

Obstipáció, bélobstrukció és székletimpactatio racionális terápiája, különös tekintettel a daganatos betegekre

Telekes András dr., Horváth Zsolt dr.
Országos Onkológiai Intézet, Budapest

A szerzők összefoglalják a daganatos betegek obstipációjának, obstrukciójának, ill. a széklet impactatiójának okait, a diagnosztika és terápia kérdéseit. Ismertetik ezen három körkép okait, patomechanizmusát, tüneteit, és az alkalmazható farmakológiai és egyéb terápiás lehetőségeket Kihangsúlyozzák, hogy az esetek döntő többségében az anamnéziszfelvétel, a rectalis digitalis vizsgálat és a has fizikális vizsgálata elégséges az obstipáció diagnózishoz. Műszeres vizsgálatok csak laboratóriumi, ill. kísérő tünetek megjelenése esetén szükséges. Részletesen bemutatják a laxatívumok csoportjait, hatásmechanizmusait és esetleges mellékhatásait. Külön felhívják a figyelmet arra, hogy a széklet impactatio számos egyéb tünetet okozhat, amelyek téves diagnózishoz vezethetnek.

Mind a daganatos betegek, mind az onkológusok számára az obstipáció alapvető probléma. Minden ezzel kapcsolatos panaszt haladéktalanul ki kell vizsgálni. Az obstipáció igen gyakori a daganatos betegek között. Míg a normál populációban az obstipáció 5-20%, addig palliatív terápiában részesülő daganatos betegek esetén ez több, mint 50%, az opiát kezelés mellett ez több, mint 95%. Az obstipáció vonatkozásában faji és nemi különbségek is kimutathatók, nevezetesen, gyakoribb feketékben és nőkben. Ugyancsak összefüggés mutatható ki a személyiségzavarok (hypochondria és hisztéria), valamint az obstipáció között. Az impactatio leggyakrabban idős, mozgáskorlátozott betegekben alakul ki, akik krónikus opiát, vagy szedatívum terápiában részesülnek. Az bélobstrukció elsősorban az előrehaladott állapotú daganatos betegségekben fordul elő. A fájdalomhoz hasonlóan az obstipáció számos társult tünethez vezethet, mint például anorexia, hányinger, impactatio, obstrukció. Fontos, hogy az obstipációt a betegek gyakran ignorálják mindaddig, amíg a társult tünetek ki nem alakulnak. A panaszmentes obstipáció is kezelendő, mert ezzel eszközös beavatkozásokat és hospitalizációt lehet elkerülni. Az obstipáció a rendelkezésre álló terápiás lehetőségek mellett is gyakran nem jól kezelhető és, mint ilyen, a daganatos betegek életét megnehezítő fő tünetek között áll a fájdalommal és a hányás/hányingerrel együtt.

Definíció

A székrekedés (obstipáció) a széklet lassú áthaladása a vastagbélben, ami kemény, száraz székletet vezet. Normálisnak a naponta háromszori és a hetente háromszori székelési frekvencia közötti tartományt tekintjük; az emberek 95%-nak ilyen gyakorisággal van széklete.

Az obstipáció definíciója szubjektív. Általánosságban obstipáció alatt 1. a székletürítés nehezítettségét, esetenként fájdalomosságát; 2. a ritka, kis mennyiségű székletürítést; 3. a széklet száraz voltát vagy keménységét; és 4. a kiürülés elégtelenségének érzését értjük. A hasi fájdalom, a felfúvódás-érzés és a flatulencia, továbbá esetenként rossz közérzet, és hányinger is társulhat hozzá.

Minél hosszabb a tranzit idő a vastagbélben, annál száraz-

zabb és keményebb a széklet. Amennyiben a széklet teljesen kiszárad, a megkeményedett széklet a colonban, vagy a rectumban összegyűlhet. Az impactatio a beszáradt, kemény széklet akkumulációja a vastagbélben, ill. végbélben. A széklet impactatiója életveszélyes állapot, mivel az összetömörödött széklet mechanicus ileust okozhat.

Az ileus a bél lumenének részleges, vagy teljes elzáródása. Az ileusok az elzáródás típusa, az elzáródás mechanizmusa vagy az érintett bélszakasz alapján csoportosíthatók.

Incidencia

A hospice-ba bekerülő betegek fele obstipál, azok száma viszont, akik a felvételtől hashajtót szednek ennél jóval magasabb. Egyes adatok szerint a fájdalomnál is gyakrabban szerepel a betegek panaszai között az obstipáció (1). Még a legmegfelelőbb kontrol mellett is a betegek kb. 40%-ánál megmarad az obstipáció, bár súlyossága a terápia hatására csökken (2).

Kórélettan

A vékonybél az emésztés, a colon a székletürítés „szerve”. A colon ascendensben a szénhidrát és növényi rostok fermentálása igen aktívan megy végbe az ott nagymértékben szaporodó baktériumok segítségével. Így a vastagbél perisztaltikáját elősegítő salakanyag-képződés a colon kezdeti szakaszán kialakul. A colon descendensben a baktérium növekedés jelentősen kisebb, így fermentáció is alig történik itt. A protein fermentáció azonban itt fokozott, ez azonban nem jár salakanyag képződéssel. Ezeket az élettani sajátosságokat figyelembe kell venni, amikor az obstipációt a táplálkozás megváltoztatásával kívánjuk befolyásolni.

A székletürítés alapvetően a colon motilitásától függ. A vastagbél gazdagon ellátott axon hálózattal, ami a submucosalis felszínen található. A salakanyag (ami vízből és rostokból áll) stimulálja ezt a neuromuscularis rendszert, ezáltal kiváltva a székletürítési ingeret.

Obstipáció

Az obstipáció, mint tünet számos betegség kísérője lehet. Számos tényező okozhat obstipációt, ezért a differenciáldiagnosztikai megfontolások alapvetően fontosak. Daganatos betegek esetén az alapbetegséghez/terápiához társuló tünetek (ízérzés hiánya, anorexia, hányás/hányinger, elesettség, nyelési/székelési fájdalom neurotoxicitás stb.) csökkent táplálék bevitelhez, a salakanyag képződés drasztikus csökkenéséhez és így obstipációhoz vezetnek.

Az obstipáció lehet gasztro-intesztinális (GI) betegség következménye, vagy szisztémás betegség tünete. A nem kontrolált súlyos obstipáció hospitalizációt igénylő betegség! A leggyakoribb faktorokat melyek szerepet játszhatnak az obstipáció és/vagy impactatio kialakulásában az 1. táblázat mutatja.

Táplálkozás	Metabolikus betegségek
A táplálék elégtelen tömege és/vagy rosttartalma	Hypothyreoidismus
Elégtelen folyadékbevitel	Diabétesz
Megváltozott székelési habitus	Pheocromocytoma
A székelési inger ignorálása	Urémia
Laxatívumok és/vagy beöntések excesszív használata	Dehidráció
Tartós immobilitás és/vagy elégtelen fizikai aktivitás	Hiperkalcémia
Gerincvelő sérülés, vagy kompresszió, fractura, kimerültség, gyengeség	Hipokalémia
Respiratorikus és/vagy kardiális betegség	Hiponatrémia
Gyógyszerek	Ólommérgezés
Kemoterápia (pl. vinca alkaloidák)	Depresszió
Opioidok	Krónikus betegség
Szedatívumok	Anorexia
Antikolinerg gyógyszerek (pl. spazmolitikumok, antidepresszánsok, antiparkinson szerek)	Immobilitás
Phenotiazinok	Antidepresszánsok
Kalcium- és alumínium-alapú antacidok	Az extraabdominális nyomás fokozásának képtelensége:
Diuretikumok	Emphysema
Vitamin/nyomelem kiegészítők (pl. vas, Ca tartalom)	Rekesz gyengeség
Nyugtatók	Malnutritio
Altatók	Cachexia
Anesztetikumok	Anémia
Bélbetegségek	Karcinóma
Colon irritabile szindróma	Szenilitás
Diverticulitis	Környezeti faktorok
Tumor	Egyedül történő fürdőszoba használat képtelensége
Neuromuskuláris betegségek (a beidegzés megszakadása bélatonióhoz vezet)	Ismeretlen, vagy zaklatott környezet
Központi idegrendszeri lézió (pl. cerebrális tumor)	A túlzottan meleg környezet dehidrációhoz vezet
Gerincvelő sérülés/kompresszió	Dehidrációt eredményező hőhatás
Paraplégia	A székelési körülmények megváltozása (pl. ágytál használata)
Cerebrovaszkuláris esemény (ami parézishez vezet)	Colon lumenének szűkülete
Parkinson-kór	Irraditatio
Gyenge abdominalis izmok	Sebészi anasztomózis
	Daganat által okozott kompresszió

Az obstipáció kellemetlen, az impactatio azonban potenciálisan fatális kimenetelű lehet. Az impactatiót elszenvedő beteg sokszor keringési elégtelenség, vagy légzési zavar tüneteivel kerül kivizsgálásra, és nem gyomor-bélrendszeri betegséggel. Ha az impactatiót nem ismerik fel a tünetek gyors progressziója után gyakran bekövetkezik a halál.

Az olyan strukturális változások, mint például az extra vagy intraluminális metasztatikus/primer daganatok, vagy posztoperatív adhéziók csökkenthetik a perisztaltikát, ill. ronthatják a normál bélfunkciók fenntartását, ami részleges, vagy teljes bélezáródáshoz vezethet. A colostomás betegek esetén fokozott a kockázata az obstipáció kialakulásának. Ezen betegek esetén ha a szokásos székletürítési habitus megváltozik (általában a székletürítés napi egyszeritől naponta néhányszorig terjed) további vizsgálatok szükségesek, mivel részleges, vagy teljes blokk előfordulhat.

Az átlagpopulációban leginkább a táplálkozási faktorok, a mozgáshiány felelős az obstipáció kialakulásáért. Az obstipáció azonban a daganatos megbetegedés korai, vagy késői tünete is lehet. Daganatos beteg esetén maga a tumor, a neoplasiával összefüggő faktorok (pl. fájdalom, szervi működés elégtelensége), a daganatellenes kezelés, csökkent mobilitás, ill. depresszió állhat az obstipáció hátterében. Egyéb faktorok, mint például elégtelen folyadék, vagy táplálék bevitel az életkor, vagy legyengülés következtében ugyancsak szerepet játszhat.

Obstipáció gyakran az autonóm idegrendszer polineuropátiájának következménye, ami pl. vinca alkaloid kezelés mellékhatásaként is kialakulhat. Az autonóm idegrendszer neuropátiájának tünete a súlyos obstipáción kívül még a nyugalmi tachycardia a posturalis hipotenzió és a hólyag atonia is lehet. Az idegrendszer integritása alapvető a székelési reflex normál működéséhez. A lumbosacralis régió felett kialakuló gerincvelő lézió a hólyag kontrolljának megtartása mellett gyakran a székelés zavarait okozza. Ez a corticalis pályák megszakadása miatt van így, ami a supraspinális kontrol jelentőségét mutatja. Egyéb gyógyszerek, mint például opioidok, antikolinerg szerek (antidepresszánsok, antihisztaminok) ugyancsak obstipációt eredményezhetnek a defecációs reflex, ill. a bél motilitás csökkentése által. A carbamazepin kezelés súlyos, az egyidejűleg adott laxatívumokra rezisztens obstipációt eredményezhet, ami a gyógyszer elhagyását teszi szükségessé. A carbamazepinnek ez a hatása nem dóziszfüggő. A szelektív 5HT₃-receptor antagonisták (ondansetron, granisetron, tropisetron) gátolják a szerotonin által indukált (kolinerg rendszer által mediált) kontrakciókat a bél longitudinális izmaiban.

Egyéb betegségek, mint például a diabétesz, a hypothyreoidizmus, metabolikus elváltozások (pl. hipokalémia, hiperkalcémia) ugyancsak obstipációhoz vezethetnek. A diabéteszes motilitás csökkenést az autonóm neuropátia kialakulá-

2. táblázat: Obstipáció esetén szükséges kérdések az anamnézisben

1. Mi a normális a beteg számára (székletürítés frekvenciája, időzítése és mennyisége)?
2. Utolsó székletürítés ideje, jellemzői (mennyiség, konzisztencia, szín, vérzés, kinézet)?
3. Van-e a betegnek abdominális diszkomfort érzete (görcsök, hányás, hányinger, fájdalom, flatulencia, tenesmus, rectalis teltség érzet)?
4. Használ-e a beteg rendszeresen laxatívumot, beöntéseket? Mit tesz obstipáció esetén? Ez használ-e?
5. Milyenek a beteg étkezési szokásai? Milyen és mennyi folyadékot fogyaszt a beteg rendszeresen?
6. Milyen gyógyszereket szed a beteg (dózisok!)?
7. Az obstipáció tünete mióta áll fenn, ill. változtak-e panaszai?

sával magyarázzák, de a GI hormonok szerepe ugyancsak fontos lehet. Csökkent substage-P az obstipáló diabeteszes betegek rectum mucosájában szerepet játszhat a patomechanizmusban. Amennyiben ezen elváltozások adekvát módon ellátásra kerülnek, az obstipáció megszűnik.

A normális székletürítés a heti háromszorigtól a napi háromszorigig terjed. Az obstipáció azonban szubjektív tünet, így a beteget mindig ki kell kérdezni, mit ért alatta. Az obstipáció a beteg számára jelenthet csökkent számú székletürítést (a normál tartományon belül is), száraz és kemény székletet, túl kevés székletet, a székletürítés nehézségét, ill. inkomplett ürülési érzetét a székelés után. Az obstipáció diagnózisának felállításához nyújthat segítséget, az alábbi három faktor értékelése:

- frekvencia (obstipáció esetén kevesebb, mint 3/hét),
- erőlködés (obstipáció esetén rendszeresen több, mint 25% a székletürítés ideje alatt),
- időtartam (obstipáció esetén a székletürítés időtartama rendszeresen több, mint 10 perc).

A beteget ki kell kérdezni a székletürítési és étkezési szokásairól, szedett gyógyszereiről. Alapos fizikális vizsgálat segíthet megállapítani az obstipáció okát. A vizsgálatnak ki kell terjednie az egyéb tünetekre is, mint például disztenzió, flatulencia, bélhangok, görcsök, ill. impactatio. A rectalis digitalis vizsgálat (RDV) alapvetően fontos mind az obstipáció, mind az impactatio megállapításához. Nagymennyiségű puha, vagy impactalódott széklet az ampullában obstipációra utal. Negatív RDV azonban nem zárja ki az ujjal elérhető magasság felett az obstipációt. Erre utal az ismert obstipáló beteg esetén az üres ampulla. Ilyen esetekben a kúpok nem hatékonyak! Minden obstipáló betegnél el kell végezteni az occult vérzés kimutatására irányuló tesztet a székletből, ami pozitivitás esetén felveti az intraluminális lézió lehetőségét, de negativitás esetén nem zárja ki azt. Ha a daganatos betegség lehetősége felmerül a GI rendszer részletes kivizsgálása szükséges. Az obstipáció vizsgálatakor az anamnézis felvételnek erre is ki kell terjednie. A szükséges kérdéseket tartalmazza a 2. táblázat.

Ha a betegnek gyakran van inproductív székelési ingere, neurológiai sérülésre kell gondolni. Az aranyerek „romlása” esetén e felett elhelyezkedő intraluminális elváltozást kell kizárni. A „bogyó” széklet, ceruza vastagságú, vagy szalagszerű széklet esetén az obstipáció diagnózisa ugyan bizonyos, de az utóbbi két esetben a rectumban térszűkítő elváltozást kell keresni. Ha a betegnek ismételt abdominális műtétei voltak az obstipáció hátterében mechanikai okokra kell gondolni.

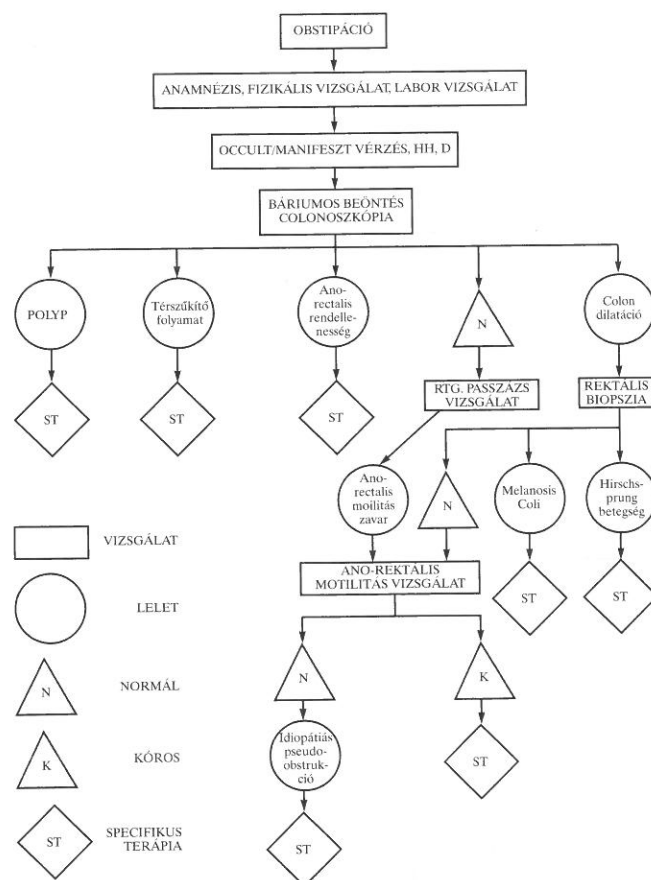
Sztómás beteg is obstipálhat! Ennek esélye a sztóma elhelyezkedésétől függ. Ha a vendégnyílást a proximális colon területén készítették, az obstipáció esélye minimális, mert nincs elég hosszú vastagbél a víz nagyfokú abszorpciójához. A disztális colon (has bal oldalán) lévő anus prenatalis esetén azonban obstipáció kialakulhat (az intact vastagbéllel rendelkező betegek esetén észlelt mechanizmussal azonos módon).

Az obstipáció diagnózisához nem szükséges natív hasi felvételek készítése. Az anamnézis, RDV és alapos hasi vizsgálat többnyire elégséges. Röntgenvizsgálatot akkor célszerű elvégezteni, ha az obstipációhoz komplikáció (hányinger, abdominális fájdalom, vérzés, stb.) társul. Tágult vékonybélkacsok, folyadék nívók a bélben segíthetnek az részleges és teljes elzáródás elkülönítésében. A natív hasi vizsgálat ugyancsak fontos az úgynevezett pseudoobstrukció, ill. opioid-bél szindróma diagnózisában. Ez utóbbi két kifejezést vannak, akik szinonimaként használják. Az obstipáló beteg kivizsgálásának algoritmusát mutatja az 1. ábra.

Az obstipáció kezelése

Az obstipáció összetett kezeléséhez hozzátartozik a prevenció (ha lehetséges), az okok eliminációja, és a laxatívumok alkalmazása. A betegek egy részénél az étkezési rostok mennyiségének fokozása (pl. gyümölcsök, zöldségek, müzli, barna kenyér stb.) javasolt, a folyadék bevitel egyidejű fokozása mellett (napi 2-3 liter ha ennek nincs kontraindikációja – pl. vese vagy szív betegség). Egy vizsgálatban pszichiátriai okokból kezelt geriátriai betegeken összehasonlították a „természetes laxatívumokat” (mazsola, ribizli, datolya, füge, aszalt szilva) a gyógyszerekkel

1. ábra: Az obstipáló beteg vizsgálati algoritmus (HH Hányás/hányinger, D dilatáció)



3. táblázat Az obstipáció megelőzése daganatos betegnél.

Felmérés – Vizsgálat

Javaslat

A beteg székletürítési szokásainak vizsgálata (a spontán székletürítések ideje, konzisztencia, szín, mennyiség)

Állandó/időnkénti hasmenés (székelési habitus változása!), véres, acholiás széklet további kivizsgálást indokol.

A beteg együttműködésének és megértési szintjének ellenőrzése (a mozgás, a táplálkozás összetételének – gyümölcs, folyadék, étkezési rost – fontossága!)

Napi legalább 8 pohár folyadék bevitel (ha nem kontra-indikált)

Fél órával a normál székletürítés ideje előtt a beteg meleg/forró italt fogyasszon (kávé, tea, kakaó, stb.)

5-10 gramm étkezési rost (füge, datolya, zöldségek, gabona magok)

Laxatívumok, beöntések sporadikus, rendszeres használata

Ha a betegnek nincs 3 napig széklete, vagy az opioid, ill. vincristine terápiával egyidejűleg:

Székletlazító

Bélmozgató (pl. Senna tartalmú készítmény. Este 1 draszé)

Biscodyl este 1 tbl.

Ha ez nem elégséges:

Növelje a székletlazítókat napi 6 kapszulára

Fokozatosan emelje a senna készítmény mennyiségét 8 (2×4) draszéra

Biscodyl-t emelje 3 tbl.-ra

Laborvizsgálatok

Rectalis készítményeket kerülni kell azon daganatos betegek esetén, akiknél thrombocytopenia, leukopenia, és/vagy mucositis áll fenn, vagy annak kialakulása várható a tumorelles kezelés következtében

Beöntés kerülendő leukémiásoknál és thrombocytopenia esetén.

Fizikális vizsgálat az impactatio kizárására (rectum, stoma)

Immunszuppresszió esetén minden rectalis beavatkozást (RDV, kúp, beöntés) kerülni kell, mert ezek fissura, vagy tályog kialakulását eredményezhetik, ami fertőzési kapuként szolgálhat. Hasonlóképpen a neutropeniás beteg stómáját „kímélni” kell.

(széklet lazítók, ozmotikus laxatívumok). A vizsgálat a természetes laxatívumok előnyeit igazolta, ami az alacsonyabb költségben, rendszeresebb székletürítésben és az adagolás könnyebb voltában mutatkozott meg. A betegek kis száma ezen eredmény általánosítását nem teszi lehetővé. Malignus betegségben szenvedőknél a természetes laxatívumok alkalmazása ugyancsak kedvező lehet. Daganatos betegek esetén az obstipáció megelőzésére (napi egy laza székletürítés biztosítása) a 3. táblázatban leírt vizsgálatokat, javaslatokat kell meggondolni.

Az obstipáció terápiajában alapvető az ok kiderítése és ennek specifikus kezelése. Az etiológiai faktorokat, mint például pszichés okok, daganatos betegséghez társuló elesettség, biokémiai eltéréseket (pl. hiperkalcémia, hipokalémia) kezelni szükséges. A megfelelő folyadékbevitel fokozza a széklet víztartalmát. Az étkezési rostok bevitelének fokozását mindenkinek ajánlják, annak ellenére, hogy hospitalizált betegek esetén nem bizonyított a hatása az obstipáció megelőzésére. Továbbá nincs adat arra vonatkozóan, hogy az étkezési rostok obstipáló betegek esetén normalizálják a tranzitidőt és a széklet mennyiségét.

Laxatívumok profilaktikus adását mérlegelni kell minden

olyan beteg esetén, ahol az obstipáció kialakulásának veszélye nagy, nevezetesen, idős, ágyhoz kötött és opiát terápiaiban részesülő betegek.

A laxatívumoknak több különféle módon ható csoportja van. Egyetlen gyógyszer sem kizárólag a széklet puhítása, vagy a perisztaltika stimulálása révén fejti ki hatását. A laxatívumok többsége fokozza az aktív elektrolit szekréciót, csökkenti a víz és elektrolitok abszorpcióját és/vagy fokozza az intraluminális ozmolaritást és ezáltal a hidrosztatikus nyomást a bélben. A laxatívumok fő hatásuk alapján az alábbi csoportokba oszthatók.

SALAKANYAG KÉPZŐK

Ide tartoznak a étkezési rostban gazdag élelmiszerek, a baktériumok lebontásának ellenálló poliszaharid, vagy cellulóz derivátumok. Hatásuk kialakulásához átlag 2-4 nap szükséges. Ezeket bő folyadékbevitellel együtt kell alkalmazni részint azért, mert a vizet megkötik, így volumenük jelentősen növekszik (ezáltal a salakanyag mennyisége nő), részint azért, hogy az obstrukciót elkerüljük. Ezek hatékonysága előrehaladott állapotú daganatos betegekben kétséges. Mellékhatásaik lehetnek a flatulencia, bőfűgés, esetenként hasmenés, diabeteses betegekben hiperglikémia.

SZÉKLET LÁGYÍTÓK

Ezek a gyógyszerek felületaktív anyagok, amelyek nem absorbeálódnak a bélből és detergensként elősegítik a víz és a zsír elegyedését (emulziót képeznek), ugyancsak fokozza az elektrolitok és a víz szekrécióját. Hatásuk több, mint 24 óra múlva észlelhető. Ebbe a csoportba tartozik a docusat (Magyarországon nem elérhető). A mellékhatások az ásványi olajok (síkosítók) felszívódásának elősegítéséből adódnak.

SÍKOSÍTÓK

Ebbe a csoportba tartoznak az ásványi olajok. A széklet felszínére tapadt olaj elősegíti a béltartalom haladását és ürülését. Ugyancsak csökkentik a vastagbélből visszazivódó víz mennyiségét, csökkentve a széklet beszáradását. Ebbe a csoportba tartozik a paraffin olaj (10 cm³/nap), ami orálisan, rectálisan egyaránt adható, hatása 8-24 órán át tart. Mellékhatásként egyes vitaminok (A, D és K) abszorpcióját csökkenthetik, prothrombin időt nyújthatják.

SÓK

Ozmotikus hatásuk által fokozza az intraluminális volument. Direkt módon stimulálják a perisztaltikát és fokozza a víz szekrécióját. Hatásuk gyorsan kialakul (néhány óra) és dóziszfüggő. A kezdő dózis 2-4 gramm. A magnéziumsók (szulfát, foszfát, hidroxid és citrát ionok) gyakran használatos laxatívumok összetevői. Alkalmazásuk erősen puragatív lehet, rectálisan adva 15 percen belül stimulálják a rectum perisztaltikáját. A foszfátos beöntések ismételt adása hipokalcémiahoz és hiperfoszfatémiához vezethet, ill. aranyeres betegeknél gangrénát okozhat. Használatuk az elektrolitegyensúly megbomlásához vezethet, ami vesebetegekben a magnézium felhalmozódását okozza, ill. fokozott NaCl terhelést jelenthet a magas vérnyomásban szenvedőknek, ez pedig szívelégtelenséget is kiválthat.

STIMULÁNS LAXATÍVUMOK

Ezek az obstipáció kezelésében leggyakrabban használt gyógyszerek. Ide tartoznak az anthraquinon (például a senna, cascara és danthron), ill. a difenilmetán származékok (például a bisacodyl, vagy fenolftalein). Ezek a szerek a disztális ileum és a colon területén hatnak, direkt módon stimulálják a plexus myentericust. A sennát a bélbaktériumok alakítják át aktív formává, ezért lényegében csak a

colonban hat. A senna fokozza a colon myoelktromos aktivitását. A bisacodyl a bélmucosa idegplexusait stimulálja, ami a colon perisztaltikáját fokozza. Ezzel egyidejűleg csökken a víz abszorpciója a vékony- és vastagbélben. A ricinusolaj aktív metabolitja (ricinolein sav) a bélszekréciónkat stimulálja. Hatásuk 8-12 órával a bevétel után észlelhető. A kezdődózisok 15 mg/nap a sennából, 50 mg/nap a danthronból és 10 mg/nap a bisacodylból. A bisacodyl kúp gyorsan hat, mivel a rectalis baktériumflóra hamar aktív metabolitjaira bontja el. Mellékhatásként valamennyi stimuláns-laxativum súlyos görcsöket okozhat, hasmenést is indukálhat.

OZMOTIKUS LAXATIVUMOK

Ezek a szerek nem bomlanak le a bélben, onnan fel sem szívódnak. Így ozmotikus hatások az egész bélrendszerben érvényesül. A laktulóz fokozza a széklet mennyiségét és a székletürítések számát. Másfelől viszont nagy adagokban colicát, flatulenciát okozhatnak. Hatásuk 24-48 óras latencia után jelentkezik. Kezdő dózisok 15-20 ml naponta kétszer. A rectalisan adott glicerin ozmotikus és síkosító hatást is kifejt.

PROKINETIKUS SZEREK

A cisaprid fokozza az oro-coecalis tranzitidót és stimulálja a vastagbelet. Ugyancsak fokozza az acetilkolin kiáramlást a myenterikus idegvégződéseken. Ez a gyógyszer, egyes adatok szerint, képes a Parkinson-kórhoz társuló obstipáció enyhítésére. A másik fontos prokinetikus szer a metoclopramid ugyancsak fokozza a tranzitidót.

Fontos tudni, hogy parenterális laxativum sehol a világon nincs forgalomban. (A metoclopramid elérhető injekció formájában, de ebben a kiserelésben csak hányáscsillapításra használják.) Így ezen kezelések hatékonyságához a szájon át történő gyógyszerbevitel lehetősége alapvetően fontos, mivel lokálisan (beöntés, kúp) csak a recto-sigmoidalis régióban lehet hatékonyan beavatkozni. Az eltérő módon ható laxativumok együttes adása fokozhatja a hatékonyságot, ezzel kapcsolatban azonban kontrollált klinikai vizsgálaton nem állnak rendelkezésre. A Magyarországon elérhető szerek ismertetését a 4. táblázat tartalmazza.

Impactatio

Az impactatióknak négy fő oka ismeretes, nevezetesen, hosszan tartó inaktivitás, helytelen táplálkozás, pszichiátriai betegség és, ironikus módon, hashajtók krónikus használata. Az obstipáció ellen használt gyógyszerek rendszeres szedése a legfőbb oka az obstipációnak és impactatióknak! A rendszeresen szedett laxativumok csökkentik a béldisztenzió okozta stimulációs reflexeket és ezzel, paradox módon, tartós szedésük ördögi körhöz vezet, azaz minél több laxativumot szed a beteg tartósan, annál jobban obstipál, ami még több gyógyszer szedéséhez vezet.

Impactatio esetén a betegnek obstipációhoz hasonló tünetei lehetnek, de a GI rendszertől független tünetek is kialakulhatnak. Ha az impactalódott széklet nyomja a sacralis idegeket, a betegnek hátfájása lehet. Ha az ureter, hólyag, vagy urethra kerül nyomás alá, a betegnek húgyúti tünetei lehetnek, nevezetesen, vizet retenció, csökkent vizelési inger. Ha abdominalis disztenzió alakul ki, a rekesz mozgása korlátozottá válhat, ami a légzőmozgások csökkentése által csökkent oxigenizációhoz vezet. Ez hipoxiát, ill. balkamrai funkciózavart okozhat. A hipoxia anginát és tachycardiát eredményezhet. Az impactalódott széklet nyomása következtében a vaso-vagalis reflex is aktiválódhat, ami hipotenziót, szédülést okoz. Az impactalódott széklet mel-

lett csak híg, laza széklet tud áthaladni, ami diarrhoeás székletürítéseket eredményezhet. (Így állhat elő az a paradox helyzet, hogy a „hasmenéses” betegnek beöntést és nem anti diarrhoeás szert kell adni!) Ennek oka többek között az, hogy az impactalódott széklet felületét a bélbaktériumok „cseppfolyósítják”. Ennek a következménye, hogy köhögés, vagy intraabdominalis nyomásfokozódás „székletcsorgás”-t okozhat, ami esetenként hányással, hányingerrel, abdominalis fájdalommal, vagy dehidrációval járhat együtt. Az impactatio, áttételes mechanizmussal tachycardiához, verejtékezéshez, lázhoz, fokozott, vagy csökkent vérnyomáshoz, abdominalis teltségérzethez, vagy rigiditáshoz, továbbá akut konfúzióhoz (deliriumhoz, dezorientációhoz ismeretlen mechanizmus által) is vezethet.

Az impactatio diagnózisához hozzátartozik a bélhangok auscultatioja (van/nincs, hiperaktív/hipoaktív). A has vizsgálatánál disztenziót, rigiditást, nyomásérzékenységet, tapintható rezisztenciát (impactalódott széklet) kell keresni. Rectalis vizsgálat kötelező, az ampullában lévő széklet konzisztenciájának megállapítására. Natív hasi röntgen fekvő és álló helyzetben kimutathatja a haustratio hiányát, a széklet mennyiségét (a bélgázmintázat eltérő az üres, ill. székletet tartalmazó bélszakaszokban), ill. az impactatio felett kialakuló dilatatiót.

Az impactatio diagnózisát segíthetik a laborvizsgálatok eredményei is. Dehidráció esetén carbamid nitrogén, kreatinin és a szérum ozmolalitása fokozódik. A hematokrit és hemoglobin értéke fokozódhat, ami a hemokoncentráció eredménye. Ha az esetleges lázak ellenére a fehérvérsejt szám csak enyhén emelkedett, a hasi fájdalom enyhe/közepes, az impactatiót ki kell zárni. Ha lázakkhoz igen magas fehérvérsejt szám emelkedés, ill. egyidejűleg erős abdominalis fájdalom társul, akkor perforációra, infekcióra vagy gyulladásra kell gondolni.

Impactatio kezelése

Az impactatio kezelésének alapja a hidrálás és a széklet puhítása, a székletürítés elősegítése. Beöntések (olajos, csapvíz, ill. hipertóniás foszfát) „síkosítja” a belet és puhítja a székletet. A beöntéseknél azonban vigyázni kell, mivel az impactalódott széklet irritálhatja a bélfalat, így a nagy mennyiségű beöntés bélperforációhoz vezethet. A széklet manuális evakuációja (szedativum – lorazepam 1 mg iv., midazolam 5 mg subcutan – és fájdalomcsillapító iv. adása után) ugyancsak szükséges lehet az ampullából. Ez legkönnyebben beöntés után végezhető el. A magasabban elhelyezkedő impactalódott székletet szigmoidoszkópon keresztül lehet „széttördelni”.

A docusat puhává, ásványi-, ill. oliva-olaj lazává teszi a székletet. A docusat és ásványi olaj együttes adásával azonban vigyázni kell, mert az előbbi az utóbbi fokozott felszívódását eredményezi, aminek következménye szisztémás lipidgranulómák kialakulása lehet. Glicerin kúp ugyancsak adható a betegeknek. Ha bármelyik laxativum fokozott bélmozgásokat vagy görcsöket okoz, azonnal el kell hagyni, hogy megelőzzük a további bélkárosodás lehetőségét.

Bélobstrukció (ileus)

Alapvetően négy féle obstrukciót különböztetünk meg, nevezetesen, egyszerű, zárt-hurok, strangulációs és kizáródott. Az egyszerű obstrukció esetén a bél egy helyen, míg zárt hurok esetén két helyen záródott el. Zárt-hurok alakulhat ki például, amikor a bél megcsavarodik, és az így kialakult bélkacs elzáródik és obstrukciót okoz. A strangulációs obstrukciónál az elzáródott bélszakasz vérellátása

4. táblázat: A laxatív szerek csoportosítása

Kiszereles/Például	Dózis	Hatáskezdet	Figyelmeztetés
Székképlet növelő szerek (salakanyag képzők)			
korpa, metilcellulóz, psyllium, kalcium, polikarbofil		2-24 óra	Opioidok mellé ne adjuk őket! A psylliumot szalicilátokkal, nitrofurantoinnal, digitálisszal ne adjuk, mert csökkenti hatásukat. Feltételezett obstrukció esetén ne alkalmazzuk őket!
A széklet víztartalmát növelő szerek (síkosítók, székletlágyítók)			
Mil-Par emulzio (paraffinum liquidum + magnesium hidroxilatam)	1×1-2 ek. vízben, tejsz. + elkeverve		Rövid időn belül nem ismételtető.
Docusate-Na, -Ca, -K (hazánkban nincs)		2-3 nap	Surfactáns anyag, amely a víz székletbe történő penetrációját segíti elő. Fokozza a víz és elektrolit szekréciót a jejunumban és a colonban.
Bélfaligató hashajtók (stimulánsok)			
Tisasen A+B tbl. (sennosid)	napi 1-2 tbl., este 2-4 tbl.	6-10 óra	Ezen szerek tartós használata dependenciát okoz, bél normál motoros funkciói megszűnhetnek!
Bolus laxans tbl. (rhei siccum extr. + sulphur precipitatum + sennae folii pulvis)	3×1-3 tbl., este 1-4 tbl. étkezés után	6-10 óra	
Artin drg. (aloinum + strichni siccum extr. + phenophtaleinum + ipecacuahnae radix + belladonnae siccum extr.)	1-3 drg. este lefekvés előtt	6-10 óra	
Laxyl és Guttalax csepp (picosulphuricum-Na)	2-3×5-10 csepp	6-10 óra	
Phenolphthaleinum tbl. (phenolphthaleinum) cascara (hazánkban nincs)	1/2-1 tbl.		A phenolphthaleinum kiütéseket (dermatitis) okozhat. Az epével választódik ki. Elszínezheti a rectalis mucosát és az alkalikus vizeletet vörösre festi.
danthron codanthramer (hazánkban nincs)			Elszínezheti a rectalis mucosát és az alkalikus vizeletet vörösre festi.
bisacodyl (hazánkban nincs)			A bisacodyl az epével választódik ki.
Ozmotikus hashajtók és sók			
Duphalac Laevolac-Lactulose oldat (lactulose)	3×1-3 ek. reggel étkezés előtt, ill. étkezések között	2 óra	A beteg lehetőleg ne fogyasszon puffasztó ételeket, vagy szénsavas italokat. Diabétesz esetén figyelembe veendő magas energiataralma!
Importal por (lactitolum monohydricum)	1-2×10 g (tasak)	néhány óra - 2 nap	Megszakítás nélkül tartósan ne alkalmazzuk; az elektrolitok szintjét ellenőrizni kell adagolása mellett. Gastrointestinalis betegségek esetén adása megfontolandó, ulcusban ne adjuk. Ne adjuk együtt antacidumokkal!
Magnéziatej tbl. és susp. (NaHCO ₂ + Mg (OH) ₂)	1-3×2-4 tbl. (1-2 kk.)		
Egyéb hashajtók			
Glicerines végbélkúp (glicerinum)	1-2×3 g		Proctitis alakulhat ki.

csökken, és ha ezt nem állítják helyre (műtét!) akkor kizáródott (azaz nekrotikus) obstrukcióról beszélünk. Az elzáródás lehet mechanikus, vagy nem mechanikus. Az ileus mechanikus, ha bármilyen faktor a béllumen szűkületét/elzáródását okozza (pl. bélgyulladás, béltrauma, neoplázia, hernia, volvulus, vagy a bélrendszer külső kompressziója). Az elzáródás nem mechanikus, ha az obstrukció a bél izomműködés, vagy innerváció elégtelensége miatt

alakul ki (pl. paralitikus ileus, mesenterikus embólia vagy trombózis, hipokalémia). Az elzáródások 80%-a vékony-, 20%-a vastagbélben alakul ki. Vékonybél elzáródás leginkább adhesio, sérv, míg vastagbél elzáródás karcinóma, volvulus, diverticulitis következtében alakul ki. Az ileus tünetei eltérőek lehetnek attól függően, hogy az elzáródás a vastag- vagy vékonybélben alakult ki. A differenciáldiagnózist az 5. táblázat tartalmazza.

5. táblázat Az ileusok differenciáldiagnózisa

	Vastagbél	Felső vékonybél (duodenum/jejunum)	Alsó vékonybél (jejunum/ileum)
Abdominális fájdalom	Enyhe, állandó	Duodenális lézió esetén nincs. Jejunum esetén intermittáló, kólikás mind részleges, mind teljes elzáródásnál. Konstans stranguláció és bélfarktus esetén	Intenzitásában változó
Abdominális diszkomfort	Korai tünet	Késői tünet, epigastriumra lokalizálódik, nem súlyos	Mindig jelen van, súlyos
Bélhangok	Magas, hiperaktív az elzáródástól proximálisan, gyengült, vagy hiányzik az elzáródástól disztálisan	Gyengült, hiányzik	Magas, hiperaktív az elzáródástól proximálisan, gyengült vagy hiányzik az elzáródástól disztálisan
Bélmozgások	Abszolút obstipáció	Flatus és széklet az elzáródás után egy rövid ideig még van	Flatus és széklet az elzáródás után egy rövid ideig még van
Hányás	Nincs vagy alig van addig, amíg a béldisztenzió kialakul, utána súlyos	Súlyos, savas gyomortartalom	Alkalikus béltartalom, széklet, hányás kevésbé súlyos
Dehidráció	Egészen késői időszakig nincs	Gyors	A hányás volumenétől függően
Hipovolémiás sokk	Nincs, hacsak bélperforáció, vagy súlyos hányás ki nem alakul	Kialakul	A hányás volumenétől függően
Oliguria	Rendszerint nincs	Kialakul	Csak ha súlyos hányás van
Ruptura	Gyakran a bél „szétrobban”	Nem jellemző	Nem jellemző
Tünetek megjelenése	Fokozatosan, egyre rosszabbodó	Rendszerint akut, súlyos	Rendszerint akut, súlyos

A leggyakoribb daganatok melyek obstrukciót eredményezhetnek a colorectális (16-24%-ban), a gyomor (6%-ban) és az ovárium 14-42%-ban). Az extraabdominális daganatok (pl. tüdő, emlő, melanoma) abdominális terjedést mutathatnak, és obstrukcióhoz vezethetnek. A hasi műtéten és/vagy besugárzáson átesett betegek kockázata az obstrukció kialakulása szempontjából magasabb. Daganatos betegek esetén pseudoobstrukció is kialakulhat. A metasztatikus daganatok a mezenterium (belet ellátó idegek), vagy a plexus coeliacus infiltrációja révén okozhatnak obstrukciót. Egyes tumorok, mint pl. a tüdő paraneopláziás neuropátia révén okozhatnak elzáródást.

A beteg vizsgálata alapján az abdominális fájdalom, a hányás, a székletürítés és a flatulencia jelenléte/hiánya megállapítható. Teljes vércép, ionok és vizeletvizsgálat szükséges, a folyadék és elektrolit egyensúly és/vagy szepszis vizsgálatára. Leukocitózis (15-20.000/mm³) bélnekrozisra utal. Fekvő és álló helyzetben elvégzett Röntgenfelvétel, ill. báriumos beöntés szükséges lehet az elzáródás lokalizációjához. A báriumnyeletés segíthet elkülöníteni a visceralis myopátiát a visceralis neuropátiától. Az előbbi esetben a kontrakciók ritkák, míg az utóbbiban gyakoriak és koordinálatlanok. Akut tünetek esetén a felső tápcsatorna vizsgálatok általában kontraindikáltak, mert a parciális obstrukciót komplettálhatják, ill. teljes elzáródás esetén komplikációt okozhatnak. Ha a betegnél dehidráció, oliguria, vagy sokk alakul ki perforációra kell gondolni és azonnali sebészeti/belgyógyászati kezelést kell indikálni. Hányás esetén a betegnél mindig figyelni kell a hipokalémia kialakulásának jeleire (gyengeség, letargia, irritabilitás, konfúzió, aritmia, ill. az EKG-n lapos T-hullám és U-hullám).

Obstrukcióra kell gondolni, ha ovárium, ill. gastrointesztinális daganatban szenvedő betegnél tartós hányás/hányinger jelenik meg. Daganatos betegek esetén az obstrukció tünetei fokozatosan, néha csak napok alatt alakulnak ki. Az akut tünetek hiánya gyakran késlelteti a diagnózist. Diagnosztikus problémát jelent a teljes és részleges elzáródás elkülönítése. Ha a betegnek van minimális bélmozgása, ill. a szelek távoznak az elzáródást részlegesnek kell tekinteni. Egyre romló tünetek mellett azonban az állapot malignus bélezáródásnak tekintendő.

Az obstrukció kezelése

Akut stranguláció esetén a folyadék és elektrolit egyensúly helyreállítása, a sokktalanítás, ill. szükség esetén a transzfúzió meg kell, hogy előzze a dekompressziót. Ha az elzáródás részleges, a disztendált bél dekompressziója megkísérelendő nasogastrikus, vagy intestinalis szonda felhelyezésével. Gondolni kell azonban arra, hogy a nazogasztrikus szonda kellemetlen a betegnek, interferál a köhögéssel, az orr-porc erózióját okozhatja, oesophagitist, vérzést okozhatnak. A szondák sikeresen csökkenthetik az ödémát, a folyadék és gáz akkumulációt, a sebészeti beavatkozásra azonban 24 órán belül szükség van komplett elzáródás esetén. Előrehaladott állapotú daganatos betegek esetén a sebészeti versus konzervatív kezelés kérdése még vitatott. A betegek egy részénél a sebészeti megoldás nem jön szóba. A műtét elhagyásának legfőbb indokai a kiterjedt daganatos betegség és a többszörös részleges elzáródás. A műtét ellen szól, ha a beteg 65 évnél idősebb és cachexiás (magas posztoperatív mortalitás), ascites jelenléte (peritonitis, szivárgás), alacsony szérumalbumin szint (rossz sebgyógyulás,

anasztomózis „szétnyílás”), abdominális, kismedencei régió korábbi sugárkezelése (rossz sebgyógyulás, vérzési szövődés), tapintható nagy intraabdominális rezisztencia (ismételten kialakuló posztoperatív elzáródás, inoperabilitás).

AZ OBSTRUKCIÓ FARMAKOLÓGIAI KEZELÉSE

Az obstrukció farmakológiai kezelése (otthon fekvő betegeknek is adható!) fájdalomcsillapítók, antikolinerg szerek, ill. antiemetikumok adásából áll. Extenzív hányás esetén valamennyi gyógyszert parenterálisan kell adni. Erős görcsök esetén a hyoscine (60 mg/nap) 68-89%-ban csökkentik a gasztrointesztinális motilitást és szekréciókat. Abdominális fájdalom esetén subcutan adott morfint fokozatosan kell titrálni a megfelelő hatékonyság eléréséig. A morfin centrálisan hatva a fájdalmat, a bélben hatva a szekréciókat csökkenti. A hányás (hányinger kezelésére haloperidol adható. Érdekes módon a subcutan adott prokinetikus metoclopramid is hatékony az ileus okozta hányás/hányinger kezelésében (10 mg négyóránként). A metoclopramidot csak disztális bélelzáródás esetén lehet adni, proximális elzáródás esetén nem adható! Methotrimeprazin (12,5-75 mg/nap sc). rendkívül hatékony hányáscsillapító és szedatív szer (Magyarországon jelenleg sajnos nem elérhető). Malignus bélobstrukció esetén a szteroidok (pl. 8-16 mg/nap oradexon) adhatók mivel csökkenthetik a peritumorális ödémát és így ismét átjárhatóvá tehetik a belet. Ha a malignus obstrukció diagnosztizálásra kerül a szteroidot minél hamarabb el kell kezdeni. Az octreotid gátolja a bélhormonok és a pancreas emésztő enzimek szekrécióját, ill. csökkenti a gyomorsav és pepszin termelését. Ezen hatásain keresztül gátolja a bélmotilitást. Az octreotid terápiás dózisa 100 µg naponta háromszor iv. vagy sc. A dózist napi 600 µg-ig emelhető. Az octreotid adásának akut mellékhatásai nincsenek, más gyógyszerekkel egybeszívható. Ha a standard antiemetikumok hatástalanok, vagy a hányások volumene nagy octreotid adandó a betegnek. Ha ez sem hatásos a betegnek gasztrosztóma javasolt.

Ha a beteg fizikai statusa jó és a hányás/hányinger megfelelően kontrollált orális folyadékbevitel újra indítható. Elérett állapotban a parenterális hydrálás kötelező. Előrehaladott daganatos betegek esetén a parenterális táplálás kérdésköre ellentmondásos.

Opioidek okozta obstipáció

Az opioidek a centrális idegrendszerben, ill. a bélben lévő opiát receptorokhoz (µ és delta) kötődve okoznak obstipációt. Az opioidek tartós használata impactatiohoz, pseudoobstrukcióhoz, abdominális fájdalomhoz hányáshoz, hányingerhez és az együttadott gyógyszerek felszívódásának megváltozásához vezethet. Az úgynevezett pseudo-obstrukció krónikus opioidek adagolás során (preventív laxatívumok hiánya!), vagy a gyors dózisémelés következtében alakul ki. Tünetei az obstrukció tüneteivel azonosak, ideértve a hányást/hányingert, abdominális diszkomfortérzetet, disztenziót és súlyos obstipációt. Erre a szindrómára kell gondolni ha a belekben nagy mennyiségű széklet van aktívan meglévő malignus betegség hiányában. Diagnosztikai nehézséget jelent az abdominális daganata miatt opioidek terápiában részesülő beteg. (Ilyen esetekben ha nagy mennyiségű széklet van a belekben erre kell először gondolni, és csak másodsorban tumor okozta mechanikus obstrukcióra.)

A narkotikus analgetikumok gyakorlatilag minden esetben obstipációt eredményeznek, ezért a laxatívumot az opioidek adásával egyidőben el kell kezdeni, és az opioidek adá-

sa alatt végig folytatni kell. Az opioidek obstipációs hatása dóziszfüggő. Ennek ellenére nincs szoros korreláció az opioidek dózisa és a laxatívumok dózisa között. Az opioidek dózisa emelését a laxatívumok dózisémelése is követni szokta, de ez az emelés nem arányos az opioidek emelésével.

Opioidek indukálta obstipáció megelőzésére az ozmotikus laxatívumokat kell használni. A stimulánsokkal (bélmozgatókkal) óvatosan kell bánni, mert görcsöket okozhatnak, mivel a morfin a gyűrűs izmokat a tartós összehúzódás állapotában tartja. Ha a laxatívumok nem elég hatékonyak, az opioidek váltása mérlegelendő.

A transzdermális fentanyl (Durogesic) kevésbé okoz obstipációt, mint a morfin. Ez az oka annak, hogy amikor morfinról transzdermális fentanylra váltanak, a beteg laxatívum dózisével felezik, majd ha szükséges, ismét felfelé titrálják a megfelelő hatás eléréséig.

Naloxon képes gátolni a morfin, granisetron és clonidin obstipációt okozó hatását. Orálisan adott naloxonnak kevesebb, mint 3%-a szívódik fel (a gyors glukuronizáció miatt), így a bélalban lévő opioidek receptorokat gátolni képes szisztémás hatás nélkül. Ez a magyarázata, hogy az orális naloxont a morfin indukálta obstipáció kezelésére próbálják használni. A kezdő dózis 4 mg/nap, amit fokozatosan 12 mg/nap dóziséig lehet biztonságosan emelni.

Megbeszélés

Nincsenek kontrollált klinikai vizsgálaton alapuló adatok az evidencián alapuló gyógyszerválasztás elősegítésére, a klinikai farmakológiai szempontok alapján azonban javaslatot lehet adni egy-egy helyzetben a racionálisan választandó laxatívum csoportra. A gyógyszerválasztás elsősorban a széklet konzisztenciáján alapul. Lokális terápia (beöntés, kúp) rectális impactatio esetén jön szóba. Beöntést kell adni, ha az obstipáció daganatos betegség komplikációja, ami hányással/hányingerrel, a belekben nagymennyiségű széklettel és/vagy disztenzióval jár együtt. Ha széklet a végbélben, szigmabélben „pang” glicerín kúp, vagy sorbitolos beöntés a választható kezelés. Ezen beavatkozások hatása rövid időn belül megmutatkozik, az impactálódott székletet puhítják, síkosítják, nedvesítik. A különféle sók csak ezen kezelések kudarca után próbálhatók, rendszeres használatukat kerülni kell. A stimulánsok impactatio esetén ugyanis fájdalmas bélgörcsöket okozhatnak. A stimulánsok választandók viszont elsődlegesen azok esetében, akiknél a széklet konzisztencia normális, de ezt nem tudják megfelelően üríteni. A senna készítmények a preferáltak obstipáló betegnél, ha az ampullában puha széklet található.

Részleges obstrukció esetén a székletpuhítók próbálandók, de adásukat azonnal fel kell függeszteni, ha a bélpaszszáz teljesen leáll. Colosztomás betegek ellátása fentiekhez hasonlóan történik. Sztómás beteg esetén stimulánsok adása előtt az elzáródást ki kell zárni, ha a sztómazsák üres.

Gerincvelő kompresszió esetén (csigolya metasztázis, velőürbe törő daganat) mellett, mindig gondolni kell obstipációra, ha a betegnél új jellegű hátfájás, alsóvégtagokba sugárzó neurogen fájdalom jelenik meg. A spinális kompresszió a colon motilitás csökkentése, a sphincter kontroljának elvesztése következtében okozhat obstipációt. Paraplegiás betegek esetén gyakori, hogy manuális széklet evacuatióra van szükség. Ezen betegek esetén hasznos lehet a cisaprid.

A laxatívum tolerancia elkerülése érdekében időnként gyógyszermentes periódusokat kell beilleszteni azoknál akik tartós laxatívum kezelésre szorulnak, hosszú életkilátás mellett.

A terápia hatását folyamatosan ellenőrizni kell, hogy a túl-

kezelést (hasmenés!) megelőzzük. A betegek oktatása/felvilágosítása a kezelés fontos része kell, hogy legyen. Ez különösen a „visszaesések” megelőzésében fontos.

Irodalom: 1. Holmes S.: Use of a modified symptom distress scale in assessment of the cancer patients. Int. J. Nursing Studies 26, 69-79, 1989. – 2. Sykes, N.: Clinical comparisons of laxatives in hospice. Palliative Medicine 5, 307-314, 1991. – 3. Portenoy R. K.: Constipation in the cancer patient: causes and management. Medical Clinics of North America 71 (2), 303-311, 1987. – 4. Bruera E., Suarez-Almaz M., Velasco A. és mtsai.: The assessment of constipation in terminal cancer patients admitted to a palliative care unit: a retrospective

review. Journal of Pain and Symptom Management 9 (8), 515-519, 1994. – 5. Cefalu C. A., Mc Knight G. T., Pike J. L.: Treating impaction: a practical approach to an unpleasant problem. Geriatrics 36 (5), 143-146, 1981. – 6. Ripamonti C., Conno F., Ventafridda V. és mtsai.: Management of bowel obstruction in advanced and terminal cancer patients. Annals of Oncology 4 (1), 15-21, 1993. – 7. Berger A., Portenoy R. K., Weissman D. E. (szerk.): Principle and Practice of Supportive Oncology, Lippincot-Raven, 1998. – 8. Klustersky J., Schimpff S. C., Senn H.-J. (szerk.): Handbook of Supportive Care in Cancer, Marcel Dekker, 1995. – 9. Doyle D., Hanks G. W. C., Macdonald N. (szerk.): Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press, 1994.



BUS – OXY Egészségügyi Gázforgalmazó Kft.

Fő tevékenységi körünk a házi betegellátás

- Az egészségügyi ellátásra jogosultak lakására kiszállunk, betanítjuk az eszközök használatát, cseréljük és karbantartjuk a palackokat.
- Országos hálózatunk biztosítja az ellátás zavartalanságát. Hétfőtől péntekig 24-72 órán belül kiszállunk.
- Ellátásunk belföldi, - külföldi betegekre, orvosi rendelőkre, intézményekre egyaránt vonatkozik.
- Mindennemű oxigénpalack töltését, palackok és reduktorok karbantartását vállaljuk.

Kirendeltségeink:

Budapest, Pest megye:

1221 Budapest, Kanyargó u. 25.
Telefon: (06-1) 226-3655

Fejér, Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom-megye:

2824 Várgesztes, Somhegy u. 3.
Telefon: (06) 34-493-985

Jász-Nagykun-Szolnok, Heves, Nógrád-megye:

3348 Szilvásvárad, Liget u. 6.
Telefon: (06) 36-355-308

Bács-Kiskun, Békés, Csongrád-megye:

6791 Szeged, kiskundorozsma, Dunnyés u. 6.
Telefon: (06) 62-477-986

Baranya, Somogy, Tolna-megye:

7121 Szálka, Kossuth Lajos u. 62.
Telefon: (06) 74-409-503

Vas, Veszprém, Zala-megye:

8351 Sümegprága, Rákóczi u. 45.
Telefon: (06) 87-351-681



ISO9002

A fájdalom „felszabádítása” végül is a felvilágosodásnak köszönhető. A felvilágosodás óta a fájdalomérzetet nem tekintjük természetesnek. Az ipari forradalom óta pedig tudjuk, hogy a technikai fejlődés újabb és újabb megoldásokat talál a fájdalomérzet csökkentésére. Ma már nem csak egy egyszerű fejfájást lehet hatékonyan gyógyítani; a tumoros megbetegedések okozta fájdalmat sem kell eltűnünk. Az elmúlt évszázadok fejlődése nyomán a fájdalomcsillapítás mára alapvető emberi jogunkká vált.

„2000 – a Fájdalomcsillapítás Éve” kampány

A Magyar Rákellenes Liga – a WHO ajánlásával és az Association of European Cancer Leagues (Európai Rák Ligák Szövetsége) egyetértésével – a 2000 évet a Fájdalomcsillapítás Évének nyilvánította. Célünk az, hogy fejlődjön a fájdalomcsillapítás kultúrája Magyarországon. Szeretnénk tudatosítani: hatékony fájdalomcsillapítással életeket hosszabbíthatunk meg, életminőséget javíthatunk!

A Magyar Rákellenes Liga kezében egyetlen eszköz van: a médián keresztül tájékoztatás. Arra kérjük Önt, hogy segítse kampányunkat, amelyet a „2000 – a Fájdalomcsillapítás Éve” jegyében szervezünk. 2000. évi munkánk célja, hogy elindítsunk egy társadalmi tudatformálást a tumoros megbetegedések hatékony fájdalomcsillapítása érdekében. Szeretnénk egész évben különböző programokkal és akciókkal fölhívni

a társadalom figyelmét a tumoros betegek fájdalomcsillapításának fontosságára, és egyben elérni azt, hogy az emberek merjenek beszélni a fájdalomukról, és orvosuktól a legmegfelelőbb fájdalomcsillapítást kérni. Szeretnénk, ha tudnák a betegek, hogy a fájdalom, főleg a tumoros betegek esetében, nem egyenlő a végzetes és visszafordíthatatlan folyamattal, hogy a csillapított fájdalommal még hosszan, harmóniában együtt lehet élni.

Ennek érdekében az év folyamán konferenciát szervezünk, különböző csatornákon (Internet, Betegtájékoztató Füzet stb.) keresztül a lehető legtöbb információt szeretnénk eljuttatni a betegekhez, érintettekhez és orvosokhoz. Kutatást indítunk annak érdekében, hogy a fájdalommal kapcsolatban, Magyarországon először, fontos adatokhoz jussunk. Mindezekről folyamatosan tájékoztatni kívánjuk a társadalmat.

A folyamat első lépéseként az a célunk, hogy a magyar társadalom értesüljön arról, hogy 2000 – a Fájdalomcsillapítás Éve, és ezzel beindítsuk azt a folyamatot, amely a fájdalomcsillapítással kapcsolatos emberi jogi és gyakorlati ismereteinket európai szintre emeli.

Kampányunk fővédnöke Göncz Árpádné,
védnöke Csákányi Eszter

