

KOVALSZKI PÉTER

GYÓGYSZERES FÜGGŐSÉGEINK, AVAGY A FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS PARADOXONJAI



...a nem kívánatos
mellékhatások még
szokványos adagok,
alkalmazás esetén
is felléphetnek.

20

A cím arra a jelenségre utal, amikor a szenvedés, a fájdalom nem adekvát enyhítése újabb szenvedések forrásává válhat. A jelenség tömegmértékű elterjedésére – részben okaira és következményeire – újabb tanulmányok sora hívta fel a figyelmet az USA-ban. Ami a gyógyszerhasználatot szabályozni hivatott szervek lázas tevékenységéhez vezetett. A gyógyszerfüggőség – és ezen belül a fájdalomcsillapító-függőség – elterjedését egész sor kulturális, szociális és közegészségügyi vonatkozású tényező befolyásolja. Az egyik tanulmány (<http://www.acpm.org/?UseAbuseRxClinRef>) szerzője kiderítette, hogy milyen gyakori a betegek körében az orvosi utasítások semmibevétele. A szabad elhatározásból, orvosi javallat nélküli – örömszerzési és kísérletezési célzatú – használatnak az ideális szabad emberi akarat, a racionális cselekvés és a morális döntésképesség szenvedni kárát. A droghasználat igenlői persze, a még szabadabb döntéshozatalt, az igazi következetes szabadságválasztás jogát védelmezik... Igen sok esetben azonban az orvos vezeti be a gyógyszerhasználatot – téves diagnózis vagy gyógyszerválasztás, adagolás vagy utánkövetés folytán.

A vegyi/droghasználati rendellenességek esetében megkülönböztetjük a nem tiltott (engedélyezett) anyagok nem helyes, „nem előírás-szerű” használatát (dohánytermékek, alkoholos italok, pszichotróp gyógyszerek), illetve a tiltott anyagokét (ópium, heroin, kokain, marijuána

stb.). Ami a pszichotróp (pszichoterapeutikus) anyagokat-gyógyszereket illeti, ezeknél – hatásuk és gyógyászati felhasználásuk alapján – négy fontosabb kategóriát különíthetünk el: a) fájdalomcsillapítókat (ópium-, heroin- és opioidszereket; így hydrocodon, oxycodon, fentanyl, methadon), b) nyugtatókat (benzodiazepineket: alprazolam, lorazepam, diazepam), c) altatókat (barbiturátok, zolpidem stb) és d) serkentő-stimuláló gyógyszereket (amfetamin-szerű gyógyszerek, methylphenidate stb.). Ezeknek az anyagoknak, gyógyszereknek a használata függőséghez vezethet, annak minden káros következményével. Logikusan átgondolva: egy idült, hosszan tartó betegség megfelelő és eredményes kezelése is egyféle „függőséget” eredményez, ha a hatásos gyógyszert állandóan használni kell, mert ellenkező esetben a betegség kiújul, a panaszok – így a fájdalom – visszatérnek. Ez viszont a gyógyítók ellenőrzése mellett, a szükségnek megfelelően, az esetleges mellékhatások megelőzésével, követésével, kezelésével történik, időtartama minimalizálható.

A fájdalom megszüntetésének, enyhítésének elvárása – mi több: követelése – teljesen érthető és respekálható magatartás a szenvedők részéről. A minden eszközzel, mindenáron és mihamarább viszont már problematikusabb – és adekvát, megfontolt és körültekintő választ kíván a gyógyítóktól; az orvosi tevékenységet, így a gyógyszeres kezelést is szabályozó hatóságoktól. Úgy hús évvel ezelőtt kezdett a hangsúly áthelyeződni a mindenáron, minden eszközzel és mihamarább történő fájdalomcsillapításra. Pár évvel később észrevehetővé vált az opioid fájdalomcsillapítók felírásának gyors növekedése, majd szinte párhuzamosan a fájdalomcsillapítók okozta elhalálozások gyors megszorodása. A fájdalmat a „hatodik életjelnek” nyilvánították; amivel az a gond, hogy míg a többi életjel mérhető, regisztrálható – alapvető életműködések megnyilvánulása –, addig a fájdalom meglehetősen szubjektív tünet. S még így is elfogadható lenne ez, ha itt csupán a fájdalomnak tüneti értékét, betegségjelző tulajdonságát tekintjük.

Itt jegyzendő meg, hogy meg kell különböztetnünk a heveny (akut) fájdalmat, amelyet egy heveny megbetegedés okoz (pl. angina koszorúsér-betegségnél, heveny hasi fájdalom vaskbélgyulladásnál vagy végtagi fájdalom a töréseknél), az idült fájdalomtól (pl. mozgásszervi betegségek, fibromialgia, idült idegzsábák). Míg az előzők időben korlátozottak, és eredményes kezeléssel a fájdalom megszűnik, addig az utóbbiak elhúzódók, visszatérő jellegűek lehetnek, potenciálisan állandó fájdalomcsillapítás szükségéhez vagy igényéhez vezethetnek. Ez pedig kialakíthatja a függőséget.

E fájdalomközpontú megközelítés viszont összekapcsolódott a gátlástalan fájdalomkezelés és -csillapítás igényével, annak társadalmi szintű kiterjesztésével. A fájdalomcsillapításból már-már „emberjogi” kérdést gyártottak a jó szándékú nem hivatalos jogvédő buzgólkodók, természetesen a média hathatós közvetítésével – és az érdekelt gyógyszercégek jelentős, esetenként pénzbeli támogatásával! És közvetlenül ide társultak más érdekeltek is – természetszerűen a fájdalomcsillapítók gyártásában és forgalmazásában érdekelt gyógyszercégek, valamint az jogászvilág „orvosiműhiba-vadászai”, hiszen a fájdalom enyhítésének elmulasztása immáron kimerítheti az orvosi műhiba fogalmát. Ennek következményei aztán leszivárogtak a szélesebb társadalomba – elvárások, magatartások, gyakorlatok formájában. E folyamat pedig befolyásolta nyilván a gyógyítói gyakorlatot is – így alakultak ki lazább attitűdök a fájdalomcsillapítók rendelésénél és alkalmazásuk, szükségességük követésénél. A gyógyszergyárok is részt vettek

e kampányban – közvetlenül hirdetésekkel, orvosok „győzködésével”, törvényhozói lobbizással –, esetenként nem riadva vissza a törvénszegő magatartásoktól sem. Ide sorolhatók a megvesztegetések, a mellékhatásokról való tájékoztatásáról elmulasztásáról, melyekre mind volt példa az elmúlt években.

Ez év szeptemberében jött ki egy átfogó jelentés a Substance Abuse and Mental Health Services Administration-tól (SAMHSA) az ún. pszichotróp gyógyszerekként minősített négy kategória (fájdalomcsillapítók, nyugtatók, altatók, serkentők) tavalyi (2015-ös) használatának felméréséről, illetve ezek helytelen, illetéktelen, és esetenként illegális alkalmazásáról. A felhasznált és módosított/javított kérdőív a National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) címet viseli. A tanulmány meglehetősen sötét képet fest az USA-beli állapotokról.

Tavaly az USA-ban összesen mintegy 119 millió (44,5%) 12 éves vagy afelületi életkorú amerikai használt valamilyen – a fenti kategóriákba tartozó – pszichotróp gyógyszert; ebből 97,5 millió fájdalomcsillapítót (36,4%), 39,3 millió (14,7%) nyugtatót, 12,7 millió (6,4%) serkentőt, és végül 18,6 millió (6,9%) altatót. Az összes használók 84,1 százaléka nagyjából helyesen, előírászerűn használta ezeket. A fentebb megadott összszámba beletartoznak a korrekt módon, orvosi vényre, orvosi irányítással, megfelelő adagban és időtartammal használók adatai, úgyszintén mindazok is, akik helytelenül, szabályellenesen („misuse”) használták. Helytelen használatnak minősül minden olyan helyzet, amelyben a gyógyszer nem orvosi felírással, gyógyszerertárból, nem megfelelő adaggal, módon, időtartammal, nem megfelelő időben és panaszra, nem megfelelő úton bejuttatva kerül használatra! A panasz helyessége önmagában még nem elegendő a helyes használatához! Ide tehát összesen 18,9 millió egyén, azaz 7,1% tartozott. Ily módon 12,4 millió (6,4%) használt helytelenül fájdalomcsillapítót, 2,3% nyugtatót, 2,0% serkentőt, 0,6% pedig altatót.

Megvizsgálták azt is, mi végett kezdték el a gyógyszerfogyasztást. Itt jó részben az adekvát tünet (panasz) csökkentése volt a motiváció, a nyugtató hatás; de szerepelt a kíváncsiság, a „*placet experiri*”, a kellemes közérzet elérése is, hogy más szerek hatását erősítsék, vagy mert gyógyszerfüggőségbe kerültek; a serkentők esetében bejött a teljesítmény, a koncentráció növelése, a fogyás is.

Korcsoportonként a 18–26 évesek vezettek gyakoriság szempontjából minden kategóriánál, de szépen szerepeltek a serdülők is, főleg a használat elkezdése vonatkozásában. Nembeli különbségek is voltak: a férfiak valamivel az élen álltak minden kategóriában, kivéve az altatókat.

Más érdekes adat volt a használt gyógyszerek beszerzési forrása. Itt baráttól vagy rokontól szabadon kapott, megvett vagy eltulajdonított (azaz lopott) volt a legjelentősebb mintegy 53,7 százalékkal, ezt követte a saját orvosi vényvel megszerzett (tehát törvényes eredetű) vagy rendeléből/patikából lopott (36,4%). (A lopást 0,7% ismerte el.) Akik több orvostól is szereztek be vényt ugyanarra a gyógyszerre, 1,7% százalékat tettek ki. Kábítószer-kereskedőtől vagy idegentől vásárolt mintegy 4,9%, más, meg nem nevezett módon még 4,9%. Tehát van piaca is e termékeknek.

Hogy hányan részesültek kezelésben függőségük megszüntetése végett 2015-ben? Mintegy 3,7 millióan. Ez történhetett bárhol: kórház, sürgősségi szoba, járóbeteg rendelő, rehabilitációs intézet, Alcoholics Anonymous vagy Narcotics Anonymous. Lebontva egyes szerekre: fájdalomcsillapítók helytelen használata miatt az egyének 22,4 százaléka, nyugtatók miatt 8%, serkentők miatt 3,4%, altatók miatt 3,4%. A tiltott drogok és engedélyezett (de helytelenül használt)

gyógyszerek fogyasztásánál is érdekes átfedéseket látunk. Igen gyakori a fájdalomcsillapítók, nyugtatók és altatók együttes használata a heroin- és kokainfüggők esetében. Ez ritkábban észlelhető a marijuanafogyasztók esetében, amely e gyógyszeres függőségeknél nagyobb arányú.

A Baker Institute for Public Policy (Texasi Rice University) – saját felmérések alapján – droghasználattal foglalkozó tanulmányt tett közzé. A következtetések az alábbiakban foglalhatók össze: a) az alkoholfogyasztás sokkal nagyobb méretű személyes és társadalmi károkat okoz, mint a drogok és gyógyszerek illetéktelen használata; az illegális drogok kevesebb mint 20 százalékát teszik ki a vegyi anyagok használatához kötődő rendellenességeknek (substance use disorder); b) a marijuána szerepe – mint a súlyosabb droghasználat „kapuja” – túl van értékelve: a 60 év alatti lakoságnak több mint fele próbálkozott véle, de kevesebb mint 10 százaléka használja rendszeresen; c) kevesen fordulnak veszélyesebb drogok felé: a kokain havi rendszeres használata 0,6 s a heroiné 0,2%; d) a problémásnak tekinthető droghasználat mértéke évtizedeken át stabilnak mutatkozik, ami megkérdőjelezi a drogok elleni háború eredményességét és létjogosultságát; e) most, hogy az új heroint használók 90 százaléka fehér lakos, a politikusok és más hivatalos személyek hajlamosabbak az opioidfüggésnek betegségként történő kezelésére és dekriminalizálására (sic!); f) a traumatikus gyermekkor, pszichés betegségek jelenléte és az anyagi nehézségek sokkal jobb előrejelzői a droghasználat veszélyének, mint a drogok könnyű elérhetősége.

A szerzők – és maga az intézet – egy liberálisabb, engedékenyebb, dekriminalizálásra, engedélyezésre, esetleg megelőzésre és kezelésre irányuló drogpolitikát javasolnak. Ez egyébként a marijuána esetében már meg is indult, ugyan nem a szövetségi, de állami szinten. A szabad, törvényes eladásból származó adóbevételek pedig jól jönnek a kiürült állami és helységi kasszáknak. A marijuána alkalmazása helyenként engedélyezett fájdalomcsillapítás céljából, orvosi vényre felírható; ez gyakran bizonytalan és elemőrizhetetlen megfigyelésekre alapozott, nem megfelelően szabályozott, s így visszaélésekre ad módot.

Más a helyzet a helytelen gyógyszerhasználat és elsősorban az opioid fájdalomhasználat esetében. Mely észlelések vezethettek ehhez a helyzethez? A teljesség igénye nélkül sorolnám fel az alábbiakat: a) több amerikai használt a tavaly fájdalomcsillapítókat, mint dohánytermékeket összesítve (cigaretta, szivar, pipa stb.); 38% (ebbe az illegálisan beszerzettek 4 százaléka is beletartozik) vs 31%; b) a modern opioid fájdalomcsillapítók meglehetősen hatásosak, az idült fájdalmas betegségek (így pl. mozgásszerviék) gyakoriak; c) e fájdalomcsillapítók megszokáshoz vezethetnek, adagemelést igényelhetnek; d) 2014-ben mintegy 19 000 amerikai halt meg opioid fájdalomcsillapító túladagolása következtében, ugyanakkor mintegy 15 000 amerikai gyilkoltak meg; e) 2008-ban a világ opioid termelésének mintegy 80 százalékát amerikaiak fogyasztották el; f) az opioid helytelen használatának összköltségét tavalyra kb. 79 milliárd dollárra becsülte egy kutatószervezet.

Sok kezdeményezés indult be az idén, amelyek az opioid fájdalomcsillapítók – akár törvényes, akár törvénytelen – használatát hívatottak csökkenteni. Ezek közé tartoznak a Fehér Ház és Obama elnök meghirdette politikai kezdeményezések, az orvosi vényírások megszorítóbb szabályozása, a biztosítótársaságok beavatkozásainak ellenőrzése, a széles közvélemény tájékoztatása, szerződéskötés beteg és orvos között e szerek kizárólagos felírására stb. Ide tartozik pl. az opium és opioid anyagok ellenanyagának, a naloxonnak a szabad kiosztása

drogfüggők között, esetleg kombinált kiszerezése a fájdalom-csillapítónak naloxonnal együtt, mely gátolja és megelőzi az opioid légzésbénítő hatását. E légzésbénítés a leggyakoribb közvetlen halálok ezen mérgezéseknél, túladagolásoknál!

Végül hadd fejtssem ki személyes véleményemet is e kérdéskörben, mely részben saját gyógyítói/konzultáns gyakorlatomból, részben orvos-igazgatói tapasztalatomból származik.

1) A fájdalom kezelésénél mindkét irányban történnek hibák; néha alul-, néha túlkezeltség áll fenn a fájdalomcsillapító megválasztása, adagolása, időzítése, esetleges kombinált használata vonatkozásában egyaránt.

2) Az opioid fájdalomcsillapítók valóban hatásosak lehetnek idült fájdalmak (pl. ideg- és mozgásszervi eredetűek) esetében.

3) Igen gyakran azonban a fájdalom és az egyéb természetű szenvedés határai elmosódnak, a beteg egyként vagy összefüggőként ítéli meg őket, és az orvos nem igyekszik eléggé tisztázni sem maga, sem betege számára ezek különbözőségét. Van olyan depressziót kezelő gyógyszer például, amelyik idegi fájdalomra is jó lehet, elősegítve nemcsak a kombinált alkalmazást, de a konfúziót is.

4) Néha kényelmesebb és egyszerűbb az orvosnak megújítani a felírást, esetleges adagemeléssel egybekötve, mint kivizsgálni a panaszok változásának, a gyógyszerigény növekedésének okait.

5) A nem gyógyszeres fájdalomcsillapítás (fizikális gyógmódok, fizio- és pszichoterápia) módszerei alulalkalmazottak. Sajnos ezek gyakran drágábbak, körülményesebbek, hosszabb időbe telik hatásuk érvényesülése, ami az amerikai (de nem csak) fogyasztó „instant gratification” („add meg, Uramisten, de most mindjárt!”) elvárásának nem felel meg.

Geriáter lévén, aki idős (65 év feletti) betegek gondozásával foglalkozik, hadd szóljak egy pár szót az idősek fájdalomcsillapítással kapcsolatos problémájáról. A fájdalom hatványozottan jelen lehet életükben, ugyanakkor a gyógyszer-toleranciájuk csökkent számos ok miatt, így a nem kívánatos mellékhatások még szokványos adagok, alkalmazás esetén is felléphetnek. Az opioid típusú fájdalomcsillapítók – de a többi pszichotróp szer – esetén is gyakori probléma a székrekedés, a zavartság megjelenése vagy fokozódása, az egyensúlyhiány fellépése és fokozódása következményes esésekkel és csonttörésekkel, étvágycsökkenés, dehidráció. Ezek gondozott betegek esetében nem a beteg, hanem gondozójának, kezelőjének hibájából történnek meg. A nem gyógyszeres, egyéb terápiás beavatkozások alkalmazása még fontosabb. Az értekezni nem tudó betegek esetében a fájdalom jelzése elégtelen, néha csak fokozódó zavartságban, viselkedészavarokban nyilvánul meg – ekkor az orvos alapos vizsgálata, a beteg megfigyelése még fontosabb, úgyszintén a megfelelő fájdalomcsillapítók alkalmazása. Egyébként időseknél is gyakori a fájdalom és okainak fel nem ismerése mellett annak alulkezelése is.

E függőség és annak következményei minden bizonnyal fellelhetők más társadalmakban is, meglehetősen „globalizált” ez is, amelynek tanulmányozása, helyi befolyásolása mindenütt indokolt és szükséges.

■ VÁLOGATOTT FORRÁSMUNKÁK

Arthur Hughes et al.: *Prescription Drug Use and Misuse in the United States*. Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. at: Samsba.gov., September 2016

Timár Andrea: *Az addikció kulturális és kritikai elméletei*. Helikon 2016. 1.

Jeff Falk: *New Baker Institute charts provide picture of drug use in the United States*, at <http://news.rice.edu/2016/0815>

The Brian C. Bennett Drug Charts: <http://bakerinstitute.org/bennett-charts>

„Rx for Drug Policy: A New Paradigm”. Policy report <http://bakerinstitute.org/files/9300>

Florence, S. et al.: *The Economic burden of prescription opioid overdose, abuse and dependence*. In the United States, 2013. Medical Care 09/15/2016.

Bret Stetka: *Unintentional Drug Poisoning Deaths: A National Epidemic*, Medscape, 2010 at: Medscape.com, Medscape Psychiatry, Disclosures, June 28, 2010.

Ingraham, Christopher: *Prescription painkillers more widely used than tobacco products, new federal study finds*. Washington Post, Wonkblog, Sept. 20, 2016, washingtonpost.com

