

BÓL PROCEDURALNY U MAŁEGO DZIECKA

dr n. med. Maria MROZIŃSKA

Procedural pain in young child

Summary

Many medical conditions cause pain. Procedural pain is frequently encountered in children during vaccination or management of their disease and is a major source of distress to many children and their families. Children exposed to painful procedures exhibit enormous hormonal responses and metabolic changes with cardiovascular, infectious, and hematologic complications. The goal of pain management is to prevent or reduce pain and distress without causing side effects. Nonopioid analgesics may be used to treat mild pain. Paracetamol is the most commonly used antipyretic and analgesics in all age groups. Unlike nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), paracetamol does not cause gastric irritation or platelet dysfunction and has a wide margin of safety and minimal risk of chronic toxicity when given in recommended doses.

Słowa kluczowe: ból proceduralny, dzieci, profilaktyka, leczenie, paracetamol, ibuprofen.

Key words: procedural pain, prevention, treatment, child, paracetamol, ibuprofen.

Ból to zjawisko doświadczane na przestrzeni całego życia. Towarzyszy dzieciom podczas okresu wzrastania, w takim samym stopniu odczuwany jest przez noworodki, niemowlęta i przez dorosłych. Jeśli pojawi się w pierwszych dniach życia, powoduje wzrost ciśnienia w mózgu, co często prowadzi do wylewów krwi do tkanki mózgowej, pozostawiając następstwa w postaci opóźnienia rozwoju psychoruchowego i poważnych zaburzeń neurologicznych mających znamiona kalectwa. Wyniki badań klinicznych wykazały ścisły związek między bólem odczuwanym w pierwszych miesiącach życia dziecka a późniejszymi zaburzeniami neurologicznymi. Nawet ból krótkotrwały (ostry) ma poważny wpływ na jakość życia cierpiącego dziecka, zmienia jego nastrój, zaburza sen, ma niekorzystny wpływ na aktywność. Ból odczuwany przez niemowlęta wymaga od opiekunów szczególnej czujności. Małe dziecko nie wyrazi słowami swoich odczuć, dlatego konieczna jest wnikliwa obserwacja jego zachowania. Maluch odczuwa ból, gdy nie chce się bawić, źle śpi (budzi się, płacze), płacze więcej niż zwykle, zjada i pije mniej niż zwykle, leży spokojnie niemal bez ruchu, jest rozdrażniony lub zmęczony.

Ból związany ze szczepieniem i zabiegami diagnostyczno-terapeutycznymi, określane jako **proceduralny**, doświadczany jest przez dziecko już w pierwszych tygodniach życia. Gabinet zabiegowy, sala operacyjna to miejsca wzniesające lęk, który jest eskalatorem bólu. Ból jest głównym źródłem poważnych zaburzeń prowadzących do wyczerpania organizmu obolałego dziecka, a przez rodziców postrzegany jest jako negatywny aspekt zabiegu diagnostyczno-leczniczego. Odczyn poszczepienne (ból i zaczerwienienie w miejscu podania szczepionki lub/i wzrost gorączki) często są obserwowane w ciągu pierwszych 36 godzin po szczepieniu a manifestują się płaczem dziecka, apatią lub nadmiernym pobudzeniem, niechęcią do jedzenia.

Dzieci w równym stopniu jak dorośli mają prawo do otrzymania pomocy. Leki przeciwbólowe zmniejszają lub likwidują ból u dziecka. Indywidualna interpretacja ryzyka i korzyści podania leku przeciwbólowego wynika z niedostatku dostarczanych informacji dotyczących wpływu bólu na rozwój dziecka.

Profilaktyka bólu i cierpienia musi być rozważna w kontekście zastosowania kolejnego leku u bardzo delikatnej, rozwijającej się istoty. Zlecane w takich

okolicznościach leki muszą być dobrze tolerowane, bezpieczne i powinny charakteryzować się szybkim efektem terapeutycznym. Dostępne na polskim rynku przeciwbólowe i przeciwgorączkowe farmaceutyki OTC zarejestrowane dla niemowląt to paracetamol i ibuprofen. Przy wyborze leku należy brać pod uwagę: stan zdrowia pacjenta, choroby współistniejące, właściwości toksyczne terapeutyki, możliwości uzyskania oczekiwanego efektu oraz cenę wskazanej postaci leku. Ponieważ dolegliwości związane z procedurami medycznymi są powszechnym zjawiskiem towarzyszącym wzrastaniu, istotne jest, aby stosowane w takich sytuacjach leki były skuteczne i bezpieczne.

Ibuprofen – pochodna kwasu propionowego, podobnie jak pochodne kwasu acetylosalicylowego ma działanie przeciwbólowe, przeciwgorączkowe i przeciwzapalne.

W Polsce **ibuprofen** jako lek bez recepty (OTC) zalecany jest dla dzieci w wieku powyżej 6 m.ż. W postępowaniu przeciwbólowym lek stosuje się w dawce 5 mg/kg. m. c., w przeciwgorączkowym 5mg/kg.m.c., przy gorączce do 39°C, zaś powyżej 39°C w dawce 10 mg/kg m.c.; dobową dawkę ibuprofenu nie powinna przekroczyć 30 mg/kg.m.c. Należy pamiętać, iż przeciwzapalne działanie ibuprofenu obserwuje się po dawce 40 mg/kg, rzadko (w zależności od osobniczego metabolizmu leku w organizmie) po dawce 10 mg/kg. W Polsce ibuprofen dopuszczony jest do stosowania w profilaktyce odczynów poszczeniowych u dzieci wyłącznie zdrowych w wieku 3–6 m.ż. Wg ulotki rejestracyjnej mogą być podane maksymalnie 2 dawki leku (nie przekraczając 20 mg/kg.m.c./ 24 godz.), w odstępie 6 godzin, wyłącznie na zlecenie lekarza. W piśmiennictwie brak jest doniesień o skuteczności leku i tolerancji przez dzieci z masą ciała poniżej 8 kg, które nie ukończyły 6 m. ż. Z tego też powodu niemowlęta w pierwszym półroczu otrzymujące ibuprofen dłużej niż 24 godz. muszą pozostawać pod ścisłym nadzorem medycznym. Ibuprofen jak inne niesterydowe przeciwzapalne leki obniża przepływ nerkowy, może powodować krwawienie z przewodu pokarmowego,

owrzodzenie i perforację. U pacjentów leczonych ibuprofenem obserwuje się przedłużenie czasu krwawienia, co sprawia, że z dużą ostrożnością stosuje się go u osób z zaburzeniami krwawienia. Opiswane przypadki ostrego zatrucia przebiegają z kwasicy metaboliczną, niewydolnością nerek i mogą zakończyć się zgonem. Ibuprofen, tak jak inne leki niesterydowe przeciwzapalne, nie jest zalecany u dzieci z astmą.

Paracetamol (acetaminofen) pełni unikatową rolę u dzieci w każdym wieku (w tym u noworodków), ponieważ jest lekiem pierwszego wyboru do leczenia gorączki i bólu. Paracetamol jest jedynym lekiem przeciwbólowym i przeciwgorączkowym zarejestrowanym bez recepty od 3 m. ż. i rekomendowanym dla noworodków (w tym dla wcześniaków) na zlecenie lekarza. Również w tej grupie wieku acetaminofen jest lekiem bezpiecznym, pozbawionym działań niepożądanych, bowiem nie wpływa na drożność przewodu tętniczego Botalla, na agregację płytek krwi, nie działa toksycznie na śluzówkę żołądka. Zastosowany w rekomendowanych dawkach jest lekiem bezpiecznym; jedynie w pojedynczych przypadkach (w wyniku przedawkowania) obserwowane są niepożądane objawy.

Paracetamol jest lekiem przydatnym w profilaktyce bólu proceduralnego. Literatura medyczna podkreśla korzystne działanie paracetamolu nawet u noworodków w bólu po zabiegu obrzezania.

Wieloletnie badania porównawcze przeprowadzone wśród chłopców obrzezanych i nieobrzezanych wykazały, iż ból podczas wykonywanych szczepień silniej był wyrażany u chłopców poddanych w pierwszych dniach życia bolesnemu zabiegowi obrzezania. W przypadku bolesnej procedury medycznej zastosowanie przeciwbólowego środka farmakologicznego korzystnie zmienia tor rozwoju mózgu małego dziecka odbierającego bodźce bólowe.

*dr n. med. Maria Mrozińska
ordynator Oddziału Pediatrycznego
Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim*

CZY SILNA WOLA WYSTARCZY? ROLA NIKOTYNOWEJ TERAPII ZASTĘPCZEJ W RZUCANIU PALENIA PAPIEROSÓW

dr n. med. Maria KORZENIEWSKA-KOSEŁA

Is strong will enough? The role of nicotine replacement therapy in smoking cessation

Summary

Smoking is one of the leading causes of morbidity and mortality in the world, associated with many adverse health effects. Healthcare professionals can effectively help patients to quit smoking. The smokers should be given information about pharmacological treatment and be encouraged to use it, especially when they smoke 10 or more cigarettes per day. Nicotine replacement therapy (NRT) reduces withdrawal symptoms following smoking cessation. It increases the chances of success in quitting smoking. Different types of nicotine replacement modalities are available. NRT is safe even to smokers with cardiovascular disease.

Słowa kluczowe: rozpowszechnienie palenia papierosów, choroby związane z paleniem, uzależnienie od tytoniu, rzucenie palenia, nikotynowa terapia zastępcza.

Key words: the prevalence of smoking, smoking-related diseases, tobacco dependence, smoking cessation, nicotine replacement therapy.

ROZPOWSZECHNIENIE PALENIA PAPIEROSÓW

Palenie papierosów stało się w XX stuleciu zjawiskiem masowym. Największy odsetek palaczy występował wśród europejskich i amerykańskich mężczyzn w latach pięćdziesiątych tamtego wieku. W ciągu ostatnich trzydziestu lat konsumpcja papierosów na jedną osobę dorosłą w Stanach Zjednoczonych zmniejszyła się, pozostała niezmienną w Europie, a w pozostałych regionach świata wzrosła. Każdego dnia miliard mężczyzn i ćwierć miliarda kobiet wypala łącznie 15 miliardów papierosów. W krajach rozwiniętych pali 35 % mężczyzn i 22 % kobiet, w krajach rozwijających się 58% mężczyzn i 9% kobiet (22, 25).

CO SZKODZI W PAPIEROSIE

Palenie tytoniu zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia za chorobę i zaliczone do chorób wywołanych uzależnieniem. Uzależnienia zawarta w papierosach nikotyna, a działanie chorobotwórcze ma dym tytoniowy. Jest to mieszanina ponad 4000 substancji chemicznych, z których wiele wykazuje aktyw-

ność farmakologiczną: wywołuje proces zapalny, uszkadza komórki, działając mutagennie i karcinogennie (20). Działanie toksyczne nikotyny jest niewielkie w porównaniu z dymem tytoniowym. Nikotyna nie wywołuje raka, nie uczestniczy w rozwoju przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Mitem jest bezpieczeństwo tzw. lekkich papierosów. Dla uzupełnienia dawki nikotyny uzależniony od niej palacz zaciąga się mocniej, częściej i inhaluje dużą dawkę toksycznych substancji.

Dlaczego ludzie uzależniają się od nikotyny? Podobnie jak inne substancje wywołujące uzależnienie, nikotyna nasila neuroprzebieżność dopaminergiczną w tzw. układzie nagrody w ośrodkowym układzie nerwowym. Dostaje się do mózgu palacza już po 10–19 sekundach od zaciągnięcia się papierosem, dając uczucie przyjemności, poprawy nastroju, odprężenia, rozluźnienia mięśni (26).

CHOROBY ZWIĄZANE Z PALENIEM PAPIEROSÓW

4,83 miliona zgonów na świecie w 2000 r. miało związek z paleniem papierosów. Dorośli palacze żyją

krócej – kobiety o 14,5, mężczyźni – o 13,2 lat. W krajach Unii Europejskiej 32% zgonów mężczyzn w wieku 35–69 lat i 10% zgonów kobiet w tym samym wieku spowodowanych jest paleniem papierosów. Około połowy palących regularnie umrze z powodu swego nałogu. Lista chorób związanych z paleniem rośnie. Palenie papierosów jest głównym czynnikiem wywołującym przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i raka płuca. W Stanach Zjednoczonych więcej kobiet umiera na raka płuc niż na raka piersi.

Palenie zwiększa ryzyko chorób śródmiąższowych płuc (samoistne włóknienie płuc, włóknienie w przebiegu chorób tkanki łącznej, histiocytoza X). Jest najważniejszym obok nadciśnienia tętniczego i podwyższonego stężenia cholesterolu we krwi czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Wywołuje nadciśnienie tętnicze i zarostowe zapalenie naczyń, zwiększa ryzyko udarów mózgowych, nasila objawy otępienia. Palacze częściej niż osoby niepalące mają tętniaki aorty. 1/3 zgonów sercowo-naczyniowych jest skutkiem palenia. Palenie papierosów łączone jest, oprócz raka płuca, z rozwojem kilku innych postaci raka – rakiem wątroby, jelita grubego, szyjki macicy, trzustki i rakiem nerki u kobiet, które także występują częściej u palaczy. Palenie papierosów zwiększa ryzyko choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, ma udział w patogenezie nieswoistych zapalnych chorób jelit, zwłaszcza choroby Leśniowskiego-Crohna. Kobiety palące papierosy są częściej nieplodne, częściej dochodzi u nich do poronień i ciąży pozamacicznej. Dzieci kobiet palących w ciąży rodzą się mniejsze. Wykazano zależność między paleniem papierosów a rozwojem zaćmy, reumatoidalnym zapaleniem stawów, opóźnionym gojeniem ran, impotencją.

Ofiarami palenia, umierającymi wcześniej, są też osoby niepalące ale narażone biernie na działanie dymu tytoniowego. Wspólne mieszkanie z palaczem papierosów zwiększa o 24% ryzyko rozwoju raka płuca. Można wnioskować, że liczba chorych na choroby wywołane paleniem papierosów będzie wzrastać a rak płuca i przewlekła obturacyjna choroba płuc staną się w 2020 r. najczęstszą przyczyną śmierci (5, 10, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 25).

Palenie papierosów jest nałogiem spowodowanym uzależnieniem od nikotyny, a także uzależnieniem wynikającym z zachowania człowieka, pozostającym pod wpływem czynników psychologicznych i społecznych.

Bycie palaczem jest wypadkową wielu wpływów – zależy od czynników genetycznych, co potwierdziły bada-

nia bliźniat, od czynników społecznych i demograficznych, od wpływu środowiska a także od określonych cech osobowości. Im wcześniej sięga się po papierosa, tym większe prawdopodobieństwo późniejszego regularnego palenia. Kobiety palą częściej w krajach z „zachodnim stylem życia”. Częściej rozpoczynają palenie dzieci palących rodziców i o niskim statusie socjalno-ekonomicznym. Istotnie rzadziej palą nastolatki z dobrymi wynikami w szkole. Palący papierosy wykazują w testach psychologicznych niższą samoocenę (3).

NA RZUCENIE PALENIA NIGDY NIE JEST ZBYT PÓŹNO

Zaprzestanie palenia ma znaczenie w każdym wieku – spowalnia postęp przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, poprawia jakość życia chorych i zmniejsza śmiertelność; redukuje ryzyko raka płuca. Jest najważniejszym postępowaniem leczniczym w wielu chorobach śródmiąższowych płuc.

Już po 72 godzinach od ostatniego papierosa zmniejsza się skurcz oskrzeli, poprawia oddech. Po 3–9 mies. były palacz mniej kaszle, ma mniej świstów nad płucami. Po roku zmniejsza się o 50% ryzyko zawału – po 10 latach jest już takie jak u osób nigdy nie palących. Ryzyko raka płuca zmniejsza się o 50% po 10 latach od rzucenia palenia. Ryzyko udaru mózgowego po 15 latach jest takie jak u osób nigdy nie palących. Rzucenie nałogu w 60 r.ż. wydłuża życie o 3 lata, w 50 r.ż. – o 6, w 40 r.ż. – o 9 a w 30 r.ż. o 10 lat. Krajem, który podjęły największy wysiłek, by promować i realizować rzucenie palenia, są Stany Zjednoczone (5, 11, 20).

UZALEŻNIENIE OD TYTONIU JAKO CHOROBA PRZEWLEKŁA

Palenie tytoniu jest najczęstszą przyczyną śmierci, której można zapobiec. Około 70% palaczy na świecie deklaruje, że chce przestać palić, 30% próbuje każdego roku rzucić palenie, ale mniej niż 5–6% odnosi długotrwały sukces, jeśli robi to na własną rękę, bez pomocy. Główną przeszkodą w osiągnięciu stałej abstynencji jest uzależnienie od nikotyny. Palacze powinni być traktowani jak inni przewlekle chorzy, np. na nadciśnienie tętnicze. Uzależnienie od tytoniu jest złożonym procesem fizycznym i psychologicznym, a trwałe

cd. na str. 48

cd. ze str. 47

odwyczajanie nie jest wydarzeniem natychmiastowym, ale procesem, który postępuje stopniowo, jest trudny i wymaga wsparcia pracowników opieki medycznej. Palący papierosy muszą dowiedzieć się od osoby, do której mają zaufanie w sprawach zdrowotnych, że palenie papierosów szkodzi. Działania lekarskie powinny przebiegać według zasady pięciu „P”: 1. pytaj o nałóg, 2. poradz porzucić palenie, 3. pamiętaj ocenić gotowość pacjenta do zaprzestania palenia, 4. pomóż rzucić palenie, 5. powtarzaj zalecenia (11, 26).

WYKRYWANIE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD PALENIA

Pacjent szukający porady lekarskiej z jakiegokolwiek przyczyny powinien być zapytany, czy pali; jeśli tak, należy dobitnie zalecić, by palenia zaprzestał. Okazało się, że nawet krótka, trzyminutowa rozmowa o skutkach palenia powoduje, że około 10% palaczy w ciągu roku podejmuje próbę rzucenia nałogu. Jeśli do działania włączają się farmaceuci i pielęgniarki, odsetek ten zwiększa się. Indywidualne porady lekarskie, zalecane przez krajowe i międzynarodowe wytyczne rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc nazywane są minimalną interwencją.

Należy uświadomić choremu, jak ważne jest rzucenie palenia i jakie zagrożenia niesie dalsze palenie. Trzeba tak przedstawić zagrożenia wywołane paleniem i korzyści z rzucenia nałogu, żeby pacjent mógł odnieść je do siebie. Takie rady są bardzo skuteczne, zwiększają szansę porzucenia nałogu, a jednocześnie niewiele kosztują. Lista zalet niepalenia jest długa i każdy może coś z niej wybrać: poprawa zdrowia, odczuwanie smaku potraw, lepszy węch, poprawa wydolności fizycznej, poprawa wyglądu skóry i wolniejsze starzenie, bielsze zęby, paznokcie bez zażółceń, zdrowe dzieci, dobry przykład dla rodziny, poprawa własnego wizerunku. Rozmowa z chorym powinna być pełna zrozumienia, bez wyższości i oceniania (11, 12, 13, 23, 24).

OCENA GOTOWOŚCI DO RZUCENIA PALENIA

Następnym krokiem po wykryciu, że pacjent pali papierosy, jest ocena jego motywacji i gotowości do zaprzestania palenia oraz ocena stopnia uzależnienia od nikotyny.

Ważne jest, by rozpoznać tych, którzy zdecydowanie zamierzają rzucić palenie. Nie ma sensu zalecać leczenia pacjentom jeszcze nie gotowym, tym, którzy rzadko albo wcale nie myślą o rzuceniu palenia i nie mają żadnych planów, lub takim, którzy uważają, że palenie jest przyjemnością, której nie zamierzają się pozbywać. Trzeba poczekać na ich kolejną wizytę i zacząć kolejną rozmowę o rzuceniu palenia.

Palący papierosy dzielą się na tych, którzy chcą podjąć wysiłek rzucenia palenia, i tych, którzy nie zamierzają tego zrobić. Niektórzy z planujących rzucić palenie zamierzają to zrobić w nieokreślonym czasie, nie wcześniej jednak niż za 6 miesięcy, inni – w ciągu miesiąca. Trzeba zadać pytanie: „Czy zamierza Pan/Pani rzucić palenie w ciągu najbliższych 6 miesięcy?” Wola pacjenta, by rzucić palenie, może być oceniona w prosty sposób poprzez wybranie na 10-punktowej skali miejsca dla odpowiedzi: „jak ważne jest dla Pana/Pani rzucenie palenia” a jeśli tak, to „na ile jest Pan/Pani pewien, że osiągnie sukces”. Przy wysokiej punktacji w obu pytaniach należy ustalić szybki termin rzucenia palenia (13).

OCENA UZALEŻNIENIA OD NIKOTYNY

Do oceny stopnia uzależnienia od nikotyny używany jest powszechnie kwestionariusz Fageströma, który palacz może wypełnić samodzielnie. Najważniejsze są pytania o liczbę papierosów wypalanych w ciągu doby i jak szybko po obudzeniu sięga się po pierwszego papierosa. Im krótszy czas, tym silniejsze uzależnienie. Osoby sięgające po papierosa w pierwszych 30 minutach po przebudzeniu się lub wypalające 25 i więcej papierosów na dobę są silnie uzależnione. Na silne uzależnienie wskazuje budzenie się w nocy, by zapalić papierosa (6).

Niektórzy nie zamierzają zaprzestać palenia, ponieważ nie zdają sobie sprawy, jak niekorzystnie wpływa to na ich własne zdrowie, co zyskają nie paląc. Powinni wiedzieć, dlaczego papierosy szkodzą właśnie w ich chorobie, dlaczego nasilają dolegliwości. Mogą też być zniechęceni wcześniejszymi niepowodzeniami i nie wierzą w sukces. Niewielu palaczom udaje się przestać palić przy pierwszej próbie porzucenia nałogu. W każdym przypadku trzeba wyjaśnić, że powrót do nałogu nie jest klęską, brakiem „silnej woli”, ale normalnym procesem, ponieważ nauka życia bez papierosów wymaga przed osiągnięciem sukcesu kilku prób (nawet 5–7). Podczas każdej wizyty u lekarza osoby palącej, która jeszcze nie zdecydowała się na rzucenie nałogu, trzeba rozmawiać o tej konieczności.

Lekarz powinien poświęcić czas także na wysłuchanie obaw pacjenta. Palacze boją się nieprzyjemnych objawów odstawienia, także przyrostu wagi, obniżenia nastroju, tego, że ich wysiłki skończą się niepowodzeniem. Niektórzy uważają, że palenie jest jedną z ich życiowych przyjemności i boją się jej utraty (1, 2, 8, 13, 23).

POMOC PRZY RZUCANIU PALENIA

Należy ustalić datę, najlepiej w ciągu najbliższych 2 tygodni, kiedy pacjent rzuci palenie natychmiast i całkowicie. W pierwszych tygodniach występują objawy odstawienia; planujący rzucenie palenia musi o tym wiedzieć. Objawy głodu nikotynowego to niepokój, poczucie rozdrażnienia, trudności z koncentracją, zmęczenie, głód i potrzeba jedzenia. Objawy te pojawiają się po 24 godzinach od zaprzestania palenia, są największe po 1–2 tygodniach i zwykle zmniejszają się w ciągu 30 dni. Nawrót do palenia w ciągu kilku dni jest częstym zjawiskiem. Wielu byłych palaczy odczuwa nagłą potrzebę zapalenia papierosa nawet po latach od zaprzestania palenia (26). Omówienia wymagają także inne problemy, jakie pacjent łączy z rzuceniem palenia. Ważne jest wsparcie rodziny, głównie małżonka lub partnera; lekarz powinien rozmawiać także z nimi. Planujący rzucenie palenia musi wiedzieć, że konieczna jest całkowita abstynencja – nie można pozwolić sobie nawet na jedno „zaciągnięcie się” papierosem. Istotne jest umówienie wizyty kontrolnej, jak przy każdej przewlekłej chorobie. Wizyty podtrzymujące ważne są szczególnie w pierwszym okresie po rzuceniu palenia (13, 23).

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE UZALEŻNIENIA OD PAPIEROSÓW – NIKOTYNOWA TERAPIA ZASTĘPCZA

Ponieważ palenie tytoniu uważane jest za chorobę, wszyscy palacze powinni być poinformowani o możliwościach leczenia farmakologicznego. 20–30% pacjentów leczonych farmakologicznie ma szansę bycia abstynentem po roku, podczas gdy tylko 2–4% osób polegających na „silnej woli” po tym czasie nie pali. Szanse na rzucenie palenia bez farmakoterapii mają jedynie palący mniej niż 10 papierosów na dobę. Nikotynowa terapia zastępcza umożliwia zaspokojenie głodu nikotynowego, który stopniowo się zmniejsza i w końcu zanika. Pacjent powinien wiedzieć, że leki te są zalecane na całym świecie, że zwiększają możliwość sukcesu, zmniejszają objawy odstawienia. Zaletą niko-

tynowej terapii zastępczej jest jej skuteczność, dostępność, bezpieczeństwo i możliwość wyboru między różnymi preparatami.

Nikotyna dostępna jest w plastrach, gumie do żucia i pastylkach do ssania, tabletkach podjęzykowych, sprayach do nosa, inhalacjach doustnych. Nie wszystkie preparaty zawierające nikotynę są jednakowo wygodne w użyciu – spraye do stosowania donosowego drażnią śluzówkę nosa, a ich podanie może być widoczne dla otoczenia i kłopotliwe dla pacjenta, podobne obawy łączyć się mogą ze stosowaniem inhalatorów. Plastry, guma do żucia i pastylki do ssania są powszechnie akceptowane.

Dwudziestoczerogodzinne plastry Niquitin produkcji GlaxoSmithKline dostarczają do krwi nikotynę w odpowiednich stężeniach zarówno w dzień jak i w nocy. Szczytowe stężenie 13–23 ng/ml osiągane jest po 4–9 godzinach od przyklejenia plastra na skórę; przeciętne stężenia wynoszą 2–11 ng/ml. Osoby palące więcej niż 10 papierosów na dobę powinny zaczynać od plastra o największej dawce. Mocno uzależnieni palacze mają trudności z pełnym zaspokojeniem głodu nikotynowego podczas terapii zastępczej. Osoby wypalające ponad 40 papierosów dziennie mogą stosować jednocześnie nawet dwa plastry o najwyższej zawartości nikotyny.

Gumy do żucia z nikotyną (guma do żucia Niquitin produkcji GlaxoSmithKline 2 i 4 mg) umożliwiają szybkie zaspokojenie głodu nikotynowego – szczytowe stężenie osiągane jest po około 30 minutach. Guma zawierająca 2 mg nikotyny wytwarza stężenia we krwi równe 1/3 stężeń uzyskiwanych w czasie palenia (4–5 ng/ml), a zawierająca 4 mg – 2/3 (6–7 ng/ml). Pacjenci żują zwykle 5–10 gum w ciągu doby. Głód nikotynowy jest największy w ciągu pierwszych kilku tygodni i zmniejsza się z czasem. Nikotyna zawarta w pastylkach do ssania (Niquitin produkcji GlaxoSmithKline – 2 i 4 mg) wchłania się powoli przez błonę śluzową policzka; uzyskiwane stężenia we krwi są około 25% wyższe niż po użyciu gumy zawierającej takie same dawki nikotyny. Osoby silnie uzależnione, które pierwszego papierosa muszą wypalić w ciągu 30 minut po obudzeniu się, powinny rozpoczynać terapię od gum i tabletek zawierających 4 mg nikotyny. Wielu palaczy, głównie tych mocno uzależnionych, nie zaspakaja głodu nikotynowego, stosując tylko jeden produkt. Plastry redukują objawy odstawienia, dając stały

cd. na str. 50

cd. ze str. 49

dopływ nikotyny, ale często nie zaspokajają nagłej potrzeby tej substancji, co z kolei umożliwia stosowanie dodatkowo gumy lub tabletki. Pacjenci stosują „na ostro” środki uzupełniające stężenie nikotyny we krwi w dawce i w czasie zależnym od potrzeb.

Tabela 1. Proponowane początkowe dawki preparatów zawierających nikotynę

Papierosy liczba / dobę	Pastyłki liczba szt. / dobę	Plastry mg nikotyny / dobę
<10	9-11 (po 2 mg)	7-14
10-20	12-15 (po 2 mg)	14-21
21-40	9-11 (po 4 mg)	21-42
>40	12-15 (po 4 mg)	>42

Dawki nikotyny zmniejsza się **stopniowo**. Największe zapotrzebowanie występuje przez pierwszych 6 tygodni od rzucenia palenia. Po około trzech miesiącach, jeśli pacjent jest przekonany, że poradził już sobie z nałogiem, można zaprzestać nikotynowej terapii zastępczej. Jeśli ryzyko powrotu do palenia jest duże, preparaty z nikotyną stosuje się przewlekłe (1, 2, 8, 24).

Zawsze należy rozmawiać z palaczem o definitywnym rzuceniu nałogu. Nie wszyscy jednak chcą lub są zdolni rzucić palenie całkowicie. Stosowanie preparatów nikotynowych umożliwia takim osobom zmniejszenie konsumpcji papierosów, a co za tym idzie, zmniejszenie szkodliwych skutków palenia. Redukcja palenia zwiększa szanse na przyszłe całkowite rzucenie nałogu (7, 16).

BEZPIECZEŃSTWO NIKOTYNOWEJ TERAPII ZASTĘPCZEJ

Preparaty nikotynowe są bezpieczne, także u osób z chorobami sercowo-naczyniowymi. Stężenia nikotyny osiągnane podczas ich stosowania są niższe niż podczas palenia papierosów, a czas przedostawania się do krwi dłuższy. Objawy niepożądane, jeśli występują, są łagodne i przejściowe. Chorzy odczuwać mogą nudności, czasem pojawia się czkawka. Osoby, które paliły papierosy, szybko uczą się, jak nie przekraczać dawek i nie dopuszczać do niemiłych objawów. Nie ma przeciwwskazań do stosowania preparatów nikotynowych – zawsze lepiej stosować terapię zastępczą niż palić papierosy. Także u kobiet w ciąży stosowanie prepara-

tów nikotynowych jest bezpieczniejsze niż kontynuacja palenia papierosów. Kobiety w ciąży powinny wybierać nie plastry, a raczej preparaty krótko działające, ponieważ umożliwia to szybką redukcję stężenia nikotyny w razie jakichkolwiek problemów (8, 24).

RZUCANIE PALENIA A PRZYROST WAGI CIAŁA

Wielu palaczy, choć nie wszyscy, tyje po zaprzestaniu palenia. Jest to wywołane przez kilka czynników: 1. Palenie papierosów zmniejsza apetyt na niektóre pokarmy, 2. Nikotyna przyspiesza metabolizm i zwiększa spalanie kalorii, 3. Jedzenie pozostaje w żołądku palacza dłużej niż u niepalącego, wysyłając do mózgu sygnał o nasyceniu, 4. Palenie zmniejsza wchłanianie jelitowe niektórych pokarmów, 5. Palenie dostarcza „zajęcia” jamie ustnej, które może zastąpić jedzenie. Należy pamiętać jednak, że zagrożenia zdrowotne związane ze wzrostem wagi jest niewielkie w porównaniu z tym, jakie niesie kontynuacja palenia – trzeba by utyć 50 kilogramów, by zrównoważyć ryzyko palenia 10 papierosów na dobę. Przeciętny przyrost wagi, obserwowany w ciągu 2–6 lat od rzucenia palenia, wynosi 2-3 kilogramy. Wielu byłych palaczy chudnie po pewnym czasie, osiągając ciężar ciała nawet niższy niż przed rzuceniem palenia. Ponieważ rzucanie palenia jest ciężkim zadaniem, należy skupić się najpierw na nim, a potem dopiero zająć redukcją wagi poprzez zmianę nawyków żywieniowych. Poczucie głodu łagodzić można picciem wody mineralnej, jedzeniem marchwi, jabłek, niesłodzonych jogurtów o małej zawartości tłuszczów. Wykazano, że w czasie stosowania nikotynowej terapii zastępczej przyrost wagi jest mniejszy (9, 21).

INNE SPOSOBY POMOCY OSOBOM RZUCAJĄCYM PALENIE

Część chorych powinna być skierowana do poradni specjalizującej się w zwalczaniu palenia na terapię indywidualną lub grupową. Poradnictwo psychologiczne może zwiększyć odsetek osób, które zrezygnowały z palenia, ale zastępcza terapia nikotynowa działa skutecznie niezależnie od tego, czy chorzy otrzymują dodatkowo wsparcie psychologiczne, czy nie (23, 24).

Farmaceuci, informując chorych o istocie uzależnienia od tytoniu i zaletach nikotynowej terapii zastępczej, mogą wnieść użyteczny wkład w zwalczanie nałogu palenia.

Test Fagerström'a na określenie stopnia uzależnienia od nikotyny

	Liczba punktów
1. Jak wcześnie po obudzeniu się wypalasz pierwszego papierosa?	
W ciągu 5 min.	3
6-30 min.	2
31-60 min.	1
po 60 min.	0
2. Czy trudno jest Ci powstrzymać się od papierosa w miejscach, gdzie palenie jest zabronione?	
Tak	1
Nie	0
3. Z którego papierosa najtrudniej byłoby Ci zrezygnować?	
Z pierwszego rano	1
Z innego	0
4. Ile papierosów na dzień wypalasz?	
≤ 10	0
11-20	1
21-31	2
= 31	3
5. Czy palisz częściej w pierwszych godzinach po wstaniu niż w pozostałej części dnia?	
Tak	1
Nie	0
6. Czy palisz także wówczas, gdy jesteś tak chory, że większość dnia spędzasz w łóżku?	
Tak	1
Nie	0

Suma punktów: 0–3 = uzależnienie słabe; 4–6 = uzależnienie umiarkowane; 7–10 = uzależnienie silne.

dr n. med. Maria Korzeniewska-Kosela

I Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Kierownik kliniki – prof. dr hab. med. Jan Kuś

Piśmiennictwo:

1. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public health service report. *JAMA* 2000, 283, 3244-3254.
2. Anderson J.E., Jorneby D.E., Scott W.J. i wsp.: Treating tobacco use and dependence; an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*, 2002, 121 (3), 932-941.
3. Behr J., Nowak D.: Tobacco smoke and respiratory disease. W: The impact of air pollution on respiratory health. Red. G. D' Amato and S.T. Holgate. *Eur Respir Mon.*, 2002, 21, 161-179.
4. Edwards R.: The problem of tobacco smoking. *Br Med. J.*, 2004, 328, 217-219.
5. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I.: Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *Br Med. J.*, 2004, 328, 988-989.
6. Fagerström K.O., Schneider N.: Measuring Nicotine Dependence: A Review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.*, 1989, 12, 159-182.
7. Fagerström K.O.: Can reduced smoking be a way for smokers not interested in quitting to actually quit? *Respiration*, 2005, 72, 216-220.
8. Fagerström K.O.: ERS School Course. Nicotine replacement in smoking cessation. *Breathe*, 2005, 2(1), 66-68.
9. Filozof C., Fernandez Pinilla M.C., Fernandez-Cruz A.: Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev.*, 2004, 5(2), 95-103.
10. Górecka D.: Choroba tytoniowa a układ oddechowy: profilaktyka, rozpoznawanie i leczenie. *Now Klin.*, 2003, 10, 307-312.
11. Górecka D.: Uzależnienie od tytoniu a POCHP – rola lekarza pierwszego kontaktu. *Med. po Dyp.*, 2005, 14 (6), 55-62.
12. Grable J.C., Ternullo S.: Leczenie uzależnienia od tytoniu w poradni i w szpitalu. Praktyczne postępowanie oparte na wynikach badań. *Med. po Dypl.*, 2004, 13 (5), 32-40.
13. Gratiou C.: ERS School Course. Smoking cessation. The process of stopping smoking. *Breath*, 2005, 2 (1), 61-65.
14. Halawa B.: Palenie papierosów a schorzenia sercowo-naczyniowe. *Adv Clin Exp Med.*, 2004, 13, 5A, 135-139.
15. Hill S.E., Blakely T.A., Kawachi I., Woodward A.: Mortality among „never smokers' living with smokers; two cohort studies, 1981-4 and 1996-9. *Br Med. J.*, 2004, 328, 988-989.
16. Hot topic. New evidence showing that smokers unable or unwilling to quit should reduce quantity smoked. *Breath*, 2005, 1 (4), 337.
17. Kamholz S.L.: Pulmonary and cardiovascular consequences of smoking. *Med. Clin N Am.*, 2004, 88, 1415-1430.
18. Kotula I., Kasicka-Jonderko A., Jonderko K.: Nienowotworowe następstwa oddziaływania palenia papierosów na czynność układu trawiennego. *Wiad Lek.*, 2004, 57 (9-10), 473-479.
19. Mallampalli A., Guntupalli K.K.: Smoking and systemic disease. *Med. Clin N Am.*, 2004, 88, 1431-1451.
20. Moszczyński P.: Szkody zdrowotne wywołane paleniem papierosów. *Przegl Lek.*, 2005, 62 (4), 253-256.
21. Smoking cessation in the overweight or obese patient. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity. www.nhlbi.nih.gov.
22. Sundaram R., Shulman L., Fein A.M.: Trends in tobacco use. *Med. Clin N Am.*, 2004, 88, 1391-1397.
23. Swartz S.H., Hays J.T.: Office-based intervention for tobacco dependence. *Med. Clin. N Am.*, 2004, 88, 1623-1641.
24. West R., McNeill A., Raw M.: Smoking cessation guidelines for health professionals; an update. Health Education authority. *Thorax*, 2000, 55, 987-999.
25. World Health Organisation (WHO). Tobacco or health: a global status report. Geneva, WHO, 1997.
26. Zbikowski S.M., Swan G.E., McClure J.B.: Cigarette smoking and nicotine dependence. *Med. Clin N Am.*, 2004, 88, 1453-1465.