

Sigara Alışkanlığı, İskemik Kalp Hastalıkları ve Tedavi Yaklaşımları

CIGARETTE SMOKING, ISCHEMIC HEART DISEASES AND TREATMENT APPROACH: MEDICAL EDUCATION

Dr. Duygu ÖZOL,^a Dr. Orhan Murat KOÇAK^b

^aGöğüs Hastalıkları AD, ^bPsikiyatri AD, Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, ANKARA

Özet

Tüm dünyada, hastalıkların önlenabilir sebepleri arasında, sigara kullanımı ilk sıralarda yer almaktadır. Sigara içimi, kardiyak, akciğer, kanser ve felçlere bağlı ölümlere yol açmaktadır.

Sigaranın hem hasta hem de toplum üzerine yaptığı olumsuz etkiler sonucu, gelişmiş ülkelerde son yıllarda sigara bırakma kampanyaları yoğun olarak uygulanmasına karşın, gelişmekte olan ülkelerde sigara bırakma girişimleri yetersiz kalmakta ve sigara tüketimi günden güne artmaktadır.

Bu derlemede, sigara ve kalp hastalıkları ile ilgili epidemiyolojik veriler, sigaranın kalp hastalıkları etiopatogenezindeki rolü ve hekimlerin sigarayı bırakmak isteyen hastalara yardımcı olabilmesi için pratik bilgilere değinilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, iskemik kalp hastalıkları, tedavi

Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2006, 18:57-61

Abstract

Cigarette smoking is the major preventable cause of many diseases worldwide. Cigarette smoking accounts for deaths from heart disease, respiratory diseases, malignancies and stroke.

Due to the impact of smoking on patients and society, smoking cessation efforts have been intensified over the last several decades in developed countries. However, unfortunately, in undeveloped countries, the efforts are not enough and the rate of smoking increases day by day.

In this review, the epidemiologic data about smoking and cardiac diseases, the role of smoking in the etiopathogenesis of cardiac diseases and some practical information that can be used by the physician to help his/her patient who wants to quit smoking were mentioned.

Key Words: Smoking, ischemic heart disease, treatment

Tütün ilk olarak, Orta Amerika'da yaşayan Mayalar ve kızılderililer tarafından kullanılmaya başlanmış ve 1492 Amerika'nın keşfini takiben Avrupa ve Asya kıtalarına yayılmıştır.¹ Bağımlılık potansiyeli ile içen kişilerin hem kendine hem de çevresine zarar verdiği sigara, 20. yüzyılın büyük bir problemi haline gelmiştir. Yüzyılın başlarında erkeklerin ağırlıklı olarak tükettiği sigara, 1930'lardan sonra kadınlar arasında da yaygınlaşmaya başlamıştır.

Dünyada 1.1 milyar insanın sigara içtiği bildirilmektedir.² Verilere göre sigara içme oranları tüm

dünya için erkeklerde %47 kadınlarda %12'dir. Sanayileşmiş ülkelerde giderek azalma gösterirken üçüncü dünya ülkelerinde artış içerisindedir. Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerde %48, kadınlarda %7 iken, gelişmiş ülkelerde erkeklerde %42, kadınlarda %24 oranlarındadır.³

Türkiye'de de sigara tüketimi hızla artmaktadır. 1970'lerin başlarında kişi başına yıllık tüketilen sigara sayısı 1804 iken, 1998 yılında bu rakam 2394'e ulaşmıştır.⁴ Oysa son 20-30 yılda gelişmiş ülkelerde sigara tüketiminin sürekli olarak azaldığı gözlenmektedir. Ülkemizde 1988'de yapılmış bir çalışmada 15 yaş üstü erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3, tüm nüfusta %43.6 olarak sigara içme oranı saptanmıştır.⁵ Toplum için örnek rol oynayacak doktorlar, öğretmenler ve sağlık personeli için farklı yerlerde yapılan çalışmalara göre; Elazığ'da Sezer ve ark.nın^{6,7} çalışmasında sigara içme sıklığı hekim ve diş hekimlerinde erkeklerde %54.9, kadınlarda

Geliş Tarihi/Received: 11.11.2004

Kabul Tarihi/Accepted: 25.02.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Duygu ÖZOL
Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları AD, ANKARA
dozol@hotmail.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

%39.5, ebe ve hemşirelerde %50.8 olarak bildirilmektedir.^{6,7} Gündüz ve ark.nın İzmir’de üniversiteye kayıt yaptıran öğrenciler arasında günde 10 taneden fazla sigara içme sıklıkları %27.9 olarak tespit edilmiştir.⁸ Sigaraya bağlı ciddi hastalığı olan hastaların refakatçilerine yapılan bir ankette, refakatçilerin %37.6 (erkeklerin %49.5’inin ve kadınların %28.5’inin) sigara içmeye devam ettiği bulunmuştur.⁹

Sigara kullanımı Türkiye’de ve dünyada erken ölümlerin önlenilebilir en önemli nedenidir. Çünkü sigara, bağımlılık yapıcı bir madde olan nikotini ve 6000’den fazla sitotoksik, iritativ ve karsinojenik maddeyi içermektedir. Bağımlılık yapıcı özelliğinin kuvveti, önceki kuşaklardan miras alınan yanlış sosyal değer yargıları, bağımlı erişkinlerin genç kuşaklara yanlış model olmaları ve sigara firmalarının reklam, tanıtım ve lobicilik etkinlikleri nedeniyle sigara mücadelesi önemli zorlukları olan bir mücadeledir.

Sigara tüm sistemleri etkilemekle beraber, özellikle solunum sistemi ve kalp hastalıklarına yol açmaktadır. Dumanın akciğerlerde yaptığı irritasyon sonucu akciğer kanseri ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı sık görülmektedir. 35-69 yaşları arasında kalp hastalıkları, kanser ve beyin damarları hastalığı nedeniyle ölen kişilerin yaklaşık yarısı sigara nedeniyle ölmektedir ve bu kişiler için sigara nedeniyle kaybedilen ortalama ömür süresi kişi başına 23 yıldır.¹⁰ Biz burada, özellikle sigaranın kalp üzerine olan etkilerine ve doktorlar olarak üzerimize düşen görevlere değineceğiz.

Sigaranın Kardiyovasküler Hastalıklar Üzerine Etkisi

Sigara kullanımı ve koroner kalp hastalıkları arasındaki ilişki ilk olarak Amerika’da 1940 yılında Mayo klinik tarafından gösterilmiştir.¹¹ Sigara kullanımına bağlı ölümlerin yaklaşık yarısı kardiyovasküler hastalıklardan olmaktadır. Miyokard infarktüs (Mİ) oluşma ve koroner kalp hastalıklarından ölüm riski sigara kullananlarda, kullanmayanlara göre 2.3 kat fazladır.¹²

Sigaranın tüketiminin kardiyovasküler sistem üzerine etkileri:

1- Trombosit agregasyonu ve adezyonunda artış ile tromboza eğilim yaratır.¹³

2- Karbonmonoksit üretimi, plazma vizkozitesi ve fibrinojen seviyelerini artırır.¹⁴

3- Sigara tek başına, koroner arterlerde spazm oluşturabilir.¹⁵

4- Günlük tüketilen sigara miktarı ile orantısal olarak kolesterol seviyesinin arttığı ve yüksek dansiteli lipoprotein (HDL)- kolesterol konsantrasyonunun azaldığı gösterilmiştir.¹⁶

5- Nikotinin etkisi ile sistolik ve diyastolik kan basıncı artarken, periferik vazokonstriksiyon olmaktadır.¹⁷

6- Vasküler endotelde hasarlanmaya yol açarak, ateroskleroz gelişimini kolaylaştırır.¹⁸

Kardiyovasküler hastalıkların etiolojisinde rol oynayan hipertansiyon, diyabet, obezite ve hiperlipidemi gibi faktörler, sigara ile birlikte sinerjik etki yapmaktadırlar.¹ Barry ve ark. çalışmasında, koroner kalp hastalığı olan kişilerin Holter monitörizasyon izlemlerinde, sigara içimi sırasında %33 daha fazla iskemi epizodu geliştiği gösterilmiştir.¹⁹

Kişi kendisi içmesede, pasif olarak sigara dumanına maruz kaldığında kalp hastalıklarından ölüm oranının %30 arttığı gösterilmiştir.²⁰ Etraftaki dumanı pasif olarak inhale etmenin, direkt sigara içimine göre daha fazla vazokonstriksiyon yaptığı düşünülmektedir.

Sigaranın bırakılması koroner kalp hastalığı riskini belirgin olarak azaltmaktadır ve sigaranın bırakılmasından sonra 1 yıl içinde Mİ riski yarıya yakın azalırken, 3-4 yıl içinde hiç sigara içmemiş kişilere benzer olmaktadır.²¹

Doktorların Sigara Bırakmadaki Rolü

Tüm doktorlara, ama özellikle de sigara ile ilişkili sağlık sorunları nedeniyle en sık başvuru doktorları olan göğüs hastalıkları ve kardiyoloji uzmanlarına önemli görevler düşmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinden öncelikli olarak sorumlu olan kardiyoloji uzmanları, aynı zamanda bu hastalıkların önlenmesinde tetikleyici ve kolaylaştırıcı bir faktör olan sigara alışkanlığı ile mücadele etmelidir.

Yapılan bir meta-analizde, hekimlerin sadece hastaya bırakmasını öğütlediği sigara bırakma

programlarının başarısı 6 ay için ortalama %5 (%3-%13), hekimlerin yoğun destek verdiği programların ortalama başarısı ise %29 (%13-%40) oranında bulunmuştur.²²

Kolayca uygulanabilecek sorgulama ve ele alma stratejileri sigara bırakma sürecinde temel rol oynamaktadır. Burada sigarayı bırakmak istediğini ifade eden hastalar için önerilen yaklaşım (5A KURALI):²³

1- **Sor (Ask)**- Hastayı her görüşünüzde, sigara kullanımı sorgulanmalı,

2- **Tavsiyede Bulun (Advise)**- Kararlı bir tavırla hastalara bırakması tavsiye edilmeli,

3- **Değerlendir (Assess)**- Sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediği, sigara bağımlılığı konusunda ne kadar bilinçli ve hazır olduğu, hastanın bu konudaki istekliliği belirlenmeli,

4- **Yardım Et (Asist)**- Bırakmak isteyen hastalara yol gösterilmeli, önerilerde bulunulmalı,

5- **Takip Et (Arrange)**- Sigara bırakma polikliniği ve/veya kontrol randevuları düzenlenmeli.

Sigarayı bırakmak istemediğini ifade eden hastalar için önerilen yaklaşım (5R KURALI):²³

1- **İlgilendir (Relevance)**- Bırakma ile kişisel olarak ilgilenmesi sağlanmalı,

2- **Riskleri Belirt (Risks)**- Hastayı en çok ilgilendiren sigarayla ilişkili risk faktörleri belirtilmeli,

3- **Ödülleri Say (Rewards)**- Bırakmanın sağlayacağı faydalar üzerinde durulmalı,

4- **Engelleri Konuş (Roadblocks)**- Bırakmak ile ilgili hastanın karşılaşacağını düşündüğü sorunlar üzerinde konuşulmalı,

5- **Tekrarla (Repetition)**- Motive edici şekilde bu konu üzerinde her vizitte durulmalı.

Sigarayı bırakmasını istediğimiz kişinin, bu sıkıntılı dönemi atlatabilmesi için önemli bir motivasyona ihtiyacı vardır. Hastayı motive etmek ve/veya sahip olduğu motivasyonel faktörleri teşvik etmek çok önemlidir. Sigarayı tekrar başlatan en önemli faktör bırakma süresince yaşanan olumsuzluklardır. Bu süreci hastanın rahat geçirebilmesi için medikal tedavi ile hastalar desteklenebilir. İki

Tablo 1. Sigara bırakma yöntemleri ve karşılaştırmalı etkinlikleri.

Sigara bırakmada kullanılan yöntemler	Bırakma oranları %
Kendiliğinden	2-3
Hekim tarafından bilgilendirme	4-5
Hekim tarafından bilgilendirme ve ilaç	7-9
Sigara bırakma polikliniğine başvuru	6-11
Sigara bırakma polikliniğine başvuru ve ilaç	11-20

medikal yaklaşım pek çok ülkede kullanılmaktadır. Bunlar nikotin replasman tedavisi ve bupropiyondur. Sigara bırakma yöntemleri ve karşılaştırmalı etkinlikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.¹⁰

Sigara Bağımlılığının Medikal Tedavisi Nikotin replasman tedavisi (NRT)

Nikotinin vücut üzerinde yaptığı ilk etki uyarıcı tarzdadır. Yoksunluk belirtileri çeken hastalar, nikotinin bu belirtileri gidermesi nedeniyle sigara içtikçe rahatladıklarını düşünürler. Bağımlı kimse uzun süre nikotin almazsa dikkatini kolayca toplayamaz ve dikkatte dağılma nikotin eksikliğinin bir bulgusu iken, kişi sigara içtikçe dikkatini daha iyi topladığını düşünür. Bu yanlış algılama, sigara alışkanlığını sürmesine yol açar.

Nikotin yoksunluk belirtileri:²⁴

- 1- Konsantrasyon güçlüğü,
- 2- Uykusuzluk,
- 3- Sinirlilik, huzursuzluk, öfke,
- 4- İştah artışı,
- 5- Aşırı sigara içme isteği.

Nikotin yoksunluk belirtileri, sigarayı bıraktıktan 1-2 saat sonra başlar, 24-48 saatte en üst düzeye varır ve azalarak 1 aya kadar devam eder. Bu belirtileri asgariyeye indirmek amacı ile NRT'si kullanılır. Nikotin içeren sakızlar, bantlar ve inhalerler üretilmiş ve sigara bağımlılığı tedavisinde kullanılmaktadır. Bu ürünler arasında etkinlik ve yan etki açısından belirgin fark yoktur. Ülkemizde de mevcut olan bu ürünler için önerilen doz, günde içilen sigara miktarı 20'nin üstünde ise nikotin bantlarının 30 cm ile başlanması, 3-4 haftalık

periyottan sonra kademeli olarak dozun azaltılarak 1 ayda kesilmesi önerilmektedir. Plaseboya göre yapılan çalışmalarda 6-12 ay süre ile sigarayı bırakma olasılığını 2 kat arttırdığı bulunmuştur.²⁵

Nikotin replasman tedavisinin sınırlı kullanıldığı durumlar;²⁶

- 1- Son 6 ayda geçirilmiş kalp krizi,
- 2- Ciddi aritmi,
- 3- Şiddetli göğüs ağrısı,
- 4- Hamilelik,
- 5- Cilt allerjileri.

Ancak bu durumların hiçbiri kesin kontrendikasyon oluşturmamaktadır.

Bupropiyon

Antidepresan etkili, aynı zamanda sigara içme isteğini ve sigara arama davranışını azaltan bir ilaçtır. Bupropiyon, santral sinir sisteminde dopamin ve kısmen de noradrenalinin nöronlara geri alınımını inhibe eder.

Ülkemizde 150 mg yavaş salınan tablet formu satılmaktadır. Üç gün süre ile bir kez alındıktan sonra günde 2 kere olacak şekilde doz yükseltilir. Tedaviye başladıktan 8-10. günlerde sigara içimi tamamen kesilir. Yapılan meta-analizlerde başarı oranları %20-30 arasında değişmektedir.²⁷ Daha önce kalp hastalığı olan hastalar üzerinde bupropiyon kullanımı ile yapılan bir çalışmada, supin pozisyonundaki kan basıncını hafif derecede yükselttiği, düşük oranlarda ortostatik hipotansiyona yol açtığı ancak aritmi, iletim gecikmeleri ve kalp hızını etkilemediği bulunmuştur. Bu yan etkiler ile bupropiyon, kardiyak hastalarda birçok antidepresandan daha güvenli saptanmıştır.²⁸

Bupropiyonun kontrendike olduğu durumlar;

- 1- Konvülsyon eşiğini düşürdüğü için, yakın zamanda beyin ameliyatı geçirenler, epilepsi hastaları,
- 2- Ciddi karaciğer yetmezliği olanlar.

Sonuç

Dünya sağlık örgütü, sigara içimi ile ilgili hastalıkların epidemisini 21. yüzyılın önemli ve öncelikli olayı olarak kabul etmektedir. Sigara

kardiyovasküler, akciğer ve serebrovasküler hastalıkların ve ölümlerin önlenabilir sebeplerinin başında gelmektedir. Ülkemizde sigara kullanım yaygınlığı günden güne artmaktadır. Hekimlerin, hastalara sigarayı bırakmaları ile ilgili yaptıkları öneri, telkin ve destekler arttıkça, ülkemizde de sigara bırakma kampanyaları daha fazla başarıya ulaşabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Aydın G. Sigara ve Akciğer. In: Erk M, ed. Göğüs Hastalıkları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 2001. p.1033-46.
2. World Health Organization. Tobacco and Health: A global status report. Geneva; WHO 1997. p.10-8.
3. Çan G. Sigara epidemiyolojisi. In: Özyardımcı N, ed. Sigara ve Sağlık, Bursa 2002. p.49-58.
4. Bilgel N. Türkiye’de sigara içme yaygınlığı. In: Özyardımcı N, ed. Sigara ve Sağlık, Bursa 2002. p.59-73.
5. Sigara alışkanlıkları ve sigarayla mücadele kampanyası kamuoyu araştırması. PİAR Araştırma Ltd. Şti. Ocak 1988.
6. Sezer RE, Açık Y, Bilgin N, et al. Elazığ ilinde görev yapan hekim ve diş hekimlerinin sigara konusundaki davranışları, tutumları (Ekim1988) I, II. Doğa 1990;14:381-90, 657-68.
7. Sezer E, Açık Y, Bilgin N, et al. Elazığ ilinde görev yapan hemşire ve ebelerin sigara konusundaki tutum ve davranışları. Sigara Alarmı 1992;2:9.
8. Gündüz C, Solak ZA, Özol D, Sayiner A. Üniversiteye başlayan öğrencilerin sigara içme alışkanlıkları. Solunum 2004;6:101-6.
9. Goksel T, Ozol D, Bayindir U, Guzelant A. Smoking habit among the relatives of patients with serious smoking-related disorders. Eur Addict Res 2002;8:118-21.
10. Gençöz F, Soykan Ç, Soykan A, Gençöz T. Sigara bağımlılığı ve tedavisi. Ankara: ART Ofset;2003.
11. English JP, Willius FA, Berkson J. Tobacco and coronary disease. JAMA 1940;115:1327-9.
12. Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years, observations on male British doctors. Br Med J 1976;2:1525-36.
13. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. Prog Cardiovasc Dis 2003;46:11-29.
14. McBride PE. The health consequences of smoking: Cardiovascular diseases. Med Clin North Am 1992;76:333-53.
15. Sugiishi M, Takatsu F. Cigarette smoking is a major risk factor for coronary spasm. Circulation 1993;87:76-9.
16. Maeda K, Noguchi Y, Fukui T. The effects of cessation from cigarette smoking on the lipid and lipoprotein profiles: A meta-analysis. Prev Med 2003;37:283-90.
17. Okubo Y, Suwazono Y, Kobayashi E, Nogawa K. An association between smoking habits and blood pressure in normotensive Japanese men: A 5-year follow-up study. Drug Alcohol Depend 2004;73:167-74.

18. Newby DE, McLeod AL, Uren NG, et al. Impaired coronary tissue plasminogen activator release is associated with coronary atherosclerosis and cigarette smoking: Direct link between endothelial dysfunction and atherothrombosis. *Circulation* 2001;103:1936-41.
19. Barry J, Mead K, Nabel EG, et al. Effect of smoking on the activity of ischemic heart disease. *JAMA* 1989;261:398-402.
20. Helsing K, Sandler D, Comstock GW, Chee E. Heart disease mortality in nonsmokers living with smokers. *Am J Epidemiol* 1988;127:915-22.
21. Wilhelmsson C, Vedin JA, Elmfeldt D, Tibblin G, Wilhelmsen L. Smoking and myocardial infarction. *Lancet* 1975;1:415-20.
22. Schwartz JL. Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-85. NIH Publications 1987;87:125-56.
23. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: An evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002;121:932-41.
24. Schwartz JL. Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am* 1992;76:451-76.
25. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994;343:139-42.
26. Lavelle C, Birek C, Scott DA. Are nicotine replacement strategies to facilitate smoking cessation safe? *J Can Dent Assoc* 2003;69:592-7.
27. Richmond R, Zwar N. Review of bupropion for smoking cessation. *Drug Alcohol Rev* 2003;22:203-20.
28. Roose SP, Dalack GW, Glassman AH, Woodring S, Walsh BT, Giardina EG. Cardiovascular effects of bupropion in depressed patients with heart disease. *Am J Psychiatry* 1991;148:512-6.