

NEALKOHOLOVÉ DROGY – CO MŮŽE UDĚLAT PRAKTICKÝ LÉKAŘ

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Praktický lékař se s lidmi závislými na psychoaktivních látkách setkává častěji, než by odpovídalo jejich zastoupení v populaci. Mnozí závislí neodpovídají vzhledem ani věkem obvyklým představám. Podáváme přehled některých zdravotních rizik drogové závislosti a některé typické příznaky. Popisujeme také krátkou intervenci v ordinaci praktického lékaře a zvládání akutních stavů.

Klíčová slova: závislost na drogách, praktický lékař, diagnostika, časná intervence.

Med. Pro Praxi 2008; 5(4): 176–178

Úvod

Počet převážně nitrožilních uživatelů opiátů a pervitinu se v České republice v roce 2006 odhadoval na zhruba 30 000 osob (9). Tyto osoby přibližně odpovídají tomu, jak si závislého lidé obvykle představují. Kromě toho ale existuje hodně lidí drogy zneužívajících bez závislosti a závislých, kteří se těmto obecným představám vymykají. Namátkou uvedme:

- Žena středního věku závislá na benzodiazepinech nebo hypnoticích.
- Podnikatel závislý na kokainu a alkoholu.
- Úředník státní správy závislý na alkoholu a benzodiazepinech.
- Pacient s iatrogeně vytvořenou závislostí na opiátech, které byly nasazeny pro vertebrogenní nebo psychosomatické obtíže. Podle britské práce se zneužívání psychoaktivních látek a závislost na nich vyskytovaly ve 12 % pacientů s chronickou bolestí (4).
- Pacientka dříve závislá na alkoholu, která změnila alkohol za sedativa a vytvořila si na nich těžkou závislost.
- Šestnáctiletý chlapec z dobře situované rodiny, který selhává ve škole pro závislost na marihuaně.

Všichni závislí jsou více ohroženi různými zdravotními komplikacemi. Navíc budou spíše vyžadovat preskripci léků nebo neschopenku. Praktický lékař se s nimi tedy patrně setká mnohem častěji, než by odpovídalo jejich zastoupení v celé populaci (12).

Některé problémy související s psychoaktivními látkami

Dále zmíněná rizika je vhodné brát v úvahu při diagnostickém procesu, navíc je lze použít k posilování motivace (viz pasáže o krátké intervenci).

Obecná rizika

- Těžké intoxikace.
- Úrazy, úmyslně způsobená poranění, dopravní nehody.

- Imunitní systém je oslaben, častější jsou infekce i kožní nemoci.
- Zanedbávání lékařské a stomatologické péče, chrup bývá často ve špatném stavu.
- Trávicí obtíže, hubnutí nebo naopak obezita.
- Jaterní nemoci, zejména chronická hepatitis C, hepatomegalie, žloutenka.
- Sociální, finanční, pracovní a rodinné problémy, roste riziko kriminality. U dětí a dospívajících útoky z domova.
- Kožní nemoci, šedavý kolorit kůže.
- Sexuální problémy.
- Poškození plodu.
- Objevují se krátkodobé, dlouhodobé nebo trvalé poruchy paměti (např. barbiturátech, benzodiazepinech, pervitinu, rozpouštědlech, po konopí, samozřejmě i po alkoholu).
- Dále široké spektrum psychických obtíží, např. podrážděnost, deprese, úzkosti, apatie, zmatenost, dezorientace, sebevražedné tendence atd.

Rizika nitrožilně přijímaných drog

- Roste riziko předávkování.
- Zánětlivá ložiska po vpíších, abscesy, sepse, endokarditida, flebitidy, trombozy, embolie.
- AIDS, hepatitidy a související komplikace.

Specifická rizika

u jednotlivých skupin drog

- **Tlumivé léky:** Zhoršená koordinace, zpomalené reakce, těžké odvykací stavy, někdy s epileptickými záchvaty, úzkosti při vysazování po delším podávání (benzodiazepiny).
- **Marihuana:** Záněty dýchacích cest, nádory, někdy halucinatorní stavy, paranoidní symptomatologie. Vyšší riziko srdečních komplikací během intoxikace.
- **Budivé látky:** Poškození sliznic při šňupání pervitinu nebo kokainu, prudký vzestup krevního tlaku a z toho plynoucí další rizika, srdeční nemoci (např. srdeční selhání).

- **Opiáty:** Zácpa, hemeroidy, zpomalené reakce, typické odvykací stavy.

- **Budivé látky a halucinogeny:** Během intoxikace a někdy i po skončení halucinatorní stavy, paranoidní symptomatologie, po odeznění účinku často útlum, někdy deprese. Během intoxikace někdy křeče. Prudký vzestup krevního tlaku a z toho plynoucí rizika. MDMA, slangově „extáze“, působí kromě toho neurologická poškození podobná Parkinsonově nemoci. Při intoxikaci touto drogou mohou nastat velké ztráty tekutin a minerálů.

- **Organická rozpouštědla:** Poškození mozku, jater, krvetvorby, ledvin, onemocnění dýchacích cest. Srdce je ohroženo zejména, když před intoxikací přecházela tělesná námaha. Někdy se objevuje vyrážka kolem úst a nosu. Při intoxikaci jsou z dechu i z oděvu cítit chemikálie. Největším rizikem je předávkování. K smrti může dojít srdečním selháním, vdechnutím zvratků, udušením, poškozením jater nebo úrazem pod vlivem drogy.

Co usnadňuje diagnózu problémů působených psychoaktivními látkami

Jsou to hlavně příznaky související s výše uvedenými riziky, kromě nich je vhodné brát v úvahu:

- Pozitivní toxikologické vyšetření: prokazatelnost při běžném vyšetření moči je u většiny opiátů a pervitinu 1 až 2 dny, u benzodiazepinů 1 až 4 dny, u drog z konopí podstatně déle, zejména u chronických uživatelů. Odběr moči na toxikologické vyšetření je třeba provádět zásadně pod dohledem nejlépe osoby téhož pohlaví.
- Pozitivní anamnéza od pacienta nebo z okolí.
- Velmi nestabilní sociální situace (bezdomovectví, osamělost, nezaměstnanost atd.) je jedním z rizikových faktorů pro vznik návykové nemoci, ale často i jejím důsledkem.
- Drogové symboly (např. přívěšky nebo tetování).
- Někdy trpí péče o zevnějšek a hygiena.
- Vyžadování jasně návykových léků nebo léků, které mohou sloužit jako prekursori k výrobě drogy (např. efedrin a pseudoefedrin).

Tabulka 1. Možné příznaky u některých náhlých příhod působených některými psychoaktivními látkami

	Tep	Halucinace a bludy	Křeče v břiše	Zvracení, průjem	Útlum, spavost	Šíře zornic	Epileptický záchvat
Intoxikace opiáty	↓	-	-	-	+	↓ *)	-
Intoxikace sedativy	↓	-	-	-	+ **)	-	-
Intoxikace pervitinem	↑	+	-	-	- ***)	↑	+
Odvýkací stav, opiáty	↑	-	+	+	-	↑	-
Odvýkací stav, sedativa	↑	+	-	-	-	-	+
Odvýkací stav, pervitin	-	- ****)	-	-	+	-	-

*) S výjimkou stavu anoxie při těžkém předávkování, kdy dochází k dilataci zornic.

**) Někdy mohou tyto látky paradoxně vyvolat i neklid, zvláště v kombinaci s alkoholem.

***) Typická je naopak agitovanost.

****) Pokud ale na intoxikaci pervitinem nenásledá psychotická porucha vyvolaná pervitinem, což je časté.

- Pro diagnózu závislosti jsou rozhodující znaky závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Zjednodušeně řečeno se jedná o bažení po návykové látce (craving), zhoršené sebeovládání ve vztahu k ní, odvykací stav, růst tolerance, zanedbávání jiných zájmů a pokračování navzdory nepříznivým důsledkům, o kterých závislý ví. Pro diagnózu závislosti postačují tři z těchto šesti znaků během jednoho roku.

Krátká intervence pro problémy působené nealkoholovými drogami

Krátká intervence je časově nenáročná a měli by ji provádět lékaři všech klinických oborů včetně praktických lékařů (6, 7). Krátká intervence u problémů působených alkoholem a tabákem se používá už dlouho. Jejich využívání při léčbě problémů s jinými návykovými látkami je však relativně nové. Krátkou intervencí použijeme i v situaci, kdy by byla vhodnější důkladnější (např. ústavní) léčba, ale pacient ji odmítne.

Posouzení stavu, informace pacientovi o výsledku, jasné doporučení. O výsledku vyšetření je správné pacienta informovat. Na to navazuje jasné doporučení abstinovat od psychoaktivní látky.

Motivační rozhovor. Při něm se lékař obvykle s pochopením ptá pacienta na problémy, které návykové látky působily v různých oblastech života. Kumulativní účinek i velmi krátkých, méně než pěti minut trvajících, rozhovorů během rutinních vyšetření může být velmi prospěšný (12), zdá se, že právě opakování v průběhu delší doby zvyšuje efektivitu intervence (3). Motivační rozhovor s poskytnutím zpětné vazby se ukázal jako účinný u zneužívání kokainu i heroinu (11, 1) i u dospívajících zneužívajících marihuanu (5).

Prostá detoxifikace. V odborných kruzích panuje skepse vůči samotné detoxifikaci, která není následována další léčbou. Tato skepse se ale nezdá opodstatněná, protože i samotná detoxifikace může alespoň zmírnit průběh drogové závislosti (2). Pacienty detoxifikovaného z opiátů je ale třeba upozornit, že jim pronikavě klesla tolerance, aby se předešlo těžké intoxikaci v případě recidivy.

Předání svépomocného materiálu. Příručky pro závislé na alkoholu, závislé na jiných psychoak-

tivních látkách a patologické hráče jsou zdarma k dispozici na webových stránkách www.drnespor.eu.

Práce s rodinou. Rodina disponuje silnými motivačními nástroji a spolupráce s rodinou zlepšuje výsledky krátké intervence i léčby (10, 8). Je možná i tzv. unilaterální terapie, ta obvykle probíhá s rodiči nebo s manželkou, jestliže jinou látku zneužívající příbuzný odmítá léčbu. Cílem je zvýšit motivační tlak na závislého ke změně a zmírnit škody, které působí návyková nemoc v rodině.

Předání ke specializované léčbě. Přes účinnost krátké intervence v této indikaci je třeba mít na paměti, že zejména u těžší závislosti krátká intervence nebude většinou stačit, i když může mírnit průběh onemocnění. Tzv. „aktivní předání“ znamená, že lékař pacientovi dohodne návštěvu na specializovaném ambulantním nebo lůžkovém pracovišti, případně že pacienta k této návštěvě doprovází např. někdo z rodiny. Tím se zvyšuje pravděpodobnost, že předání bude úspěšné. Jestliže není dotyčný ochoten přistoupit na tuto možnost, je žádoucí s ním udržovat kontakt, nabídku k léčení opakovat a mírnit škody, které zneužívání psychoaktivních látek působí.

Některé náhlé příhody

Privolaný lékař nemá obvykle okamžitě k dispozici toxikologické vyšetření, proto uvádím následující přehled (tabulka 1).

Intoxikace opiáty. Specifické antidotum naloxon se podává v dávce 1,2 mg i.v., pokud nenastane odpověď po 1–2 minutách, postup se opakuje. Jestliže pacient nereaguje ani na 3. dávku, nejedná se o intoxikaci opiáty. Účinek naloxonu přetrvává 1–2 hodiny, kdežto opiáty působí podstatně déle, proto je nutné sledování pacienta a opakovaná aplikace antidota. Naloxon vyvolává u závislých odvykací stav, další aplikace opiátů k jeho zmírnění by mohla být letální, proto je třeba mít pacienta do odeznění intoxikace pod dohledem.

Intoxikace pervitinem. Tito pacienti mohou být neklidní a nebezpeční. O tom, jak komunikovat s takovým pacientem viz tabulka 2. Doporučuje se zajistit dohled raději více osobami. Je možné podat benzodiazepiny. Antipsychotika zde mají jistá rizika,

zpomalují vylučování amfetaminů a snižují záchvatový práh. V případě výrazné paranoidní nebo halucinatorní symptomatologie je ale podání antipsychotik zpravidla nutné.

Intoxikace halucinogeny tvoří heterogenní skupinu látek, některé neohrožují vitální funkce, jiné (např. MDMA, slangově „extáze“) mohou vyvolávat těžké otravy. Reakce na tento typ drog může být bouřlivá a nepředvídatelná. Navíc intoxikace probíhá vlnovitě a halucinatorní nebo paranoidní symptomatologie se může opakovaně prohlubovat a zmírňovat. V každém případě je zde riziko nebezpečného jednání během intoxikace i po jejím odeznění. Důležitý je proto dohled. Není-li přítomna výrazná tachykardie, lze podat i malé dávky antipsychotik, lze použít i sedativa. U MDMA může být nutná i stabilizace vnitřního prostředí (doplnit tekutiny, minerály).

Intoxikace kanabinoidy. Pokud byla droga přijímána kouřením, nevyvolává život ohrožující otravy, zvyšuje ovšem riziko srdečních komplikací, zvláště u kardiaků. Úzkostné stavy odezní zpravidla v bezpečném prostředí rychle. Při silné úzkosti apod. je možné podat malé dávky antipsychotik nebo sedativ. Zejména v případě psychotické dekompenzace je vhodný nepřetržitý dohled.

Intoxikace sedativy a hypnotiky. Výplach žaludku je kontraindikován u somnolentních nebo komatózních pacientů. Antagonistou benzodiazepinů je flumazenil. Počáteční dávka je 0,2 mg i.v. v průběhu 15 sekund. Jestliže nedojde k návratu vědomí do 60 sekund, lze podat dalších 0,1 mg a tuto dávku je možné opakovat v 60sekundových intervalech, je-li to nutné až do celkové dávky 1 mg. Obvyklá celková dávka je 0,3–0,6 mg. Rychlé podání flumazenilu u nemocných, kteří před tím dlouhodobě užívali benzodiazepinové preparáty, může vést k odvykacím příznakům (viz dále).

Odvýkací stav po opiátech. Závislí pacienti mohou odvykací stav nebo jiné onemocnění předstírat s cílem získat drogu, na druhé straně ale i u závislého pacienta může dojít např. k náhlé příhodě břišní. Při výrazném odvykacím stavu po opiátech bývá kromě jiných příznaků přítomna i výraznější tachykardie. U těžších odvykacích syndromů podáváme buprenorfin. Dávkování se liší, za hospita-

Tabulka 2. Komunikace s drogově závislým nebo jiným rizikovým pacientem

Co je vhodné	Čemu se vyhnout
Hovořit klidným, hlubším a tišším hlasem.	Křičet, používat stoupající hlasovou intonaci
Bezpečná vzdálenost (alespoň delší než délka natažené paže). Pohybovat se klidně.	Prudká gesta a pohyby, které by si pacient mohl vykládat jako útok. K pacientovi se přibližovat zezadu.
S pacientem je lépe nezástávat o samotě nebo mít alespoň možnost signalizovat spolupracovníkům nebezpečí. Odstranit z okolí pacienta nebezpečné předměty.	Komunikovat o samotě a v rizikovém prostředí.
Hovořit jednoduše a srozumitelně. Oslovovat pacienta jménem nebo mu říkat „pane“.	Používat komplikované dlouhé věty.
Pacientovi nabídnout, aby se posadil. Jestliže to přijme, riziko nenadálého útoku pronikavě klesá.	Pokud odmítne posadit se, netrvat na tom.
Jestliže je třeba pacienta omezit, mělo by se zasahovat v dostatečném počtu. Když to situace dovolí, je lépe vyčkat se zákrokem do doby, než přijde posila. Přesila v mnoha případech stačí k tomu, aby se pacient zklidnil. U pacientů, jejichž chování s sebou nese značné riziko, je správné žádat o pomoc policii. Policii je třeba volat např. v případech rizika použití zbraně.	Fyzicky zasahovat pod vlivem afektu nebo v situaci, která je nepřiměřeně riziková.
Včas rozpoznávat známky hrozící agrese. Agresi vůči lidem často předchází slovní útoky, agrese vůči předmětům (např. bouchání do stolu), neklid, upřený oční kontakt a nezvyklé přibližování se k lékaři.	Nerozptylovat se psaním poznámek nebo souběžným vyřizováním jiných záležitostí.
Ohrožující nebo nebezpečné chování pacienta je třeba následně zdokumentovat, ale až po té, co je situace zvládnuta.	Rozhodně nelze doporučit v rizikové situaci užívání diktafonu nebo notebooku.
Léky, peníze, razítka atd. jsou náležitě zajištěné a pacientovi nedostupné.	Je naprosto nevhodné mít v ordinaci nezajištěné a pacientovi dostupné léky, peníze, recepty a razítka (riziko krádeže).

lizace vystačíme obvykle s dávkou kolem 3 až 4 mg ve 2–3 dávkách denně sublingválně dobu 3 až 4 dnů. Buprenorfin se ale podává i v dávkách podstatně vyšších např. kolem 8 mg 1x za den. Buprenorfin se nesmí podávat pacientům intoxikovaným opiáty, protože může, coby parciální antagonist, vyvolat odvykací stav. To platí tím spíše pro novější preparát Suboxone (kombinace buprenorfinu a naloxonu, viz dále).

Odvykací stavy po benzodiazepinech bývají provázeny dlouhotrvajícími úzkostmi. Odvykací syndrom nastává i po terapeutických dávkách. V tom případě se doporučuje podle stavu prvních 50 % původní dávky vysadit rychle, dalších 25 % pomaleji a posledních 25 % ještě pomaleji. Literatura přesně

časové údaje neuvádí, postupuje se individuálně a bere se v úvahu schopnost jednotlivých pacientů tolerovat úzkostnou symptomatologii. Lze nasadit i antidepresiva ze skupiny SSRI, karmbamazepin nebo malé dávky antipsychotik. **Odvykací stav po vysokých dávkách** ohrožuje život. První den se podá ke stabilizaci stavu diazepam v dávce, kterou pacient přijímal před léčbou (nebo ekvivalent dávky, jestliže byla užívána jiná látka této skupiny). Následující den se dávka redukuje o 30 % a pak každý další den o 5 % původní dávky.

Recidiva závislosti. Závislost má chronický průběh, proto i jejich léčba by měla být dlouhodobá a mělo by se počítat s možností recidivy. V případě recidivy je třeba zvýšit intenzitu léčby. To může zna-

menat více ambulantních kontaktů, ústavní léčbu nebo i dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě. U některých pacientů se podaří dosáhnout dlouhodobé remise až po četných recidivách a komplikacích. Kde není dočasně nebo dlouhodobě možná léčba orientovaná k abstinenci, volí se postupy typu „harm reduction“, tedy mírnění škod, kam patří i substituční léčba.

Substituční léčba

Ta se u nás provádí v zásadě dvěma přípravky. Tím první je metadon, jeho užívání je však vyhrazeno specializovaným centrům. Druhým přípravkem je buprenorfin, je to opiátový agonista-antagonista, který se pomalu uvolňuje z vazby na receptory, a tak snižuje odvykací potíže a mírní bažení (craving). Buprenorfin ve formě sublinguálních tablet (Subutex) byl často nitrožilně zneužíván. Proto byl do léčby zaveden přípravek Suboxone, který obsahuje navíc naloxon (antagonista opiátů), což pronikavě oslabuje účinky buprenorfinu při nitrožilním podání. Subutex ani Suboxone se nesmějí podávat závislým pacientům, kteří jsou intoxikováni opiáty. Denní dávky se pohybují od 2 do 8 mg, může být však i vyšší (až 24 mg), což umožňuje dávkování i 1x za 2 nebo i 3 dny. Suboxone by měl být na našem trhu k dispozici od ledna 2008.

Závěr

Pacienti závislí na drogách se v ordinaci praktického lékaře s ohledem na charakter svého onemocnění a jeho následky objevují v ordinaci praktického lékaře častěji, než by odpovídalo jejich zastoupení v populaci. Význam praktických lékařů při diagnostice, krátké intervenci a léčbě drogově závislých je proto zásadní.

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice, Odd. léčby závislosti – muži
Ústavní 91, 181 02 Praha 8
e-mail: nespor.k@seznam.cz

Literatura

- Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 77(1): 49–59.
- Gandhi DH, Jaffe JH, McNary S, Kavanagh GJ, Hayes M, Currens M. Short-term outcomes after brief ambulatory opioid detoxification with buprenorphine in young heroin users. *Addiction.* 2003; 98(4): 453–462.
- Jungerman FS, Andreoni S, Laranjeira R. Short term impact of same intensity but different duration interventions for cannabis users. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 90(2–3): 120–7.
- Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Medication misuse, abuse and dependence in chronic pain patients. *J Psychosom Res.* 1997; 43(5): 497–504.
- Martin G, Copeland J, Swift W. The Adolescent Cannabis Check-Up: feasibility of a brief intervention for young cannabis users. *J Subst Abuse Treat.* 2005; 29(3): 207–213.
- Nešpor K. Návykové chování a závislost. Třetí aktualizované vydání. Praha: Portál 2007: 176.
- Nešpor K. Návykové nemoci. In: Seifertová D, Praško J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis 2004; 19–45.

- Santisteban DA, Coatsworth JD, Perez-Vidal A, Kurtines WM, Schwartz SJ, LaPerriere A, Szapocznik J. Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *J Fam Psychol.* 2003; 17(1): 121–133.
- Situace ve věcech drog v České republice v roce 2006. Zaostřeno na drogy 2007; 5: 1–12.
- Spoth R, Redmond C, Shin C, Azevedo K. Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: school-level growth curve analyses 6 years following baseline. *J Consult Clin Psychol.* 2004; 72(3): 535–542.
- Stotts AL, Potts GF, Ingersoll G, George MR, Martin LE. Preliminary feasibility and efficacy of a brief motivational intervention with psychophysiological feedback for cocaine abuse. *Subst Abuse.* 2006; 27(4): 9–20.
- Weaver FM, Jarvis MAE, Schnoll SH. Role of the Primary Care Physician in Problems of Substance Abuse. *Arch Intern Med.* 1999; 159: 913–924.