Screening rizikového užívání alkoholu v ordinaci lékaře

Jana Malinovská^{1,2}, Lucie Kršková³, Barbora Švarcová⁴, Veronika Vejtasová⁵, Jana Urbanová⁶, Jan Brož¹

¹Interní klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Adiktologická poradna, specializované pracoviště Area fausta, Praha

³Národní linka pro odvykání

⁴Psychiatrické oddělení, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, Praha

⁵Kardiologická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha

⁶Centrum pro výzkum diabetu, metabolismu a výživy, II. interní klinika 3. LF UK a FNKV Praha

Alkohol je významným rizikovým faktorem pro rozvoj mnoha chronických onemocnění a každý rok je příčinou 3 milionů úmrtí po celém světě. Česká republika patří k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu na osobu ve světě. Mezi možnosti časné diagnostiky ohrožených pacientů patří na čas a provedení nenáročného screeningového dotazníku, jako jsou např. AUDIT a CAGE, s jejichž pomocí je možné odhadnout míru rizika plynoucího z užívání alkoholu u daného pacienta. Dle ní je screening následován jednoduchou radou u rizikového pití nebo krátkou intervencí u škodlivého pití. Tento postup je snadným a efektivním zásahem u rizikového a škodlivého pití alkoholu a prevencí další progresse. Rutinní zavedení těchto postupů do praxe lékaře tak může mít zásadní význam ve snižování míry užívání alkoholu v české populaci.

Klíčová slova: alkohol, časná diagnostika, krátká intervence, rizikové pití, screening, škodlivé pití.

Screening for risk alcohol use in clinical settings

Alcohol is an important risk factor for development of numerous chronic diseases and it is a cause of 3 million deaths worldwide every year. The Czech Republic is one of the countries with highest alcohol consumption per capita in the world. AUDIT and CAGE are examples of fast and easy screening tools for early diagnostics of patients at risk that help in estimating a level of risk related to patient's drinking. The screening is followed by simple advice for risk drinking and brief intervention for harmful drinking, based on the estimated level of risk. This approach is an easy and effective prevention measure to reduce risk and harmful alcohol drinking and prevent further progression of drinking. Implementation of this approach into routine clinical practice can be a significant step in reducing alcohol consumption in the Czech population.

Key words: alcohol, brief intervention, early diagnostics, harmful drinking, risk drinking, screening.

Úvod

Užívání alkoholu je v České republice rozšířené již u dospívajících dětí a vysoká míra užívání alkoholu je patrná i v dospělosti. Mezi dospělými je významný podíl osob, které užívají alkohol v nadměrné míře, nad doporučené maximální denní dávky alkoholu, a které jsou ohroženy zdravotními, společenskými a dalšími negativními důsledky nadměrné konzumace alkoholu, nebo se tyto již u nich projeví. Prevence rizikového a škodlivého pití

alkoholu má zásadní význam pro snižování individuálních i celospolečenských dopadů z nadměrného užívání alkoholu. Článek předkládá možnosti prevence rizikového a škodlivého pití alkoholu u pacientů v ordinaci lékaře.

Míra užívání alkoholu v ČR – statistiky

Česká republika se řadí mezi země s nejvyšší mírou spotřeby alkoholu na osobu. V Evropě se dle údajů WHO řadí na 3. místo hned za

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Bc. Jana Malinovská, jana.malinovska@seznam.cz

Interní klinika 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 00 Praha 5

Cit. zkr: Vnitř Lék 2021; 67(e2): e38–e43

Článek přijat redakcí: 5. 5. 2020

Článek přijat po recenzích k publikaci: 9. 1. 2021

Estonsko a Litvu se spotřebou 12,99 litrů čistého alkoholu na osobu za rok 2016 (přepočteno na osoby ve věku 15 let a výše). Více než polovinu spotřebovaného alkoholu tvoří pivo (1).

Denně nebo téměř denně konzumuje alkoholické nápoje 7,8 % populace (z toho 11,3 % mužů a 4,4 % žen) dle Výzkumu občanů 2018 od SZÚ, což odpovídá odhadem 690 tisícům osob v ČR, které alkohol konzumují denně nebo téměř denně. Tento počet je dlouhodobě stabilní (2). Dle informací o frekvenci pití a obvykle zkonsumovaném objemu alkoholu udaných respondenty (tj. za použití jiné metodiky než v případě dat WHO výše) byla odhadnuta celková roční spotřeba čistého alkoholu na 7,4 l na osobu s průměrnou denní spotřebou 17,1 g čistého alkoholu (19,8 g při vynechání abstinentů z výpočtu). Nejvyšší průměrná denní spotřeba alkoholu byla ve věkové skupině 45–64 let, a to 21,8 g čistého alkoholu na den (při zahrnutí pouze konzumentů alkoholu). Ve věkové skupině 25–44 let byla nejvyšší míra častého pití nadměrných dávek (60 a více gramů čistého alkoholu při jedné příležitosti alespoň jednou týdně), tento ukazatel se týkal 16,2 % osob v této věkové kategorii v porovnání s 13,7 % souboru bez ohledu na věk (3).

Z hlediska rozdělení rizikovitosti pití alkoholu se v současné době již upouští od dříve užívaného pojmu bezpečné užívání alkoholu nebo bezpečná dávka alkoholu, jelikož požívání alkoholu v jakémkoli množství může představovat zdravotní riziko (4). Rizikovitost pití alkoholu se dělí do čtyř kategorií – a) **úplná abstinence**, b) **nízkorizikové pití** (< 20 g čistého alkoholu denně u žen a < 40 g čistého alkoholu u mužů), c) **rizikové pití**, tj. užívání alkoholu s vysokým rizikem škodlivých dů-

sledků v oblasti zdravotní, duševní, sociální, společenské atd. (≥ 20–40 g čistého alkoholu pro ženy a ≥ 40–60 g pro muže) a d) **škodlivé pití** (či užívání), tj. konzumace alkoholu, která již způsobuje poškození fyzického i duševního zdraví (≥ 40 g čistého alkoholu žen a ≥ 60 g u mužů) (2). Tento stav obvykle předchází závislosti, přičemž přechod od škodlivého pití **k syndromu závislosti** může být poměrně nenápadný. Diagnóza syndromu závislosti na alkoholu je pak definována jako přítomnost 3 a více z následujících projevů v posledních 12 měsících: silná touha či nutkání pít alkohol; ztráta kontroly nad pitím alkoholu (vypít více, než

Tab. 1. CAGE dotazník

	ANO (1 bod)	NE (0 bodů)
C (cut down): Cítil jste někdy potřebu své pití snížit?		
A (angry): Jsou lidé ve vašem okolí podráždění a kritizují vaše pití?		
G (guilty): Měl jste někdy kvůli pití špatné pocity nebo pocity viny?		
E (eye-opener): Pil jste někdy alkohol ihned po ránu, abyste se uklidnil nebo se zbavil kocoviny? (tzv. ranní doušky)		

©Dr. John Ewing (Bowles Center for Alcohol Studies, University of North Carolina at Chapel Hill), český překlad <https://www.adiktologie.cz/screeningovy-dotaznik-cage>

Dle původních doporučení je skóre v dotazníku 2 a více klinicky signifikantní; pro zachycení všech potenciálně rizikových pacientů se doporučuje screening považovat za pozitivní již při skóre 1 a více. Orientačně skóre 1 ukazuje možné ohrožení, skóre 2 podezření na závislost a skóre 3 a více vysokou míru pravděpodobnosti závislosti na alkoholu

Tab. 2. AUDIT dotazník

Otázka	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	4 body
Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	2–4x měsíčně	2–3x týdně	4x nebo vícekrát týdně
Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	5 nebo 6	7 nebo 8	10 nebo více
Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně
Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně
Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně
Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal do formy po nadměrném pití předešlý den?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně
Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně
Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně
Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku
Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo vám doporučoval s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku

©Thomas F. Babor (Alcohol Research Center, University of Connecticut). Dotazník je volně ke stažení na <https://auditscreen.org/cmsb/uploads/audit-czech.pdf>

V dotazníku je možné získat 0–40 bodů (čím více bodů, tím větší míra rizika). Před vyplněním dotazníku je třeba pacienta upozornit, že jedním alkoholickým nápojem je v dotazníku myšleno přibližně 330 ml 10° piva, 100 ml 12,5% vína nebo 30 ml 40% destilátu (toto množství odpovídá 10 g čistého alkoholu)

jedinec chtěl, nebo pít i v situacích, kdy to nebylo vhodné); tělesné projevy po vysazení alkoholu (např. třes končetin); zvyšování dávky alkoholu pro dosažení účinku původně vyvolaného nižší dávkou; zanedbávání zálib nebo jiných činností kvůli alkoholu; a pokračování v pití alkoholu navzdory škodlivým následkům (5).

Rizikové pití alkoholu se týká dle průzkumů 6,9–8,7 % populace, škodlivé pití 6,0–9,3 % populace. Celkem tedy do kategorie rizikového a škodlivého pití spadá 14,0–18,1 % populace, extrapolací na dospělou populaci ČR se odhadem jedná o téměř 1,5 milionů osob. Rizikové i škodlivé pití alkoholu je dlouhodobě 2–3× vyšší u mužů než u žen (2). Nejvyšší míra rizikového pití je dle výzkumu SZÚ ve věkové kategorii 25–44 let (9,7 %), škodlivé pití se vyskytuje nejvíce ve věkových kategoriích 25–44 let (9,3 %) a 45–64 let (9,0 %) (3).

Zdravotní a další konsekvence užívání alkoholu

V ČR patří nadměrná konzumace alkoholu spolu s kouřením tabákových výrobků a obezitou mezi nejvýznamnější zdravotní rizika (4). Celosvětově je alkohol významným rizikovým faktorem předčasné mortality a invalidity ve skupině osob ve věku 15–49 let a každý rok je celosvětově příčinou 3 milionů úmrtí (6). V ČR se, co se týče přímých úmrtí v důsledku alkoholu, jednalo dle obecného registru mortality „Zemřelí“ v roce 2017 o 1 949 úmrtí, z toho 370 z předávkování alkoholem a 1 495 úmrtí na alkoholické onemocnění jater. V posledních letech roste počet případů úmrtí, jejichž příčina souvisí s užíváním alkoholu, zejména vlivem nárůstu počtu případů alkoholického onemocnění jater (2). Pro srovnání mezi lety 2008 a 2017 došlo k procentuálnímu nárůstu úmrtí na alkoholické onemocnění jater o 18 % (v roce 2008 bylo zaznamenáno 368 úmrtí na předávkování alkoholem a 1262 úmrtí na alkoholické onemocnění jater) (7).

V ČR bylo v roce 2018 evidováno 6 568 případů úrazů pod vlivem alkoholu (3,1 % z celkového počtu 209 894 všech úrazů). Policie ČR v tom samém roce evidovala 4 626 dopravních nehod zaviněných pod vlivem alkoholu (4,4 % z celkového počtu), při nichž bylo usmrceno 62 osob (11,0 % všech usmrčených). Pod vlivem alkoholu bylo spácháno 11,5 tisíc objasněných trestných činů (82 % trestných činů spáchaných pod vlivem návykové látky). V polovině případů se jednalo o ohrožení pod vlivem návykové látky nebo opilství (5 754 trestných činů) (2).

Užívání alkoholu má celosvětově za následek 5,1 % všech onemocnění a alkohol přispívá k rozvoji či vzniku více než 60 různých onemocnění a úrazů (6). Největší podíl škodlivého vlivu alkoholu na zdravotní stav obyvatel je patrný zejména ve střední a východní Evropě, Střední a Jižní Americe a zemích bývalého Sovětského svazu (8). Mezi poruchy přímo vyvolané užíváním alkoholu dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 patří například alkoholická polyneuropatie, skupina alkoholických onemocnění jater, alkoholická gastritida, alkoholická kardiomyopatie, fetální alkoholový syndrom, alkoholická psychóza, syndrom závislosti a další.

Alkohol a jeho průměrná spotřeba jsou rizikovým faktorem mnoha chronických onemocnění, jako jsou malignity dutiny ústní, orofaryngu, jícnu, jater a prsu, dále epilepsie, hypertenzní nemoci, hemoragické cévní mozkové příhody, jaterní cirhózy, onemocnění věnicových tepen a dalších. Nejen průměrná spotřeba, ale i vzorce užívání alkoholu mohou

Tab. 3. Vyhodnocení míry rizika dle AUDIT skóre

Odhadovaná míra rizika	Počet bodů	Doporučený postup
Nízké riziko	0–7	Povzbuzení, edukace
Rizikové pití	8–15	Jednoduchá rada, edukace
Škodlivé pití	16–19	Krátká intervence a další sledování
Závislost	20–40	Doporučení odborné péče

upraveno dle (16)

hrát významnou roli v rozvoji některých onemocnění, tato souvislost byla nalezena v případě úrazů (ať již úmyslných, tak neúmyslných) a ischemické choroby srdeční (např. epizody nárazového pití jsou spojeny se zvýšenou srážlivostí krve a sníženým prahem pro fibrilaci komor, které tak zvyšují riziko náhlé srdeční smrti) (9).

Užívání alkoholu je zároveň úzce provázáno i s psychickým zdravím. U pacientů trpících afektivními, úzkostnými nebo psychotickými poruchami je vyšší prevalence škodlivého pití alkoholu a syndromu závislosti na alkoholu než mezi psychicky zdravými jedinci. Zároveň u jedinců v kategorii škodlivého pití alkoholu nebo se závislostí na alkoholu se častěji vyskytují i další psychické poruchy (zejm. poruchy nálady, depresivní poruchy a úzkostné poruchy). Nadměrné pití alkoholu negativně ovlivňuje průběh psychických onemocnění a odpověď na léčbu. U pacientů, kteří pijí alkohol ve škodlivé míře nebo jsou závislí na alkoholu, je také vyšší výskyt sebevražedných myšlenek, pokusů o sebevraždu a dokonalejších sebevražd (10).

Užívání alkoholu ve zvýšené míře (na úrovni škodlivého pití a závislosti) je možné detekovat laboratorně při vyšetření krve včetně přímého stanovení hladiny etanolu. Nejčastěji užívanými a v praxi běžně dostupnými (nespecifickými) markery jsou jaterní enzymy alaninaminotransferáza (ALT), aspartátaminotransferáza (AST) a γ -glutamyltransferáza (GGT), jejichž plazmatické hladiny jsou při jaterním poškození v důsledku pití alkoholu zvýšeny (poměr AST/ALT vyšší než 2 signalizuje možné významnější jaterní změny). U dlouhodobého užívání alkoholu je také možné pozorovat nárůst středního objemu erytrocytů (MCV). Dalším markerem je karbohydrát-deficientní transferin (CDT), jehož plazmatické koncentrace narůstají během užívání alkoholu. Zvýšení těchto markerů ovšem může být způsobeno řadou dalších faktorů a je tedy nutné je hodnotit v kontextu anamnézy, případně doplnit dalšími vyšetřeními. K ověření krátkodobé abstinence se v praxi využívá stanovení etylglukuronidu (EtG) v moči, který je možné detekovat v řádech dní po požití alkoholu (10).

Význam screeningu a krátké intervence

Užívání alkoholu je jedním z hlavních zdravotních rizik současnosti, které je však zároveň rizikem preventabilním. Screening za pomoci ověřených screeningových nástrojů následovaný radou či krátkou intervencí (často označovanými anglickou zkratkou SBI – screening and brief intervention) spadá do evidence-based postupů prevence rizikového a škodlivého pití alkoholu. SBI je ze své podstaty nenáročný na provedení (časově i technicky), aby jej bylo možné aplikovat rutinně v širší populaci v prostředí primární péče, za účelem identifikace

pacientů v počínajícím riziku užívání alkoholu (tj. těch, kteří mají své pití ještě dostatečně pod kontrolou a na základě krátké intervence jej mohou omezit). Pro závažnou míru potíží plynoucí z užívání alkoholu SBI nebyl vytvořen. Tyto pacienty je vhodné doporučit do adiktologického zařízení, kde jim bude poskytnuta systematická odborná pomoc (11).

Dotázání se pacienta na běžnou konzumaci alkoholu v rámci odběru anamnézy u lékaře má svůj význam nejen z hlediska získání informace o alkoholu jako rizikovém faktoru rozvoje některých onemocnění, ale i z důvodu včasného odhalení rizikového a škodlivého pití u pacientů a poskytnutí krátké intervence. Účinnost krátké intervence u rizikového a škodlivého pití alkoholu byla prokázána řadou studií. Systematické review a metaanalýza studií prokázaly na celkovém vzorku 4 332 dospělých pacientů snížení míry pití alkoholu po krátké intervenci o 3,6 nápojů týdně (95% CI o 2,4–4,8 nápojů týdně). V porovnání s kontrolní skupinou se ve skupině, u které byla provedena krátká intervence, snížil výskyt epizod rizikového pití o 12 % a o 11 % více dospělých udávalo, že pijí méně, než jsou doporučené limity, při sledování po dobu 12 měsíců. Ke snížení množství vypitého alkoholu a množství epizod nadměrného pití došlo i u mladých dospělých a studentů vysokých škol (12).

Dle zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, jsou zdravotničtí pracovníci povinni, je-li to důvodné, provádět orientační vyšetření rizikového a škodlivého užívání návykové látky a krátkou intervenci, případně doporučit návaznou odbornou péči. Dle každoročních průzkumů SZÚ však vyplývá, že míra provádění screeningu a krátké intervence je v ČR relativně nízká. Z průzkumu v r. 2018 vyplynulo, že pouze 45,8 % osob je při návštěvě lékaře dotázáno na konzumaci alkoholu a následně pouze 7,9 % osob dostane doporučení s pitím přestat nebo jej omezit. Ve srovnání s šetřením mezi lékaři, polovina dotázaných lékařů v průzkumu uvedla, že krátké intervence provádí pouze u rizikových či intenzivních uživatelů alkoholu. Přibližně čtvrtina lékařů krátké intervence neprovádí vůbec či výjimečně a 28,3 % lékařů naopak uvedlo, že krátké intervence provádí u všech pacientů (2).

Na možné důvody nízké míry provádění screeningu a krátké intervence poukázala kvalitativní studie mezi praktickými lékaři v Dánsku. Námitky lékařů vůči screeningu a krátké intervenci se týkaly pochybností o pravdomlnosti nejohroženějších pacientů, u nichž lékař měl podezření, že zlehčují míru svého pití. Dále lékaři vnímali, že se někteří pacienti při otázkách cítili trapně, a lékaři sami měli pocit, že pacientovi otázkami zasahují do jeho osobního života. Z tohoto důvodu se následně i s pacientem při další návštěvě k tomuto tématu nevraceli.

Lékaři také měli pochybnosti o svých komunikačních schopnostech, aby téma mohli vhodně otevřít, cítili, že pro podobnou intervenci nemají dostatek zkušeností, a také byli skeptičtí vůči efektu intervencí. Lékaři také měli dojem, že screening a krátká intervence v daném rozsahu 10–15 minut na pacienta není dostačující vzhledem k tomu, že pacientovo pití je součástí komplexnějšího problému, který není možné za tento čas pojmut (13). Pochybnosti z hlediska účinnosti provádění krátkých intervencí však vyvrací studie z jiných zemí, které potvrzují pozitivní efekt krátké intervence na snížení průměrné spotřeby alkoholu pacienty, jak jsme uvedli výše (12).

Screening na užívání alkoholu v rámci odběru anamnézy

Otázka pití alkoholu a problémů s tím souvisejících zůstává v naší společnosti stále stigmatem, může být proto i pro lékaře těžké toto téma s pacientem otevřít. Důležité však je, aby lékař udělal první krok a povzbudil pacienta k hovoru na toto téma. Před započítím dotazníku je vhodné se pacienta zeptat, zda je ochoten odpovědět na pár otázek týkajících se pití alkoholu, protože pití alkoholu je úzce spojené se zdravotním stavem, a ujistit jej, že se jedná o běžnou součást vyšetření, na kterou se ptá všech pacientů, a že tento rozhovor zůstane důvěrným. Pro rozhovor je vhodné zajistit maximální možnou míru soukromí. Otázky z dotazníku je nejvhodnější pokládat přirozeně v průběhu rozhovoru tak, že pacient nemá pocit, že je „testován“, a odpovídá tak na otázky upřímněji.

V současné době je v praxi užíváno několik screeningových dotazníků na odhalení míry problémů souvisejících s užíváním alkoholu. Mezi kratší dotazníky patří dotazník CAGE o 4 otázkách a jednoduchém bodování (viz Tab. 1). Délka trvání administrace dotazníku je odhadována na cca 1 minutu. Dotazník CAGE je administrován pacientům v průběhu odbírání anamnézy, a to ještě před položením dotazů na frekvenci pití alkoholu a množství alkoholu vypité v typický den. Dotazník je díky své jednoduchosti a stručnosti vhodný zejména do klinického prostředí primární péče (14). Až po administraci dotazníku se doplňují otázky na typickou denní spotřebu alkoholu, spotřebu alkoholu za týden (např. k odhalení nárazového víkendového pití), frekvenci pití alkoholu a zvyklosti/charakter pití alkoholu (například nárazové pití, tj. 4 a více skleniček při jedné příležitosti, tzv. binge drinking, kdy jednou skleničkou se rozumí 0,5 l piva, 2 dl vína nebo 40 ml tvrdého alkoholu) (15).

Tab. 4. Pět kroků krátké intervence – 5 "A"

5 „A“	Náplň kroku
1. ASK (zeptat se)	doptání se pacienta na užívání alkoholu, frekvenci pití, typické množství vypitého alkoholu denně a týdně, charakter pití – tento bod je proveden již v rámci screeningu
2. ADVICE (poradit)	edukace o zdravotních a dalších rizicích spojených s pitím alkoholu, jak o těch vyplývajících z dlouhodobého pití, tak o akutních následcích (úrazy, nehody) a o potenciálu vzniku závislosti, doporučení pacientovi pití omezit či přestat
3. ASSESS (posoudit)	zhodnocení pacientova postoje ke změně, pacientova náhledu na situaci a ochotu pití alkoholu omezit
4. ASSIST (pomocť)	je-li pacient připraven ke změně, je vhodné s ním prodiskutovat možnosti, jak změny dosáhnout (např. pacientovy představy, plány, časový horizont, podpora v rodině a v sociální síti, změna životního stylu) a poskytnout dle možností a konkrétní situace svépomocné materiály, kontakty na adiktologické služby, doporučit sebemonitoring (zaznamenávání bažení, spouštěčů, relapsů)
5. ARRANGE (naplánovat)	je vhodné stanovit s pacientem cíle a naplánovat kontrolu pro zhodnocení naplnění cílů; do doby další kontroly by měl být pacient vybaven kontakty na adiktologické a psychiatrické služby a edukačními a svépomocnými materiály

upraveno dle (19)

Tab. 5. Užitečné odkazy

Název	Odkaz	Shrnutí
Alkohol škodí	https://www.alkohol-skodi.cz/	Národní stránky pro podporu omezení konzumace alkoholu, edukační materiály, příběhy, rady
Alkohol pod kontrolou	https://www.alkoholpodkontrolou.cz/	Informační texty o alkoholu a další užitečné informace, web pod záštitou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN
Národní linka pro odvykání	https://chciodykat.cz/ linka 800 350 000 (pondělí až pátek 10–18hod)	Bezplatná služba pro pomoc s odvykáním, poskytované služby: úvodní konzultace včetně screeningu, pravidelné konzultace, krizová intervence, motivační rozhovory, odkázání na jiné služby dle potřeb klienta
Anonymní alkoholici	https://www.anonymnialkoholici.cz/	Svépomocná skupina pro pomoc s problémy s alkoholem, setkání probíhají v mnoha městech ČR (seznam míst na webu)
Dr. Nešpor	http://www.drnespor.eu/Pomoc.html	Svépomocné manuály a informační texty při překonávání návykových problémů (alkohol, drogy, hazard, videohry a další)
Mapa pomoci	https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/	Seznam zařízení poskytujících léčbu, poradenství a prevenci v oblasti závislosti v ČR dle krajů a typu zařízení

V ČR je také hojně využívaným screeningovým dotazníkem AUDIT o 10 otázkách (viz Tab. 2). Dotazník je volně ke stažení na <https://auditscreen.org/cmsb/uploads/audit-czech.pdf>. Vzhledem k délce dotazníku je možné dát dotazník pacientům k vyplnění již v čekárně a následně jej v ordinaci s pacientem vyhodnotit, nebo je možné otázky z dotazníku pokládat formou rozhovoru v průběhu odběru anamnézy. Ze zkušenosti bývá pokládání otázek formou rozhovoru během odběru anamnézy pro pacienty přirozenější a odpovídají upřímněji. V tabulce 3 je sepsána odhadovaná míra rizika z pití alkoholu dle získaného počtu bodů v dotazníku AUDIT (16).

V případě nedostatku času či nemožnosti administrovat celý dotazník AUDIT byla zjišťována úspěšnost zachytu rizikových pacientů pouze za využití prvních 3 otázek dotazníku, tj. otázek na frekvenci pití, množství alkoholických nápojů vypitých v typický den, kdy pacient alkohol pije, a frekvenci příležitostí, kdy pacient vypije 6 a více sklenic alkoholických nápojů (jedna sklenice je přibližně 330 ml 10° piva, 100 ml 12,5 % vína nebo 30 ml 40 % destilátu). Tato zkrácená verze dotazníku (AUDIT-C) měla srovnatelné výsledky z hlediska míry zachytu pacientů, kteří pijí alkohol rizikově (≥ 4 body u mužů a ≥ 3 body u žen pro dosažení maximální senzitivity a specifity). Zároveň u dlouhé i zkrácené verze dotazníku byl významně vyšší zachyt těchto pacientů v porovnání s tím, kdy měl pacient sám zhodnotit, zda pije rizikově (17).

Pro úplnost uvádíme i další stručné screeningové dotazníky na zhodnocení míry problémů z užívání alkoholu: FAST (4 otázky vycházející z dotazníku AUDIT), ASSIST (orientační test o 8 otázkách na užívání alkoholu, tabáku a jiných návykových látek), CRAFFT (dotazník pro dospívající ve věku 14–18 let), S-MAST (stručný michiganský test alkoholismu), T-ACE (dotazník určený pro těhotné ženy) a další (18). Všechny tyto screeningové dotazníky si nedávají za cíl stanovit diagnózu abúzu či syndromu závislosti, ale slouží k orientačnímu vyšetření a vytipování osob, u nichž hrozí riziko výskytu problémů v souvislosti s pitím alkoholu nebo u nichž už se nějaký takový problém vyskytuje (11).

Doporučený postup dle zjištěné míry rizika

Po administraci screeningového nástroje se následný postup liší dle odhadnuté míry rizika u daného pacienta. Lékař pak dle svých zkušeností, znalostí a konkrétního pacienta a jeho zdravotního stavu volí nejvhodnější techniky, aby zvýšil pravděpodobnost účinnosti intervence

(např. volí techniky, v nichž se cítí jistý, dává do souvislosti pacientův zdravotní stav nebo aktuální laboratorní výsledky a pití alkoholu, využívá při intervenci znalostí o pacientovi).

Negativní screening

V případě, že nebyla odhalena žádná nebo pouze nízká míra rizika z užívání alkoholu, je vhodné pacienta pochválit za jeho přístup k alkoholu, vybídnout k pokračování. Je zároveň užitečné krátce shrnout rizika plynoucí z nadměrného užívání alkoholu, a to z důvodu podpoření pacienta v pokračování nízkorizikové konzumace alkoholu či abstinence, ale také pro případ, že pacient podhodnotil svou míru užívání alkoholu v dotazníku. V rámci stručné edukace je vhodné pacientovi připomenout, do kdy se jedná o nízkorizikové pití alkoholu, a že i tak neexistuje bezpečná dávka alkoholu, jelikož užívání alkoholu i v malém množství může představovat riziko. Nejčastější doporučení pro českou populaci udávají v jakýkoli den maximálně 1 standardní nápoj denně pro ženy a maximálně 2 pro muže a alespoň 2 dny v týdnu alkohol nepít vůbec, pokud se nejedná o pacienty, u nichž je alkohol přímo kontraindikovaný, například u těhotných žen. Standardním nápojem se přitom rozumí 0,5 l piva, 200 ml vína nebo 50 ml destilátu (přibližně odpovídající 20 g čistého alkoholu v nápoji) (16).

Rizikové pití alkoholu dle screeningu

Rizikové pití zatím nepřináší zdravotní poškození, ale pokračování konzumace alkoholu v současné míře již představuje riziko do budoucna jak v oblasti duševního a fyzického zdraví, tak v oblasti společenské, pracovní a trestně-právní. Do kategorie rizikového pití patří i pacienti, kteří nárazově při jedné příležitosti vypijí 4 a více standardních nápojů. V tomto případě je na místě jednoduchá rada ohledně pití a jasné doporučení pro pacienta, aby pití alkoholu omezil nebo úplně přestal. Současně je namístě pacienta edukovat o akutních a chronických následcích takové konzumace alkoholu, např. pomocí edukačních letáků a svépomocných materiálů, či internetových stránek (viz Tab. 5). Následně je vhodné se pacienta zeptat, zda by byl ochoten pití alkoholu omezit. Pokud ano, povzbudíme pacienta ve stanovení osobního dosažitelného cíle spolu a naplánujeme kontrolu, kde jeho naplnění společně zhodnotíme. Stanoveným cílem by ideálně mělo být pití alkoholu maximálně v úrovni nízkého rizika, tj. v jakýkoli den maximálně

1 standardní nápoj denně pro ženy a maximálně 2 pro muže a alespoň 2 dny v týdnu alkohol nepít vůbec (16).

Škodlivé pití alkoholu dle screeningu

V případě škodlivého pití alkoholu, kdy alkohol způsobuje zdravotní poškození, je základem dalšího postupu krátká intervence (16), která zahrnuje 5 návazných kroků (zeptat se, poradit, zhodnotit, pomoci a naplánovat), shrnutých v Tabulce 4 (19). Součástí krátké intervence jsou předání relevantních informací a edukace (i formou předání edukačních materiálů), motivační rozhovor, práce s kontrakty (písemné potvrzení pacientem o stanoveném cíli a odhodlání ke změně), psaní deníku (zapisování bažení, relapsů, monitorování stavů, vývoje v čase a podpora motivace) a zadávání úkolů domů (může se jednat i o čtení či zamyšlení). Motivační rozhovory jsou samostatnou disciplínou, jejich princip lze však shrnout jako podporování motivace ke změně skrze práci s ambivalencí (rozporem mezi vnímáním pacienta a okolím nebo dotazováním se na klady a zápory pití pro pacienta – co mu pití přináší a co ho na jeho pití naopak trápí), poskytování podpurného prostředí a součástí jsou i další metody. V závěru intervence je vhodné povzbudit pacienta v stanovení si cíle, jehož naplnění lékař zhodnotí při další kontrole (14). Cíl vychází z individuálních možností a dohody s pacientem, může se týkat například snižování dávek (u těchto pacientů je vhodné, aby s pitím přestali úplně, vyhledání svépomocné skupiny nebo psaní deníku (sebemonitoring) (16).

Závislost na alkoholu

Při podezření na závislost na alkoholu je již třeba doporučení odborné péče. Krátká intervence v tomto případě může sloužit jako motivace k vyhledání odborné péče. Součástí intervence je edukace o rizicích spojených s užíváním alkoholu, riziku závislosti, poskytnutí náhledu na pacientovo pití (např. v souvislosti s pacientovým zdravotním stavem, úrazy vlivem alkoholu nebo poukázání na rozpor mezi bagatelizací problému pacientem a výhradám okolí vůči pacientovu pití) a jasné doporučení pacientovi vyhledat specializovanou léčbu.

LITERATURA

1. Recorded alcohol per capita consumption, from 2010. Global Health Observatory Data Repository (European Region), Global Information System on Alcohol and Health, updated May 2018. [cit. 2020-05-01]. Dostupné z WWW: <<https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en>>.
2. Mravčík V, Chomynová P, Grohmannová K et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018. Mravčík V. (Ed.). Úřad vlády České republiky: Praha 2019.
3. Csémy L, Fialová A, Kodl M, Skývová M. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018. Státní zdravotní ústav: Praha 2019.
4. Hnilicová H, Dobiášová K. Alkohol z pohledu veřejného zdraví v ČR: fakta a souvislosti. Čas. Lék. čes. 2018; 157: 248–253.
5. Nešpor K. Návykové chování a závislost. Portál: Praha 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
6. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization: Geneva 2018. ISBN 978-92-4-156563-9.
7. Zemělí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech – 2008 až 2017. Český statistický úřad. [cit. 2020-05-01]. Dostupné z WWW: <<https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2007-2016-770xpsf8rn>>.
8. Rehm J, Room R, Monteiro M et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. Eur Addict Res 2003; 9: 157–164.
9. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M et al. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. Addiction 2003; 98: 1209–1228.
10. Racková S, Kitzlerová E., Anders M, Raboch J. Screeningové hodnocení míry závažnosti zneužívání alkoholu. Čes a slov Psychiatr 2018; 114(1): 24–28.

Lékař by měl pro tyto případy mít připravený seznam adiktologických zařízení a specialistů, na něž může pacienta odkázat, případně přímo pacienta doporučit/předat do péče odborníka. Stejně tak by měl mít k dispozici materiály, které si pacient může odnést s sebou (užitečné odkazy v Tab. 5) (16).

Jedním z důvodů potřeby doporučení odborné péče u těchto pacientů je odvykací stav, jako projev fyzické závislosti na alkoholu, který patří k nejnebezpečnějším ze všech návykových látek. Klinicky se projevuje tremorem, pocením, nauseou a zvracením, cefaleou, tachykardií a hypertenzí, citlivostí vůči světlu a zvukům a halucinacemi, ale mohou jej provázet i potenciálně fatální komplikace, jako jsou epileptické paroxysmy a delirium tremens. Odvykací stav nemusí nastat u každého, kdo užívá alkohol dlouhodobě ve vysokých dávkách, ale vzhledem k potenciálnímu ohrožení života je vhodné, aby pacient s podezřením na závislost vysazoval alkohol pod odborným dohledem (ambulantně či během hospitalizace dle zvážení specialisty) (20).

Je možné, že pacient zatím nebude připraven na změnu svého pití a odmítne vyhledat odborníka. V tom případě je vhodné mu zopakovat rizika spojená s pitím alkoholu, vyjádřit ochotu mu pomoci, až bude připraven na změnu, a znovu zhodnotit připravenost ke změně při dalších návštěvách (16).

Závěr

Pacienti, kteří pijí alkohol v nadměrné míře, mohou být v ordinaci lékaře zachyceni jednoduchým screeningovým nástrojem (v podobě dotazníkového šetření) a následně u nich může být pomocí ověřených postupů krátké intervence či jednoduché rady účinně docíleno snížení běžné denní spotřeby alkoholu. Screening tíže problémů spojených s užíváním alkoholu a následná krátká intervence či poskytnutí jednoduché rady jsou snadnou, efektivní a časově a finančně nenáročnou prevencí rizikového a škodlivého pití alkoholu. Rutinní zavedení těchto postupů do praxe lékaře má tak zásadní význam v snižování míry užívání alkoholu v české populaci.

11. Glass JE, Andréasson S, Bradley KA et al. Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). Addict Sci Clin Pract. 2017; 12(1): 14.
12. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR et al. Behavioral Counseling After Screening for Alcohol Misuse in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2012; 157: 645–654.
13. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. BMJ. 2002; 325(7369): 870.
14. Pilowsky DJ, Wu LT. Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: a review. Subst Abuse Rehabil 2012; 3(1): 25–34.
15. Erwing JA. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. JAMA: Journal of the American Medical Association 1984; 252: 1905–1907.
16. Babor T, Higgins-Biddle JC, Sovinová H. Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití: manuál pro použití v primární péči. 2., upr. vyd. Státní zdravotní ústav: Praha 2010. ISBN 978-80-7071-316-7.
17. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, et al. AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2007; 31: 1208–1217.
18. Screeningové vyšetření na problémové užívání alkoholu a navazující krátká intervence: metodika SBI: příručka pro pracovníky v oblasti veřejného zdraví. Albert: Boskovice 2013. ISBN 978-80-7326-230-3.
19. Aristeiguieta CA. Screening patients for alcohol, tobacco, and other drug misuse: the role of brief interventions. West J Med 2000; 172(1): 53–57.
20. Kašpárek T, Dreisig M, Barteček R. Alkoholový odvykací stav a delirium – od patofyziologie k léčbě. Česk Slov Neurol N 2014; 77/110(2): 153–157.