

Prescription of Benzodiazepines for Geriatric Patients in the Czech Republic



NETÍK, V.

Chilli.org, Prague, Czech Republic

Citation: Netík, V. (2009). Problematika preskripce benzodiazepinových preparátů u geriatrických pacientů v ČR. *Adiktologie* (9)1, 30–34.

SUMMARY: *The prescription and the resulting abuse of medicaments, specifically the prescription of sedatives, such as benzodiazepines, which have high potential in terms of psychological and physical dependence, pose a pressing problem at present. The abuse of and dependence on medicaments of this type is well known among adolescents and young adults. However, middle-aged and elderly people predominate among those affected by dependence on these substances. Major research studies have shown that treatment with benzodiazepine-based psychopharmacological agents is a frequent “blunder” as regards the medication of the depressive syndrome, especially in elderly patients. This article refers to the effects of such benzodiazepine-based psychopharmacological preparations on the psychological and somatic conditions of patients, particularly elderly clients whose therapy for their depressive syndrome is often based on this type of medication. The article also points out the possibility of iatrogenic dependence, i.e. dependence in which the physician plays an important role. The line between therapeutically suitable pharmacotherapy and an inappropriately selected treatment strategy, which could cause serious health problems to some patients, is also considered.*

KEY WORDS: BENZODIAZEPINES – DEPENDENCE – GERIATRICS – IATROGENIC IMPAIRMENT

Submitted: 05 / JANUARY / 2009

Accepted: 09 / FEBRUARY / 2009

Address for correspondence: Vojtěch Netík / NETIX@seznam.cz / Chilli.org, Imrichova 885, 140 00 Prague 4, Czech Republic

Problematika preskripce benzodiazepinových preparátů u geriatrických pacientů v ČR



NETÍK, V.

O. s. Chillí.org, Praha

Citace: Netík, V. (2009). Problematika preskripce benzodiazepinových preparátů u geriatrických pacientů v ČR. *Adiktologie* (9)1, 30–34.

SOUHRN: Problematika preskripce a následného abúzu léků, konkrétně předepisování medikamentů sedativního typu s vysokým potenciálem psychické a fyzické závislosti – benzodiazepinových preparátů, je v současnosti stále více aktuální. Abúzus a závislost na tomto typu léčiv se vyskytuje u adolescentů a mladých pacientů. Nejvíce postižených závislostí je však ve středním a vyšším věku. Několik významných evropských i domácích výzkumných studií prokázalo, že častým „přehmatem“ v medikaci depresivního syndromu bývá léčba pomocí benzodiazepinových psychofarmak, zejména u pacientů vyššího věku. Vliv těchto psychotropních látek na duševní i somatický stav pacienta pak, obzvláště po dlouhodobě vedeném dávkování, mívá zřetelně neblahý průběh. V článku primárně poukazují na problémy spojené s tzv. iatrogení závislostí, tedy dependencí, v níž hraje důležitou roli osoba lékaře, sekundárně též na hranici mezi terapeuticky vhodnou, racionální farmakoterapií a nevhodně zvolenou léčebnou taktikou, jež může u pacientů způsobit více škod než užítku.

KLÍČOVÁ SLOVA: BENZODIAZEPINY – ZÁVISLOST – GERIATRIE – IATROGENNÍ POŠKOZENÍ

● 1 ÚVOD

Problematika preskripce a následného abúzu léků, konkrétně předepisování medikamentů sedativního typu s vysokým potenciálem psychické a fyzické závislosti – benzodiazepinových preparátů, je v posledních letech stále více aktuální. Rizikový abúzus a závislost na tomto typu léčiv se vyskytuje u adolescentů a mladých pacientů. Zřetelně nejvíce „postižených“ je však ve středním a zejména vyšším věku. Česká republika figuruje podle výzkumné studie publikované českými autory v časopise JAMA z roku 2005 na

prvním místě mezi státy Evropské unie v předepisování nevhodných léčiv (Fialová et al., 2005). Nepříliš optimistické zjištění týkající se preskripce prokázala již v minulosti Evropská studie ADHOC (Aged in Home Care, Geriatrická klinika 1. LF a VFN, 2001–2003). Zjistila, že v České republice v roce 2001 užívalo benzodiazepiny přibližně 30 % seniorů v domácí péči. Z 32 % pacientů s klinicky významnou depresí bylo pouze 8 % léčeno antidepresivními medikamenty, ostatní užívali dlouhodobě působící benzodiazepiny, které nemají antidepresivní účinnost. Léková závislost

Došlo do redakce: 5 / LEDEN / 2009

Přijato k tisku: 9 / ÚNOR / 2009

Korespondenční adresa: Bc. Vojtěch Netík, DiS. / NETIX@seznam.cz / O. s. Chillí.org, Imrichova 885, 140 00 Praha 4

a s ní související somatické či duševní poškození je v současnosti závažným celospolečenským problémem, který se v konečném důsledku dotýká nejen nejvíce zasažené postproduktivní populace, ale svým přesahem působí na celou společnost (Farmakoterapeutické informace, 2006).

● 2 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA BENZODIAZEPINŮ

Benzodiazepiny byly objeveny v roce 1957 rakouským vědcem Leo Sternbachem, který pracoval pro švýcarský farmaceutický koncern Hoffman La Roche. Po prvotním nadšeném přijetí odbornou veřejností, která pokládala tyto léky za bezpečný analog vůči barbiturátům, se s postupným empirickým výzkumem začala objevovat méně optimistická zjištění spojená zejména s nezanedbatelně vysokým potenciálem závislosti (Bignell, 2008).

V současné době jsou benzodiazepiny na seznamu nejčastěji užívaných, potažmo zneužívaných legálních psychofarmak. Patří do skupiny návykových látek uvedených v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) pod označením F-13. Riziko závislosti na těchto lécích, ať již z hlediska psychického či somatického, je považováno za potenciálně velice vysoké, může být srovnatelné se závislostí na opiátových prekurzorech (Hampl, 2003). Bazálním účinkem benzodiazepinů je sedace centrálního nervového systému. Ovlivňují především limbický systém, cortex cerebri a hippocampus, ale také další součásti CNS a VNS. Jsou využívány zejména jako anxiolytika, sedativa, hypnotika, antiepileptika a myorelaxancia (Lincová, Farghali et al., 2005).

● 3 RACIONÁLNÍ VERSUS IRACIONÁLNÍ PRESKRIPCE

Indikace benzodiazepinů v psychiatrické péči má svá pevná pravidla. Jednoznačně nápomocná může být při stavech snižování akutní úzkosti v panické atace nebo zlepšení nespavosti, kde se jeví jako prospěšná a tento benefit převažuje nad krátkodobými riziky vyplývajícími z jejich toxicity. Při krátkodobých záchvatech paniky a anxiety jsou benzodiazepinové preparáty považovány jednoznačně za lék volby (Honzák, 1990). Elementární pochybení v medikaci bývá v jeho nekontrolovaném dlouhodobém podávání. Longitudinální užívání se zásadně nedoporučuje. Obzvláště preskripce benzodiazepinů u starých nemocných a dále u pacientů se současnou nebo dřívější závislostí na psychoaktivních látkách vyžaduje zcela mimořádnou opatrnost.

Rizika chronické toxicity, zejména zhoršení kognitivních funkcí, vývoje biologické závislosti a nebezpečí abstinčního syndromu po vysazení, jsou pravděpodobná za těchto okolností:

- použití vysokých dávek,
- denní dávkování terapeutických dávek po dobu delší než čtyři měsíce,

- vysoký věk pacienta,
- současná nebo minulá anamnéza závislosti na sedativních a hypnotických látkách a/nebo alkoholu, včetně předcházející benzodiazepinové léčby,
- užití vysoce účinných benzodiazepinů s krátkým poločasem.

Při úvahách, zdali benzodiazepinový preparát předepsat, či nikoliv, by měl být objektivně posouzen jeho potenciální terapeutický zisk na straně jedné a dlouhodobé riziko dependence s možností vzniku závažných abstinčních příznaků po vysazení na straně druhé, přičemž by neměla být opomenuta akutní a chronická toxicita léku. Farmakoterapie by měla usilovat o dosažení co nejnižších dávek, které jsou ještě terapeutické, a léčit benzodiazepiny co možná nejkratší dobu, jak to dovolí pacientův stav. O průběžné dlouhodobé denní léčbě by se mělo rozhodovat případ od případu a lékař by měl pravidelně přehodnocovat klinický stav těchto pacientů, aby se ujistil, že je pokračování v léčbě vhodné (Honzák, 1990).

● 4 BENZODIAZEPINY A RIZIKOVÝ ABÚZUS U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

Stárnutí organismu se projevuje řadou fyziologických změn, jež mají vliv na účinnost a bezpečnost léků. U starších pacientů dochází k závažným změnám farmakokinetiky a farmakodynamiky, jsou proto více ohroženi nežádoucími účinky jakéhokoliv léku. V geriatrici je známo, že zhoršení stavu pacienta často navazuje na lékový úzus. V některých případech lék nutně nevyvolává větší účinek, jenže stejná síla účinku může být škodlivější v případě, že se výchozí stav změnil. Například lék, který u mladého člověka mírně zhoršuje paměť, má zhoubné účinky na stav paměti u člověka staršího, neboť jeho poznávací funkce se již dostaly pod určitou hranici (Morley, 2000). Reakce seniorů na podávání sedativních léčiv (např. při užití krátkodobě i dlouhodobě působících benzodiazepinů) je tedy významně vyšší než u pacientů středního věku. Obzvláště dlouhodobě působící benzodiazepiny (chlordiazepoxid, diazepam, kvazepam, halazepam, klorazepát) jsou podle Beersových kritérií¹ z roku 2003 považovány za léčiva potenciálně nevhodná ve stáří (Topinková et al., 2007).

Fialová, Topinková (2005) poukazují v těchto případech na potřebu důkladného seznámení se s léčivou potenciálně nevhodnými ve stáří. Ty totiž kromě výše zmiňovaných změn také v řadě případů prohlubují věkem podmíněný deficit neuromediatorových systémů, čímž vedou ke vzniku vážných „geriatrických“ symptomů a syndromů, do kterých patří např. kognitivní dysfunkce, polékové deprese, ortostatické hypotenze, polékový parkinsonismus apod.

1/ Beersova kritéria odrážejí nejnovější poznatky geriatrických studií o bezpečnosti léčiv ve stáří a nové podmínky amerického trhu.

Sekundárním problémem týkajícím se této medikace bývá i chybné zhodnocení zmíněných reakcí, jež jsou častokrát mylně diagnostikovány jako nová onemocnění a залéčeny dalším léčivem (preskripční kaskáda). Takový postup významným způsobem přispívá k iracionální farmakoterapii. Současná doporučení týkající se předepisování benzodiazepinů starým nemocným zdůrazňují volbu krátkodobě působících léčiv (např. alprazolamu, oxazepamu, bromazepamu, lorazepamu) a jejich podávání po co nejkratší dobu. Obecně platí, že by terapie benzodiazepiny neměla u geriatrických pacientů podle stávajících doporučení překročit časový horizont 2 týdnů v hypnotické indikaci, 4 týdnů v terapii anxiety a 12 týdnů při zahajovací léčbě panických stavů a u antidepressivní léčby. Léčbu je nutno ukončovat postupným snižováním dávky (Farmakoterapeutické informace, 2006).

● 5 BENZODIAZEPINY A NEBEZPEČÍ VZNIKU IATROGENNÍ ZÁVISLOSTI

Nedávná studie publikovaná českými autory v časopise JAMA (Fialová et al., 2005) prokázala, že se užití nevhodných léčiv ve stáří v evropských zemích významně liší. Nejvyšší prevalence preskripce byla zjištěna v České republice (41 % uživatelů), dále v Itálii (26 %) a Finsku (21 %). V nadbytečném předepisování hrají podle této studie významnou roli i preskripční zvyklosti a neznalost geriatrických pravidel. Většina léčiv uvedených v expertních seznamech existuje na trhu dlouhou dobu a mnohá z nich jsou v lékařské praxi předepisována již rutinně bez ohledu na věk. Významnou roli v prevalenci užití potenciálně nevhodných léčiv hrají i odlišnosti v regulačních opatřeních a v kontrolních mechanismech preskripce. (Farmakoterapeutické informace, 2006) Zahraniční epidemiologické studie dokládají, že chyby v geriatrické preskripci, které se týkají podávání vysokých dávek krátkodobě působících a obecně dlouhodobě působících benzodiazepinů, jsou časté z důvodu nesnadného zobecnění postupů v geriatrické medicíně při významných interindividuálních rozdílech mezi pacienty. Tyto studie prokazují, že při detailní kontrole lékového režimu bývají preskripční pochybení nalézána až u 30 % seniorů. Jedná se zejména o výběr nesprávné dávky, dávkovacího intervalu, upřednostnění nevhodného léčiva, lékové duplikace, relativní kontraindikace i lékové interakce (Farmakoterapeutické informace, 2006). Nepříliš optimistické zjištění týkající se preskripce prokázala Evropská studie ADHOC (Aged in Home Care, Geriatrická klinika 1. LF a VFN, 2001–2003). Zjistila, že v České republice užívalo v roce 2001 benzodiazepiny přibližně 30 % seniorů v domácí péči. Z 32 % pacientů s klinicky významnou depresí bylo pouze 8 % léčeno antidepressivními medikamenty, ostatní užívali dlouhodobě působící benzodiazepiny, které nemají antidepressivní účinnost. Prokázalo se tudíž, že benzodiazepinová psychofarmaka bývají chybně předepisována

pacientům s klinicky významnou depresí, kteří by měli být léčeni antidepressivy (Farmakoterapeutické informace, 2006).

Americká lékařská asociace (The American Medical Association – A. M. A.) popsala faktory ovlivňované lékařem a spojené se zneužíváním předepisovaných léčiv pod pojem „čtyři D“.

- **Dated** (zastaralí), toto označení si podle A. M. A. zaslouží lékaři, kteří nedrží krok s novými poznatky a předepisují starší léky s větším rizikem zneužívání bez ohledu na pravidla bezpečného předepisování.
- **Duped** (podvedení) jsou takoví, kteří se nechají svými pacienty „napálit“.
- **Dishonest** (nepoctiví), tak se označují lékaři, kteří zpronevěřují sledované látky kvůli vlastnímu finančnímu zisku.
- **Disabled** (postižení), za ně jsou považováni ti, kteří sledované látky sami zneužívají nebo kteří je předepisují členům své rodiny s podobnými problémy.

Mezi další nezdravé postoje lékařů podle A. M. A. patří domněnka, že veškeré nesnáze nemocných lze řešit vystavením receptu (medikační mánie). Maximální snaha zabývat se všemi problémy pacientů (přebujelá pravomocí, mesiášský komplex) a neschopnost jim cokoli odmítnout (konfrontační fobie) bývají též rizikové. Jejich důsledkem bývá zvýšený sklon k předepisování léčiv, častější preskripce z neurčitých důvodů a neschopnost vymanit se z předepisování sledovaných látek, které již jednou bylo zahájeno (Issacson et al., 2005).

● 6 ZÁVĚR

Problematika preskripce benzodiazepinových preparátů u geriatrických pacientů v ČR je ožehavým tématem současné adiktologie, potažmo psychiatrie. Vzhledem k nynější absenci účinných systémových kontrolních mechanismů, které by sankcionovaly případné závažné preskripční pochybení, je nutné v současnosti vsadit vše předně na prevenci, jež by se měla řídit následujícími bazálními pravidly:

- farmakoterapie v kategorii starších osob může být velmi nebezpečná,
- základním nežádoucím rysem je vyšší riziko polékových interakcí,
- omezením preskripce léčiv označovaných jako „potenciálně nevhodná k užívání ve stáří“, pečlivým výběrem farmakoterapie a sledováním možných nežádoucích účinků můžeme dosáhnout snížení rizik,
- každý předepisující lékař by měl být důkladně obeznámen s potenciálně rizikovými léčivy (podle Beersova seznamu léčiv), měl by se jejich užívání vyvarovat a indikovat alternativy s bezpečným profilem.

LITERATURA / REFERENCES

- Bignell, J. (2008, May 23). History of benzodiazepine. [Electronic version]. *Medications*. 1.
- Fialová, D., Topinková, E., Gambassi, G. et al. (2005, March 16). Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA*, 293, 1353.
- Hampl, K. (2003). Léky vyvolávající závislost. In K. Kalina et al., *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup* (Kapitola 3/7). Praha: NMS – Úřad vlády ČR.
- Honzák, R. (1990). *Benzodiazepiny, toxicita, závislost a abúzus – závěry a doporučení pro preskripce* (pp. 3–5). American Psychiatric Association.
- Isaacson, J. H., Hopper, J. A., Alford, D. P., Parran, T. (2005, July). Prescription drug use and abuse. Risk factors, red flags and prevention strategies. *Postgraduate Medicine*, 1, 19–25.
- Léčiva potenciálně nevhodná ve stáří. (2006, October). Farmakoterapeutické informace. Měsíčník pro lékaře a farmaceuty. 11, p. 1–4.
- Lincová, D., Farghali, H. et al. (2005). *Základní a aplikovaná farmakologie* (pp. 154–159). Praha: Galén.
- Morley, J. E. (2000). Nadužívání léků. In D. Thomasma, T. Kushnerová, et al., *Od narození do smrti – etické problémy v lékařství* (pp. 143–146). Praha: Mladá fronta.
- Topinková, E., Červený, R., Doleželová, I., Jurášková, B., Holmerová, I., Kalvach, Z. (2007). *Geriatric, doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* (p. 12). Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.

NEVÍTE KAM PO MATURITĚ? CO TAKHLE STUDIUM ADIKTOLOGIE?

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze otevřela v akademickém roce 2009/2010 již počtvrté bakalářský studijní obor adiktologie. Ten nabízí specializované akademické vzdělání všem, kteří chtějí pracovat nebo už pracují v dynamicky se rozvíjející oblasti prevence, léčby či výzkumu různých forem závislého chování. Od školního roku 2008/2009 lze studovat bakalářský program i kombinovanou formou, a to kombinací e-learningové internetové výuky se skupinovými semináři a individuálními konzultacemi. Pro zájemce budeme otvírat také magisterské studium, a to ve školním roce 2011/2012.

STUDIUM ADIKTOLOGIE

Studium interdisciplinárního oboru bylo zahájeno v akademickém roce 2005/2006. Studenti adiktologie si v průběhu studia osvojují teoretické znalosti a praktické dovednosti v otázkách prevence, léčby či výzkumu rizikových forem chování, jako jsou např. užívání nelegálních drog, alkoholu, tabáku nebo gambling, jež mohou vést k vytvoření

závislosti. Prezenční (denní) studium probíhá na 1. lékařské fakultě UK a seznamuje studenty s aktuálními poznatky z řady vědních oborů – např. medicíny, psychologie, speciální pedagogiky, sociologie či kriminologie i se specifickými postupy práce s klienty v různých typech služeb (např. psychoterapii). Lektorský tým oboru adiktologie tvoří přední odborníci, kteří se po roce 1990 významnou měrou podíleli na vzniku a rozvoji sítě nových typů služeb pro uživatele návykových látek a/nebo adiktologického výzkumu a kterým se dostává mezinárodního uznání.

MOŽNOSTI PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ

Absolventi studia mohou najít široké pracovní uplatnění a zajímavou práci s lidmi v obtížných životních situacích v řadě státních i nestátních zdravotnických i nezdravotnických služeb prevence, léčby či výzkumu v oblasti závislého chování. Odborné znalosti mohou uplatnit i v dalších sektorech – např. v sociálních službách, ve školství, v mediační a probační službě, ve vězeňství či ve veřejné správě. Od

roku 2008 byla profese adiktologa zařazena mezi nelékařská zdravotnická povolání, a to novelou zákona č. 96/2004 Sb. (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.)

Podrobnější informace můžete získat na adrese: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika VFN, 1. lékařská fakulta UK v Praze, Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2, tel.: 224 965 035, e-mail: info@adiktologie.cz

Rozvoj kombinovaného bakalářského studijního oboru adiktologie je podpořen v rámci projektu „Rozvoj kombinovaného studia bakalářského studijního programu adiktologie na 1. LF UK Praha“ Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy.

