettázást jelenti. Emellett azonban meg kell említeni a szájüregi rákokat is, amelyek az utóbbi években gyorsabban szaporodtak. Ugyanakkor jelentős szerepe van a dohányzásnak a nyelőcsőrák, a hasnyálmirigyrák és a hólyagrák kialakulásában is.

A tüdőrák 15-ször gyakrabban fordul elő a cigarettázók között. A tüdőrákban szenvedők 90–95%-a dohányzik, vagy dohányzott tartósan korábban. Különösen megnövekszik a kockázat akkor, ha 15 éves kora előtt kezdett el dohányozni valaki. A rizikó dózisfüggő és kumulatív, tehát egyaránt befolyásolja a naponta elszívott cigaretták mennyisége és a dohányzással töltött évek száma. Amíg korábban inkább a laphámrák volt a gyakori tüdőrák sejt típusa, ami döntően dohányzásfüggő, az utóbbi években mind gyakoribbá vált a mirigyhámrák. Ez utóbbi kialakulásában valamivel kisebb szerepe lehet a dohányfüstben lévő kémiai anyagoknak, mivel ezeknek a betegeknek csupán a 60%-a dohányos.

Leszokás a dohányzásról

Ha ilyen veszélyes a dohányzás, akkor hogyan lehet azt visszazorítani? Meg kell kísérelnünk a cigarettázókat felvilágosítani és meggyőzni arról, hogy szokjanak le erről a szenvedélybetegségről. A felmérések azt igazolták, hogy a dohányosok 70%-a szeretne leszokni a cigarettáról, s ezt a többségük már legalább egyszer életében meg is próbálta. Ezeknek az önkéntes elhatározásból történő kísérleteknek a sikeressége rendkívül csekély, mindössze egy-két százalékuk vezet tartós absztinenciához. A leszokás gyakori sikertelenségéért, a dohányzás fenntartásáért a kialakult kettős – pszichés és fiziológiás (nikotin) – függőség a felelős. A nikotin dependencia a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának (BNO) X revíziójában a mentális és magatartási rendellenességek csoportjában önálló betegségként szerepel (F17.2).

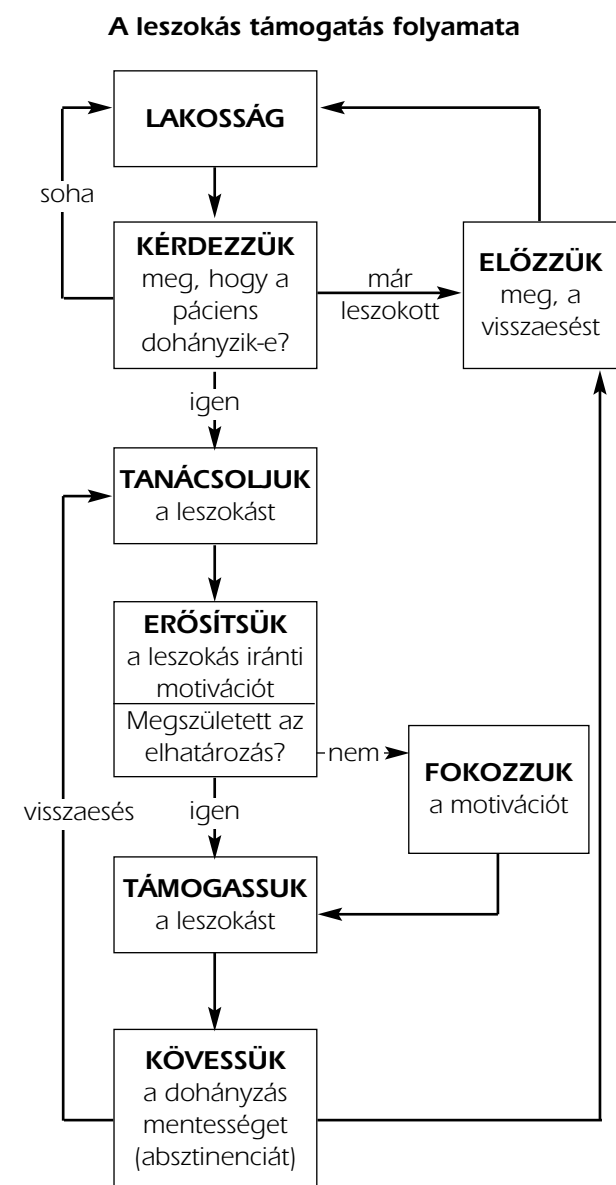
A pszichés függőség kedvező befolyásolása a dohányzás abbahagyására vonatkozó elhatározás mege-

rősítését és az elhatározás melletti kitartás elősegítését szolgálja.

A nikotin függőség kezelésének a célja a cigaretta elhagyásakor jelentkező nikotin megvonási tünetek kiküszöbölése. A dohányosok harmadánál feltételezhető közepes, vagy súlyos fokú dependencia.

A leszokást segítő program felépítése

Az 1. ábrán látható a leszokás támogatás folyamat ábrája. Az angol nyelvű irodalomban ezt a folyamatot a legfontosabb fogalmak kezdőbetűi alapján „5A” programnak is hívják (ASK/kérdezzük meg-ADVISE/tanácsoljuk-ASSESS/erősítsük meg ASSIST/segítsük-ARRANGE FOLLOW UP/kövessük). Történtek ugyan próbálkozások, de a magyar nyelvre nehezen fordíthatóak le ezek a fogalmak úgy, hogy a kezdő betűjük azonos maradjon.



1. ábra

A leszokás támogatás két szintjét különböztetjük meg. Az alapellátásban dolgozó szakemberek – házi-orvosok, házi gyermekgyógyászok, fogorvosok – találkoznak a legtöbb dohányzó beteggel. Lehetőségük van arra, hogy felderítsék az emberek dohányzási szokásait, kezdeményezzék, tanácsolják a leszokást és megerősítsék a leszokás motivációját, vagyis a páciens eltökéltségét a kérdésben. Az ábrából látható, hogy ezzel a tevékenységgel megvalósítják a „3A” fogalmát, vagyis rákérdeznak (ASK) a páciens dohányzására, ha dohányoznak, akkor tanácsolják (ADVISE) a dohányzás abbahagyását és meg is erősíthetik az elhatározást (ASSESS). Ezt nevezzük az ún. „*minimális intervenciónak*”, amellyel már megkésztethető a spontán leszokási kísérletekhez képest az absztinencia. A-típusú bizonyíték van arra vonatkozóan, hogy a páciens-orvos beszélgetés időtartama (minimálisan 3 perc) egyenesen arányos annak hatásosságával.

Mit tegyen a háziorvos?

Minden új betegénél vegyen fel dohányzásra vonatkozó anamnézist. Kövesse a minimális intervenció alapelveit a dohányzásra vonatkozóan, amely egy vizit során minimum 3, maximum 5 percet vesz igénybe. Dokumentálja dohányzó betegeit, illetve azt, hogy a megelőző orvos–beteg találkozások során történt e szakrendelésre irányítás, felkeresés. Ismerje a körzetében a dohányzás leszokás támogatással foglalkozó szakambulanciát, vegye fel velük a kapcsolatot. Építse

be gyakorlatába, hogy évente legalább egyszer foglalkozik páciensei dohányzásának a kérdésével és ezt dokumentálja is.

Fontos, hogy az alapellátás orvosa igyekezzen megismerni a nikotin dependencia mértékét, mennyire motivált az illető, vannak e társbetegségei, amelyek miatt nagy az elhatározás. Ilyen lehet pl. egy szívroham, vagy éppen a krónikus bronchitisz fulladással járó fel-lángolása. A nikotin dependencia mértékének jól közelítő meghatározását segítheti a 3. táblázatban látható Fagerström féle nikotin dependencia teszt. Ez egy rövid és egyszerű kérdőív, amit a páciens két perc alatt akár a váróban is kitölthet.

Enyhe fokú függőség esetén a háziorvos meg is kísérheti a leszokási program elkezdését. Közepes és erős függőség esetében azonban csak akkor kezdjen bele a programba, ha rendelkezik megfelelő képzettséggel, illetve van elég ideje a vizitekre. Ilyen esetekben már nem várható, hogy a minimális intervenció elegendő a leszokáshoz, javasolt a páciensnek a szakellátásra irányítása. Ahol megvalósulhat a teljes körű, 2–3 hónapos leszokás támogatási program. A program keretében a függőség miatt nikotin pótló, vagy nikotin mentes bupropion kezelésre kerülhet sor.

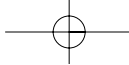
Ajánlott, hogy a leszokás kapcsán, a programba való bevonás előtt kerüljön sor egy hosszabb beszélgetésre, s történjék néhány, a beteget különösebben nem terhelő vizsgálat. Ilyen vizsgálat az egyszerű fizikális vizsgálat, a testsúlymérés, az EKG, a spirometria és egy egyszerű PA mellkas felvétel.

3. táblázat

Fagerström féle nikotin dependencia teszt

Mennyivel ébredés után szívja el az első cigarettáját?	5 percen belül = 3 pont 6–30 perc = 2 31–60 perc = 1 60 perc felett = 0
Nehezen állja meg, hogy ne dohányozzon olyan helyen, ahol tilos a dohányzás?	Igen = 1 Nem = 0
Melyik cigarettáról gondolja azt, hogy arról lenne a legnehezebb lemondania?	A reggeli elsőről = 1 az összes többiről = 0
Hány cigarettát szív naponta?	Kevesebb tíznél = 1 1–20 = 1 21–30 = 2 több, mint 31 = 3
Gyakrabban gyújt rá az ébredést követő első órában, mint a többi napszakban?	Igen = 1 Nem = 0
Dohányzik e az ágyban, ha beteg és nem tud felkelni?	Igen = 1 Nem = 0

Értékelés:
 0–2 = nincs függőség
 3–4 = enyhe függőség
 5–6 = közepes függőség
 7–8 = erős függőség
 9–10 = nagyon erős függőség



ÖSSZEFOGLALÁS

A dohányzás kiemelt fontosságú rizikó tényező egyes belgyógyászati betegségek és a legtöbb tüdőbetegség tekintetében. A dohányzás leszokás támogatás – primer prevenció – tevékenységként – megelőzheti súlyos betegségek kialakulását, de a már kialakult idült kórképek esetében a terápia része is egyben. A nikotin addikció szenvedélybetegség, s a páciensek emiatt megfelelő ellátás keretében nikotin pótló, illetve bupropion kezelésben részesülhetnek.

Az alapellátás orvosai, így mindenképp előtt a háziorvosok a minimális intervenció alkalmazásával vehetik ki a részüket a dohányzás visszaszorításában. A leszokás támogatás szintjei, a minimális intervenció és a szakellátás, azonban csak egymásra épülve, egymást kiegészítve lehetnek hatékonyak. A minimális intervenció nem lezárt folyamat, hanem részben definitív tevékenység, részben motivációt megerősítő elengedhetetlen része a programszerű, tartós absztinenciát eredményező leszokás támogatásnak.

IRODALOM

1. Doll R, Crofton J.(ed): Tobacco and health. Brit. Med. Bull. Vol. 52. 1996
2. Peto R, Darby S. et al.: Smoking, smoking cessation and

lung cancer in the UK since 1950... Brit. Med. J. Vol. 321, 5 Aug. 2000.

3. West R., McNeill A., Raw M.: Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999.

4. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Us. Dep. of Health and Human Services 2000.

5. Hausteil K-O.: Tobacco or Health? Springer-Verlag 2003

6. Bourbeau J., Nault D., Borycki E. (ed): Comprehensive Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. BC Decker Inc. Hamilton 2002

7. Dr. Vadász Imre Könnyebb letenni a cigarettát, ha a doktor is segít! Tájékoztató háziorvosok számára. Medicus Universalis XXXV/2. 2002

8. Dr. Piko Bettina A betegek dohányzásról való leszoktatásának magatartástudományi szempontjai a családorvosi praxisban Medicus Universalis XXXVI/1 2003

9. Robert Mallin Smoking Cessation: Integration of Behavioral and Drug Therapies American Family Physician Vol. 65/No. 6 (March 15, 2002)

10. A dohányzásról való leszoktatás az alapellátásban Szerkesztette: Dr. Balogh Sándor Országos Alapellátási Intézet – OALI könyvek, 2005

Nyugat-dunántúli kisvárosban felnőtt praxis termálfürdő közelében eladó.

Rendelővel egybeépített kertes szolgálati lakás biztosított. Központi ügyelet megoldott.

Telefon: 06/20/204-7418

