

## Φαρμακευτικά Βοηθήματα για τη Διακοπή του Καπνίσματος

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Σ. ΓΚΟΥΜΑΣ

Αναπληρωτής Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής,  
Ευρωκλινική Αθηνών

**Τ**ο κάπνισμα αποτελεί ίσως τον κύριο παράγοντα κινδύνου για αθηρωμάτωση και είναι υπεύθυνο περίπου για το 1/3 του συνόλου των θανάτων από τη νόσο, ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται ακόμη περισσότερο στους νεαρότερους ασθενείς. Στις ηλικίες κάτω των 65 ετών ευθύνεται για το 45% των θανάτων στους άνδρες και το 41% στις γυναίκες.<sup>1</sup> Ο κίνδυνος για στεφανιαία νόσο είναι στους καπνιστές περίπου 2-3 φορές υψηλότερος συγκριτικά με τους μη καπνιστές και είναι υψηλότερος στις ηλικίες κάτω των 55 ετών.<sup>2</sup> Η σχέση του καπνίσματος με τη στεφανιαία νόσο έχει τεκμηριωθεί εδώ και πολλά χρόνια με προοπτικές μελέτες όπως των Willett και συν<sup>3</sup> που έγινε πριν από είκοσι χρόνια σε 119.000 μεσήλικες νοσηλεύτριες που δεν είχαν γνωστή στεφανιαία νόσο και διαπιστώθηκε ότι ο θάνατος από στεφανιαία νόσο ήταν ανάλογος με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν. Ανάλογα αποτελέσματα είχαμε και από την επεξεργασία των στοιχείων της μελέτης Framingham.<sup>4</sup> Ο κίνδυνος από το κάπνισμα αφορά και τους παθητικούς καπνιστές οι οποίοι, λόγω της έκθεσής τους στο κάπνισμα στην οικογένεια ή στο χώρο εργασίας τους, παρουσιάζουν κίνδυνο εκδήλωσης καρδιοπάθειας 25-30% μεγαλύτερο σε σχέση με τους μη καπνιστές.<sup>5</sup> Από διάφορες έρευνες φαίνεται, ότι αυτοί που καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα την ημέρα έχουν 25-30% μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου από τους μη καπνιστές, αυτοί που καπνίζουν 10-20 τσιγάρα την ημέρα έχουν 30-50% μεγαλύτερη πιθανότητα, αυτοί που καπνίζουν 20-40 τσιγάρα πιθανότητα 75% μεγαλύτερη και αυτοί που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα πιθανότητα 100% μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές.<sup>6</sup>

Από τη μελέτη INTERHEART<sup>7</sup> που επίσης επιβεβαίωσε την αύξηση του κινδύνου για έμφραγμα μυοκαρδίου στους καπνιστές αντλούμε πολύτιμες πληροφορίες για τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος. Έτσι, φάνηκε ότι ο καρδιαγγειακός κίνδυνος ο σχετιζόμενος με το κάπνισμα μειώνεται τα επόμενα χρόνια μετά τη διακοπή του. Η μεγαλύτερη μείωση κινδύνου εμφανίζεται τα τρία πρώτα χρόνια από τη διακοπή σε άτομα που κάπνιζαν 20 ή και παραπάνω τσιγάρα. Όμως, παρά την προοδευτική μείωση του, δεν εξαφανίζεται εντελώς ακόμη και σε αυτούς που έχουν διακόψει το κάπνισμα προ εικοσαετίας. Σε ελαφρύτερους καπνιστές με λιγότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα ο κίνδυνος μειώνεται γρήγορα και εξαφανίζεται τρία χρόνια μετά τη διακοπή. Είναι λοιπόν παραπάνω από φανερό το όφελος από την έγκαιρη διακοπή του καπνίσματος.

Οι καρδιολόγοι, με το δεδομένο ότι αντιμετωπίζουν τις περισσότερες από τις επιπλοκές του, πρέπει να έχουν τόσο τη διάθεση όσο και την ικανότητα να συμμετέχουν αποτελεσματικά στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος. Τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος είναι πολύ χαμηλά, γύρω στο 3%, συγκριτικά με το ποσοστό όσων επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα. Το γεγονός ότι το σύνδρομο στέρησης από τη νικοτίνη μπορεί να διαρκέσει από λίγες μέρες μέχρι αρκετούς μήνες κάνει τα πράγματα ακόμη πιο δύσκολα. Η ιατρική συμβουλευτική παρέμβαση αποτελεί βασικό παράγοντα διακοπής

### Λέξεις Ευρετηρίου:

Κάπνισμα, Διακοπή,  
Υποκατάστατα νικοτίνης,  
Βουπροπιόνη, Βαρνικλίνη



### Γεώργιος Σ. Γκουμάς

Αν. Διευθυντής Καρδιολογίας

### Διεύθυνση Επικοινωνίας:

Αν. Τσόχα 3, Αμπελόκηποι  
11521, Αθήνα  
Τηλ: +30 210 6429363  
Fax: +30 210 6429309  
E-mail: ggoumasgr@yahoo.gr

του καπνίσματος και σε συνδυασμό με ψυχολογική υποστήριξη και φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να έχει από ικανοποιητικά έως εντυπωσιακά αποτελέσματα. Τα φαρμακευτικά βοηθήματα που έχουμε στη διάθεσή μας είναι τα υποκατάστατα νικοτίνης, η βουπροπιόνη και η βαρενικλίνη.

Οι θεραπείες υποκατάστασης της νικοτίνης μειώνουν την ένταση των συμπτωμάτων στέρησης από τη διακοπή του τσιγάρου και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν τον καπνιστή που είναι αποφασισμένος να το κόψει: η πιθανότητα επιτυχούς διακοπής μπορεί μέχρι και να διπλασιαστεί με τη βοήθειά τους. Οι τσίχλες νικοτίνης υπάρχουν στις μορφές 2 και 4 mg με τις δεύτερες να είναι πιο κατάλληλες για τους περισσότερο εξαρτημένους. Συνιστάται η κατανάλωση 9-12 κομματιών ημερησίως με το μέγιστο επιτρεπτό αριθμό να μην υπερβαίνει τα 30. Κάθε κομμάτι πρέπει να μασιέται για μισή ώρα και θεωρητικά προσφέρει επαρκή υποκατάσταση νικοτίνης για 1-2 ώρες, όμως μπορεί μέσα σε αυτό το διάστημα να χρησιμοποιηθεί και δεύτερη τσίχλα αν εμφανιστούν έντονα συμπτώματα στέρησης. Ο ρυθμός απελευθέρωσης της νικοτίνης από την τσίχλα εξαρτάται από την ταχύτητα του μασήματος. Όταν αυτό γίνεται γρήγορα, η κατάποση σιέλου γεμάτου νικοτίνη μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες από το γαστρεντερικό ή και πονοκέφαλο. Είναι σημαντικό για το χρήστη να μάθει να μασάει αργά και να ρυθμίζει ο ίδιος την ταχύτητα που του ταιριάζει. Μέχρι να το πετύχει αυτό, ένα απλό κόλπο είναι να σταματάει το μάσημα της τσίχλας όταν γίνεται αντιληπτή μια γεύση πιπεράτη ή ένα αίσθημα μουδιάσματος στο στόμα και να ξαναρχίζει όταν αυτό σταματήσει. Τέλος, όταν κάποιος χρησιμοποιεί τσίχλες νικοτίνης θα πρέπει να αποφεύγει 15 λεπτά πριν και κατά τη διάρκεια του μασήματος την κατανάλωση ανθρακούχων ποτών, καφέ, μπύρας ή κρασιού. Εκτός από τις τσίχλες έχουμε στη διάθεσή μας και άλλες μορφές που υποκαθιστούν τα τσιγάρα στη χορήγηση νικοτίνης όπως είναι: τα αυτοκόλλητα που η χρήση τους συνιστάται μέχρι 16 ώρες ημερησίως, τα ρινικά εκνεφώματα, υπογλώσσια δισκία, καθώς και συσκευές εισπνοών. Όλα αυτά βοηθούν αρκετά αλλά χωρίς θεαματικά αποτελέσματα αφού πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι η νικοτίνη ενδέχεται να μην απελευθερώνεται στην κυκλοφορία τόσο γρήγορα όσο με το κάπνισμα, ενώ επιπλέον δεν προσφέρεται η επιπρόσθετη ικανοποίηση του καπνίσματος.

Το ένα από τα δυο φάρμακα που έχουμε στη διάθεσή μας είναι η βουπροπιόνη (Zyban), ένα φάρμακο το οποίο είχε σχεδιαστεί αρχικά ως αντικαταθλιπτικό αλλά παρουσίασε εξαιρετικά αποτελέσματα στη διακοπή του καπνίσματος. Οι πιθανοί μηχανισμοί δράσης του είναι η αναστολή πρόσληψης της ντοπα-

μίνης και η μη ανταγωνιστική αναστολή των νικοτινικών υποδοχέων. Αυξάνει το ποσοστό επιτυχούς διακοπής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο και ακόμα περισσότερο σε συνδυασμό με τα υποκατάστατα νικοτίνης. Δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με ιστορικό πρόσφατης επιληπτικής κρίσης, διαταραχές της όρεξης και σε αυτούς που έχουν πρόσφατα λάβει αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης. Η λήψη του αρχίζει 7 με 14 ημέρες πριν από την ημερομηνία που ο ασθενής έχει θέσει ως ημέρα διακοπής του καπνίσματος. Ξεκινάμε με τη λήψη μιας δόσης των 150 mg κάθε πρωί για 3 ημέρες και στη συνέχεια αυξάνουμε σε 150 mg δυο φορές την ημέρα. Η θεραπεία συνεχίζεται για 7 με 12 εβδομάδες και σε περίπτωση επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος μπορεί να συνεχιστεί μέχρι και για 6 μήνες. Οι πιο συχνές παρενέργειες είναι η αύπνία (35-40%) και η ξηροστομία (10%). Στην περίπτωση που η αυπνία ταλαιπωρεί μπορούμε να συστήσουμε τη λήψη της βραδυνης δόσης νωρίτερα το απόγευμα τουλάχιστον 8 ώρες από τη λήψη της πρωινής δόσης.

## **Οι καρδιολόγοι, με το δεδομένο ότι αντιμετωπίζουν τις περισσότερες από τις επιπλοκές του, πρέπει να έχουν τόσο τη διάθεση όσο και την ικανότητα να συμμετέχουν αποτελεσματικά στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος.**

Το δεύτερο φάρμακο που έχουμε στη διάθεσή μας είναι ένας μερικός αγωνιστής των υποδοχέων της νικοτίνης, η βαρενικλίνη (Champix) δηλαδή ένα φάρμακο που καταλαμβάνει τους υποδοχείς νικοτίνης στον εγκέφαλο, οδηγώντας σε αποδέσμευση μικρής ποσότητας ντοπαμίνης. Έτσι αποφεύγεται η έναρξη του συνδρόμου στέρησης τουλάχιστον σε μεγάλη ένταση. Επιπλέον, δρα και ως ανταγωνιστής προκαλώντας αδρανοποίηση των υποδοχέων έτσι ώστε όσοι συνεχίζουν να καπνίζουν ενώ λαμβάνουν βαρενικλίνη νοιώθουν έντονη μείωση της ικανοποίησης που παλιότερα αντλούσαν από το κάπνισμα. Η έναρξη λήψης του φαρμάκου όπως και στη βουπροπιόνη είναι μία εβδομάδα πριν την ημερομηνία που θέλουμε να διακόψουμε το κάπνισμα. Ξεκινάμε με μικρότερη δόση στην αρχή και μετά την πρώτη εβδομάδα χορηγούμε την κανονική δόση του ενός mg δυο φορές την ημέρα. Η διάρκεια θεραπείας υπολογίζεται στους 3 μήνες αλλά εάν έχουμε πετύχει τη διακοπή και υπάρχει υψηλή πιθανότητα υποτροπής συστήνεται η περαιτέρω λήψη για άλλους 3 μήνες.

Δεν συνιστάται η λήψη της ταυτόχρονα με υποκατάστατα νικοτίνης και οι παρενέργειες της είναι ήπιες με συχνότερες τις ναυτία (30%), αϋπνία (12%) και κεφαλαλγία (12%). Το αίσθημα ναυτίας συνήθως υποχωρεί και εξαφανίζεται μετά τη πρώτη εβδομάδα και μπορεί να μειωθεί σημαντικά αν η πρόσληψη της βαρενικλίνης γίνει με γεμάτο το στομάχι και συνοδευτεί με πρόσληψη άφθονου νερού.

Ιδιαίτερος θόρυβος γίνεται τον τελευταίο καιρό για το ηλεκτρονικό τσιγάρο. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι μια ηλεκτρονική συσκευή εισπνοής νικοτίνης ή και ουσιών που δεν περιέχουν νικοτίνη. Διαφημίζεται συχνά ως ένα μέσο διακοπής του καπνίσματος και αυτό γίνεται για δυο λόγους: πρώτον, διότι η παροχή νικοτίνης με την εισπνοή ανακουφίζει άμεσα τον καπνιστή από τα βασανιστικά συμπτώματα της έλλειψης και της σωματικής εξάρτησης και δεύτερον, διότι η ρουτίνα χρήσης του ηλεκτρονικού τσιγάρου μοιάζει πολύ με αυτή του κανονικού τσιγάρου χάρη στην απελευθέρωση ορατού ατμού αλλά και στην παρουσία μιας λυχνίας στο μπροστινό τμήμα η οποία παράγει κόκκινο φως και μοιάζει με την καύτρα ενός κανονικού αναμμένου τσιγάρου. Με αυτόν τον τρόπο αντιμετωπίζεται και το πρόβλημα της ψυχολογικής εξάρτησης του καπνιστή από τη συνολική διαδικασία του καπνίσματος. Το πρόβλημα είναι ότι κανένα ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν έχει δοκιμαστεί σε μεγάλες τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες ώστε να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά του ως μέσο διακοπής του καπνίσματος, και ακόμη περισσότερο η ασφάλειά του η οποία και δε θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι περισσότερες από αυτές τις συσκευές κατασκευάζονται σε εργοστάσια αμφιβόλου ποιότητας στη Κίνα και διακινούνται στις Ευρωπαϊκές χώρες και στην Αμερική από εκατοντάδες μικρές εταιρείες με περιορισμένες δυνατότητες ελέγχου της ποιότητας. Το αποτέλεσμα είναι να παρουσιάζονται πολλά τεχνικά προβλήματα με συσκευές που παρουσιάζουν διαρροές ή απελευθερώνουν ξαφνικά πολύ μεγάλες και δυνητικά επικίνδυνες ποσότητες υγρής νικοτίνης. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν προϋποθέτει καύση καπνού και άρα παραγωγή των αντίστοιχων δεκάδων βλαβερών ουσιών όπως είναι για παράδειγμα η πίσσα και το μονοξειδίο του αζώτου. Το γεγονός αυτό είναι αληθινό, όμως αυτό που συχνά παραβλέπεται είναι ότι στο περιεχόμενο υγρό υπάρχουν αρωματικές ουσίες και άλλα χημικά πρόσθετα όπως η προπυλενογλυκόλη, η φυτική γλυκερίνη, νιτροσαμίνες, ακεταλδεΐδη και υδράργυρος κάποιες από τις οποίες μπορεί να είναι τοξικές και δυνητικά καρκινογόνες. Τέλος, οι συσκευές αυτές μπορεί να ενθαρρύνουν μη καπνιστές να δοκιμάσουν και τα κανονικά τσιγάρα, ειδικά από τη στιγμή που θα έχουν εθιστεί στη νικοτίνη και

η χρήση του κανονικού καπνού θα προσφέρει την ίδια, αν όχι και ακόμα μεγαλύτερη, ευχαρίστηση. Το γεγονός ότι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα παρέχονται συχνά με άρωμα σοκολάτας, γλυκισμάτων ή φρούτων αλλά και με έντονα χρώματα που παραπέμπουν σε ελκυστικά παιχνίδια αποκαλύπτει ότι ένας βασικός στόχος της εν λόγω βιομηχανίας είναι τα παιδιά και οι έφηβοι.

## Βιβλιογραφία

1. US Department of Health and Human Services (1989). Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Washington, Department of Health and Human Services.
2. US Department of Health and Human Services (2004). The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Atlanta.
3. Willet WC, Green A, Stampfer MJ, et al. Relative and absolute excess risk of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *N Engl J Med.* 1987;317:1303-1309.
4. Mamun AA, Peeters A, Berendregt J, et al. Smoking decreases the duration of life lived with and without cardiovascular disease: a life course analysis of the Framingham Heart Study. *Eur Heart J* 2004;25:409-415.
5. US Department of Health and Human Services (2006). Public Health Service.
6. Fielding J. (2002). Smoking: Health effects and control. In: Last, J., Wallace, R. Public health and preventive medicine (15th ed). Appleton & Lange, 715-740.
7. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case control study. *Lancet* 2006;368:647-658.