

Ældre og rygning

Det er aldrig for sent at holde op med at ryge. Rygning har øgende skadelig virkning gennem livet, men også for ældre er der store sundhedsfordele ved at stoppe

Gennem første halvdel af 1900-tallet var der en kraftig stigning i antallet af rygere, efter at cigaretterne var blevet markedsført i 1890'erne. Udviklingen toppede i 1950'erne, hvor 80% af alle mænd og 35% af alle kvinder var rygere. Siden er der ved intervention i form af intensiv medieindsats, høje priser på tobak og rygeforbud i offentlige rum opnået et betydeligt fald, således at antallet af rygere i 2006 for mænd var faldet til 26% og for kvinder til 23% (Kræftens bekæmpelse m.fl. 2006). Over en million danskere er blevet ex-rygere, og 50.000 skipper tobakken hvert år. Mens det tidligere var normalt at ryge, er rygerne kommet i mindretal. Danmark har nu verdensrekord, hvad ex-rygere angår, men dette smukke resultat må naturligvis ses i sammenhæng med det store antal rygere i 1950'erne.

Ældre mennesker ryger mindre end midaldrende. I gruppen over 69 år er 21% rygere mod 32% blandt 50-59 årige (Ibid). Antallet af rygere er halveret i løbet af de sidste 4 årtier, og denne udvikling har fremmet den socio-økonomiske polarisering, således at der nu kun er få procent rygere blandt højtuddannede, mens omkring halvdelen af de ufaglærte er rygere (Pisinger 2012). Rygerandelen i Danmark ligger lidt under gennemsnittet for EU, men højere end i Sverige, hvor 88% af mændene nu er ikke-rygere (DKs Statistik 2011).

Risiko ved rygning

I sammenligning med ikke-rygere har rygerne en meget stor risiko for alvorlige sygdomme, invaliditet og tidlig død. Organforandringerne forårsaget af rygning udvikles langsomt over nogle årtier, hvorfor sygdommene sædvanligvis først bliver symptomgivende efter 60-års alderen. Risikoen for at udvikle sygdomme forbundet med rygning er afhængig af det

ophobede tobaksforbrug gennem livet. Den skadelige virkning af tobakken på organismen kender ikke til aldersgrænser, således at risikoen stadig øges, hvis rygningen fastholdes i de ældre år. I modsætning til forholdene for alkohol er der ikke tegn på, at der er en nedre grænse for risiko forbundet med at ryge (McBride 1992). Dette tyder på, at den menneskelige organisme ikke råder over forsvarsmekanismer mod tobaksrøgens farlige stoffer. Selv et lille tobaksforbrug øger således risikoen for både yngre og ældre. Af de ca. 14.000 årlige dødsfald, der kan have forbindelse med rygning, dør ca. 4.500 mennesker af tobaksbetinget kræft, og hver anden ryger kan forvente at dø af sin rygning.

Har man røget gennem hele voksenalderen, må man være indstillet på, at de sidste 13 leveår vil være tyngt af belastende sygdomme. En kvinde, der ryger, vil i gennemsnit miste 10,4 leveår i forhold til en kvinde, der aldrig har røget. Tilsvarende vil en mandlig ryger miste 8,5 leveår (Hjerteforeningen 2012). På grundlag heraf har man beregnet, at rygere tegner sig for tab i danskernes middellevetid på 3-3½ år.

Tobaksbetingede sygdomme

De vigtigste sygdomme, der kan henføres til tobaksrygning, er KOL, lungekræft og hjertekarsygdomme.

KOL er en forkortelse af kronisk obstruktiv lungesygdom og benævnes i daglig tale *rygerlunger*, idet man regner med, at 85% af KOL-tilfælde skyldes rygning. Sygdommen kan beskrives som en kronisk betændelsestilstand i luftrør og bronkier. De første symptomer er morgenhoste (tobakshoste), og senere tilkommer åndenød ved anstrengelser. I slutfasen er patienten afhængig af ilttilførsel døgnet rundt og motorisk stærkt invalideret af åndenøden.

Fortsætter KOL-patienten med at ryge, er sygdommen ubarmhjertigt fremadskridende til dødens indtræden. Mindst 35-50% af alle rygere får med tiden sygdommen i vekslende grad, og tallet har været stigende over flere årtier. Sygdommen forårsager 3.600 dødsfald om året (Sundhedsstyrelsen 2011). I Danmark er der omkring 400.000 KOL patienter, deraf 40.000 tilfælde i svær grad. Hyppigheden stiger med alderen og er for 65-79 årige 26% (deraf i svær grad 4,0%) og for de over 80 årige 30% (deraf i svær grad 2,3%) (Løkke et al. 2007).

I Danmark dør 3.500 mennesker årligt af lungekræft. 90% af disse tilfælde skyldes rygning (Dagens Sundhed 2011). Ca. hver 10. gennemsnitsryger og hver 5. storryger (over 15 cigaretter dagligt) dør af lungekræft, mens hyppigheden for aldrig-rygere er 0,5%. For mænd er lungekræft 23 gange så hyppig hos rygere som hos ikke-rygere, for kvinder 13 gange så hyppig (Burns 2000).

I de senere år har man erkendt, at rygning også er en vigtig risikofaktor for hjertekarsygdomme. Hvert år dør op mod 6.000 danskere af ryggerelaterede hjertesygdomme. Risikoen for blodprop i hjertet er fordoblet allerede ved et dagligt forbrug på 3-5 cigaretter for kvinder og 6 cigaretter for mænd (Prescott et al. 2002). Kvindelige rygere er særligt udsatte for at få blodprop i hjertet, muligvis fordi rygning hæmmer det kvindelige kønshormon, der beskytter mod blodprop. Af den grund kommer kvinder, der ryger, tidligere i overgangsalderen. 8.000 kvinder dør årligt af hjertesygdom, og 3.000 af disse anslås at skyldes rygning (Hjerteforeningen 2012). Selv et beskedent tobaksforbrug har altså betydning for udvikling af hjertekarsygdom.



Også mellem rygning og apopleksi er der sammenhæng (McBride 1992). Med et forbrug på mere end 20 cigaretter dagligt er risikoen næsten seks gange større end for aldrig-rygere. 15-35% af alle apopleksier skyldes tobaksrygning (*Sundhedsstyrelsen 2011*).

Biologisk virkning af tobaksrøg

Ved rygning sker der en ufuldstændig tobaksforbrænding, hvorved der dannes en blanding af over 4.000 forskellige kemiske stoffer. Heraf er mere end 50 kræftfremkaldende. De kemiske stoffer findes i tobaksrøgen både som partikler og røggasser.

Nikotin er afhængighedsskabende på samme niveau som heroin og kokain. Nikotin transporteres fra lungerne med blodet til de nedre dele af hjernen, hvor der sker en frigørelse af hormonet dopamin, der virker stimulerende og giver velvære. Nikotin nedbrydes i leveren. Nedbrydningshastigheden varierer betydeligt fra person til person. Langsomme nedbrydere bliver hurtigere nikotin-afhængige, mens hurtige nedbrydere kræver hyppigere rygning.

På grund af den ufuldstændige forbrænding dannes kulilte i ret stor koncentration. Kulilte binder sig ca. 300 gange bedre til det iltransporterende hæmoglobin end ilt, således at ilten fortrænges. Hos personer, der ryger regelmæssigt, fremkommer niveauer af kulilte-hæmoglobin på omkring 5%, og hvis man ryger 30 cigaretter om dagen, vil ca. 10% af de røde blodlegemers hæmoglobin være beslaglagt af kulilte og dermed være værdiløse for iltransporten. Parallelt med denne reduktion i iltransporten nedsættes konditallet (Bernaards et al. 2003). Det er derfor naturligt, at rygere tidligere end ikke-rygere får åndedrætsproblemer, når de skal gå på trapper eller bære varer hjem fra supermarkedet.

Mindst seks stoffer i tobaksrøgen virker irriterende på luftvejenes slimhinder og beskadiger de fine fimrehår, hvorfor adgangen for skadelige partikler og bakterier til luftvejen lettes. Cigarettrøg indeholder også fedtopløselige partikler, der kan trænge ind i blodkarrenes vægge og dér gå i forbindelse med fedtaflejringerne (aterosklerotiske aflejringer), hvorved

I Danmark har tobakken i løbet af de sidste halvtreds år ændret position fra at være et populært nydelsesmiddel og et vigtigt led i det sociale samvær til at blive den væsentligste enkeltårsag til alvorlige sygdomme blandt ældre. Her i landet forårsager rygning 14.000 dødsfald om året (24% af alle dødsfald), således at tobakken koster flere dødsfald end alkoholmisbrug, narkotika og overvægt til sammen. De fleste midaldrende og yngre rygere har erkendt, at fortsat rygning på langt sigt vil forringe deres helbred, hvorfor mange tager konsekvensen af denne viden og kvitter tobakken, mens de endnu er raske. Blandt rygere i den ældre aldersklasse er det derimod en almindelig anskuelse, at "skaden er sket, og forsøg på rygestop er derfor uden mening". Imidlertid har nyere forskning vist, at også ældre rygere kan høste en betydelig gevinst ved rygestop.

Jørgen Worm er tidligere adm. overlæge ved geriatrisk afdeling på Odense Universitetshospital. Adresse: Hunderupvej 98, 5230 Odense

Ældre mennesker ryger mindre end midaldrende. I gruppen over 69 år er 21% rygere mod 32% blandt 50-59 årige. Antallet af rygere er halveret i løbet af de sidste fire årtier, og denne udvikling har fremmet den socio-økonomiske polarisering, således at der nu kun er få procent rygere blandt højtuddannede, mens omkring halvdelen af de ufaglærte er rygere. Rygerandelen i Danmark ligger lidt under gennemsnittet for EU, men højere end i Sverige, hvor 88% af mændene nu er ikke-rygere

Risikoen for blodpropper i hjerte og hjerne mindskes allerede et døgn efter rygestoppet og falder betydeligt det første år. Efter to år er risikoen halveret, og efter fem år nærmer den sig niveauet for aldrig-rygere



karvæggene fortykkes. Samtidig sker der en sammentrækning af karrene, og slutresultatet kan blive tillukning af karrene.

Passiv rygning

Afgrænsning af passive rygere er vanskelig, da man ikke har et mål for deres udsættelse for tobaksrøg. I praksis betragtes man som passiv ryger, hvis man blot kan lugte tobaksrøg. Passiv rygning gennem mange år medfører større risiko for KOL, lungekræft og hjertekarsygdomme. Man har vurderet, at ca. 2.000 danskere årligt dør af passiv rygning (*Dagens Sundhed.dk*).

Gevinster ved rygestop

Generelt gælder det, at der uanset antal år af rygeår eller alder opnås betydelige sundhedsgevinster ved rygestop, selv om det for ældre kan tage lidt længere tid, før de gunstige virkninger kan registreres (*Burns 1992*). I et skotsk arbejde fra 2006 undersøgte man indstillingen til rygning blandt aktuelle rygere og tidligere rygere over 65 år. Hos de aktuelle rygere var det et almindeligt synspunkt, at "skaden var sket", og at der følgelig var lille mening i at stoppe med rygningen, selv om de erkendte, at rygning havde skadet deres helbred. Omvendt anførte de tidligere rygere, at rygestoppet trods det sene tidspunkt i livet havde været gavnligt for

deres helbred (*Kerr et al. 2006*).

I løbet af et par døgn efter rygestop vender smags- og lugtesans tilbage. Kulilten er også hurtigt ude af kroppen, men i denne tidligere fase af rygestoppet overskygges disse positive virkninger naturligvis ofte af ubehagelige abstinenssymptomer som tobakshunger, uro, nervøsitet, koncentrationsbesvær, depression og vrede.

I de følgende 3-4 måneder bliver hosten mindre, og vejtrækningen forbedres med omkring 10%. Risikoen for blodpropper i hjerte og hjerne mindskes allerede et døgn efter rygestoppet og falder betydeligt det første år. Efter 2 år er risikoen halveret, og efter 5 år nærmer den sig niveauet for aldrig-rygere.

Risikoen for lungekræft reduceres også dag for dag. Efter 5 år er risikoen faldet til det halve og efter 15 år med ca. 10 gange, nemlig fra 20% til 2% (*Dagens Sundhed 2011*).

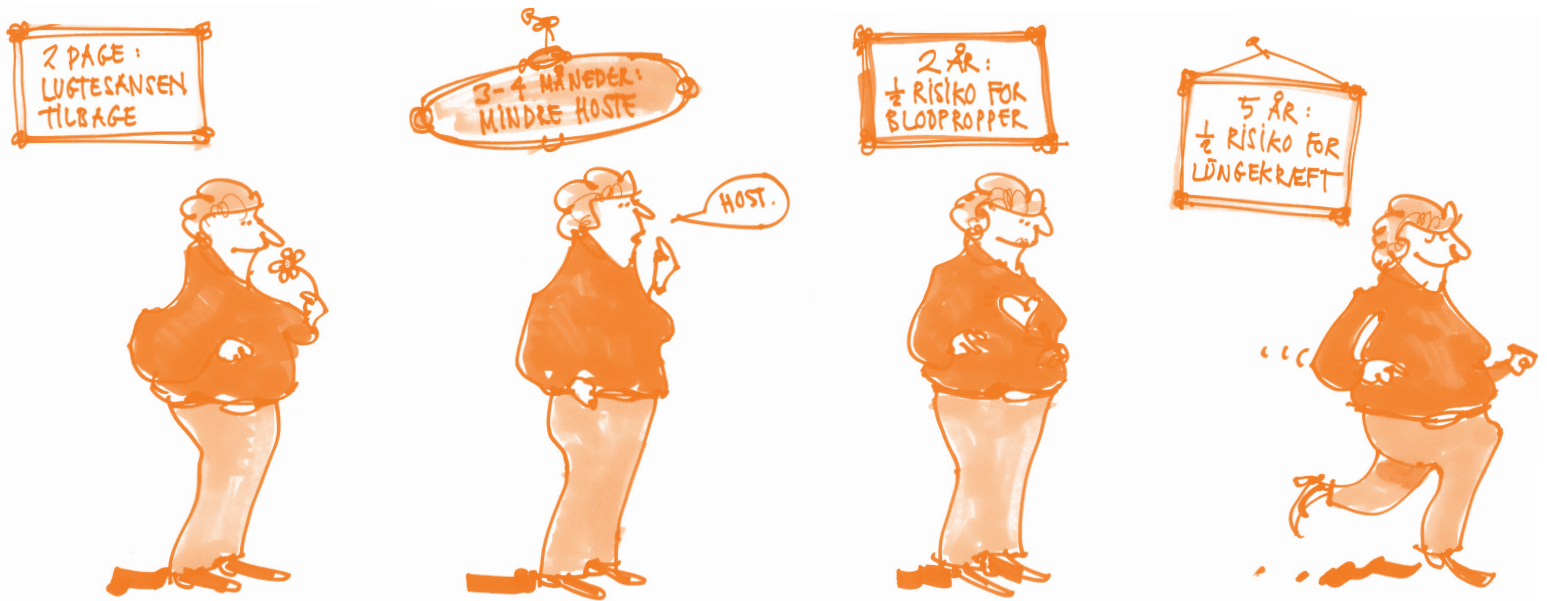
Det kan således altid "betale sig" at holde op med at ryge, og som sidegevinst kan man jo også undgå at skade sine nærmeste pårørende.

Rygestop i praksis

Årsagen til, at man begynder at ryge og kan have svært ved at holde op igen, kan være familievaner, kulturforhold, gruppepres, stress og samfundsindstilling. Tre

ud af fire danske rygere fortryder, at de begyndte at ryge, men der kan være langt mellem ønsker og handling. Det angives således, at behovet for nikotin hos en ryger er stærkere end den naturlige overlevelseshæftelse og stærkere end den sunde fornuft. Selv om man er ked af at ryge, kan man måske ikke overskue konsekvenserne af et rygestop, og tidligere mislykkede forsøg kan også virke skræmmende (*Pisinger 2012*). Ældre rygere er mindre tilbøjelige til at stoppe med rygning end yngre, formentlig fordi de har et langt liv som ryger bag sig. En anden årsag kan være, at deres aktivitetsmuligheder er blevet reduceret på grund af aldring og sygdom, således at rygning bliver en form for kompensation. Til gengæld har ældre en større sandsynlighed for, at rygestoppet bliver holdbart (*Burns 1992*).

Hos ældre er sygdom den hyppigste årsag til rygestop. Halvdelen af rygere, der får blodprop i hjertet, ophører således med rygning (*Sundhedsstyrelsen 2011*). Er rygeren først blevet syg af sin rygning, kan angst for fremtiden og skyldfølelse over for sig selv og pårørende være grunden til rygestop (*Pisinger 2012*). I de senere år har der været en stigende negativ indstilling til rygning, og en voksende viden i befolkningen om rygningens skadelige virkning kan også være moti-



verende for rygeophør.

Et rygestop kræver grundig forberedelse. Man må overveje, om glæden ved rygning står i et rimeligt forhold til de sundhedsmæssige risici. De anbefales, at man fastlægger en stopdato 2-3 uger frem, og at man vælger en periode, hvor man er rask og føler overskud til at klare den fysiske og psykiske belastning i abstinensperioden. Afvænnning kan ske som totalt rygestop ("kold tyrker"), eller ved aftrapning, hvor man som praktiske kneb har foreslået, at man stopper med vanecigaretterne, begrænser rygestederne, øger intervallerne mellem rygningerne og bruger afledningsmanøvrer, når trangene melder sig.

Rygning betragtes i dag som en kronisk afhængighedsskabende sygdom på lige fod med narkomisbrug, og rygning er her i landet den vigtigste årsag til sygelighed og for tidlig død. Risikoen for at udvikle sygdomme forbundet med rygning er på ethvert tidspunkt afhængig af det samlede tobaksforbrug gennem livet. Vælger en ældre ryger at fortsætte med at ryge, må hun/han acceptere en stadigt stigende sygdomsrisiko og en afkortning af livet. Omvendt opnås ved rygestop betydelige gevinster, idet risikoen for sygdom og tidlig død hurtigt falder og i løbet af nogle år næsten når niveauet for aldrig-rygere. Sloganet "Skaden er sket" bør derfor er-

stattes af "Det er aldrig for sent at holde op med at ryge". Der er således god grund til, at sundhedspersonalet med saglig dokumentation motiverer ældre rygere til at kvitte tobakken.

Referencer

Bernaards CM. et al. 2003. A longitudinal study on smoking in relationship to fitness and heart response, *Medicine and Science in Sports Exercise* Vol. 35, Issue 5, pp. 793-800.

Burns DM. 2000. Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation. *American Journal of Health Promotion* Vol. 14, Issue 6, pp. 357-361

Dagens sundhed 2011. Rygestop, dine gevinster døgn for døgn.

Hjerteforeningen 2012. *Mangel på viden blandt kvindelige rygere.*

Kerr S et al. 2006. Smoking after the age of 65 years: a qualitative exploration of older current and former smokers' views on smoking, stopping smoking, and smoking resources and services. *Health and Social Care in the Community* Vol. 14, Issue 6, pp. 572-582.

Kræftens bekæmpelse, Sundhedsstyrelsen, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening 2006. *Hvem ryger?*

Løkke A. et al. 2007. Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom i København. Resultater fra Østerbrounderøgelsen. *Ugeskrift for Læger* Vol. 169, pp. 3956-3960

McBride PE. 1992. The health consequences of smoking. Cardiovascular diseases. *The Medical Clinics of North America* Vol. 76, Issue 2, pp. 333-353.

Pisinger C. 2012. Hvis bare folk var som agurker. *Månedsskrift for almen praksis*. Pp. 150-158

Prescott E, et al. 2002. Importance of light smoking and inhalation habits on risk of myocardial infarction and all cause mortality. A 22 year follow up of 12.149 men and women in the Copenhagen City Heart Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* Vol 56, pp. 702-706.

Sundhedsstyrelsen 2011. *Rygning og sygdom.*