

JOURNAL FÜR HYPERTONIE

LEITHNER C

*Risikofaktor Rauchen - Kardiovaskuläre Bedeutung und Strategien
zur Rauchentwöhnung*

*Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension 2007;
11 (Sonderheft 1), 20-22*

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

ZEITSCHRIFT FÜR HOCHDRUCKERKRANKUNGEN

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Hypertonie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Hypertonie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Hypertonie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

RISIKOFAKTOR RAUCHEN – KARDIOVASKULÄRE BEDEUTUNG UND STRATEGIEN ZUR RAUCHENTWÖHNUNG

In den letzten 20 Jahren wurde das Thema „Rauchen als Erkrankung“ in Österreich fälschlicherweise oft als wenig interessantes „Minderheitenprogramm“ für einige Enthusiasten aufgefaßt. Durch den breiten Einstieg der Pulmonologen und zuletzt durch die öffentliche Diskussion über das „Rauchverbot in der Gastronomie – Ja oder Nein“ hat dieses Problem nun doch eine breite Öffentlichkeit erreicht, sodaß es sinnvoll ist, zumindest für den Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Fakten zusammenzufassen.

RAUCHEN ALS RISIKOFAKTOR

Rauchen ist einer der wichtigsten beeinflussbaren kardiovaskulären Risikofaktoren neben Hypertonie, Hypercholesterinämie, dem metabolischen Syndrom und Diabetes mellitus. Die Hauptmanifestationen der Atherosklerose durch Tabakrauchen sind die koronare Herzkrankheit (KHK), der akute Myokardinfarkt (AMI), der plötzliche Herztod, Schlaganfall, Aortenaneurysmen und die pAVK. In Österreich verstarben 2003 34.914 Personen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfall, wahrscheinlich 1/3 davon als Folge des Rauchens. Bei der pAVK ist Rauchen der dominierende Risikofaktor überhaupt. Die Bedeutung für die ärztliche Betreuung der ÖsterreicherInnen ergibt sich aus der Tatsache, daß etwa 1/3 der Be-

völkerung raucht und die Häufigkeit bei jungen Frauen und Jugendlichen stark zunimmt. Prof. Bolego weist darauf hin, daß rauchende Frauen im Alter von 35–52 Jahren einen ca. 6fachen Risikoanstieg hinsichtlich eines AMI aufweisen, während er bei Männern „nur“ 3fach ist [1]. Die antiöstrogenen Effekte des Rauchens und die Kombination Rauchen mit Ovulationshemmer dürften für diesen Geschlechtsunterschied maßgeblich sein.

„LEICHTES“ RAUCHEN UND PASSIV- RAUCHEN

Laien und Ärzte akzeptieren die schädigende Wirkung des „starken“ Rauchens von einem Päckchen täglich und mehr. Hingegen wird das Rauchen von „nur“ wenigen Zigaretten oft verharmlost. Eine Studie von Bjartveit zeigt, daß „lediglich“ 1–5 Zigaretten täglich das Risiko für Tod durch KHK fast verdreifachen [2].

In anderen Studien war der Risikoanstieg geringer. Wenige Zigaretten täglich aktiv geraucht, entspricht ungefähr einem häufigen Passivrauchen, z. B. dem von Krankenschwestern in Krankenhäusern, in denen geraucht wird [3]. Passivrauchen erhöht das Risiko für KHK um ca. 50–100 %, für Schlaganfall um ca. 30–60 %, ebenso wie jenes für COPD und Bronchuskarzinom. Nach ICD-10 ist das Tabakrauchen eindeutig eine Erkrankung. Man kann also durchaus den

Schluß ziehen, daß Passivrauchen ebenso eindeutig eine Erkrankung ist, die den Nichtrauchern von den Rauchern zugefügt wird. Dies macht die Realisierung der Nichtraucherschutzbestimmungen, die bisher in Österreich recht „zahnlos“ waren, besonders dringlich.

RAUCHEN UND HYPERTONIE

Welche Besonderheiten gibt es hinsichtlich des Blutdruckes von Rauchern? Nun, RaucherInnen sind für alle Überraschungen gut. So kann bei ihnen der Blutdruck in der Praxis fälschlicherweise normal sein, weil sie einige Stunden nicht geraucht haben, während sie sonst an Hypertonie leiden und Folgeerkrankheiten (z. B. die linksventrikuläre Hypertrophie) aufweisen. Dieses Phänomen nennt man Praxis-Normotonie oder Weißkittel-Normotonie [4]. Andererseits gibt es Berichte, daß die maligne Hypertonie bei Rauchern häufiger auftritt. Nicht zu vergessen ist die Tatsache, daß das Zigarettenrauchen ein starker Risikofaktor für die Nierenarterienstenose durch fibromuskuläre Dysplasie und Atherosklerose und damit für eine renovaskuläre Hypertonie ist [5]. Die besondere Wichtigkeit einer Raucherentwöhnung bei Hypertonikern ergibt sich aus der Tatsache, daß sich die kardiovaskulären Risikofaktoren Rauchen und Hypertonie nicht addieren, sondern potenzieren.

RAUCHEN UND METABOLISCHES SYNDROM BZW. DIABETES MELLITUS

Interessante neue Erkenntnisse gibt es über die Beziehung zwischen Rauchen und dem Metabolischen Syndrom bzw. Diabetes mellitus Typ II. Raucher neigen bekanntlich weniger zur Gewichtszunahme als Nichtraucher. Man könnte daraus schließen, daß das Risiko eines Metabolischen Syndroms bei Rauchern verringert ist. Tatsächlich steigert aber Aktiv- und sogar das Passivrauchen bei Jugendlichen die Gefahr eines Metabolischen Syndroms [6]. In einer prospektiven Studie mit 41.273 Männern und Frauen, die über 21 Jahre in Finnland lief, war auch das Risiko eines Typ-II-

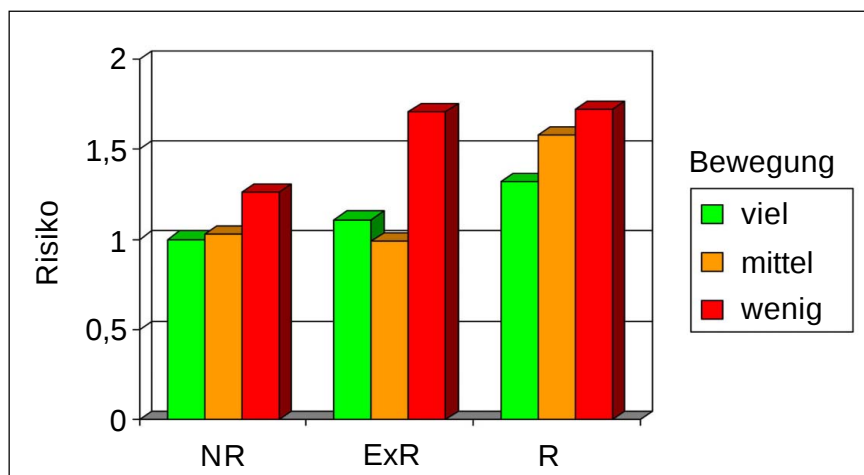


Abbildung 1: Rauchen steigert das Risiko, an Typ-II-Diabetes zu erkranken. Körperliche Aktivität kann dieses Risiko nicht völlig aufheben.

Diabetes bei Rauchern um 22–87 % erhöht und konnte durch körperliche Aktivität nicht völlig aufgehoben werden (Abb. 1, [7]).

KARDIOVASKULÄRER EFFEKT DER RAUCHERENTWÖHNUNG

Was bewirkt die Raucherentwöhnung hinsichtlich des kardiovaskulären Risikos? In den meisten Studien fällt das erhöhte Risiko innerhalb weniger Wochen stark ab und erreicht nach einem Jahr ca. 50 %. Nach 4–5 Jahren ist das Risiko auf das eines Nichtraucherers abgefallen. Bei starken Rauchern könnte der Risikoabfall allerdings noch länger dauern (Abb. 2, [8]).

STRATEGIE DER RAUCHERENTWÖHNUNG

Der behandelnde Arzt sollte nach der 5-A-Regel vorgehen:

A – Ask: Frage bei jedem Patientenkontakt nach dem Rauchen.

A – Advice: Gib den Rat, aufzuhören. Nenne einige gute Gründe dafür.

A – Assess: Überprüfe, ob der Patient bereit ist, aufzuhören.

A – Assist: Biete Unterstützung und einen Therapieplan an, wenn der Patient bereit ist, aufzuhören.

A – Arrange of Follow-up: Vereinbare Kontrollbesuche, um die Rückfallsgefahr zu verringern.

NIKOTINERSATZTHERAPIE

Soll man Nikotinersatzmedikamente einsetzen? Raucher, die eine hohe körperliche Abhängigkeit aufweisen, profitieren davon. Die hohe körperliche Abhängigkeit zeigt sich durch eine hohe Summe beim Fagerström-Test. Die wichtigste Frage ist: „Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?“ Der stark abhängige Raucher greift meist innerhalb von 5 Minuten zur Zigarette. Die Nikotinersatztherapie ist bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen



Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Leithner

Geboren 1948 in Wien. Medizinstudium in Wien, 1972 Promotion. Ab 1973 Assistenzarzt an der II. Med. Univ.-Klinik in Wien. 1979 Facharzt für Innere Medizin. 1983 Oberarzt, 1985–91 stationsführender Oberarzt der Intensivstation. 1987 Habilitation. 1988 Zusatzfacharzt für Nephrologie. 1991 stationsführender Oberarzt der Intensivstation 13i2, Univ.-Klinik für Innere Medizin I, Neues AKH. 1992 Berufstitel „außerordentlicher Univ.-Prof.“. Seit 1992 Primarius im Kaiser-Franz Josef-Spital, 1. Med. Abteilung (spezialisiert für Intensivmedizin, Nephrologie, Diabetes, Gastroenterologie, Psychosomatik), 1994 Zusatzfacharzt Intensivmedizin, derzeitige Interessensschwerpunkte: Hypertonie, Rauchen, Fettstoffwechsel und Lebensstil.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Leithner
Kaiser Franz Josef-Spital, 1. Medizinische Abteilung
A-1100 Wien, Kundratstraße 3
E-mail: christian.leithner@wienkav.at

mit keinem erhöhten Risiko verbunden, ja sie ist entsprechend den Richtlinien der American Heart Association, State of the Art, weil sie die Chancen einer Raucherentwöhnung verdoppelt [9]. Psychologische und soziale Maßnahmen sind immer sinnvoll. Wie ist die Methode von Allen Carr zu werten? Sein Buch „Endlich Nichtraucher“ ist flüssig geschrieben und bietet wertvolle Anregungen für den Raucher, aufzuhören. Viele wertvolle Tipps zur Raucherentwöhnung sind darin zu finden. Der Nachteil von Allen Carr ist, daß er die Nikotinersatztherapie völlig ablehnt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Rauchen ist einer der wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für kardio- und zerebrovaskuläre Ereignisse, wie z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall und peripher-arteriellen Gefäßverschuß.
- In den letzten Jahren hat sich gezeigt, daß auch das Passivrauchen, ähnlich wie das Rauchen von „nur wenigen“ Zigaretten, absolut schädlich ist und daher vermieden werden sollte.

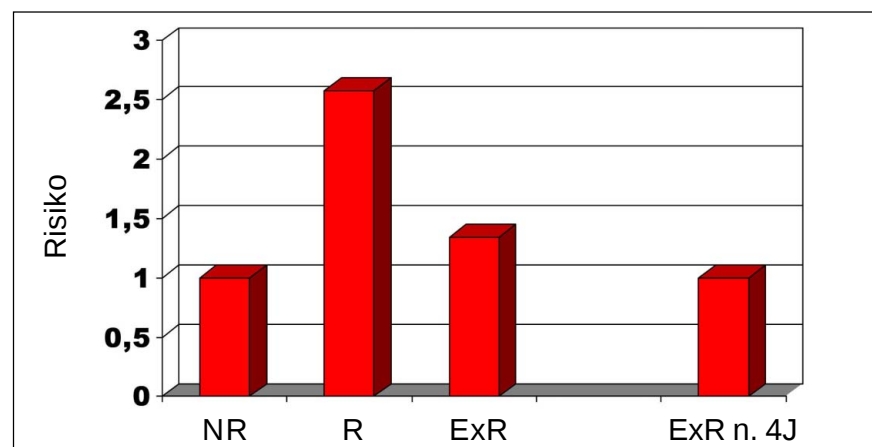


Abbildung 2: In der US-Nurses-Study zeigte sich, daß das Schlaganfallrisiko bei Raucherinnen auf das 2,5fache erhöht war. Nach Rauch-Stop fiel das Risiko aber rasch ab und erreichte das Niveau von Niemalsrauchern nach 4 Jahren.

- Nikotinersatztherapeutika verdoppeln bei Rauchern mit starker körperlicher Abhängigkeit die Chancen der Entwöhnung und sind, auch bei stabilen kardiovaskulären Patienten, „state of the art“.
- Die Rauchentwöhnung muß ein integraler Teil eines umfassenden Betreuungskonzeptes bei kardiovaskulären Patienten sein. Es stehen dafür standardisierte Verfahren bezüglich Diagnostik, Therapie und Rezidivprophylaxe zur Verfügung.

Literatur:

1. Bolego C, Poli A and Paoletti R. Smoking and gender. *Cardiovasc Res* 2002; 53: 568–76.
2. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. *Tob Control* 2005; 14: 315–20.
3. Kawachi I, Colditz GA, Speizer FE et al. A prospective study of passive smoking and coronary heart disease. *Circulation* 1997; 95: 2374–9.
4. Liu JE, Roman MJ, Pini R et al. Cardiac and arterial target organ damage in adults with elevated ambulatory and normal office blood pressure. *Ann Intern Med* 1999; 131: 564–72.
5. Tobe SW, Burgess E and Lebel M. Atherosclerotic renovascular disease. *Can J Cardiol* 2006; 22: 623–8.
6. Weitzman M, Cook S, Auinger P et al. Tobacco smoke exposure is associated with the metabolic syndrome in adolescents. *Circulation* 2005; 112: 862–9.
7. Patja K, Jousilahti P, Hu G et al. Effects of smoking, obesity and physical activity on the risk of type 2 diabetes in middle-aged Finnish men and women. *J Intern Med* 2005; 258: 356–62.
8. 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: 647–58.
9. Smith SC Jr, Allen J, Blair SN et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the Nationale Heart, Lung and Blood Institute. *Circulation* 2006; 113: 2363–72.

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung