

Szűrés, intervenció, gyógyszeres kezelés

Problémás alkoholfogyasztás

A túlzott alkoholfogyasztás az egyik legjelentősebb népegészségügyi teher hazánkban, a megelőzhető halálozások oki tényezői között a harmadik helyen áll. Az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható megbetegedési és halálozási mutatóink a legtöbb uniós országéinál rosszabbak – ilyen például az idült májbetegséggel, májzsugorral összefüggő halálozás. A közvetlen egészségterhekhez széles körű társadalmi károk társulnak, melyek költségeit az adófizetők, a gazdálkodó szervezetek, de az italozók környezete, családtagjai, gyermekei is viselik.

Az Egészségügyi Világszervezet 2010-ben elfogadott globális alkoholstratégiája tíz teendőt jelöl meg, melyek társadalmi szinten is bizonyítottan hatékonyak az alkoholfogyasztás által okozott károk csökkentésében. Ezek között kiemelkedő helyet foglal el az egészségügyi alapellátásban végzett szűrés és rövid intervenció. A módszer egyik kulcseleme egy nemzetközileg és Magyarországon is sokszorosan kipróbált kérdőív rutinszerű felvétele a háziorvosi munka során. Ez az AUDIT 10 teszt (Alcohol Use Disorders Identification Test). A kérdőív felvétele néhány percet vesz csak igénybe. A kérdésekre adott válaszokhoz tartozó pontszámokat összeadva a páciens összesített pontszáma 0 és 40 közé eshet. Az összesített pontszám alapján a páciens ivási szokásait az 1. ábrán bemutatott kategóriákba sorolhatjuk.

A FOGYASZTÁS MEGBECSLÉSE

Ezt követően a háziorvos páciense ivási szokásának ismeretében megerősítheti őt a mérsékletes alkoholfogyasztásban (I. Alacsony kockázatú ivás, 0–7 pont). Ha betege – a kapott, 20 pontot meghaladó pontszám alapján – nagy valószínűséggel alkoholfüggő (IV.), szakellátásba irányítja, rábeszéli az alkoholbeteg gondozási programban való részvételre. Amennyiben a páciens összesített pontértéke a II. (Magas kockázatú ivás, 8–15 pont), vagy a III. kategóriába (Ártalmas ivás, 16–19 pont) esik, a háziorvos a rövid intervenciót alkalmazza. Ez olyan rövid tanácsadási program, amely célzott javaslatokat tartalmaz arra nézve, hogyan csökkentse a páciens saját alkoholfogyasztását. A rövid intervenció a

tanácsadás alapelvei alapján szerveződik, ez az ún. 5A keretrendszer: az angol Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange szavak kezdőbetűi alapján.

A háziorvos, miután felbecsülte páciense alkoholfogyasztási szokásait (Assess), és arról világos visszajelzést adott számára, azt a tanácsot adja (Advise) a betegnek, hogy csökkentse alkoholfogyasztását. Ennek érdekében olyan konkrét célokban állapodnak meg (Agree), amelyek a páciens számára érthetőek és megvalósíthatóak. Az orvos támogatja (Assist) betegét ezek elérésében (például jelöljön ki hetente legalább 2–3 napot, amelyen nem fogyaszt alkoholt, vagy csak egy egyseget fogyaszt). Megszervezi (Arrange) a páciens utánkövetését és alkoholfogyasztásának ismételt megbeszélését, értékelését. A II. kategóriába eső páciensnél ez lehet egy év múlva, III. kategória esetén célszerű 3 hónapon belül megtörténnie.

A szűrés és a rövid intervenció populációs hatása az egyszerűsége és tömegek alkalmazhatóságán, másrészt a korai beavatkozásokon alapszik. A kiszűrt alkoholfogyasztók túlnyomó része a II. és III. kategóriába tartozik, amikor még a páciens belátó- és racionális döntési képessége megvan, függőség még nem alakult ki. A harmadik tényező, hogy



a házi orvos az, aki személyesen ismeri a beteget, családját, lakókörnyezetét, tehát életszerű, célzott tanácsokat tud adni, és személyes hitelessége is nagy. A szűrés és a rövid intervenció technikáját alkalmazva nem a gondozási programba kerülő alkoholfüggők számát emelhetjük elsősorban, hanem azokét a magas kockázatú vagy ártalmas ivókat, akik házi orvosuk munkájának köszönhetően megállnak vagy visszafordulnak az alkoholfüggőség felé vezető úton.

Ha az alkoholfüggőség kialakult, akkor az addikció tünetcsoportjával találkozunk. Az addikció krónikus, gyakori visszaesésekkel járó komplex zavar, melyre kényszeres szerkeresés és szerfogyasztás jellemző, amely impulzivitással, kontrollvesztéssel, és az egyén motivációjának a szerfogyasztásra való beszűkülésével, a szer iránti sóvárgással társul.

Az utóbbi évtizedek neurobiológiai kutatásai igazolják, hogy a legtöbb addiktív szer, így az alkohol is kezdeti megerősítő, jutalmazó hatással bír, melyet a nucleus accumbensben kiváltott dopamin-felszabadulás okoz. Bizonyos idő elteltével a rendszeres szerfogyasztás jellegzetes, tartós változást alakít ki az agyban. Ez azokat a neuronális körö-

ket érinti, melyek az önkontrollért, jutalmazásért, motivációért, jelentőségadásért, gátló kontrollért és a memória-konzolidációért felelősek. A változások a szerfogyasztás abbahagyását követően is fennállnak, gyakran éveken, évtizedeken keresztül, ami a visszaesés fokozott kockázatát hordozza. Az addiktív szerek jutalmazó hatásának csökkentése, más alternatív megerősítők (pl. korábbi, vagy új kedvelt aktivitások, kreatív tevékenységek) hangsúlyozása, a szerhez kapcsolódó kondicionált memória gátlása, a kognitív kontroll erősítése jelentik a hatékony kezelés beavatkozási pontjait. Megbízható vizsgálatok igazolják, hogy az addikciók kezelésében a leghatékonyabbak a pszichoterápiával, leginkább a viselkedésterápiákkal kombinált gyógyszeres terápiaik.

A MEGVONÁSI TÜNETEK KEZELÉSE

A rendszeres és jelentős alkoholhatás következtében az agyban kompenzatorikus változásként fokozott izgalmi (glutamát-receptorok, különösen az NMDA-receptorok számának növekedése), és csökkent gátló aktivitással (GABA-erg rendszer csökkent érzékenysége) jellemezhető állapot alakul ki. Ezért alkohol-

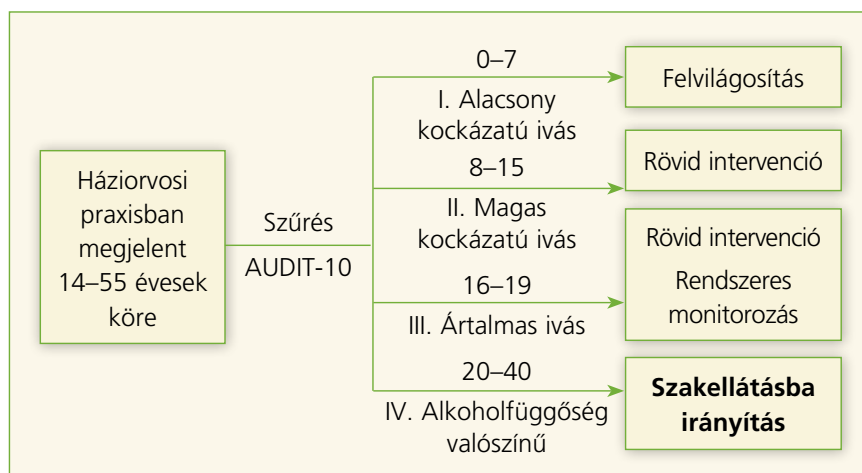
1. táblázat. A relapszusprevencióban alkalmazott gyógyszerek

Gyógyszer neve	Az elsődleges hatás helye és mechanizmusa	Egyéb releváns hatás	Terápiás hatás
Acamprosat	Glutamát antagonistizmus (NMDA, mGluR5)	Fokozza a GABA-erg működést	Relapszusprevenció
Naltrexone	Ópiát antagonistizmus		Relapszusprevenció
Disulfiram	Gátolja az aldehid-dehidrogenáz enzimet a májban, emeli az acetaldehid szintet	Gátolja a dopamin-β-hidroxilázt az agyban, ezáltal dopaminszint emelkedést eredményez	Relapszusprevenció
Antipszichotikumok – különböző első és második generációs szerek	Dopamin DRD2 antagonisták (pl. olanzapin, quetiapin); részleges agonisták (pl. aripiprazol)		Relapszusprevenció, antipszichotikum
Benzodiazepinek	Növelik a GABA-benzodiazepin funkciót		Megvonási tünetek csökkentése, relapszus-prevenció valószínű
Baclofen	GABA-B agonista		Relapszusprevenció
Gabapentin	Kalciumcsatorna antagonistizmus		Relapszusprevenció és megvonási tünetek csökkentése
Pregabalin	A kalciumcsatornához kötődik, a kalciumbeáramlást modulálja		Relapszusprevenció
Topiramát	GABA-erg működés növelése és glutamát antagonistizmus	Csökkenti az excitátoros ioncsatorna aktivitást	Relapszusprevenció
Memantin	NMDA antagonistizmus		Relapszusprevenció
Odansetron	5HT ₃ antagonistizmus		Relapszusprevenció
SSRI antidepresszáns (pl. sertralin)	5HT visszavétel gátló		Relapszusprevenció, antidepresszáns, anxiolitikus hatás
Buspiron	5HT _{1A} részleges agonista		Relapszusprevenció, anxiolitikus hatás

megvonáskor az alkohol gátló hatásának megszűnése miatt a központi idegrendszer fokozott izgalmi állapotba kerül, melyet többnyire vegetatív izgalmi tünetek, tremor és fokozott görcskészség jellemez. Ilyenkor a terápia fő célja a megvonási tünetek enyhítése. A hazai gyakorlatban a benzodiazepinek a legelterjedtebbek, többnyire a hosszabb hatástartamú közepes és kispotenciálú szerek (diazepam, chlórdiazepoxid). Randomizált, kontrollált összehasonlító vizsgálatok nem igazoltak szignifikáns különbséget a hatékonyságot illetően. A hosszú felezési idejű benzodiazepinek esetén (pl. diazepam) a felhalmozódás veszélye nagyobb, ezt adagolásakor figyelembe kell venni. A benzodiazepinek addiktív potenciálja miatt fontos, hogy a megvonásos tünetek megszűnését követően lehetőség szerint fokozatosan építsük le őket. Az enyhe vagy közepes súlyos megvonási tüneteknél hatékony a carbamazepin alkalmazása is, különösen, ha a megvonásokhoz a korábbiakban alkalmi konvulziók társultak. A vonatkozó szakmai protokoll kifejezett pszichomotoros nyugtalanság esetén javasolja a clomethiazol (Heminevrin), esetleg butirofenonok (Haloperidol) vagy tiaprid (Triapridal) alkalmazását. A clomethiazol adása fekvőbeteg-intézményben javasolt, annak markáns abúzus potenciálja és légzésdepresszív hatása miatt.

A VISSZAESÉS MEGELŐZÉSE

A kezelés következő fázisa a relapszusprevenció. Ez a szakasz jelenti a legnagyobb kihívást a terápia számára. Az 1. táblázat az Egyesült Királyságban 2011-ben kiadott alkohol-irányelv (National Practice Guideline 115, National Collaborating Centre for Mental Health) alapján készült. A táblázat áttekinti a relapszusprevencióban alkalmazott szereket. A naltrexon és a disulfiram orális készítményeit vizsgálták, mert a tartós hatású és az implantációs készítményekre vonatkozóan nem voltak megfelelő evidenciák. Az acamprosat (Campral), és a naltrexon (Adepend) hatékonyságát egyaránt magas szintű bizonyítékok igazolják. Az acamprosat a glutamát- és a GABA-erg rendszeren keresztül fejti ki hatását, vélhetően az elhúzódó megvonási tünetek (nyugtalanság, alvászavar, diszfória) csökkentése révén. A naltrexon azokat az ópiát-receptorokat gátol-



1. ábra. Az AUDIT kérdőív pontértékei alapján javasolt beavatkozások

ja, amelyek szerepet játszanak az alkohol jutalmazó, megerősítő hatásában és a sóvárgás kialakulásában. A vizsgálatok mindkét szernél enyhe és közepes hatást igazoltak, mely elsősorban a kezdeti állapot súlyosságától függött. A relapszusok száma és súlyossága csökkent, az absztinens napok száma növekedett. Alkalmazásuk a hazai gyakorlatban költségességük miatt nem terjedt el. Az orális disulfiram (Antaethyl) hatékonyságáról közepes szintű evidenciák állnak rendelkezésre. A jól ismert alkoholmetabolizmust gátló hatása mellett a dopamin metabolizmusát is gátolja, így emeli a dopaminszintet az agyban. Azt még nem tudjuk, hogy ennek a mechanizmusnak van-e szerepe a terápiás hatásban. A disulfiram a motivált betegek számára, jó együttműködés esetén javasolt. Az 1. táblázatban feltüntetett szerek közül ígéretesnek tűnik, ezért kiemelendő a topiramát. Az utóbbi időben egyre több randomizált klinikai vizsgálat szól mellette. A szer hivatalos indikációja az epilepsziás zavarok bizonyos köre. A nemzetközi gyakorlatban mégis elterjedt az indikáción kívüli alkalmazása az alkoholdependencia kezelésében.

Noha nem állnak magas szintű evidenciák rendelkezésre, hazánkban a szerotonin visszavétel gátló antidepresszánsok alkalmazása terjedt el. Leginkább akkor kedvező a hatásuk, ha a prolongált megvonást diszfóriás, szorongásos tünetek dominálják.

Dr. Vandlik Erika, Dr. Koós Tamás
Országos Egészségfejlesztési Intézet
– Országos Addiktológiai Centrum,
Budapest