

DR. BERTA GYULA

FÉLREÉRTÉSEK,
TÉVEDÉSEK ÉS HIBÁK

A LÉGZŐSZERVI BETEGSÉGEK GYÓGYÍTÁSÁBAN

Első kiadás

A AMEGA KÖNYVEK

© Dr. Berta Gyula, 2011

Első kiadás

ISBN 978-963-08-3012-6

Amega könyvek

Kiadja:

ProMedic 5000 Kft.

Nyomda alá rendezte:

Dr. Rónai Zoltán

Nyomdai előkészítés:

Grandani Kft.

Nyomtatta és kötötte:

Reproflex Kft.

Felelős vezető: Misángyi Károly

Minden jog fenntartva.

BEVEZETÉS

Félreértések, tévedések és hibák kísérik végig az életünket, minden tevékenységünket. Nem tudjuk ezeket elkerülni beteg- vagy orvosmivoltunkban sem. A továbbiakban azokról a tévedésekről, hibákról lesz szó, amik az egészséget, a betegséget és a gyógyítást érintik, ezért következményeik súlyosabbak lehetnek, mint az élet sok egyéb területén.

Sokszor magunk rájövünk, hogy hibáztunk-tévedtünk, máskor felhívják a figyelmünket a hibáinkra. Ez az írás ilyen, jó szándékúnak szánt figyelmeztetés: a hosszú orvosi gyakorlatomban összegyűjtött tapasztalatokat szeretném megosztani az olvasókkal, olyan hibákat, amik között bőven vannak olyanok, amiket magam is elkövettem. Szándékom nem a kioktatás, hanem az, hogy a *betegek* és az *orvoskolégám* tanuljanak mások hibáiból, és lehetőleg ne kövessék el azokat.

Dr. Berta Gyula

1.

LÉGÚTI ALLERGIÁS BETEGSÉGEK

Allergia

A betegek az allergia kifejezést *nagyon tág értelemben használják*, ezzel a szóval helyettesítenek szinte minden kellemetlen érzést kiváltó dolgot, személyt, mindazokat, amiket vagy akiket nem szívesen látnak a környezetükben. Emiatt születnek az alábbi kijelentések: allergiás vagyok a Karácsonyra, allergiás vagyok a fél világra, allergiás vagyok a főnökömre, az anyósomra, a férjemre. Ennek a következménye az is, hogy *nem allergiás betegségről, hanem általában allergiáról beszélnek*. ALLERGIÁM VAN – mondja nagyon sok beteg.

Jó, ha az orvos már az első alkalommal tisztázza, hogy az „allergia” nem azonos az allergiás betegséggel, hanem csak az egyénnek egy kóros reakciómódja, ami önmagában nem ad semmiféle információt arra nézve, hogy milyen *betegsége* van a páciensnek. Azt szoktam mondani, hogy az „allergiám van” kifejezés körülbelül annyira igazítja útba az orvost, mintha azt mondaná a beteg, hogy „fájásom van”, és abból kellene kitalálni, hogy hol a baj. Ilyenkor rákérdőzök a leggyakoribb allergiás betegségek tüneteire, és akkor mindjárt leszűkül a kör. A szóhasználat: „allergiám van” akkor is megmarad, amikor mindezt tisztáztuk, de érdemes minden alkalommal utalni a helyes kifejezésre.

Az orvosok körében nagyon gyakori az a szokás, hogy azokat a betegeket, akiknek furcsa, a szokásostól eltérő tüneteik vannak, és/vagy a feltételezett betegség nem javul a szokásos terápiára, allergiásnak minősítik, és „lássa allergológus” beutalóval allergológiai szakrende-

lésre küldik. Leginkább a légúti és a bőrtünetek esetében van ez így. Ilyenkor a betegben is tudatosítják, hogy „allergiás”. A beteg kap ezen a feltételezett diagnózison, mert allergiásnak lenni azt jelenti, hogy az embereknek ahhoz a táborához tartozik, akikről annyit beszélnek, írnak, és képeket mutatnak a televízióban. A rejtélyes, terápiára nem javuló „allergiás köhögésekről” leginkább az derül ki, hogy az asztma köhögéssel variációjáról van szó, vagy a légútinak látszó tüneteket a GERD extraoesophageális formája okozza. Egyik sem javul a szokásos köhögéscsillapító, nyákoldó, köptető kezelésre.

Az „allergia-vizsgálat”

A betegek fetisizálják az allergológiai vizsgálatot. Számos beteg „allergia-vizsgálatra jöttem” bejelentéssel érkezik a rendelésre, ami korántsem azért van, mert csak vizsgálatot szeretne. Ő azt is várja, hogy segítsenek a betegségén, de úgy gondolja, hogy az „allergia-vizsgálat” önmagában meg fogja oldani a baját.

Vannak betegek, akik évente, két évente újabb „allergia-vizsgálatot” szeretnének, bár a tüneteik ugyanazok, a tünetkiváltó évszak, helyszín, stb. nem változott, az alkalmazott kezelés megnyugtató javulást hozott. Rákérdezésre szinte mindig kiderül, hogy az újabb vizsgálatról a beteg többnyire azt várja, hogy ha a vizsgálat eredményeként fény derül egy újabb allergén-pozitivitásra, akkor más kezelést fog kapni. Ilyenkor az orvosnak nem kell sajnálni az időt arra, hogy elmagyarázza: az alkalmazott kezelés nem változik attól, hogy ha kiderül, hogy a beteg még egy fűfajtával vagy pollencsoporttal szemben lett érzékeny, vagy netalán egy újabb penészgomba-pozitivitás derül ki.

Nehéz megmagyarázni azt is, hogy ha több allergénnel mutatott pozitív eredményt az allergológiai vizsgálat, akkor is csak azok állnak a tünetek hátterében, amik az adott tüneteit okozhatják. Hiába van

pozitív lelet pl. az aranyhörcsög szőrére, ha a betegnek csak májusban és júniusban vannak szénanáthás panaszai, máskor soha, bár az aranyhörcsög egész évben a környezetében van, nem kell egész évben gyógyítani. Ennek a fordítottja: ha a betegnek csak egy bizonyos lakásban (barát, barátnő, nagymama a leggyakoribb) van szénanáthás vagy asztmás tünete, és a háziporatka vagy penészgomba szentizáció *mellett* pollenekkel is pozitív, akkor a pollen-pozitivitás csak melléklelet, és nem kell a kezelést kiterjeszteni egész nyárra. Nyáron is csak akkor, ha abban a bizonyos lakásban tartózkodik (jóllehet évek múlva a pollen túlérzékenysége is okozhat tüneteket).

Nehéz szituáció, amikor a kórelőzmény szerint valóban allergiásnak tartható tünetek mellett az allergológiai vizsgálat nem mutat ki pozitív eredményt. Hiába tartjuk allergiás szezonális náthának azt a betegséget, ami évek óta pl. májusban és júniusban jelentkezik, majd elmúlik, a negatív allergológiai eredmény nem elégíti ki a beteget. De ez a helyzet akkor is, ha csak egy bizonyos helyen, vagy csak egy bizonyos étel elfogyasztása után jelentkeznek a tünetek, de a vizsgálat negatív eredménnyel jár. Az orvosnak először mérlegelni kell, hogy valóban allergiás eredetűnek tartja-e a beteg tüneteit, és ha igen, akkor meg kell magyarázni, hogy az allergológiai vizsgáló panelek (akár *in vivo*, akár *in vitro* módszerről van szó) csak a leggyakrabban előforduló allergéneket tartalmazzák, amik a betegek túlnyomó többségében kimutatják a tüneteket okozó allergént, de ezeken kívül számtalan dolog okozhatja a tüneteket. A beteget az fogja meggyőzni, ha az antiallergiás kezelésre jobban lesz.

Ellentmondás lehet a különböző időben végzett allergológiai vizsgálatok eredménye, vagy a bőrpróba és az *in vitro* vizsgálat eredménye között, amit a beteg nagyon súlyos, az állapotára káros tényként él meg, és a szemében hiteltelenné teszi az eljárásokat, és elbizonyta-

lanítja őt. Nem igazán győzhető meg azzal sem, ha a különböző vizsgálatok hibalehetőségéről, reprodukálhatóságáról és a statisztikai szignifikanciáról értekezünk.

Az eltérő eredmények *minősített esete* az, ha a beteget olyan, alternatív gyógyászati intézményben vizsgálták, ami „allergia-vizsgálatra szakosodott”. Ezeken a helyeken nem az elfogadott *in vivo* és *in vitro* módszerekkel végzik a vizsgálatot. Legalább 100 allergénre „megvizsgálják” a beteget, és a legtöbb esetben tucatszámra mutatják ki azokat a dolgokat, amire allergiás. Ezzel szemben mi, a szakmailag elfogadott módszerekkel csak alig vagy egyáltalán nem találunk pozitív eredményt. Szerencsére a pozitív leletek egy része olyan, aminek tünetkiváltó szerepét a beteg is lehetetlennek tartja, mivel soha nem találkozott olyan állattal, nem evett olyan ételt, stb., de továbbra is gyanakodni fog, hogy kinek is van igaza.

Rejtélyes allergének

A perzisztáló panaszok háttérében feltételezett allergének tisztázása sokszor rendkívül nehéz feladat. Türelmes orvos, és értelmes, világosan gondolkodó beteg kell hozzá. Utóbbi sem az iskolázottságtól, sem a társadalmi állástól nem függ. A saját gyakorlatomban legtöbbször a beteg saját, logikus megfigyelése vezetett eredményre, hiszen annyira egyedi és sokféle lehet a kiváltó allergének köre, hogy az orvos képtelen mindenre rákérdezni.

Kétségtelen, hogy vannak az orvos által ismert, de *nem szokványos allergénforrások*, amikre a kórelőzmény felvételekor érdemes rákérdezni. Ilyenek a *tárolási atkák*. Ezek éléskamrákban, terményraktárakban vannak leginkább, szenibilizáló és tünetkiváltó szerepük nem is annyira ritka – ha gondol rá az allergológus, és elvégzi a bőrtesztet. A pozitív eredmény ilyenkor gyakoribb, mint gondolnánk.

Sokszor lehet kideríteni *penészgombák* szerepét. Ezek általában rejtett helyeken vannak (ottfelejtett ételmaradékok, a szekrények mélyén lapuló tisztítatlan, földdel szennyezett cipők, használati tárgyak), csak akkor kerülnek elő, ha a gyanú említésekor nagytakarításba kezd a beteg.

A *szobanövények* nem elsősorban mint növények okoznak túlérzékenységet. (A *ficus benjamin* viszont gyakran szerepel kazuisztikákban allergiás betegség kiváltójaként.) A szobanövények tövén és az edényben levő föld felszínén nagy mennyiségben megtalálhatók viszont a penészgombák telepei, amik már felelőssé tehetők az otthon fellépő tünetekért.

A *lakásépítéssel, barkácsolással, lakberendezéssel* összefüggő alapanyagok, festékek, ragasztó, habosító, felületkezelő és konzerváló szerek mind lehetnek allergiás vagy azzal összetéveszthető irritatív tünetek okozói. Azon túl, hogy ezeknek az azonosítása szinte lehetetlen, jellegük, összetételük gyorsan változik, és egyre több ilyen faktossal kell számolni. Eltávolításuk a beteg környezetéből a legtöbbször reménytelen feladat.

Sok fejtörést okoz, amikor annál a betegnél, akinek évek óta csak valamelyik tavaszi–nyári hónapban vannak jellegzetes tünetei, *egyik nappól a másikra*, télen is heves, a nyárihoz hasonló tünetek lépnek fel, és a szokásos környezeti allergénnel szemben nem lehet túlérzékenységet kimutatni.

Ilyenkor az orvos első kérdése legyen gyermek esetében az, hogy került-e a házhoz olyan *hobby-állat*, amit a gyermek etet, felnőttél pedig, hogy foglalkozott-e valamilyen *terménnyel* a napokban (tipikus az, hogy kukoricát morzsol, kukoricát vagy valamilyen más terményt lapátolt, szellőztetett). A hobby-állat (tengerimalac, aranyhörcsög, papagáj) etetése ugyanis többnyire magvakkal történik, olyan mag-

vakkal, amik a begyűjtésükkor keveredtek az akkor szálló pollenekkel, és a felületükön megőrzött pollenek kerülnek az állatot etető beteg orrába vagy tüdejébe. A terménnyel való foglalatosságnál ugyanez a helyzet, és a kukoricának azért van különösen fontos szerepe, mert a parlagfű pollenszórása a kukorica begyűjtése előtt van, ráadásul a kukoricatáblák erősen szennyezettek parlagfűvel.

Gyanúba hozott, (majdnem) ártatlan allergének

A betegek nem ritkán gyanúsítanak olyan dolgokat allergiás tünetek kiváltásával, amik ártatlanok abban.

Pollenszemcsék

A fűpollen szezonban, *május–júniusban* jelentkező allergiás rhinoconjunctivitis esetében a betegek többsége azt gondolja, hogy a tüneteit a *nyárfa* fehér pihéi okozzák. Kétségtelen, hogy a nyárfáról májusban szállongó gusztustalan, ragadós, szemetelő szösz beborítja az utakat, a kerteket, beleszáll az ember szemébe–szájába–orrába, de *nem allergén*. A *nyárfa márciusban virágzik*, virágpora gyenge allergén és a virágzás ritkán húzódik el ápriliséig, de semmiképpen nem május–júniusig. A fehér- és a szürke-nyárfa május elején hoz termést, *a fehér szőr-üstökök, amelyek a levegőben szállnak, a mag szőrei*, tehát a termést szállítják és nem a virágport (Juhász Miklós professzor szíves közlése). Ennek a tévhitnek számos nyárfa esik áldozatul országszerte. A szőr-üstökkel (szösszel) kapcsolatos ellenérzésnek annyi köze azért lehet a pollen allergiához, hogy az ekkor bőven szálló fűpollen erre ráragad, és koncentrálódhat, és a szösszel együtt a beteg orrához, arcához juthat.

Ugyancsak a fűpollen szezonban virágzik az *akác* és a *bodza*, amiket szintén sokan felelőssé tesznek a tünetekért, de egyikük sem jelentős allergén.

Csekély, de nem elhanyagolható allergén-potenciálú a *platán*. Az utóbbi években ugyan mintha növekednék a platán-allergénre pozitív betegek száma, arányuk mégis elhanyagolható a többi pollen-allergiához képest. Nincs alapja tehát azoknak a tömegtájékoztatási eszközökben időnként megjelenő követeléseknek, hogy vágják ki a platánfákat. Ennyi erővel minden természetes és termesztett fűszálat is ki kellene irtatni.

Ételallergia

Gyakori jelenség, hogy ha nem sikerül a szokásos allergéneket kimutatni, *ételallergiára* gondolnak a *betegek és orvosok* egyaránt.

Táplálék-allergia okozta *légúti tünetek igen ritkák*, de bizonyos, hogy más (bőrgyógyászati, emésztőszervi eredetű) betegségekben *sem olyan gyakori etiológiai tényező a táplálék-allergia, mint ahányszor feltételezik*.

A táplálék-allergia kiderítése az egyik legnehezebb, allergológust próbáló feladat. Az ún. eliminációs diétára csak kevés beteg képes: a rendszeresen fogyasztott és a legtöbb ételben, ételalapanyagban előforduló komponensek (tej, tojás, liszt, szója) kihagyása szinte lehetetlen. Vannak ritkán fogyasztott tápanyagok, ezeknél meg lehet figyelni, hogy a tünetek csak az expozíció után lépnek-e fel, illetve van-e tünetmentes időszak akkor, amikor ezeket hosszabb ideig kihagyják.

Szerepük lehet viszont *a táplálékkal bevitt adalékanyagoknak* (ízejavítók, ízfokozók, tartósítószer, állagjavítók, színező anyagok, enzimek, stb.) és szennyező anyagoknak (baktériumok, toxinok). Külön fejezet a tejjel és hússal bevitt *hormonok és antibiotikumok* kérdése. Saját gyakorlatomban is volt néhány beteg, akinek antibiotikum-érzékenysége ismert volt, a súlyos allergiás tüneteinek fellépése esetén bizonyíthatóan nem történt a releváns antibiotikummal nyil-

vánvaló expozíció. Összefüggést lehetett viszont felfedezni ezeknél a betegeknek a tej fogyasztásával, amibe az antibiotikum a beteg állapotgyógyításakor került, és nem várták ki a tej forgalomba hozatalával az egyébként előírt türelmi időt.

Rögeszme, mint gyanúba vett allergén

Minden, allergiával foglalkozó orvos (is) találkozott már olyan beteggel, akinek meg volt az elmélete arról, hogy a környezetében levő, számára szubjektív vagy objektív tüneteket okozó személy, vagy környezet, vagy ténykedés „allergiát okoz”, azaz szerinte allergiás tüneteket vált ki. A feltételezés aztán burjánzik, színesedik, egyre nagyobb teret foglal el a beteg gondolatvilágában, nem egyszer kóros méreteket ölt, téves eszmévé válik, színeződik üldöztetési elemekkel.

Ha a beteg a *közlekedési ártalmakat* (füst, por, szag) okolja, az rendszerint egy bizonyos személy vagy embercsoport közlekedésére vonatkozik, ami a lakása közelében történik. Ugyanez a helyzet a cigarettafüsttel is.

Az (enyhén szólva) nem kedvelt személy vagy családtag dohányzása különösen ártalmas. (Én nem is értem – mondja a beteg, *másutt* miért nem zavar a közlekedés, vagy miért nem köhögök a dohányfüsttől?) Persze az elméletét hamarosan kialakítja erről.

Ha a beteg nem érzi jól magát egy *bizonyos helyen, bizonyos lakásban vagy a lakás egy bizonyos szobájában*, biztos benne, hogy a tüneteinek az az oka, hogy ott lakik, és hogy javulása érdekében változtatnia kell. Jobb (?) esetben mártírként szenved, rosszabb esetben tönkreteszi a környezetének az életét, esetenként az egzisztenciáját a változtatási követeléseivel. Kideríthető persze, hogy valóban ez a célja, csak kicsit bonyolult módon akarja véghezvinni, és a legtöbb esetben benne sem tudatosodik ez.

Gyakori „allergén-forrás”, ha a beteg lakóhelyén a közelben valamilyen mesterséget űznek, amit/akiket nem kedvel. Ilyenkor hamar kitermeli a maga „allergénjét” (füst, zaj, szag, por), és minden követ megmozgat azért, hogy az „allergénforrás” ott megszűnjön. Nem hálás feladat ilyenkor a szakértői szerep, amibe az orvos egy-egy per kapcsán kényszerül. Igazolja (a felperesnek), hogy a betegséget az a valami okozza, vagy (az alperesnek) hogy nem okozhatja.

Az allergia okán űzött civakodások kedvelt célpontja a permetezés. A beteg „bebizonyítja”, hogy a tüneteit kizárólag egy bizonyos szomszéd okozza azzal, hogy akkor, egy bizonyos szerrel, széljárással és úgy permetezi a kertjét, ahogy. Nem kellene rafinált keresztkérdések ahhoz, hogy kiderüljön: azt a szomszédot egyébként is utálja, mert... (és itt következik a szomszéd hosszú bűnlajstroma).

Ezek a panaszok nyilvánvalóan negatív indulatok áttételei és betegségtünetben való megjelenései, de a kezelésében észérvek nem segítenek, a beteg rá se hederít a negatív tesztekre, a jelenség egyedi voltára, a tudomány mai állására, stb., ugyanakkor pszichiátriai kezelést ajánlani, még burkolt formában is, nagy kockázatot jelent az orvos számára.

Mi a helyzet a bélférgekkel?

A protozoonok, bélférges és baktériumok (Giardia, Enterobius, Ascaris, Helicobacter pylori, stb.) potenciáló szerepe, elsősorban atopiás dermatitis, krónikus ekcémák, de légúti allergiás betegségek esetében is, sok évtizede foglalkoztatja az allergológusokat. Az összefüggés az utóbbi időben árnyaltabb lett: míg korábban egyértelműen károsnak tartották a paraziták, bélférges szerepét, az utóbbi időben a higiénés hipotézis hívei azt tartják, hogy a fertőzött populációban kisebb az allergiás betegségek előfordulási aránya. Azonban még a legfrissebb irodalomban is vannak közlések ennek ellenkezőjéről.

Az ellentmondás feloldható talán azzal, hogy a betegség kialakulásának esélye szempontjából lehet, hogy előnyös az átfertőzöttség, de a kialakult allergiás betegség esetében inkább káros immunológiai konstellációt teremtenek a fent említett biológiai faktorok. Kétségtelen, hogy rejtélyes esetben hiba lenne nem gondolni rá, és nem végeztetni el a mindenki által hozzáférhető, egyszerű vizsgálatokat. Manifeszt allergiás betegség esetében pozitív eredmény esetén kötelező lenne a talált parazita, baktérium, stb. eliminálása. Ez sajnos egyre ritkábban történik meg.

Az alternatív gyógyászatról

Erről a témáról külön fejezet szól. Az allergiás betegségekkel kapcsolatban rövid megjegyzésünk:

Az alternatív gyógyászat betegei között igen sok az allergiás (vagy az allergiásnak tartott). A különböző természetgyógyászati módszerek és gyógymódok nagyon gyakoriak az allergiás betegek körében. Kiemelendő ebből az „*immunrendszer erősítése*”, amit ezektől a gyógyítóktól várnak, és amit szinte minden paramedicinális beavatkozás elsőrendű indikációs területeként propagálnak. Különösen paradox ennek hangsúlyozása éppen az allergiás betegségeknel, hiszen az allergiás folyamatokra éppen az a jellemző, hogy az immunválasz erős, csak a célpont hibás, és a terápiás törekvéseink többségében az immunválasz tompítására vagy megszüntetésére irányulnak.

2.

A KÓRELŐZMÉNY

Fél diagnózis?

Tévedtek orvos elődeink, amikor azt mondták, hogy a jó anamnézis fél diagnózis. *Alulbecsülték* az anamnézis jelentőségét. A diagnózis és a beteg sorsa az esetek többségében a jó kórelőzménytől függ. Mindannyian tudunk persze olyan eseteket felidézni, amikor a további (eszközös, laboratóriumi, képalkotó, stb.) vizsgálatok megcáfolták a kórelőzmény sugallta első benyomást. Ezek emlékezetesek maradnak. Azokra is emlékezni szoktunk, ahol a diagnosztikai eljárások útvesztőiben az ismételt, célzottan felvett kórelőzmény mutatta a követendő utat. Nem tartjuk emlékezetünkben viszont azt a számtalan „rutin esetet”, ahol – ha jól tettük fel azokat – néhány kulcskérdés után szinte az első percekben tudtuk, hogy mi a beteg baja.

A helyszín és a körülmények

A rendelő

Régi vesszőparipám, hogy a „rendelő” szó a beteg és az orvos alá- és fölérendelt viszonyát sugallja. Ennek a helyiségnek a neve a *valóban* polgári társadalmakban office, Sprechzimmer, huisartsenpraktijk, le bureau de médecine, stb. Mi a beteget a rendelőbe *berendeljük*, vagy *visszarendeljük*, ott *elrendeljük* a diétáját, *rendelvényen* gyógyszert *rendelünk*, amit *az orvos utasítása* szerint naponta (...) -szer szedjen be. Ez a hierarchikus szemlélet munkánk számtalan területén tetten érhető,

de annyira megszoktuk, hogy természetesnek vesszük. Érvényesül ez az anamnézis felvételében is.

A kórelőzmény felvétele, eltekintve a rendhagyó esetektől (a beteg otthona, a természet, a munkahely) általában a rendelőben történik. Az állami egészségügy nem kényezteti el az orvosait azon a téren sem, hogy a helyiség, a környezet és a feltételek ideálisak legyenek a kórelőzmény nyugodt felvételéhez. Ehhez már az anamnézis felvétele előtti történések is hozzátartoznának: mennyit kell várakozni a betegnek, hogyan fogadja őt az asszisztens és az orvos. Köszön-e, az új betegnek bemutatkozik-e? Megfelelő helyre ülteti-e az orvos a beteget? (Tudok olyan orvosi helyiségről, ahol a betegnek nem jár ülőhely, de olyanról is, ahol az orvos magas karosszékben trónol, a beteg kis számolyon kuporog). Elbátyázza-e magát az íróasztallal, bebújva a számítógép és a műszerek mögé? Megvan-e a megfelelő intimitás a beszélgetésre? A magyar rendelői viszonyok sokszor mostohák, de a fent felsorolt, sokszor megalázó helyzet általában elkerülhető. Sok múlik az orvos személyiségén, igényességén, ötletességén, szépérzéken, stb.

Zavaró tényezők

A jó kórelőzmény nyugodt körülmények között születik (születne) meg. Ezek nagyon ritkán vannak meg egy átlagos rendelőben. Gyakran szólnak a hivatali és a mobiltelefonok, hivatalos és nem hivatalos látogatók (orvoslátogatók) kukkantanak be. Beszélgetés közben kell adminisztratív ügyeket intézni, stb. Mindezek gátolják, hogy a beteg azt érezze, hogy az orvos – most és itt – csak vele foglalkozik, ő a fontos az orvos számára.

A kórelőzmény

Amíg eljutunk a lényeghez

Ha van kellő időnk, és nem kell sürgetnünk a beteget, akkor a lényegi kérdéseink elhangzásáig végig kell hallgatnunk a beteg (rövidebb-hosszabb) beszámolóját arról, hogy ő mit képzel a betegségről, jelen állapotáról. Eközben elhangzanak az adott betegség szempontjából lényegtelen dolgok is (a lényegesekre később rá kell kérdeznünk), de annyi haszna van ennek – az időnként parttalanná váló – beszámolónak, hogy közben képet alkothatunk a beteg személyiségéről, elképzeléseiről és téveszméiről a betegségével kapcsolatban. A beteg monológja gyakran szünni nem akaró, és ekkor kénytelenek vagyunk mondandóját úgy megszakítani, hogy egy-egy előadott részlet iránti érdeklődésnek tűnjék, de tulajdonképpen a mi gondolatmenetünk irányába tereljük ezzel a történetet. Ezek a „terelő kérdések” legyenek összefüggésben a beteg által elmondottakkal. Mindeközben magatartásunknak azt kell sugározni, hogy nagyon érdekel minket az, amit ő elmond, akkor is, ha számunkra teljesen rutin, megszokott történetet hallunk is. „A jó orvos jó színész...” (Szánthó Andrásról átvéve). A türelmetlenség, sürgetés, esetleg bosszúság kimutatása a beteg előadása miatt megfagyasztja a légkört, hivatalossá (hivatalivá) teszi a találkozást, lehetetlenné teszi a jó interjút.

Hol kell elkezdeni az anamnézis felvételét?

Ádámnál és Évánál, szoktuk mondani, de legalábbis a családi anamnéziséknél. Fontos információk nyerhetők ezzel, különösen tbc-s és allergiás betegeknél. A családtagok allergiájára rákérdezve „nevesíteni” kell a gyógyszerallergiát, az urticariát, a rovarcsípés allergiát, az asztmát, mert a legtöbb beteg számára az „ALLERGIA” az allergiás rhinitist jelenti.

A *dohányzási anamnézis* számos légúti betegségnél lényeges. Nem elégedhetünk meg a „Dohányzik?” kérdés utáni igen/nem válasszal. Ha nem, akkor (ha volt) a korábbi dohányzási időtartam és cigaretta-mennyiség feljegyzendő, de igenlő esetben is fontos a dohányzás időtartama és intenzitása. Mindez rögzítendő és alkalom a dohányzás és az adott kórkép közötti összefüggés említésére (ha valóban lehet összefüggés). Az *alkoholfogyasztás mértéke*, és nőknél az *antikoncepciens* használata is rutin kérdés kell legyen. (Ez utóbbi nem lenne felesleges a gyermekgyógyászati praxisban sem a serdülőknél. Nem ritka, hogy 15–18 éves nőknél rákérdezve, több éves antikoncepciens szedés szerepel, amit nyilván akkor kezdtek, amikor még gyermekorvosi ellátást kaptak).

Ha feltesszük azt a kérdést, hogy mikor kezdődtek azok a panaszai, amiért felkeresett, többnyire azt a választ kapjuk, hogy két hete, egy vagy két hónapja, jó esetben fél éve. Ennél régebbi történéseket nem tart fontosnak a beteg az aktuális panaszával kapcsolatban. Ha szerencsénk van, több tünet esetén az egyes tünetek időtartamát is megsaccolja.

1. kulcskérdés: *Volt-e korábban és milyen gyakran volt hasonló panasz?*

Amikor azt hirdetjük több krónikus légúti betegség esetében, hogy *aluldiagnosztizáltak* (asztma, COPD, tüdőrák), ennek legtöbbször a hiányos kórelőzmény-felvétel az oka. A legtöbb krónikus betegség a természetes lefolyása során számos stádiumon megy át, mire kialakul a jellegzetes, már mindenki számára nyilvánvaló kórkép. A korai diagnózisnak a legfőbb feltétele az, hogy ismerjük és felfedezzük azokat a *kezdeti tüneteket, amik ismétlődésük alapján elvezethetnek az adott krónikus betegség diagnózisához.*

Ez azért nem könnyű, mert *ezek a tünetek általában nem specifikusak a betegségre*, könnyen összetéveszthetők banális, gyakran előforduló, múlt betegségek tüneteivel. A köhögéses, sípolásos epizódok *évekig* mint „meghűlés”, „influenza”, „tüdőgyulladás” szerepelnek, és akut betegségként kezelik őket. Nem áll össze az a kép, hogy ezek a tünetek nem időnként előforduló események, hanem egy évek óta meglévő betegség fellángolásai, epizódjai, és hogy a tünetek általában az egyes epizódok között is megvannak, csak enyhe, alig érzékelhető, a beteg által jól tolerálható formában. *Ezért kell rákérdezni, hogy korábban volt-e hasonló panasza*. Sokszor maga a beteg is sejt valamit: „Én nem értem – mondja – miért kapom meg olyan gyakran a tüdőgyulladást, asztmát, influenzát, stb., mikor a környezetemben nem betegednek meg ilyen sűrűn”. Tisztázandó, hogy hány éve és milyen gyakorisággal ismétlődnek ezek a „betegségek”, rövidül-e a két epizód közötti intervallum és milyen ütemben.

2. kulcskérdés: *Mi váltja ki a köhögését (ha van)?*

A köhögés kétségtelenül gyakori tünet, de a krónikus vagy gyakran visszatérő, illetve elhúzódó köhögés egyik leggyakoribb oka az asztma, különösen akkor, ha *jellegzetes triggererek váltják ki*. Rákérdezés nélkül a beteg a legritkábban számol be arról, hogy a nagyobb nevetés fullasztó köhögéses rohamba megy át. Ugyanezt érezheti, ha fut, lépcsőn jár, emelkedőnek megy. Fiataloknál a testnevelés órán való futás a jellegzetes, asztmás köhögést kiváltó ok. Ezek mind hiperventillációval járó manőverek. De rá kell kérdezni arra is, hogy por-, füst- vagy kipufogógáz-expozíció után nem köhög-e. Lényeges *az éjszakai köhögés*. Ritkán lehet másra gondolni (pl. refluxra) mint asztmára, ha gyakori éjszakai, rendszerint hajnali 2-4 óra közötti kö-

högésre ébred a beteg. A kérdés többnyire nagy csodálkozást vált ki. „Tényleg, hogy most kérdezi, ez tényleg így működik.”

3. kulcskérdés: *Milyen jellegzetessége van a fulladásának (ha van)?*

Sokféle érzést élhetnek meg a betegek fulladásként. A *pánikrohammal* járó szorongást, a régen *hisztériás légszomjnak* nevezett epizódokat hajlamos a beteg és az orvosok egy része is légúti betegség részének értékelni. Az ilyenkor jelentkező egyéb vegetatív tünetek (szapora szívdobogás, izzadás, szédülés, megsemmisülés-érzés, stb.) felsorolása közelebb vihet az igazsághoz.

Hasonló eredetű és valamilyen feszültséghez társuló tünet a *sóhajtási kényszer*. Ekkor a beteg azt mondja, hogy „nem tudja megtölteni a tüdejét levegővel”, „nem elég az oxigén”, görcsösen igyekszik lélegezni, és ha végre sikerül mélyet lélegezni, akkor egy darabig elmúlik a fulladás. Vagy, ha ilyenkor kinyitja az ablakot, és „friss levegőt” lélegzik be, akkor egy időre elmúlik a fulladása.

Gyakran fulladásként élik meg a betegek a *refluxhoz társuló szubszternális nyomást*. A reflux gyakran egyéb szenzációkat is kivált a mellkasban, amit a beteg a „fulladás” szóban foglal össze.

Számos esetben előfordul, hogy a beteg az *orrdugulást* hívja fulladásnak! (Elkülönítő kérdés: ha ilyenkor kinyitja a száját, akkor sincs elég levegő? Válasz: de akkor van. Ez szinte hihetetlen, de ki kell próbálni az anamnézis felvételekor – és lesz meglepetés...).

A *csak terhelésre jelentkező* fulladás az obstruktív légúti betegségek közül elsősorban a COPD jellemzője, bár a betegség előrehaladott szakában állandósulni szokott.

Az *asztmás betegnél nyugalomban is* van fulladásérzés, ami az enyhe légszomjtól a súlyos fulladásérzésig változhat. Ahogy a köhögés,

a fulladás is gyakran csak éjszaka fordul elő asztmában. Az *asztmás fulladást szinte mindig megelőzi, vagy kíséri a rohamos köhögés*. A köhögés nélküli fulladás nagyon ritka asztmában.

A fulladásnak természetesen számos egyéb oka lehet, most csak a légúti betegségek szempontjából tárgyaljuk.

Külön kategória a *savas reflux okozta laryngospasmus*. Ez a fulladások egyik legijesztőbb fajtája. Olyankor alakul ki, amikor az erősen savas refluxátum túljut a felső oesophagus sphincteren, és az epiglottisra, illetve a larynxra kerül. Itt azonnali görcsös spazmust vált ki (érthető védekező reflex), csaknem teljesen elzárva a levegő áramlását is. Ilyenkor stridoros lesz a légzés, a beteg az azonnali megfulladás érzését éli meg, pulzusa szapora, verejtékezik, pánikban van.

Az epizód percekig eltart, de ha nem oldódik hamar, akkor negyed-óraig is tarthat, sosem okoz asphyxiát (a levegő lejutásához mindig marad keskeny rés a hangszalagok között), ennek ellenére rendkívül kínos érzés. Az ügyeletes orvos vagy a sürgősségi osztály orvosa rendszerint akkor találkozik már a beteggel, amikor a súlyos fulladásos szakaszon túl van, de görcsösen köhög még (a gégetájra jutott savtól).

Az orvos a történetből azt emeli ki, hogy a beteg erősen fulladt, húzó légzési hang volt, és rohamosan köhög. Ezek a betegek mindig kapnak kortikoszteroidot és i.v. teofillint, és a diagnózis asztma lesz. Ezt a diagnózist nagyon gyakran hosszú ideig hordozzák, rengeteg antiasztmatikumot kapnak feleslegesen. Ezek a fulladásos rohamok azonban, ellentétben az asztmás bronchospazmussal *egyik percről a másikra, teljes intenzitásukkal indulnak*. A sípoló légzés valójában stridor volt, ami a roham lezajlása után legtöbbször már nem hallható.

Sok betegben viszont gyakran *nem tudatosodik* a fulladás. Csak annyit érez, „mintha össze lenne szorítva a mellkasa”, „mintha ülnének a mellkasán”, de „még nem fullad”.

4. kulcskérdés: *Van-e hörögés vagy sípolás a mellkasában?*

Ez a jelenség meglehetősen gyakori a krónikus (elsősorban obstruktív) légúti betegségekben. Érdekes módon a betegek nagy része ezt sokáig nem tartja kórosnak. Sokszor számolnak be (rákérdezéssel!) arról, hogy „megfázáskor” napokig-hetekig van ilyen hang a mellkasukban évek óta, többnyire köhögéssel együtt, de a dohányzásnak vagy a munkahelyi pornak (újabbán az autók vagy a helyiségek légkondicionálójának) tulajdonítják, csak arra nem gondolnak, hogy miért csak alkalmanként jelentkezik a tünet, és miért nem váltanak ki ezek a hatások hasonló tünetet családtagjaiknál vagy munkatársaiknál.

Ezért lényeges megkérdezni, hogy „megfázáskor” szokott-e hörögni vagy sípolni a mellkasa. Ha igen, akkor valamelyik obstruktív betegség korai szakaszáról lehetett szó, ami magyarázza a későbbi, gyakori-vá váló hasonló panaszt. A mellkasi sípolás/hörögés gyakori velejárója a COPD-nek is, de nem a korai szakban (akkor csak epizódikusan).

5. kulcskérdés: *Aktuális panaszai miatt a közelmúltban volt-e orvosnál?*

- *milyen betegséget állapított meg?*
- *milyen vizsgálatokat végeztetett el?*
- *mivel gyógyította?*

Ha a beteg őszinte, nagyon sok értékes felvilágosítást kaphatunk a válaszból, és a saját koncepciónkkal összevetve kirajzolódhat a fő irány, amerre a diagnózishoz vezető úton továbbléphetünk. A közelmúltban elvégzett röntgen-, CT- és ultrahangvizsgálat, légzésfunkció, laborvizsgálatok, allergológiai vizsgálat lelete – ha dokumentálva vannak, és megbízható helyről származnak – megtakarítanak egy csomó időt, utá-

najarást és fejtörést. A leletek és az előző orvos által alkalmazott gyógykezelés sikere, rész-sikere vagy kudarca hasznos adatok számunkra abból a szempontból, hogy a tervezett diagnosztikus úton érdemes vagy tilos továbbhaladnunk.

6. kulcskérdés: *Vannak-e más betegségei és mik azok, kezelik-e rendszeresen egyéb betegség miatt és milyen betegség miatt?*

A kérdés túl általános, ezért mindig rá kell kérdezni célzottan a keringési szervek (magas vérnyomás!) és a gyomor-béltraktus betegségeire, az anyagcsere-betegségekre (diabetes!), a mozgásszervek és az idegrendszer állapotára, a „kedélybetegségekre”, a fül-orr-gégészeti területére, a nemi szervekre és az érzékszervekre.

Ez hosszúnak tűnik, de nagyon hasznos információ több szempontból is. Egyrészt vannak jellegzetesen társuló krónikus betegségek (COPD – kardiovaszkuláris betegségek, COPD – metabolikus szindróma, COPD – mentális zavarok, asztma – reflux betegség, asztma – felsőlégúti allergiás kórképek, alvási apnoe szindróma – krónikus légúti betegségek, stb.). A társbetegségből következtetni lehet a légúti betegség mibenlétére is. Másrészt pedig a terápiánkat sokszor kell ahhoz igazítani, hogy milyen egyéb betegségekre is kell még figyelemmel lennünk (hypertonia, diabetes, osteoporosis, stb.). *A légúti betegség prognózisa szempontjából döntő az egyéb betegségek megléte vagy hiánya.*

7. kulcskérdés: *Milyen gyógyszereket szed most, illetve szedett a közelmúltban az egyéb betegsége(i) miatt?*

A válasz gyakran semmitmondó és a gyógyszerek színére, alakjára szorítkozik. Feltétlenül ki kell derítenünk azonban a jelenleg folyó

gyógyszeres kezelést, mert csak így tudjuk megakadályozni az esetenként akár végzetessé váló interakciókat.

A betegnek nincsenek gyógyszerhatástani ismeretei. A tőlünk kapott terápia számos olyan hatású szert is tartalmazhat, amelyet a beteg jelenleg is szed. Ha nem hívjuk fel a figyelmét, hogy *az egyes gyógyszereket mi helyett* írjuk, és azt a másikat el kell hagyni, a beteg nagy valószínűséggel tovább fogja szedni a korábbiakat is, és *túlada-golás miatt* lehetnek súlyos tünetei (azon túl, hogy felesleges költség-be veri magát). Arra ne számítsunk, hogy a háziorvosa legközelebb kiszűri a párhuzamosságokat, mert egy átlagos rendelésre a beteg legtöbbször „gyógyszert íratni” megy, amit az asszisztens végez el. De ha még találkozik is az orvossal, nem biztos, hogy bevallja neki, hogy tőlünk is kapott gyógyszert.

Összegzés

A kórelőzmény felvétele nagyon sok buktatóval jár. Bármennyire is azt tanultuk, hogy azt kell a kórrajzba beleírni, amit a beteg mond, ez nem így van. Ha a beteg által elmondottakat készpénznek vesszük, és azt rögzítjük, amit mondott, máris megtettük az első lépést abba az irányba, hogy a kórrajzba egy sereg hamis, félrevezető információ kerüljön be. A kórrajznak természetesen azt kell tartalmazni, amit a beteg mond, de a fent elemzettek szerint „hitelesíteni” kell ezeket a kijelentéseket, kritikai megjegyzésekkel kell ellátni, mert attól a perctől kezdve, hogy kritika nélkül leírtuk, amit a beteg mondott, örökké kísérni fogja egy csomó hamis információ. A következőkben sem mi, sem egy másik orvos nem fogja előlről kezdeni a kikérdezést, hanem a korábbi nyomon fog tovább menni (nem egyszer rossz irányba). Nem győzöm hangsúlyozni a „történelmi-régészeti” szemléletet: le kell ásni az alsó rétegekig, a dolgok kezdetéig.

Mentegetőzés

Amit leírtam, az első látásra messze meghaladja egy mai gyakorló orvos lehetőségeit, elsősorban időhiány miatt. Sok év (évtized) gyakorlat és az ezalatt kialakult „szimat” kell ahhoz, hogy lehetőleg időtakarékosan, de mégis hatékonyan lehessen alkalmazni a fenti elveket. A ráfordított idő tulajdonképpen megtérül a későbbi tévelygésekre, újabb és újabb próbálkozásokra elfecsérelt idő megtakarításával, de mindenekelőtt azzal, hogy a beteget pontosan diagnosztizáljuk, és jól gyógyítjuk.

3.

A FIZIKÁLIS VIZSGÁLAT

*„Dolgozz jó orvos,(...)
ki muzsikád ujjjaival
tapintva lelkünk, mind oda tapintasz,
ahol a baj.”
(Illyés Gyula: Bartók)*

Fizikai vagy fizikális?

A magyar nyelvű orvosi irodalom mindkét kifejezést használja. Az Amegában korábban megjelent eredeti közleményben magam a „fizikai” vizsgálatot tartottam helyesnek. A cikkre írt fejtegetésében Molnár F. Tamás professzor meggyőzőtt ennek ellenkezőjéről: „A fizikális vizsgálat (...) a fizikus, azaz az orvos által végzett testi examinációt jelenti.” Érvelését elfogadva, a következőkben én is ezt a terminológiát használom. Tekintettel a könyv – címben is jelzett – „szervspecifikus” jellegére, a mellkas vizsgálatával foglalkozom. A vizsgálat technikai részleteire természetesen nem térek ki, az a belgyógyászati propedeutika dolga.

A fizikális vizsgálat leletének dokumentálása általában sztereotíp, sematikus mondatokkal történik (ha egyáltalán), a számítógépben legtöbbször előre el van készítve a negatív vizsgálati lelet. Kényelmetlen ebbe beleírkálni, de nem haszontalan, ha mégsem annyira sematikus, amit észleltünk.

A fizikális vizsgálat jelentősége a betegek számára

„Még meg se vizsgált” – panaszodik gyakran a beteg valamelyik korábbi orvosának szerinte súlyos mulasztására, szemrehányóan és reménykedve abban, hogy én meg fogom vizsgálni. Ilyenkor igyekszem pár általánossággal mentetegetni a kollégát (pedig lehet, hogy megérdemelné az elmarasztalást), és természetesen megvizsgálom a betegemet. Nem azért, mert indirekt módon felhívta a figyelmemet erre az igényére, hanem azért, mert tudom, hogy ez milyen sokat jelent neki (és milyen sokat mondhat esetenként nekem).

A betegek szinte *misztikus jelentőséget tulajdonítanak* a testük kezel való vizsgálatának. Talán azért, mert a jelenkori orvoslásban szinte ez az egyetlen olyan aktus, ami megőrzött valamit a régi, a hagyományos, a nagyszülők és szülők által mesélt orvosi ceremóniák közül. Úgy gondolja (jogosan), hogy az orvos olyasmit is kifürkészhet kopogtatás, tapintás és hallgatózás közben, ami rejtve marad mindenki más elől, és megoldja az ő rövidebb-hosszabb ideje tartó betegségét.

„Mit üzen a tüdő?” kérdezte az egyik betegem a hallgatózás végén, és ez nagyon sokat elárul abból, hogy miért tartják a betegek fontosnak ezeket a ténykedéseket. Az orvos ilyenkor „beszélget” a mellkasban levő titokzatos szervekkel, a szívvel és a tüdővel, ezt a nyelvet csak ő érti, és az „üzenetből” olyan lényeges dolgokat tudhat meg „onnan belülről”, amikhez csak neki van vevőkészüléke.

A fizikális vizsgálat jelentősége az orvos számára

Valljuk be őszintén: az esetek többségében a konvencionális mellkas vizsgálatlalt azt kopogtatjuk, halljuk, amire számítottunk, amit vártunk a panaszok és a megtekintés alapján. Egy légzésfunkciós vizsgálat sokkal pontosabb, főleg kvantitatív információt nyújt az obstrukcióról, mint a hallgatózás. És mégis! A sok rutin lelet mellett fontos

információkat is kaphatunk. Az eltérés nem egyszer rácsúfol az előzetes várakozásunkra, vagy értékes adattal kiegészíti azt. A patológias jel lokalizációja, egy váratlan pleurális dörzsölés mindjárt közelebb vihet a megoldáshoz.

Bár általában a tüdőre vagyunk kíváncsiak, *ne mulasszuk el a szív meghallgatását sem*. Dobbanó első hang, a szisztolében vagy diasztolében hallott zörejek, az extraszisztolék, aritmiák stb. lehetnek ismert kardiológiai betegség jelei (ilyenkor „jó pontot” szerezhethetünk a betegnél felismerésükkel), de eddig rejtve maradt szívbetegségekre is felhívhatják a figyelmünket. Ebben az esetben a kardiológiai vizsgálat fontosságát kell hangsúlyoznunk (és legközelebb számon kérnünk, ha megfelelően dokumentáltuk és emlékszünk rá), de terápiás döntéseinkben is szerepe lehet, még akkor is, ha egyelőre csak feltételezett a kardiális betegség.

Van-e a kéznek gyógyító ereje?

Az *érintésnek*, a fizikai kontaktusnak hallatlanul nagy jelentősége van az emberi érintkezésben. Nem véletlenül érzünk késztetést, hogy a kisgyermekeket, nagyon időseket megsimogassuk. A szerelmesek érzelmeinek kifejezéséhez is hozzátartozik a simogatás. Az *érintés gyógyító erejét* még a laikusok is gyakorolják: ösztönösen teszi rá mindenki a kezét a fájó testrészre, az anyák a kezükkel próbálják hűsíteni gyermekük lázas fejét, simogatják a hasfájós csecsemő hasát.

„Erre ő megérintette a beteget, meggyógyította és elbocsátotta.” (Lukács evangéliuma 14,1-6)

Hiszem, hogy minden orvos kezének van gyógyító ereje. Itt elsősorban nem a manuális szakmák sokszor heroikus munkájára gondolok, az természetes. A kéz gyógyító ereje már abban is megnyilvánul, ahogy *vizsgálat közben testi kontaktusba kerül a beteggel*. Az érintéssel egy racionálisan megmagyarázhatatlan kapcsolat alakul ki beteg és orvosa kö-

zött, amit bűn lenne kihagyni a gyógyító folyamatból. A „kézrátétel”, az, hogy „érezzük egymást”, mintegy sorsközösséget vállalunk, óriási jelentőségű a beteggel való nem verbális kapcsolatunkban. Ebből a szempontból van nagy jelentősége egy-egy röpke simogatásnak a mondanivalónk megerősítésére, a beteg megérintésének, amikor kedvezőtlen hírünk van a számára. A jó orvos tisztában van ezzel. A beteg–orvos találkozásokon régebben nem véletlenül volt gyakori a pulzus megtapintása. A pulzus paramétereinek sokszor másodlagos jelentőségük van ahhoz képest, hogy közben testi közelségbe kerülünk a beteggel.

Én a mellkas vizsgálatát azzal kezdem, hogy hátulról két kézzel, tarkótájéjon, alig érintve fogom meg a beteg fejét, kicsit előre hajtom, majd a kezem lecsúszik a válltájékra, és közben kérem, hogy lazítsa el magát, eressze le a vállait. Ilyenkor 2-3 másodpercig még rajta hagyom a kezemet. Ezzel oldom a feszültségét, görcsösségét, másrészt pár másodpercre „összetartozunk”, „vállaljuk egymást”, „egy párton vagyunk”.

A Bibliában, népi eposzokban, népmesékben számtalan utalás történik a kézzel való gyógyításra, a kézrátételre. Nem véletlen az alternatív medicinában a manuál-terápia népszerűsége és sikere. A kezelés közben a testi kontaktus hosszantartó, többnyire a beteg szerveire irányul, ami önmagában, a terápia speciális hatásain túl is effektív. Egyes nyelvészek szerint maga a „kezelés” szó is onnan ered, hogy a sámánok, tudós emberek és asszonyok kézrátétellel – ma úgy mondanánk – „manuál-terápiával” gyógyítottak.

Mit mondjunk közben?

A vizsgálat közben, de utána feltétlenül, a beteg elvárja, hogy nyilatkozzunk. Közöljük vele, hogy mit észleltünk, mit hallottunk. Negatív esetben én általában azt szoktam mondani, hogy semmi olyat nem hallottam a mellkasában, amit nem kellett volna hallanom. Légúti in-

fekciós tünetek esetében, ha sem krepitációt, sem pleurális dörzsölést nem hallok, megnyugtatom, hogy nem tapasztaltam olyat, ami tüdő- vagy mellhártyagyulladásra utalna. (A betegséget kizáró diagnózist természetesen nem csak erre alapozom, de első megközelítésként elvethetők a hallgatóság-kopogtatás alapján.) Óriási megkönnyebbülés látszik ilyenkor a betegeken, többségük ennek hangot is ad. Mindkét betegségtől még mindig nagyon fél a betegek többsége. Kóros lelet esetén természetesen ezt kell közölni a beteggel, de nem orvosi zsargonban, hanem érthetően.

Az ismételt vizsgálat

Amennyiben az előző vizsgálatkor valamit nem találtunk rendben (és ezt le is írtuk a beteg dokumentációjában, tehát „emlékszünk rá”), az ismételt vizsgálat kötelező. A beteg még jobban várja, hogy mit találtunk, mint először. „Változott?” – kérdi reménykedve, ami azt jelenti, hogy „javult?”. Ha szebb a lelet, vagy már nincs, akkor együtt örülünk a beteggel. Ha nem javult, akkor ez is közlendő, egybekötve annak jelzésével, hogy ezzel kapcsolatban a vizsgálat után megbeszéléseink lesznek arról, hogy mit kell másként tenni neki, nekünk vagy mindkettőnknek. A vizsgálatok ismétlése a negatívvá válásig kötelező, de a fent leírtak miatt soha nem felesleges.

Egy-egy orvos-egyéniség a megjelenésével, gesztusaival, ténykedésével és szavaival meghatározó élmény lehet a betegnek. Az élményt sokáig őrzi.

*„Komoly szigorral lép be a szobába,
szemébe nézek és csöppet se félek.
Borzongva érzem biztos újjait,
ha kis, sovány bordáimon kopog.”
(Kosztolányi Dezső: A doktor bácsi)*

4.

A GYÓGYSZERES KEZELÉS

KULISSZATITKAI

Gyógyszer-e az orrspray vagy a belégző szer?

Az átlagbeteg logikája szerint nem. *Gyógyszer a tableta (meg az injekció).* Kérdezem a rhinitises beteget:

- ...és használja a gyógyszereit?
- Hááát, a *gyógyszert* szedem, de azt a másikat (a nazális kortikoszteroid orrsprayt) csak akkor, ha dugul az orrom.

Vagy: felírom az asztmás betegnek valamelyik kiváló inhalációs szert (és megmutatom a használatát), ecsetelve egyedülálló tulajdonságait. Meghallgatja, és vár. Majd megkérdi: *gyógyszert* nem kapok?

Ha nem magyarázzuk el, abban a tudatban távozik, hogy nem kapott gyógyszert, csak valami pipát. És akkor vagy használja, vagy nem – többnyire nem, vagy úgy, ahogy nem kellene, és megerősítve látja előzetes balsejtelmét: *ettől* nem leszek jobban, nekem *gyógyszer* kell. Tehát *a betegoktatás fontos alapelve*, hogy megmagyarázzuk, miért gyógyszer a belégző szer, az orrspray, a szemcsepp, stb.

„És ezt nekem most folyton szednem kell?”

A krónikus betegség gyógyítása sajátos művészet. A beteg a korábbi tapasztalatai alapján úgy gondolja, hogy ha beteg és gyógyszert szed, akkor meggyógyul, és a továbbiakban már gyógyszer nélkül is jól van. Így volt ez, amikor mandulagyulladás volt, vagy elrontotta a gyomrát. Ezt a mechanizmust várja akkor is, amikor magas lesz a vérnyomása, vagy

asztmája kezdődik. Elkezd használni a gyógyszereit, a tünetei megszűnnek, a közérzete jó, tehát MEGGYÓGYULT, minden rendben, a gyógyszer megtette a kötelességét, a maradék eltehető. Kezdetben nem is érti, hogy rövidebb-hosszabb idő után miért kezdődik minden előről.

A betegoktatás fontos része az is, hogy megértessük: ebben a betegségben más logika érvényesül: ha ettől a gyógyszertől jól lett, akkor – ha továbbra is jól akarja érezni magát – ezt a szert tovább kell használnia.

A krónikus légúti betegek (elsősorban az asztmások, COPD-sek) felvilágosításának első mozzanata legyen, hogy tisztázzuk: ez a betegség egy olyan kóros folyamat következménye, ami élete folyamán megmaradhat, tehát kitartó, évekig tartó kezelés kell ahhoz, hogy féken tartsa, életminősége hasonló legyen az egészségesekéhez, és hosszú távon se romoljon az állapota. És ezt az alapigazságot a gyógyítás folyamán többször, sokszor ismételni kell. Előbb-utóbb minden beteg megpróbálja mellőzni a gyógyszerét. Rövidebb-hosszabb ideig úgy tűnik, igaza lett, MEGGYÓGYULT. Aztán jön a csalódás, a tünetek ismét felbukkannak. A kísérletező kedv azonban megmarad, a beteg személyiségétől függő gyakorisággal a gyógyszerkihagyások ismétlődhetnek. Érdemes ezeket előre elmondani a betegnek, mert sok exacerbációt, sürgősségi ellátást, munkaképtelen napot meg lehet takarítani vele.

A rohamoldó és állapot-megőrző (fenntartó) gyógyszerekről

Az előbb elmondottakra ráépítve kell tisztázni a fenntartó és tüneti gyógyszerelés helyét is. Amikor olyan beteggel találkozom, aki már részesült kezelésben, megkérdezem, milyen gyógyszerei (bocsánat, belégzői) vannak. Elővesz néhányat, legelőször a rohamoldót választja ki. „Van ez az erős” – mutatja, és van ez a másik. (Attól függően, hogy hány orvosnál járt, az utóbbi – a futottak még – kategóriába többféle gyulladásgátló tartozik.)

Ebből az elgondolásból adódik, hogy ha romlik az állapota, akkor „ezt az erőset” használja, egyre többször. Érthető: miért próbálkozzék azokkal, amiknek nem érzi azonnal a hatását, míg „ez az erős” mindig megoldotta (??) az állapotát. Ráadásul az első rohamok emléke, az, hogy „ez az erős”, amikor az ügyeletes orvostól megkapta, segített leküzdeni halálfélelemmel járó fulladását, nagyon tartósan beivódik a tudatba és a zsigerekbe.

Betegoktatásunk további fő pillére az legyen, hogy elmagyarázzuk: az állapot rosszabbodásának a hátterében az áll, hogy a gyulladásgátló gyógyszer az éppen alkalmazott adagban pillanatnyilag nem képes visszazorítani azokat a kóros folyamatokat, amik a betegséget elindították és fenntartják. Ebben az esetben tehát (a pillanatnyi állapotkönnyítést követően) az első feladat az, hogy a gyulladásgátló (fenntartó) kezelést fokozzuk. Enélkül nem, vagy csak hosszú és kínos időszak után várható, hogy helyreáll a korábbi, megnyugtató állapot. Nagyon nehéz erre rászoktatni a betegeket. Azok a kombinált gyógyszerek, amelyek azonnal is ható LABA komponenst tartalmaznak – és sikerül rávenni a beteget arra, hogy pillanatnyi rosszabbodáskor is ezt használja – sokat segítenek ennek az elvnek a megvalósításában, mert a pillanatnyi könnyítéssel együtt plusz gyulladásgátlót is juttatnak a légutakba: minél több rohamoldóra van szükség, annál több az inhalációs kortikoszteroid adag is.

Miért íratnak a nők nyáron több rohamoldót?

Azt szoktam mondani: jól kezelt az asztma, ha a beteg elfelejti, hogy hol van a rohamoldó szere. Ez szép elv, de ritkán valósul meg. A gyakorlat a legtöbb esetben mást mutat. Rohamoldó mindenütt van: a munkahelyen, az ágy mellett, az autóban, a hétvégi házban, neszesszerben, a barátnő (barát) lakásában, stb., stb. Egy nőbetegem elejtett monda-

ta alapján tűnt fel, hogy miért íratnak a nők nyáron több rohamoldót (azóta figyelemmel kísérem, és igaz). A beteg egy téli megjelenésekor azt mondta: „.....-t (a szokásos rohamoldóját) majd tavasszal kérek, mert akkor megint színesebben öltözöm, többféle retikült hordok, és mindegyikben kell, hogy legyen belőle”. Hát ezért.

A jó alvás titka?

Jön a beteg, kiváló állapotban van, légzésfunkciója jobb, mint kellene (divatos kifejezéssel: jól kontrollált), mégis kér rohamoldót. Faggatom: az előbb azt mondta, hogy nincs asztmás tünete egész nap, egyvégtében fel tud menni a hatodik emeletre, jól alszik, akkor minek? „Mert lefekvéskor mindig befújok egyet, hogy biztosan ne legyen baj éjszaka.” Ismét a zsigeri emlékek. A kezdeti időszak gyötrelmes éjszakai rohamainak az emléke. Nagyon erősen bele tud ivódni a beteg tudatába – tudatalattijába. Fél. És a rohamoldó *megelőző* használatával elúzi a rossz szellemet... Írok neki.

A compliance-ről

Már az Amegában is többször írtam erről a vesszőparipámról, most csak összefoglalom. A beteg együttműködése (a gyógyszerhasználat terén is) elsősorban az orvost minősíti. A jó együttműködés az orvos–beteg kommunikációjának mértéke. Természetesen vannak együttműködésre (ilyen vagy olyan okból) képtelen betegek, de ők a 10–20 százaléknyi kivételek. A többi betegnél meg lehet (meg kellene) találni a módszert, amivel az együttműködés előbb-utóbb megoldható. Ez mindenekelőtt időigényes, ezért nem járható út, következésképpen a betegek (!) együttműködése rossz.

Az aktív non-compliance-ről

Erről akkor beszélünk, amikor a beteg látszólag nagyon is együttműködő, de lázas igyekezete az együttműködésre arra irányul, hogy kitálálja, *miért ne úgy használja a gyógyszereit, ahogy megbeszéltük.*

– Félelem a „hozzászokástól”. A beteg tulajdonképpen az orvos érdekében szedi másként (többnyire kisebb dózisban), vagy hagyja el a gyógyszert, mert ha hozzászokik, az orvos már nem tud olyan sikert elérni vele, mint kezdetben.

– Félelem a mellékhatásoktól. A beteg úgy tudja (?!), hogy ha kisebb az adag, akkor kisebb a mellékhatás. Ha kevesebbet szed az előírtnál, akkor mind magát, mind az orvost megvédi a mellékhatásoktól, illetve az azok elhárításához szükséges felesleges orvosi fáradozástól.

– Hátha mégsem az a betegsége, és akkor feleslegesen szedte a gyógyszert. Megpróbálja elhagyni: ezzel majd értékes tapasztalatokat közölhet az orvosával, másrészt ezzel kitapasztalhatja, hogy lesz-e ennek következménye. (Többnyire lesz: rosszabbodik az állapota.)

– Bizonyítani, hogy mégis én (a beteg) leszek az erősebb. Ha szedem a gyógyszert, ezzel mintegy bebizonyosodik, hogy a betegség az erősebb. Meg kell oldani gyógyszer nélkül is... Ez a mentalitás elsősorban serdülőknél (és később felserdülő felnőtteknél) gyakori.

– A gyógyszerek egyrészt mérgek, másrészt csak a gyógyszergyárak profitját növelik, tehát találni kell olyan „természetes” hatóanyagot, amivel meg lehet oldani a problémát. Esetleg valami más megoldást (akupunktúra, frekvencia-pótlás, mágnesezés, stb.). Aztán majd fog örülni az orvos, hogy milyen jól gyógyított a pipáival...

Feledékenység

Ha megkérdezzük a betegről, hogy milyen gyógyszert szed, a gondosabb beteg ilyenkor előhúzza a listáját, amin a gyógyszernevek (néha

kiismerhetetlen és komikus szófacsarással) és a napi dózisok fel vannak írva. Ez a ritkább eset. Az általános az, hogy rendkívül pontatlan válaszokat kapunk, amik többnyire csak a tableta (gyógyszer!) színére, alakjára, esetleg ízére szorítkoznak. Kis rákérdezésre kiderül, hogy a napi dóziszról nagyon elmosódott fogalmai vannak, és csaknem biztos, hogy a sok felejtés és az elfelejtett dózisok „bepótolása” után csak taláalomra használja azokat.

Gondoljunk ilyenkor magunkra, hogy mire emlékszünk pár nappal később abból, amit az autószervezben javasoltak, vagy amit a számítógépes rendszergazda a lelkünkre kötött. Ezekben az esetekben az a közös, hogy idegen fogalmakkal, más nomenklatúrával és más logikával találkozunk, mint amiben a mindennapi életünkben mozgunk. Sok dolog „hottentottául” van, még ha magyarul hangzik is el, bár mind az orvoslásban, mind az említett szakmákban rengeteg olyan kifejezés, fogalom van, ami idegen nyelvből ered, vagy nincs rá magyar megfelelő (a gyógyszerneveket sem lehet magyarral helyettesíteni).

A feledékenység ellen egy fegyverünk van: ha írásban rögzítjük a betegnek azt, hogy mit, milyen dózisban, naponta hányszor kell használni. Ha változó dózist tanácsolunk, akkor dátum szerint feljegyezzük, hogy mikor kell csökkenteni, vagy emelni a napi alkalmazások számát, vagy a dózisok mennyiségét.

Az írásos kezelési terv

Az írásos kezelési terv nagyon tudományosan hangzik, de ez lehet egy elrontott recept hátulja vagy az orvoslátogatótól kapott jegyzetömb egyik lapja is, a lényeg, hogy fel lehessen rá skiccelni a gyógyszerelésre vonatkozó tanácsainkat. Természetesen, igazi és elegáns gyógyszerelési tervet magunk is nyomtathatunk, csak egyszer kell megszerkeszteni, kinyomtatni és azután készletezni. Ezen még néhány egyéb

rutin tanács is rajta lehet, pl. a következő megjelenés dátuma vagy az orvos elérhetőségei (az e-mail cím manapság egyre fontosabb!).

Az írásban rögzített kezelési terv nélkül még kilátástalanabb arra számítani, hogy a beteg úgy fogja használni a gyógyszereket, ahogy mi szeretnénk, és amit a távozása előtt, többnyire gyorsan (idő!) felsoroltunk neki. Érdekes (?) módon a feledékenységéből történt dózismódosítás az esetek 90%-ában kisebb adagot jelent, elvértve fordul elő, hogy a beteg többet használ a gyógyszerből, vagy az első pár napra, átmenetinek javasolt magasabb dózis „rajta marad”, és elfelejti csökkenteni.

Számos esetben előfordul, hogy az a beteg, akit én együttműködőnek véltem, egy későbbi megjelenésekor egészen másképp szedi használja a gyógyszerét, mint ahogy megbeszéltük (és amit le is írtam a dekurzusban, tehát biztosan tudom állítani, hogy mit mondtam). Kérdésre szemrebbelés nélkül közli, hogy ezt így beszéltük meg. Nem akar „átverni”, nem akar ellenkezni, nem rosszindulatból teszi ezt, hanem *elfelejtette, amit megbeszéltünk*, még akkor is, ha eleinte megnézte azt a cédulát, amire felírtam a gyógyszerelését. Később már úgy gondolta, hogy tudja, és nem nézte meg, esetleg olyan szituációba került, amikor csökkenteni kellett az adagját (pl. elfogyóban volt a gyógyszer). Majd amikor ez a kényszer nem állt fenn, már rászokott a módosított adagra, és meg van győződve róla, hogy így kell szednie. Többnyire romlik az állapota ilyenkor, az alacsonyabb napi dózisek miatt, ami úgy tudatosul benne, hogy biztosan „nem találtam el” a gyógykezelését. Kissé komikusak azok a pillanatok, amikor a beteg, igazát bizonyítandó, előkeresi „a cédulát”, és szembesül a tévedésével.

A belégző eszközök használatának oktatása

A belégző eszközök használatának oktatása kedvenc témája a betegoktatásról szóló írásoknak. Nem véletlenül. A számunkra egyszerű és

logikus műveletek, a betegek (különösen az idősebb és/vagy mentálisan nem igazán jó karban lévők) számára bonyolultak, egyes mozzanataikban értelmetlenek. Sokat segíthetnek a gyógyszergyártóktól kapott rajzos oktató lapok, de ezek sem érnek sokat, ha az orvos vagy az asszisztens nem mutatja meg, és főleg nem *gyakoroltatja* a belégző használatát. *A kezelés sikere ezen áll, vagy bukik.* Rosszul használt eszközzel csak részleges terápiás hatás érhető el (ha egyáltalán), ami azon túl, hogy a beteg állapota nem javul az általunk remélt módon, a kezelésbe és a kezelőorvosba vetett hitet is rombolja.

Az eszköz használatát *nem elég egyszer* megmutatni és gyakorolni. Elképesztő manőverekkel torzulnak el az oktatott használati lépések. Egyrészt a felejtésnek, másrészt a már említett aktív non-compliance mechanizmusnak köszönhetően. Itt is működik az a sajátos folyamat, hogy a beteg egy idő után meg van róla győződve, hogy ezt így mutatták neki. Ezért kell időről-időre ismételni az oktatást.

Gyógyszeres és egyéb interakciók

A kórelőzményről szóló korábbi közleményemben részletesen írtam arról, mennyire fontos tisztázni, hogy aktuálisan milyen gyógyszert használ a betegünk, mert ez jelentősen korlátozhatja gyógyszerelési tervünket. A nehézségek ugyanazok, mint amiről a felejtés részben írtam: ritkán kapunk értékelhető információt az éppen használt szerekről. Meg kell próbálni ezeket legalább a következő találkozásra behozatni. Régebbi betegeknél sem haszontalan időnként felfrissíteni az aktuálisan használt gyógyszerek listáját. A fentiek érvényesek a különböző kezelésekre, diétás és életmódi előírásokra, amelyek befolyásolhatják a mi terveinket.

Receptkiváltás

Az az orvos, aki azt gondolja, hogy a (jó esetben) gondos mérlegelés, megfontolás után felírt receptjei mind a patikában landolnak, az téved. Különböző adatok vannak forgalomban, amik szerint a felírt gyógyszerek legkevesebb 30, de egyesek szerint kb. 50%-át nem váltják ki. A betegek többsége saját betegség- és gyógyítás-elmélete alapján szelektál, eldönti, hogy melyik gyógyszer kell neki és melyik nem, melyiket váltja ki most és melyiket később (amit aztán többnyire elfelejt kiváltani). Anyagi okok is közrejátszanak: a beteg szégyelli, hogy nincs elég pénze, emiatt nem szól felíraskor, holott már akkor is tudja, hogy nem tudja majd kiváltani. Be kell vonni a beteget a receptje felírásába, hogy mintegy közös tevékenység legyen annak kitalálása, hogy miket is fog használni a betegségére. Tapintatosan szót kell ejteni az árakról, és a beteg reakciójától függően kell folytatni, vagy elvetni, és változtatni a felírandó szerek sorát. (Tudom, idő, idő, idő, de meg is takarítható sok idő ezzel, ha a beteg valóban kiváltja, használ neki, nem lesz exacerbáció, nem lesz állapotrosszabbodás, stb.)

Mentegetőzés a betegek helyett is

A fentebb leírt és a betegeknek felrótt hibák, félreértések, mindenekelőtt tájékozatlanságból erednek. Nem kívánható egy átlagos (van ilyen?), az utóbbi években-évtizedekben közoktatott és szocializálódott betegtől, hogy úgy viselkedjen, ahogy azt elvárnánk, és tudjon mindent, amit az egészsége érdekében meg kellene tennie, és amit a gyógyítói évekig (optimális esetben működésük folyamán állandóan) tanulnak, gyakorolnak.

A mi felelősségünk, hogy tisztában legyenek mindazzal, amit a gyógyulásuk érdekében fontosnak tartunk. Ha nem így történik, elsősorban magunkat okoljuk.

Ez is illusztrálja *a betegoktatás fontosságát*, ami sokunk számára szép, hovatovább kötelező szólam, de nem a mindennapi gyakorlat.

Sorozatomban ebben a fejezetében a korábbiaknál több, az orvos számára primitívnek tűnő magyarázat van. Ezeket tulajdonképpen a betegeknek szánom, közvetlenül vagy közvetve, betegoktatásra ajánlva.

5.

ALTERNATÍV/KOMPLEMENTER MEDICINA A TŰDŐGYÓGYÁSZATBAN

Hogy az alternatív/komplementer medicina gyakorlása vagy igénybevétele hiba, félreértés, esetleg tévedés-e, annak eldöntése nagyon nehéz. Ilyenformán nem is biztos, hogy helye van ebben a könyvben, de egy korábbi fejezetben (Légúti allergiás betegségek) érintettem már a témát, és előre jeleztem annak részletes kifejtését.

A gyógyulás érdekében elkövetett ténykedéseknek talán nincs még egy olyan vitatható és vitatott területe, mint a köznyelvben csak „természetgyógyászatnak” nevezett eljárások, tevékenységek sora. Aki ezzel a témával foglalkozik, szembe kerül a hit és tévhit, pontosabban a hívők és más hívők problematikájával. A különböző tanok hívei meg vannak győződve arról, hogy a másik hite a tévhit és az övé az igazi, és viszont.

Az ilyenféle hiteket legkevésbé lehet észérvekkel megközelíteni, pláne igazságot osztani, eldönteni, hogy melyik az igazi, a valóságos. Helytelen megközelítés a valaki által tévhitnek tartott tan megalázása, nevetségessé tétele, mint az a természetgyógyászattal kapcsolatban mindkét oldalról gyakran megtörténik. Tisztelnünk kell a másik hitét, még ha ellenezzük, vagy tévedésnek tartjuk is: csak így várhatjuk el, hogy a mi hitünket is tiszteljék. A másik – szerintem helyes – magatartás az, hogy mindkét részről meg kell próbálni megérteni a másik fél álláspontját, és keresni kell azokat a pontokat, amik esetleg elfogadhatók, vallhatók.

Alternatív? Hagyományos?

A félreértések és ellentmondások már a nomenklatúrával kezdődnek. Az orvoslás kétféle megközelítését *hagyományos* és *alternatív* gyógyászatnak hívják, ami már magában is konfúzió. A „hagyományos” orvoslás leginkább használt szinonímái a hivatalos, professzionális, akadémiai, tudományosan megalapozott vagy ortodox szemléletű. Ezek közül a hagyományos orvoslás a leggyakoribb megjelölés, bár kérdés, hogy mennyire hagyományos az az orvoslás, amelyiknek a gondolkodásmódja, morfológiai, funkcionális és patológiai terminus technicusai, diagnosztikus és terápiás algoritmusai csak az utóbbi egy-kétszáz évben alakultak ki, technikai felszereltsége és azok alkalmazási területei pedig az utóbbi pár tíz évre vagy még kevesebbre tehetők (CT, MR, PET, nanotechnológia, őssejtterápia, endoszkópos sebészet, stb.). Ezzel szemben a „természetgyógyászat” (komplementer és alternatív medicina, integratív medicina) egyes ágai több ezer vagy sok száz éves múltra tekintenek vissza (gyógynövényekkel végzett eljárások, akupunktúra, manuálterápia, stb.).

A továbbiakban mindezek ellenére – tartva magamat a többséghez – a hagyományos orvosi egyetemen tanított orvoslást én is hagyományosnak, a másikat alternatívnak vagy komplementernek fogom nevezni.

Az alternatív/komplementer medicina általános eljárásai közül csak azokat sorolom fel, amelyek a légúti betegségek gyógyításában, elsősorban az allergiás rhinitisben és az asztmában használatosak, bár átfedések vannak egyéb módszerekkel is.

Fizikai eljárások: akupunktúra, légzéskontroll, jóga

Fitoterápia: aromaterápia, Bach virágkezelés, fűszer medicina

Általános eljárások: antropozófia, indiai ősi orvoslás (ayurveda), japán ősi orvoslás (kampo), sámán orvoslás, tradicionális kínai orvoslás

Magatartás-terápia: biofeedback, klinikai ekológia (többszörös kémiai érzékenység tana)

Egyebek: biorezonancia, homeopátia, fülgyertya, hipnózis, kineziológia, imaterápia, reflexológia, barlangterápia, vizelet-terápia.

A felsorolásban nem szerepel több olyan eljárás, amik különböző eszközökkel, szerkezetekkel történnek.

Kik veszik igénybe?

A betegeknek többféle motivációjuk van arra, hogy az alternatív medicinát vegyék igénybe:

– A hagyományos orvoslás/kezelés eredménytelensége. Ez elsősorban krónikus és a hagyományos orvoslás által nem kellően feltárt betegségek esetében érvényes: mozgásszervi betegségek, neurológiai betegségek és állapotok, lelki/érzelmi zavarok és betegségek, egyéb krónikus, elsősorban rosszindulatú betegségek.

– A tünetcentrikus gyógyítással szemben az emberközpontú szemlélet és a gyógyítóval szembeni egyenrangú kapcsolat igénye.

– A hivatalos orvoslást technokrata és merkantil beállítottságúnak érzik, illetve az ott dolgozó orvosokkal való kapcsolat személytelensége miatt elégedetlenek.

– Félelem a gyógyszerek mellékhatásaitól, amit nagymértékben gerjesztenek az alternatív medicina egyes alkalmazói, propagálói és hasznélvezői.

– Félelem az invazív diagnosztikus és gyógyító eljárásoktól.

Magyarországi hivatalos adataink nincsenek. A különböző „táplálék-kiegészítők”, homeopátiás készítmények és „gyógyulást segítő” készülékek piacának nagyságából ítélve az alternatív medicina használóinak tábora nálunk is tekintélyes. Félhivatalos becslések szerint a lakosság csaknem fele vette már igénybe az alternatív gyógyászat

valamelyik fajtáját. Leginkább bízunk ezekben az eljárásokban a 18–25 év közötti korosztály, a leginkább elutasítók pedig az 55 éven felüliek. A gyakorló orvosnak azért is nehéz megbecsülni az alternatív gyógyászat igénybevételét, mert ha a betegek, az alternatív medicinához fordulnak, és az segít rajtuk, nem térnek vissza hozzánk. Ha nem sikeres az alternatív próbálkozás, akkor visszatérnek, de csak elvétve számolnak be sikertelenségükről, szégyellik azt, vagy restellik bevallani, hogy – ha átmenetileg is – „elpártoltak” tőlünk. Árulkodó lehet azonban az is, ha a betegek egyéb bajaikkal kapcsolatban mesélik el az alternatív gyógyászattal kapcsolatos próbálkozásaikat. Ilyenkor szinte biztos, hogy a légúti betegségük miatt is kipróbáltak már hasonló gyógymódokat.

Az Egyesült Államokban, a National Institutes of Health adatai alapján a 30–69 év közötti korosztály az életkor előrehaladásával némileg növekvő, de nagyjából hasonló arányban veszi igénybe az alternatív/komplementer medicinát (39–44%), de a 17 év alattiak 17%-a is szerepel a statisztikában. A nők valamivel gyakrabban fordulnak alternatív terapeutákhoz, mint a férfiak. Az igénybevétel a vagyoni helyzettel arányosan nő, a szegények 29%-ával szemben a jómódúak aránya 43,3%.

A népesség 17,7%-a az ún. „természetes” termékeket használja (halolaj, telítetlen zsírsavak, glukozamin, bíbor kosvirág, ginzeng), 13%-uk légzőgyakorlatokkal, 9%-uk meditációval próbál segíteni magán, 9% kiropraktor és gyógykovács segítségét veszi igénybe, 8% masszázst, 6% jógát használ. Az összeállítás nem csak az asztmásokra vonatkozik.

Alternatív próbálkozások az asztma gyógyításában*Butejko légzés*

Sok híve és nagy irodalma van a Butejko légzésterápiának. Elméleti alapja az az elképzelés, hogy minden asztmás „túllélegzik”. Szerintük a túllégzés a szervezet szén-dioxid szintjét lecsökkenti (ez igaz), az alacsony szén-dioxid szint sok kóros történést okoz, és az asztma tünetei ennek a túllégzésnek a következményei. A Butejko légzés elmélete valós fogalmakból von le hibás következtetéseket, és mindezt egy tudományosnak tűnő, orvosi zsargonnak álcázott szövegbe burkolja.

Hívei és propagálói a legkülönbözőbb (főleg ausztráliai és kanadai) egyetemi professzorokra, az általuk végzett vizsgálatokra, a több országban létrehozott „Butejko klinikákra” és a sok(?) gyógyult betegre hivatkoznak (www.butejko.hu). Kétségtelen, hogy a *Butejko légzés nagyon hasznos lehet* akkor, ha a légzészavarokkal küszködő beteg nem asztmás volt, hanem egyéb, légszomjjal járó betegségben szenvedett. A Butejko légzés ugyanis egy szabályozott, légzésvisszatartásokkal tarkított, kb. 20 percig tartó légzőgyakorlat, ami megtanítja a beteget a helyes légzéstechnikára. Ez elsősorban azoknál lehet gyógyító hatású, akiket tévesen asztmásnak diagnosztizálnak, de nem asztmában, hanem idiopátiás hiperventillációban (régén: hisztériás légszomj), pánikbetegségben, pszichés eredetű sóhajtási kényszerben, stb. szenvednek, és akiknek többségére valóban jellemző a túllégzés és annak következményei (szédülés, rosszullét, gyengeség, tetániás görcsök stb.).

Azt sem lehet állítani, hogy az asztmásoknak nem segít a jól szabályozott, gazdaságos légzés, hiszen *az asztmások oktatásának is egyik eleme a légzőgyakorlat*, de azt állítani, hogy az asztma oka a hiperventilláció, és ennek megszüntetése gyógyítja az asztmát, erős túlzás. Ez a kritikátlanság vezet ahhoz a vadhajtáshoz, amikor a

BBC egy, a módszerről szóló híradását (<http://www.youtube.com/watch?v=C1rvVQ7Pj4s>) úgy kommentálják, hogy „Gyógyítsd az asztmádat úgy, hogy kevesebbet lélegzel”, illetve a magyar kommentár szerint „Szabadulj meg az asztmádtól örökre”.

A nemzetközi *orvosi* szakirodalomban számos közlemény foglalkozik a Butejko légzéssel, nagyjából a fent ismertetett következtetéssel. A 2008-ban és 2009-ben megjelent közlemények is úgy értékelik a módszert, hogy a rossz légzéstechnika és az egészségtelen légzés mód kétségtelenül hozzájárulhat a légszomj kialakulásához számos légúti betegségben, és a légzésterápia csökkentheti a tüneteket anélkül, hogy javítja a légzés biomechanikájának gazdaságosságát. Mások korszerűen tervezett és kivitelezett vizsgálat után úgy foglalnak állást, hogy a légzési fizioterapeuták által vezetett légzésrendező kurzusok előnyös hatással vannak azoknak az asztmás betegeknek az állapotára, akik inhalációs kortikoszteroid kezelést is kapnak.

Bemer kezelés

A Bemer kezelés az utóbbi években vált divatossá. Lényege, hogy „(...) az eddig ismert, matematikailag egyszerűen leírható mágnesező-jelalakokkal szemben, a speciálisan erre a célra kifejlesztett Bemer-jelalakot alkalmazza, mely világszerte szabadalommal védett. (...) a Bemer-jelalaknak köszönhetően a kedvező terápiás hatást egy olyan nagyságú mágneses indukcióval érzük el, melyet a természet is létrehozott Földünkön, biztosítva ezzel az élet kialakulásának és fennmaradásának egyik feltételét.” – írja a módszer egyik ismertetője. Asztma esetében is ajánlják a kezelést, a betegség jellegzetességétől függően – fertőzéshez kötött, allergiás, a tüdőszövet károsodásával(?) járó asztma – más és más applikátorral, de van akut asztmás rohamot megszüntető besugárzás is. Az orvosi szakirodalomban igen szerény

számban és igen mértéktartóan írnak a módszerről, az asztmával való összefüggéséről közleményt nem találtam.

Akupunktúra

Az akupunktúra a tradicionális kínai gyógyászatból került át az európai kultúrkörbe. Alkalmazása szintén kiterjedt, a hozzá fűződő elméletek (tanok) és magyarázatok könyvtárakat tölthetnének meg. Számos próbálkozás történt a módszer értékének a „hagyományos” orvoslást kielégítő, kontrollcsoportos vizsgálatára. Alapvető nehézség a „placebo szűrés” kivitelezése. Talán nem meglepő, hogy ha a kontrollcsoportnál a tűket nem az előírt pontokra szúrták, a hatás közel olyan mértékű volt, mint az aktív ágon végzett kezelésnél. Az utóbbi hónapokban született meg a „placebo tű”, ami a szűrés érzetét kelti, de visszacsúszik egy réz tokba, imitálva azt, hogy a bőrbe hatolt (a színpadi törökhöz hasonlóan). Eredményeikről még nem tudunk.

Az *asztma akupunktúrák kezelésének* ennek ellenére nagy irodalma van. Meglehetősen tarka a kép az eredményességet illetően, de kétségtelen, hogy vannak objektív módszerekkel (légzésfunkció) mérhető eredmények is. A hagyományos akupunktúra az idők folyamán számos metodikai újításon esett át, jelenleg használnak a test-akupunktúra mellett fül-akupunktúrát, skalp-akupunktúrát, Gleditsch-féle száj-akupunktúrát és legújabban beültetési akupunktúrát is. Utóbbinál felszívódó sebészi fonalat ültetnek be az akupunktúrák pontokba, ami tartósan ingerli azokat.

Homeopátia

A homeopátia története a XVIII-XIX. század fordulójától kezdődött, kidolgozója és követői szerint a betegségek olyan szerekkel kezelhetők, melyek egy egészséges emberben a betegséghez hasonló tüneteket

váltak ki. Állításuk szerint sorozatos hígítással és az egyes hígítások közötti rázással megszüntethetők a szer ártalmas hatásai, míg a vivőanyag (többnyire víz, alkohol vagy cukor) megőrzi a szer gyógyító tulajdonságait. A végtermék gyakran annyira híg, hogy vegyileg megkülönböztethetetlen a tiszta vivőanyagtól. A homeopátia egyénre szabott gyógymód, amely a beteg ember egészét – testi és lelki tüneteit – egyaránt figyelembe veszi a gyógyszer kiválasztásánál. A krónikus betegségek gyógyulási iránya a „Hering szabályt” követi, mely szerint a tünetek fentről lefelé, belülről kifelé, fontostól a kevésbé fontosig múlnak el, és fordított sorrendben szűnnek meg, mint ahogy megjelentek.

Az egyénre szabott terápia jól nyomon követhető, ha áttekintjük néhány, az asztma esetében alkalmazható homeopátiás szer indikációját (1. táblázat).

Hatóanyag	Indikációs terület
<i>Aconitum</i> (sisakvirág)	hideg szél, bosszúság, ijedtség okozta asztma
<i>Ammonium carbonicum</i> (szarvasagancs-só)	sípoló, szörcsölő légzés elhízott, fáradt, tompult betegeken
<i>Antimonum tartaricum</i> (hánytató bórkö)	idős, kimerült asztmás betegeken és gyenge gyermekeken különösen jól bevált szer
<i>Arsenicum album</i> (fehér arzén)	röviddel éjfél után hideg, nyirkos időben fellépő asztma esetén
<i>Belladonna</i> (maszlagos nadragulya)	hirtelen kezdet éjjel, száraz, ugató köhögéssel
<i>Cuprum</i> (réz)	éjszaka 3 óra körül kezdődő asztmában
<i>Drosera</i> (kereklevelű harmatfű)	éjfél után fellépő, száraz, fojtó köhögési rohamok légszomjjal

1. táblázat: Az asztma esetén alkalmazható homeopátiás szerek indikációi

A homeopátia hívei és ellenzői között ádáz viták folynak, amiben nem tudok állást foglalni. A gyógy mód elmélete már-már a kvantummechanika mélységeit érte el, és a víz memóriáját is érinti. Azt a korábban érvényes érvet, hogy a homeopátiás szerek „nem ártanak”, sajnos az utóbbi évek hamisítási divatja miatt fel kell adnunk (erről később még lesz szó).

Egyéb módszerek

Nem gyakoriak, de számos egyéb próbálkozás is van, amiket az alternatív medicina kategóriájába sorolhatunk.

Kristályterápia. Elsősorban a borostyánkő-kristálynak tulajdonítanak asztmát megelőző és javító tulajdonságot.

Saját vizelet ivása. Propagálói szerint: „A saját vizelet ivása főleg a súlyos, más módszerekkel nem kezelhető betegségeknél, például a tüdő-asztmánál, bélbetegségeknél, ekcémáknál javasolt. Körülbelül 20 nap szigorú terápia után eljön a várva várt siker, a visszaesés szinte kizárt.” Van olyan betegem, aki kipróbálta. Még mindig én gyógyítom.

Homeomoxa. Szárított ürömfű égetésével melegítik a beteg szervezethez tartozó meridiánokat, és ettől azok működésének javulására számítanak.

A savasodás megszüntetésének jelenleg divatos elmélete szerint a szervezet „elsavasodása” a felelős a különböző betegségekért és kóros állapotokért. A savasodást elsősorban a táplálkozás szabályozásával, illetve különböző – elsősorban gyógyfüvekkel végzett – kúrákkal szándékoznak megszüntetni. Az asztma esetében ajánlott – egyúttal számos más szervi betegségre is áldásos hatású – gyógynövények között jelentős szerepet tulajdonítanak a *dohánylevélnek*, a *bürökfűnek*, a *fekete ürömfű gyökérnek*, a *mestergyökérnek*, az *örvénygyökérnek* és a *tisztesfűnek*. Azon túlmenően, hogy a szervezet szabályozó mecha-

nizmusai csak igen súlyos betegségekben mondják fel a szolgálatot, és addig nagyon szűk határok között tartják a szervezet pH-ját, az említett növények omnipotens volta erősen kétségessé teszi az elméletet és a gyógyítást. A laikusok számára azonban igen mutatós és elrémisztő a szervezet savasodásának víziója (lásd savas esők, stb.).

A *Schüssler-sós kezelés* ajánlásával az utóbbi időben lehet találkozni: „Gondolná-e valaki, hogy van olyan só, amelyik allergiára, szénanáthára, végtagzsibbadás gyógyítására ajánlott, de mintegy mellékesen aranyérre, elhízásra is alkalmazható?” – kérdi a reklámanyag. Lehet, hogy szegényes a fantáziám, de én nem gondoltam volna.

Bioenergetikai-hiány, frekvencia-kiesés, energia- és frekvencia-visualizáció. Az elmélet hívei a betegségeket arra vezetik vissza, hogy a bioenergiában bizonyos energiaszintek elvesznek, ezért megbomlik a szervezet és a környezet egyensúlya. Vannak olyan műszerek, amikkel ki tudják mérni, hogy milyen energiaszeletek vesztek el, illetve, hogy milyen frekvenciák hiányoznak a szervezetből. Ezeket a hiányzó energia tartományokat, illetve kioltott frekvenciákat alkalmas szerkezetek vissza is tudják pótolni. Az orvosi irodalomban a gyógymódnak az asztmával kapcsolatos eredményeit nem találtam.

Újabb eljárások amiket csak a teljesség kedvéért sorolok fel, mert egyre többet szerepelnek a tömegtájékoztatásban, internetes fórumokon: homoktövisolaj, kecsketej, zöld vér, flavonoidok.

Érvek és ellenérvek

Az előző részben ismertettem számos alternatív gyógyászati módszert, amelyeket az allergiás légúti betegségekben ajánlanak, illetve gyakorolnak. A jelen közleményben azzal foglalkozom, hogy milyen kifogásai vannak a hagyományos (hivatalos) orvoslásnak az alternatív gyógyítással szemben, de kitérek az alternatív gyógyászok ellenérve-

ire is. Befejezésül megkísérlem a két ellen(?)pólus lehetséges közös találkozási pontjait felvázolni.

1. érv: A megbízható klinikai vizsgálatok hiánya

Kétségtelen, hogy számos természetgyógyászati módszernél hiányoznak azok a vizsgálatok, amelyeket kettős vak, placebo kontrollált módon végeznek el, megfelelő betegszámmal, releváns statisztikai számításokkal, és ezért nem felelnek meg a korszerű klinikai vizsgálat kritériumainak. Ilyen vizsgálatokat sokszor azért sem lehet végrehajtani, mert nincs meg a megfelelő placebo (pl. akupunktúra, légzésterápia). Még leginkább a homeopátiás kezelések vizsgálatai elégitik ki ezeket a követelményeket.

Az alternatív gyógyászok *ellenérvei*: még a nagy és korszakos jelentőségűnek kikiáltott gyógyszervizsgálatokkal kapcsolatban is egyre gyakrabban merülnek fel kételyek az orvosi irodalomban. Gyakran vitatják, hogy megfelelőek voltak-e a végpontok, elég hosszú volt-e a vizsgálati idő, kell-e tovább követni a kiesett betegeket stb. Erősen feszegetik az utóbbi időben egy-egy gyógyszer vagy gyógyeljárás vizsgálata során a szponzorált és a nem szponzorált vizsgálatok között mutatkozó, időnként elég nagy különbséget. Külön súllyal jön szóba mind a hagyományos, mind az alternatív gyógyászat esetében a farmakogenetika kérdése, tehát az a genetikailag meghatározott sajátosság, ami bizonyos embercsoportokban más és más, és meghatározza a gyógyszer (vagy szer) iránti fogékonyságot, a hatás nagyságát, a mellékhatásokat, stb. Árnyalja a kérdést az epigenomika, mivel ezek a tulajdonságok pl. környezeti behatásokra megváltozhatnak. Ugyancsak genetikailag meghatározott a placebo-reaktor és a non-reaktor típus, és amennyiben az alternatív szerek és beavatkozások placebo hatásáról beszélnek, ezt is figyelembe kell venni.

2. érv: Az alternatív gyógymódok veszélyesek

Ez a kijelentés első pillantásra meglepőnek tűnik, hiszen a különböző alternatív szereket „természetes”, „veszélytelen”, „bio”, „környezetbarát”, stb. jelzőkkel szokták hirdetni. Ezzel szemben tény, hogy egy hatósági vizsgálatban pl. 260 termékből 83-ban mutattak ki mérgező szennyező anyagokat: leggyakrabban ólmot, higanyt és arzént. Ezek az anyagok nyilván nem a forgalmazók hibájából kerültek a szerbe, hanem az alapanyagok, a vivőanyagok, a színezékek beszerzésénél és a szer előállításánál volt a hiba. Lelkiismeretlen előállítók és hamisítók „jóvoltából” találnak ilyen vizsgálatok alkalmával pl. erős hatású gyógyszert vagy kortikoszteroidot egyes homeopátiás készítményekben. Azok a (gyógy)növény keverékek, amelyek pollent tartalmaznak, veszélyesek lehetnek a pollen-allergiás betegekre, heves tüneteket váltva ki akkor, amikor a panaszokra az ilyen készítményt akarják használni. Hasonló módon válhatnak ki akár súlyos tüneteket is náluk a különböző propoliszt, virágport vagy mézet tartalmazó készítmények is. Általánosságban leszögezhetjük, hogy a „természetes” nem a „veszélytelen” szinonimája.

Az alternatív gyógyászok ellenérvei: A hagyományos orvoslás gyógyszerei, invazív beavatkozásai és vizsgáló módszerei veszélytelenek? Nem juthatnak hamisított gyógyszerekhez a betegek? (Sajnos egyre inkább juthatnak: főleg az interneten rendelt és piacokon vásárolt szerek esetében reális veszély ez, de volt már olyan közlés, hogy gyógyszertárak polcain is találtak hamisított, értéktelen vagy veszélyesen szennyezett készítményeket.)

3. érv: Az alternatív gyógyászatban túlteng az üzleti szellem és a nyereszkesedés

Az alternatív/komplementer gyógyászattal foglalkozók nem egyszer agresszív reklámjai, hirdetései kétségtelenül erősítik ezt a vélekedést.

Objektív szemmel nézve nagyon sokszor lehetetlen, irreális gyógyulással, javulással kecsegtetik a betegeket. Orvosi címmel és diplomával rendelkező alternatív gyógyászok is sokszor beállnak ebbe a sorba. (Dr. X. Y. „kardiológus, belgyógyász és rehabilitológus” honlapjáról szó szerint kimásolva szerepelnek az alábbi ajánlatok: „SuperGreens, pH-csoda, zöld lötyty (sic!); Flavonoid komplex, polifenolok; Emésztés – Papaya kapszula; Rák ellen – Hunza Barack; Vitaminok, nyomelemek, ásványi anyagok; Gyógynövények; Lúgosítás; Fogyas, zsírégetés, táplálkozás.” Ismerünk ezzel szemben etikusan működő, nem merkantil szellemű „természetgyógyászokat” is, bár kétségtelen, hogy nem ők vannak többségben.

Az alternatív gyógyászok *ellenérvei*: A hivatalos orvoslás teljesen mentes az üzleti szellemtől és a nyereszkedéstől? Különösen érvényes lett és lesz ez az ellenérv azzal párhuzamosan, ahogy az állami egészségügy kivonul az egészségügy számos területéről, vagy ahogy a betegbiztosító megtagadja a költségek vállalásának egyre tekintélyesebb részét.

4. érv: Az emberek hiszékenységének és tudatlanságának kihasználása
Azok, akik televízió keresztül történő távgyógyítással foglalkoznak, vagy azok, akik a betegeken levő „rontás” levételével, eltávolításával gyógyítják a beteget, azok vagy valóban olyan képességek birtokában vannak, ami átlagos elmével nem felfogható, vagy becsapják az embereket. (A Google keresőbe beírva a „rontás levétel”-t, 8350 találatot lehet kapni, míg a „táltos” szóra 332 000 találat van.) Az ezotériával kevert „természetgyógyászat”, a varázsvesszővel diagnosztizált kórokok, a táltos szertartások sem abba a kategóriába tartoznak, amiket racionális gondolkodással a legkevésbé is lehet magyarázni. (Művelőik nem is tartanak rá igényt.) Ezen a téren is el kellene választani a

kóklerek, cinikusok és szélhámosok tevékenységét az igazi alternatív gyógyásztól. Kárt okoz a két kategória összemosása.

Az alternatív gyógyászok *ellenérvei*: A hivatalos orvoslás egyes képviselői soha nem építenek az emberek hiszékenységre és tudatlanságára? (www.xxxklinika.hu: „Az asztma gyógyítható! Asztma, allergia, szénanátha. 18 év tapasztalat, teljes gyógyulás. Dr. X. Y. allergológus” (Jelenleg is működő honlapról kimásolva!))

5. érv: Az alternatív gyógyászok intenzív tevékenysége az orvosok hitelrontására

„Miért találta ezt a honlapot? Elege lett egyes orvosok pénzhűségéből és tehetetlenségéből. Önnek fontos az egészsége és testi-lelki egyensúlya. Valamely hosszas betegség gyógyszernek mondott mérgekkel való elnyomása alól szeretne szabadulni és meggyógyulni. Csalódott a sok hazug (gyógyszer)reklámban, melyek a fogyásra, gyógyulásra, jobb létre adtak ígéretet, akár pénzvisszafizetési garanciával is. Hallott a gyógyszeripar és az orvosok közötti korrupcióról és egyes 'gyógyszernek' mondott pirulák káros, a vevőtájékoztatón hiányosan feltüntetett mellékhatásairól?” (S. G. természetgyógyász honlapjáról kimásolva). Könyvek, újságokban és magazinokban elhelyezett cikkek lépten-nyomon hasonló hangnemben írnak a hagyományos orvoslásról és a gyógyszerekről. Az interneten elhelyezett honlapok és fórumok egyre inkább kiveszik a részüket ebből a sárdobálásból.

Ellenérv nem lehet, mert a betegek bizalmának megrendítése orvosokban és gyógyszereikben nem menthető. Még akkor sem, ha a hagyományos orvoslás valóban nem mindenható, és művelői követnek el hibákat, esetenként bűnöket. Emiatt általánosítani legalább annyira elítélendő, mint ahogy elítélendő az alternatív gyógyászatot „en bloc” lesöpörni a porondról.

A természetgyógyászatot gyakorló orvosokról

Számos olyan orvos van, aki a hagyományos orvosi működése mellett (vagy helyett) az alternatív medicina valamelyik ágát (is) műveli. Valószínűleg ők azok, akik elégedetlenek a hagyományos orvoslás jelenlegi kereteivel – elsősorban teoretikusan, annak mechanisztikus szemlélete és gyakorlata, gyógyszer- és sebészet-centrikussága miatt. Nem óhajtanak beilleszkedni a hagyományos orvoslás bürokratikus, állandóan változó és egyre szegényesebb szerkezetébe, a gazdasági szempontokat a humanitárius szempontok fölé helyező gyakorlatába.

Valószínűleg köztük vannak azok is, akik saját betegségük kapcsán találkoztak hatékony alternatív módszerekkel, megismerkedtek karizmatikus gyógyítókkal, és „hívők” lettek. Nem lehet könnyű összeegyeztetni a két szemléletet és gyakorlatot, de a híradások, reklámok arra utalnak, hogy az ilyen kollégák száma egyre nagyobb. Az orvosok „átállásának” (vagy jóhiszeműbben: gyógyító tevékenységük kiterjesztésének) a jogszabályi keretei is adottak, hiszen 1997 óta egy jogszabályban elismert 17 természetgyógyászati ág közül jelenleg nyolcat csak orvosok művelhetnek. A Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztálya 2003-ban tudományosan megalapozottnak ismerte el az alternatív és komplementer medicina három módszerét: a hagyományos kínai orvoslást, a manuális medicinát és a neuráalterápiát. Az egyre növekvő orvosi érdeklődést mutatja, hogy dinamikusan szaporodik az orvosoknak rendezett továbbképző tanfolyamok száma, melyeket az alternatív medicina számos ágából tartanak, és nem ritka az a jelzés, hogy a létszám betelt, nem fogadnak újabb jelentkezőt.

Ellenfelek vagyunk?

A tevékenységükben hívő, esetenként az anyagi szempontokat is háttérbe szorító, igazi alternatív gyógyítók biztosan nem a hagyo-

mányos orvoslás ellenfelei. Az alternatív medicinában és művelőiben számos elismerésre méltó tulajdonság van. A komplementer medicinát gyakorlók és betegek(?), klienseik(?) erősebben kapcsolódnak egymáshoz, mint az ortodox szemléletű orvosok és pácienseik, mivel a terapeuták és betegek életfilozófiája és értékrendje hasonló. A hagyományos orvoslás jelenlegi hivatalos ügymenetében sem idő, sem igény nincs arra, hogy értékrendekről és életfilozófiáról essék szó.

A holisztikus szemlélet emlegetése ugyan szinte illemszabály a „komolyabb” orvosi fórumokon és körökben, de megvalósítása csak nyomokban érvényesül. A – jórészt defenzív célú – laboratóriumi és egyéb diagnosztikus eljárások özönét rendelő és leletekből gyógyító, egymásnak papírfecniken (vagy újabban rövid e-mailekben) üzengető, állandóan változó személyzetű, emiatt személytelen „egészségiparban” nem is várható el a holisztika szem előtt tartása. Különösen nem akkor, amikor ez az „egészségipar” a teljesítmény alapú finanszírozás szorításában kénytelen az egyre gyorsuló futószalagon végighajszolni „munkadarabjait”.

A közeledés irányába hat, hogy a komplementer medicina az utóbbi időben *jelentős professzionalizációt mutat*. Egyre többen vannak, akik elméleti síkon a hagyományos orvoslás terminológiájával és módszereivel operálnak. Az elméletek korszerűsödnek. Jó példa erre a homeopátia, ami a kémiától indult, de mai teoretikusai kvantummechanikai magyarázatot közölnek, és a víz memóriájáról értekeznek. Az alternatív gyógyítók olyan régiókban mozognak (az említett kvantummechanika mellett a rezgéselmélet, a bioinformatika, a bioenergetika, stb.) amihez átlagos képesítésű orvos nem ért, nem tud ellenérveket felsorakoztatni. Ez tovább növeli az alternatív eljárások esetleges misztikumát, ami furcsa, szokatlan és sokakat (zavarukban) humorizálásra és kigúnyolásra késztet az alternatív medicinával kapcsolatban.

Van megoldás?

Talán egyszer lesz. Nagyon kívánatos lenne a két irányzat valódi közeledése. A Pécsi Tudományegyetem az általános orvosi karon komplementer medicina tanszéket hozott létre. A tanszék kihelyezett munkacsoportja a kiscesti Yamamoto Intézet (természetgyógyászati magánintézmény) keretein belül működik, ahol biorezonanciával gyógyítják az allergiás betegségeket. A tanszék vezetője (aki egyúttal az említett intézmény vezetője is) elindította a komplementer medicina oktatását, ami segítheti a két irányzat közelítését, esetleg integrálását.

6.

A FÉLREÉRTÉSEK MEGELŐZÉSE

A BIZALOM MEGERŐSÍTÉSE ÉRDEKÉBEN

Nincs olyan nap, hogy a lapokban ne lenne hír orvosi „műhibáról”, orvosi „felelőtlenségről”, „orvos okozta egészségkárosodásról”. Az internetes fórumok tucatjai tárgyalják az orvosok „bűneit”, szakmai és erkölcsi alkalmatlanságukat, láthatóan úgy, hogy a fórumozók halomásból, félinformációkból kapott értesüléseik alapján foglalnak állást. Még véletlenül sincsenek tisztában a tárgyalt esemény háttérrel vagy orvosi szempontjaival. Amikor szakmabeliek vagy értő laikusok ellenvéleményt próbálnak megfogalmazni, akkor felzúdulnak: „az orvosok védik egymást”.

Az elkeseredés, vádaskodás emberileg gyakran érthető; tragédiák, haláleset, emberek, családok sorsának rosszra fordulása áll a háttérben, amit nagyon nehéz hevesebb érzelmek nélkül megélni. A közhangulat egyébként is – nem utolsósorban a tömegtájékoztatási eszközök „jóvoltából” – bizalmatlan az orvosokkal, egészségügyiekkel kapcsolatban.

Sajnos, az orvosoknak felrótt mulasztások egy része igaz, tagadhatatlan. Közülük alig van olyan, amit bűnös szándékból, alantas indokból, előre elhatározott módon követnek el. A valós tévedések, mulasztások többnyire figyelmetlenségből, tudatlanságból, a szabályok be nem tartásából történnek, amik elmarasztalást vonnak maguk után még akkor is, ha az eseményt számos körülmény szerencsétlen

egybeesése, a rossz munkakörülmények, a felszereltség vagy a személyzet hiányosságai kísérték.

A közvélemény elmarasztaló vélekedése sokkal inkább olyan eseményeken alapul, amiknek a háttere megmagyarázható, és odafigyeléssel, a beteg felvilágosításával elkerülhetőek lennének. Erről lesz szó most.

„Rossz volt a diagnózis” – „Elnézte a betegséget” – „Félrekezeltek”

Bár van számos olyan betegség, amely jó megközelítéssel, mondhatni biztonsággal, már az első beteg–orvos találkozáskor megállapítható, diagnosztizálható, azonban az esetek túlnyomó többségében nem így áll a dolog. A betegségek, különösen korai szakukban a legritkábban mutatkoznak meg tipikus, „tankönyvi” formában. Egy tünet, egy tünetcsoport alapján egyszerre több betegség lehetősége is valószínűsíthető, az orvosnak azt kell mérlegelni, hogy ezek közül melyik a valószínűbb, és a további tennivalóiról ennek alapján kell döntenie: kér/végez, vagy nem kér/nem végez további vizsgálatot, ad, vagy nem ad gyógyszert, és ha ad, akkor melyik gyógyszer(eke)t.

A döntés pontossága javítható a gondos és célirányos kórelőzménnyel és a gondos és pontos betegvizsgálattal. Utalunk a kórelőzményről és a fizikai vizsgálatról írt fejezetekre.

Két eshetőség van:

(1) Az orvos feltételezése, diagnózisa és terápiás döntése jó volt. A beteg állapota javul, vagy akut betegség esetén rendeződik. Mind a beteg, mind az orvos elégedett.

(2) A diagnózis és/vagy a terápia nem vagy csak részben volt helyes, a beteg állapota nem vagy csak mérsékelten javult, tünetei vannak még, és nincs megelégedve az orvosával. Ilyenkor szintén több tényező játszhat közre:

a.) A tünetek később lettek egyértelműek, és az előzetes diagnózisunk helytelen volt, vagy csak részben állta meg a helyét. A beteg nem figyelte gondosan tüneteinek változását, újabb tünetek fellépését vagy a meglévők rosszabbodását, és nem lépett időben, nem tért vissza, nem értesített erről minket. Következésképpen a terápia (ha volt) sem lehetett tökéletes.

b.) A diagnózis helyes volt ugyan, és a betegség, ami miatt a beteg az orvoshoz fordult, javult, de vagy egy másik, interkurrens betegség tünetei léptek még fel, vagy az egyébként is meglévő komorbiditásai erősödtek fel (még az is elképzelhető, hogy a terápia hatására). Ismételt jelentkezése esetén ez kideríthető lenne.

c.) Gyógyszermellékhatás lépett fel (amit a beteg szinte vár, mert elolvasta a kísérő iratot), emiatt más adagban kezdi szedni a gyógyszert, vagy elhagyja azt. Sokszor meg sem kezdi, mert félreértve a tájékoztatót, attól fél, hogy a gyógyszer *feltétlenül* asztmát, magasvérnyomást, gyomorfekélyt, stb. okoz. Reménykedik abban, hogy a gyógyszer nélkül is rendeződik az állapota.

d.) Eleve helytelen a diagnózisunk és/vagy terápiánk.

Tudatában vagyok, hogy a fentiek a végtelenségig le vannak egyszerűsítve, a valós életet nem lehet így pontokba szedni, és semmi sem tisztán, fekete-fehér módon és izoláltan következik be, a további mondandóm érdekében mégis pár típusos esetet kellett felsorolnom. A fenti szituációkból ugyanis számos félreértés, elégedetlenség, vádaskodás, esetleg „műhiba” eredhet, amelyeknek döntő többsége megelőzhető lenne.

Mi van a háttérben? Mit tehet az orvos?

A betegségek keletkezésével és lefolyásával kapcsolatban *teljesen más a beteg és az orvos logikája*. A beteg éppen hogy a vagy-vagy szituáci-

ókban gondolkodik: az orvos megállapítja a bajt, ad rá gyógyszert, a betegség meggyógyul. Ha nem így történik, akkor az orvos nem jól végezte a dolgát.

Mit tehetünk ennek a szituációnak a kivédésére? Bármennyire is időt rabló, a fent vázolt eshetőségeket, az orvos döntésének a logikáját MEG KELL BESZÉLNI A BETEGGEL. Az állapotának alakulásában a beteg saját részvételét és felelősségét hangsúlyozni kell: *ne passzív elviselője legyen a betegség és az orvos küzdelmének, hanem aktív megfigyelője és segítője.*

Hogyan lehet ezt „kommunikálni”? Csak akkor mondjunk biztos diagnózist, ha valóban teljességgel meg vagyunk győződve az igazunkról. Ez nagyon ritka eset. Célravezetőbbek az alábbi válaszok:

„A tünetek több (rokon) betegségre is utalhatnak, a legvalószínűbb ezek közül (...), de szóba jöhet még (...) is”.

„A betegség kezdete óta rövid idő telt el, emiatt csak valószínűsíteni lehet, hogy (...) -ról lehet szó. De ha fellépnének a következő tünetek (...), akkor feltétlenül jelentkeznék.”

„Egyelőre nem tartok szükségesnek gyógyszert, de ha a betegség nem javul pár napon belül, vagy tovább tart (...)napnál, vagy súlyosbodnak/szaporodnak a tünetei, akkor látni szeretném. Lehet, hogy akkor különböző vizsgálatokat fogok kérni.”

„A felírt gyógyszer valószínűleg elég lesz, de ha nem javul pár napon belül az állapota, vagy rosszabbodna, akkor feltehetően szükség lesz még további gyógyszerekre is – jöjjön, és felírom.”

„Önök az újabb panaszai mellett egy/több régebbi krónikus betegsége is van, amik befolyásolhatják az újabban kialakult betegséget. Emiatt lehet, hogy a lefolyás elhúzódóbb lesz, gondosabban kell figyelni, és ha úgy látja, hogy az ismert betegségei is változnának, jelentkeznék ismét.”

„A betegség lefolyása nagyban függ a beteg szervezetének reakcióitól. Ugyanaz a betegség egyik emberben enyhébben, másiknál súlyosabban folyik. Az ön (feltételezett) betegsége általában (...)ig szokott tartani, és súlyosabb szövődmények nélkül gyógyul [vagy előfordul (...) szövődmény]. (...) múlva ellenőrizni tanácsos, hogy rendben halad-e a gyógyulása. Kérem, keressen fel ismét (...)kor.”

„Alaposan megvizsgáltam, [megnéztem a leleteit], és úgy látom, hogy jelenleg nincs olyan baj, ami veszélyes betegségre utalna. De ha az elmondott tüneteket tovább érzi, vagy súlyosbodnának, akkor mindjárt keressen fel, mert ez azt is jelentheti, hogy a betegség most még lappangott.”

A saját jelenlegi gyakorlatomban (magánpraxis) mindig megadom az elérhetőségeimet, és a lehetőséget a betegnek, hogy vegye fel velem a kapcsolatot, ha szükségesnek érzi. Abban az esetben, ha súlyosabb betegről van szó, vagy nem vagyok elég biztos a betegség további alakulásában, megkérem, hogy hívjon fel (vagy írjon e-mailt) néhány nap múlva (általában pontosan megadom a napot), és számoljon be az állapot alakulásáról. Ez a módszer nemcsak azért jó, mert a biztonságérzetét fokozza, hanem mert időben lehet módosítani álláspontomat és terápiámat, ha szükséges, és nem kell megvárni a korábban megbeszélte két vagy három hetet, ami alatt a beteg állapota stagnál, vagy romolhat. Mindezek a technikák azt célozzák, hogy a beteget ne abban a tudatban bocsássuk el, hogy mindent tudunk róla, és az adott (vagy nem adott) terápiával minden megoldódik. Fontos, hogy *a beteg érezze: tüstént visszavárjuk, ha nem úgy alakulnak a dolgok, ahogy mindketten szeretnénk*, hiszen ez „be van kalkulálva” a lehetséges kórlefordulásba. Így kevesebb lesz az elégedetlen, de még inkább kevesebb az „elveszett beteg”, és mi sem ringatjuk magunkat a mindent megoldó doktor hamis látszatában. („Az elveszett beteg:

megelégedettségünk forrása” – mondta egyik kollégám.) Ugyanis, ha nem „hagyjuk nyitva az ajtót”, nem helyezük kilátásba a további konzultációt, akkor a türelmetlen, elégedetlen és riadt beteg másutt próbál tájékozódni. Tanácsot kér ettől-attól és előbb-utóbb eljut egy másik orvoshoz (természetesen ez mobilitásától, társadalmi helyzetétől és a helyi orvosi ellátottságtól függ), aki rendszerint kedvezőbb helyzetben van a baj megállapítását és gyógyítását illetően: addigra kifejlődhet a betegség típusos képe, kiderül, hogy az előző gyógyszerelés sikeres volt vagy eredménytelen, tisztábban lehet látni, mint a betegség kezdetén. Ilyenkor születnek azok a megjegyzések, hogy „ő bizony eltalálta”, „mindjárt rájött”. Hasonló a helyzet, ha a beteg addig vár, míg kórházba kerül, ahol „azt mondták, hogy ezt észre kellett volna venni”, és nem azt, hogy egy-két vizit alatt nem biztos, hogy kiderült volna az igazság, nekik sokkal több lehetőségük van a baj megállapítására, és különben is, amikor a beteg oda került, az addigi kórlefolyásból sok mindent tisztábban lehetett látni. (Ismét kollégát kell idéznem. Ez az UMO szindróma: Utólag Mindenki Okos.)

Sokunk azért idegenkedik ettől a magatartástól, mert attól fél: a beteg tudatlannak, képzetlennek fogja tartani, nem lesz elég bizalma hozzá. Kétségtelen, hogy vannak betegek, akik az autoriter orvost kedvelik, akiknek „meg kell mondani, hogy mi van, mit kell tenni”, de ezek vannak kevesebben. A többség partner az aktív közreműködő szerepében, és ha a dolgok nem úgy alakulnak, ahogy elképzelem, nem az a kép alakul ki benne, hogy rossz orvost fogott ki. Tudatlannak akkor tartanak, ha sorozatosan kiderülne, hogy tévedett a „csalhatatlan” diagnózisában és terápiájában. Az ilyen magatartás következetes alkalmazásával előbb-utóbb „kinevelődhet” a betegeknek az a többsége, amely természetesen tartja, megérti ezt a mentalitást, és nem kell minduntalan hosszabb időt fordítani a besulykolásra. A lényegyet persze mindig el kell mondani.

Az őszinteség haszna

Az orvos őszinteségével az orvos–beteg kapcsolat sok későbbi zavarra, komplikációja megelőzhető. Tulajdonképpen a fenti fejtegetések is ebbe a kategóriába sorolhatók. Ha nincs határozott elképzelésünk a bajról és gyógyításáról, akkor ezt meg kell mondanunk, nem hagyva kétséget természetesen afelől, hogy mindent megteszünk, hogy a beteggel együtt, közösen megtaláljuk a megoldást. Akár a diagnózisról, akár a prognózisról vagy a gyógyítás módszereiről van szó, ne akarjunk „mindenáron” a beteg kedvében járni. Ne azt mondjuk, amit a beteg vár tőlünk, hanem kendőzetlenül közöljük vele a valós helyzetet. A beteg érdekében elkövetett „kegyes csalás” persze más kategória, szükség lehet rá. De őszintén nézzünk magunkba, hogy a „mellébeszélés” hátterében nem az van-e, hogy ebből előnyt (akár érzelmi, akár anyagi előnyt) szeretnénk kovácsolni. Az őszinteséggel sokkal inkább megszerezünk, és főleg megtartjuk a beteg bizalmát, nem beszélve arról a haszonnál, hogy nem kerülünk kínos helyzetbe amiatt, hogy az őszintétlenségünkkel ellentmondásba keveredünk.

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a beteg felvilágosításának Magyarországon meglehetősen pontos, bár kissé bonyolult jogi szabályozása van. Az orvosnak sokszor az őszinteség és a jog adta lehetőségek között kell lavíroznia, bár a mindennapi gyakorlatban ritkán adódik igazán kiélezett helyzet. Ilyen elsősorban az életet veszélyeztető diagnózisok közlésében, illetve szövődmények kialakulásának veszélyével járó műtétek, kezelések esetében fordul elő, amikor a teljes körű tájékoztatást az érintett szakorvos szokta megadni.

A krónikus beteg

Az alábbiak a *nem malignus* krónikus betegségben szenvedőkre vonatkoznak. A krónikus betegségben szenvedő beteg ellátása még

több törődést, más bánásmódot igényel. Sok további félreértésnek elejét vehetjük, ha gondolunk arra, hogy a krónikus betegséget nem könnyű elfogadni a betegnek, és nem könnyű elfogadtatni a beteggel.

A krónikus betegség diagnózisát a beteg mindig kétkedéssel fogadja, és reménykedik, hogy mégsem olyan betegségben szenved. (Néha szómágiával próbálja elhessegetni a fenyegető diagnózist: asztma helyett allergiát, diabetes helyett anyagcserezavart, colitis helyett emésztési zavart mond.) Ő is sejti, és ebben a sejtésében meg kell erősítenünk, hogy ez a diagnózis (akár légúti, akár egyéb szervi krónikus bajról van szó) a tartós, állandó gyógyszeres kezelést és életmódjának megváltoztatását jelenti.

A beteg és az orvos későbbi együttműködését megkönnyítendő, tisztázni kell, hogy a krónikus betegség intenzitása változó, időnként súlyosabb időszakok is lehetnek, és hogy – remélhetőleg minél később – a betegség valószínűleg romlani fog. Az erre való utalás sok későbbi vádaskodást megelőzhet. Tudatosítani kell, hogy a betegség kedvező lefolyása és súlyossága, a szövődmények kialakulásának valószínűsége és üteme, de még a prognózis is a megfelelő tartós gyógykezeléstől függ. Egyúttal azt is el kell mondani, hogy az alkalmazott gyógykezelés intenzitása változhat a betegség aktuális súlyossága szerint. Egyszer több, máskor kevesebb gyógyszerrel lehet megtartani a kedvező állapotot.

Ha a betegség természete olyan (pl. asztma, COPD), hogy időnként fellángolások vannak, akkor ezekre fel kell készíteni a beteget. Meg kell vele ismertetni, hogy mik azok a jelek, amikből az exacerbációra következtethet, és milyen terápiás lépéseket kell ilyenkor megtennie (az inhalációs gyógyszer adagjának emelése, orális kortikoszteroid elkezdése, stb.). Mellékelem azt a „röplapot”, amit a krónikus betegeknek adok, amikor a diagnózisuk beigazolódik, és a fenntartó kezelésre

állunk át. Amikor látom, hogy a beteg felejtí a fontosabb tudnivalókat, ismét kap ílyet.

Szinte refrénként kell ismételnem ebben a részben is: tudatában vagyok annak, hogy a fentiek megvalósítása időígényes. Az állami egészségügy mai valósága nem az elmélyült, a beteg egyetértését kereső orvosi magatartásnak kedvez. Mérlegelendő azonban, hogy az esetenként ráfordított időtöbblet még mindig jobb alternatíva, mint a félreértésekből, vádaskodásokból eredő konfliktusok miatti magyarázkodás, feszültség, idegeskedés, esetleg jelentésírás, netalán különböző fórumokra járás.

Tisztelt Betegünk!

Köszönöm, hogy bizalmával megtisztelt, és felkereste rendelőmet. Nagyon örülnék, ha együttműködésünk tartós lenne, és közös igyekezetünk az Ön állapotának tartós javulását eredményezné. Ennek érdekében szeretném néhány fontos dologról tájékoztatni:

Önnek krónikus betegsége van, és ezek a betegségek általában évekig, évtizedekig, sokszor az élet egész folyamán tartanak, állandó törődést, odafigyelést igényelnek. Bár a beteg is és az orvos is a teljes gyógyulást szeretné, ezeknél a betegségeknél nagyon gyakori, hogy gyógyulás nem érhető el, célunk csak a legkedvezőbb állapot elérése lehet.

Ma már a legtöbb betegség esetében megvannak azok a gyógyszerek, eljárások, amiknek segítségével a beteg csaknem olyan minőségű életet élhet, mintha egészséges lenne, de csak rendszeres gyógyszeres kezeléssel, az életmódi szabályok betartásával. Amikor további (esetleg többszöri) megjelenést javasolok, ennek az a célja, hogy közösen megtaláljuk betegségének legjobb kezelési módszerét:

- Gyakran más a gyógyszerek adagja a kezelés kezdeti szakaszában, mint később, amikor a jó állapot fenntartására törekszünk.*
- Sokszor használat közben derül ki, hogy egyik vagy másik gyógyszer Önnél nem úgy hat, mint másnál, esetleg kellemetlen mellékhatása van. Ilyenkor az adag módosításával vagy a gyógyszer cseréjével továbbra is fenntartható a jó állapot.*
- Rendkívül fontos a tartós kezelés beállításánál a beteg tapasztalata, mert csak ennek ismeretében tudjuk „egyénre szabottan” megállapítani a gyógyszerek pontos adagját, használatának módját, stb. Legközelebb közölje velem tapasztalatait. A sikeres kezelés legfontosabb feltétele, hogy „a beteg megtanulja a betegségét”.*

- A gyógyszerek sokkal jobb hatást biztosítanak, ha tudatosan, a betegség ismeretében alkalmazzák azokat.
- A gyógyszerhatás nagymértékben függ attól is, hogy technikailag helyesen alkalmazzák-e azokat (például a belégző szereket), és betartják-e azokat a szabályokat, amikkel hatásosabbá tehetők a gyógyszerek vagy gyógyeljárások.
- Nem feltétlenül az a jó kezelés, aminél sok gyógyszert írnak elő. Lehetőleg minél kevesebb, de az adott esetben leghatásosabb gyógyszerre van szükség, aminek a hatását még fokozni lehet a helyes technikával és az életkörülmények változtatásával.

Igyekezni fogok minden olyan ismeretet közölni Önnel, aminek birtokában aktívan vehet részt a gyógyításban. Szükségem van viszont arra is, hogy Ön is számoljon be mindenről, amit a betegségével kapcsolatban tapasztal. A legközelebbi találkozáskor kérdezzen rá ezekre még akkor is, ha először jelentéktelennek vagy nevetségesnek tűnnek is azok.

Jegyezze fel ezeket a megfigyeléseket, hogy a legközelebbi találkozásig ne felejtse el.

Egyet soha ne tegyen: ne hagyja abba a kezelést akkor, amikor úgy érzi, hogy állapota megfelelő, tünetei megszűntek. Ez nem gyógyulást jelent, hanem azt, hogy az adott kezeléssel betegsége optimális módon van ellátva. Általában ekkor van szükség leginkább a kezelés folytatására, hogy ez az állapot fennmaradjon. Ha ilyenkor abbamarad a kezelés, csaknem biztos, hogy bekövetkezik előbb vagy utóbb a visszaesés. Ha tartósan nagyon jól érzi magát, akkor beszéljük meg ismét: milyen mértékben csökkenthető a gyógyszerek adagja, hogyan veszi észre, hogy ismét több gyógyszerre lenne szüksége, származhat-e hátránya abból, ha hosszan használja az adott gyógyszert.

7.

ORVOSI TANÁCSOK

„A régi orvosok latinul beszéltek, a modern orvosok angolul beszélnek, a jó orvosok a betegek nyelvén beszélnek.” (P. Jenkins)

A jeles mondást még kiegészítem azzal, hogy azok a valóban jó orvosok, akik amellett, hogy a betegek nyelvén beszélnek, egyúttal megpróbálják a beteg helyzetébe képzelni magukat, és véleményüket, tanácsaikat úgy fogalmazzák meg, hogy az adott beteg számára **nemcsak érthető, de megfogadható és használható legyen**. Nem könnyű feladat. Alapos emberismeret, empátia és az élet realitásainak ismerete kell hozzá.

Sajnos az orvosok „tanácsai” (a betegektől hallom), többnyire banális általánosságokban merülnek ki: „nyugodjon meg”, „szokjon hozzá”, „tanuljon meg a betegségével élni”, „mozogjon”, „pihenjen”, „hízzon”, „fogyjon”, „szokjon le”, „csinálja gyakrabban”, „utazzon el valahová”, „maradjon inkább otthon”, és a sor a végtelenségig folytatható lenne.

Konkrét útbaigazítás nélkül a betegnek fogalma sincs, hogy mit tegyen. Néhány évtizeddel ezelőtt a rokonság, a szomszédok és az ismerősök próbálták kisegíteni, vagy a saját elképzelése szerint értékelték az orvosi „tanácsokat”, manapság a web2-n köt ki (egyre többen megtehetik, és meg is teszik). A két alternatíva közül gyakran ez a rosszabb.

Közösségi oldalakon, fórumokon keres választ, blogolni kezd, kérdez, és tömegével kapja a válaszokat. Nem orvosoktól. Van olyan internetes fórum is, aminek a címe: „orvosi tanácsok”, és január végén a

4119. bejegyzésnél tartott, de csak laikusok adnak egymásnak tanácsot. Igaz, meg is jegyzik az egyik bejegyzésben: „(...) A rovatban orvosi témájú felvetések vannak, de soha nem tévedt még ide orvos, aki válaszolna, csak a sorstársak tanácsolgatnak ezt-azt.” (Töredelmesen be kell vallanom, hogy én ugyan „odatévedtem”, de tartózkodtam a bekapcsolódástól, mivel attól kezdve minden időmet arra fordíthattam volna, hogy kérdésekre válaszolgassak. A másik ok, ami miatt passzív maradtam, hogy tapasztalatom szerint ezeken a fórumokon a tévhittek, az áltudományok és az orvoslással szemben megnyilvánuló rosszindulatú vádaskodások eloszlításának kísérlete a „mundér becsületének elvtelen védelme” kategóriájának számít, és minősíthetetlen szidalmakat eredményez, természetesen az összes orvosnak címezve.) A „sorstársak” egyébként a legritkább esetben tanácsolnak helytálló „ezt-azt”, ennél fogva hihetetlen mennyiségben keringenek az interneten vadabbnál vadabb elképzelések, elméletek, hírek és tanácsok.

Az igazsághoz tartozik, hogy vannak honlapok, amelyek működtetnek „Az orvos válaszol” rovatot is. Az orvos válasza (magam is tapasztalom) azonban többnyire visszhang és viszonzválasz nélkül marad, a legritkább eset, hogy olyanféle dialógus alakuljon ki, mint ami a laikus fórumokon mindennapos. Nagyon valószínű, hogy a kérdező több orvosnak is felteszi ugyanazt a kérdést, és a válaszokat a „sorstársakkal” értékeli és vitatja-kritizálja meg.

Néhány „gyöngyszem” a fórumokról a tüdőgyógyászat köréből:

„2006-ban CT alapján mondták ki, hogy COPD-s vagyok. A tüdőgondozóban mindig van rtg, légzésfunkció és véroxigén vizsgálat, de az eredményről csak részben tájékoztatnak. A tüdő tiszta... Tiszta? Hogy lehet, amikor állandóan hörgők, sípolok és fulladok? Holnap megyek kontrollra, valószínűleg rendőrségi ügy lesz a dologból, mert addig nem vagyok hajlandó kimenni a rendelőből, amíg a szükséges felvilágosítást meg nem

kapom... Sokkal rosszabb az állapotom, a szomszédok sem tudnak aludni már a sikoló (sic!) köhögésemről. Gyakran olyan köhögő görcsöt kapok, hogy minden elsötétedik előttem."

„Itt a vizsgálat eredményét csak másnap adják ki, így sem kérdezni, sem egyéb lehetőségekről érdeklődni nem lehet. A Pulzixometria (sic!) eredményét az Internetről dekódoltam ki."

„A panaszaidat mindenképpen mondd el. – Mindig elmondom, de szerintem nem nagyon érdekli. Legutóbb két adag antibiotikumra adott receptet. Ma kellene újrakezdenem a második kört. Mit gondoltok, szükséges ez, vagy ,biztos, ami biztos' alapon írt fel ennyit?"

A jelenség nem magyar specialitás. Időnként beleolvasok angol nyelvű, egészségüggyel foglalkozó fórumokba, napilapok online kiadásának beteg-levelezési rovatába. A tárgyi tévedések, félrehallások, az elégedetlenség az ellátással legalább olyan mértékűek, mint nálunk, a vitakultúra azonban kétségtelenül színvonalasabb, még a legpopulárisabb fórumokon is.

Milyen tanácsokat vár tőlünk a beteg?

A továbbiakban megpróbálok néhány olyan témakört ismertetni, amiket a saját eddigi működésem – és az említett internetes forrásokból is szerzett tapasztalataim – alapján tudom, hogy a betegek leginkább igényelnének.

Az életmóddal kapcsolatos tanácsok fő hibája, hogy többnyire elrugaszkodnak a beteg mindennapi életétől, lehetőségeitől. Uniformizált „tanácsok” nem alkalmazhatók egyformán a jól szituált, jó anyagi körülmények között élő, és a szerény jövedelemből vagy kis nyugdíjból tengődők esetében. A mindennapi szükségletek beszerzése, a hivatalos ügyek elintézése sokaknak egész napos, fárasztó, egészségrontó, de szinte elkerülhetetlen program. Ha ennek könnyí-

tésére tudnánk személyre szóló tanácsokat adni, sokat segíthetnénk. A gyakori orvosi ellenőrzések elrendelése a betegek egy részénél az állapot rosszabbodását is eredményezheti a rájuk váró megpróbáltatások miatt: utazás tömegközlekedéssel, órákon át tartó, többnyire éhgyomorral történő várakozás, amíg megvizsgálják, járkálás a leletekért, újabb utazás. Az ilyen betegeknek legalább az előjegyzés átvállalásával segíthetünk.

Míg sokaknál a mindennapi rutinnal járó fizikai tevékenység is megerőltető, vagy kivihetetlen, addig a betegek többségét éppen **az aktívabb életre, a fizikai aktivitás fokozására** kell serkentenünk. Az asztmások és az enyhe, közepesen súlyos COPD-sek között feltűnően gyakori a súlyfelesleg, de a túlsúly, az elhízás egyúttal rizikófaktora és súlyosbítója (a dohányzás mellett) azoknak a társbetegségeknek is (metabolikus zavarok, kardiovaszkuláris rendellenességek: hipertónia, ischémias szívbetegségek, arteriosclerosis, stroke), amik igen gyakran együtt járnak az asztmával és a COPD-vel. Ezeket az összefüggéseket meg kell magyarázni a betegeknek. Tanácsainkkal tudatosítani kell, hogy mind a diabetest, mind a hipertóniát nagyon kedvezően lehet befolyásolni a fizikai aktivitással. De az asztmásokat is jogosan lehet azzal biztatni, hogy állapotuk javulhat, gyógyszerükségletük jelentősen csökkenhet, ha leadják a felesleges kilóikat, vagy normalizálják a testsúlyukat, aminek egyik legfőbb eszköze a fizikai aktivitás. Ez nem feltétlenül aktív (és bizonyos társadalmi helyzetben szinte kötelező) sportolást (tenisz, fallabda, golf), hanem elsősorban egyszerűbb, következetes, de mégis sportnak tekinthető tevékenységet (kerékpározás, futópad, fürge séta, úszás) jelent.

Gyakran hallom azt a kifogást a betegektől, hogy „mozgok én elég a munkám közben”, míg kérdezősködésre kiderül, hogy az illető egész nap áll a munkahelyén, legfeljebb pár métert kell megtennie,

igaz, azt elég sokszor, ami kétségkívül fárasztó (testileg-lelkileg egyaránt), de szinte semmi összefüggésben nincs azokkal a kedvező életani hatásokkal, amiket az „edzéssel”, „testgyakorlással” lehet elérni. Sokat jelent a betegeknek, ha elmondjuk, hogy a rendszeres testedzéssel nem csak az említett betegségek aktuális állapotát javíthatják, hanem jelentősen befolyásolhatják azok lefolyását, szövődményeik kifejlődését, emellett javul a szellemi tevékenységük, erősödik az immunitásuk, ami az új kutatási eredmények szerint ma már szintén evidencia.

A fokozott aktivitáshoz nem kell feltétlenül drága sporteszköz. Közösen végig kell gondolni, hogy mik pl. azok az utak, amiket autózás, vagy tömegközlekedés helyett gyalog vagy kerékpáron tehet meg (munkába menés és/vagy onnan hazatérés, ügyintézés, bevásárlás, kedvenc állat sétáltatása, séta a családtagokkal, stb.). Van-e a közelben olyan hely, ahol 30–40 percig tempósan sétálhat (többnyire van) vagy kerékpározhat? Netalán uszoda, ahová rendszeresen eljárhat?

Kezdetben mindenki az idő hiányára hivatkozik, és emiatt tér ki a fenti ötletek elől, de sok beteggel megértethető, hogy ez az idő nem számít „elvesztegetettnek”, ahhoz képest, amit ennek révén nyerhet azzal, hogy betegsége nem, vagy sokkal később teszi teljesen inaktívá, kiszolgáltatottá, tehetetlenné, az így meghosszabbított kielégítően produktív állapot életminőségéről nem is beszélve.

Az aktív életmódtól várható előnyök feltétele a rendszeresség, következetesség. Az időnkénti nekibuzdulások, majd a még hosszabb ideig tartó (és lelkiismeret furdalással súlyosbított) kihagyások nem érhetik el a kívánt hatást. A rendszerességet segíthetjük, ha minden találkozáskor rákérdezzük a fizikai tevékenységre, és pozitív válasz esetén nagyon megdicsérik és biztatjuk a beteget. Ha találunk olyan paramétert, ami javult, emeljük ki, és hozzuk összefüggésbe az aktivitással.

A fizikai aktivitás fontossága elválaszthatatlan **az étkezésről szóló tanácsainktól.**

Az egészségnevelés tárgykörében talán nincs még egy olyan gazdag és könnyen elérhető irodalom, mint ami az egészséges táplálkozásról szól. Ezekben a beteg nagyon sok segítséget kap, a részletekre vonatkozóan ezeket kell ajánlanunk. Természetesen a gyakorló orvosnak is tisztában kell lenni pl. a teljes kiőrlésű gabonák, a telítetlen zsírsavak, a vitaminok szerepével, de nekünk nem ételrecepteket kell lediktálnunk, vagy nem áruismeretet kell tartanunk, hanem elsődleges célunk az kell legyen, hogy megértessük a beteggel a kalóriafelvétel és kalória felhasználás arányának fontosságát.

Amikor a beteg arról panaszkodik, hogy – szerinte – minimális táplálék mellett sem tud fogyni, vagy hízik, csak egy válaszunk lehet: akkor az a „minimális” is sok, tessék a felét enni, és lehetőleg még több kalóriát leadni. A dolog természetesen nem ilyen egyszerű, rengeteg genetikai, pszichoszociális és egyéb tényező szerepel az okok és a fogyásra irányuló törekvések sikere-sikertelensége között. Sokaknál a fogyást gátló tényező, hogy többnyire az egészségtelen, hizlaló táplálékok olcsóbbak, könnyebben hozzáférhetőek és megfizethetőek, míg az „egészséges” táplálkozás betegeink tekintélyes részénél megfizethetetlennek tűnik. (Az más kérdés, hogy ugyanakkor mennyit költenek élvezeti cikkekre, az életfenntartás és táplálkozás szempontjából haszontalan dolgokra. Tanácsainkban erre is kitérhetünk. A sikerről nem vagyok meggyőződve...) A dohányzásról való leszokás megtárgyalása nem fér bele a fejezet kereteibe. Erről a témáról kiváló felvilágosító irodalom és több honlap áll rendelkezésre.

Az egész terápia eredménye és a beteg további sorsa múlhat azon, hogy **a gyógyszereléssel kapcsolatos tudnivalókat** miként mondjuk el a betegnek. Az alábbiakban lesznek olyan részek, amiket „A gyógy-

szerrendelés kulisszatitkai” című fejezetben már leírtam, de éppen a téma fontosságát jelzi, hogy ezek egy részét (némileg megváltoztatott formában) meg kell ismételnem.

A rendelt gyógyszereket – lehetőleg fontossági sorrendben – *le kell írni egy külön papírra a betegnek*. A listán szerepeljen, hogy az adott gyógyszerből naponta hányszor, melyik napszakban, hány darabot kell bevenni. Ennek hiányában előbb-utóbb MINDEN BETEG garantáltan elfelejti, összekeveri, másképp szedi. Idősebb, nehezen olvasó, feledékeny, konfúzus beteg még írott segítség birtokában is! Az ő esetükben a hozzátartozót kell (ha van) felkérni a segítségre. Nagyon hasznosak azok a dobozok, amikbe egy hétre előre ki lehet adagolni, napi akár négy alkalomra is elosztva a beveendő szereket. Ezt elvileg az otthoni ápoló, gondozó is feltöltheti hetente. Kevesebb vesződés, mint a gyógyszer elmulasztásából vagy keveréséből adódó következmények ellátása.

Gyógyszerváltáskor fel kell hívni a figyelmet arra, hogy *melyik gyógyszert mi helyett adtuk*, és külön csoportba leírni azokat, amiket most nem kell szednie a korábbiakból. Meg kell magyarázni, hogy a szájon át szedett „gyógyszereken” (tablettákon, kapszulákon, stb.) kívül *az egyéb gyógyszerformák használata is fontos* (cseppek, kanalas orvosságok, belégzők, kúpok, stb.).

Tisztázandó, hogy mi legyen akkor, ha a beteg egy (vagy netalán két) alkalommal *elfelejti bevenni a gyógyszerét*. Valamilyen módszerrel el kellene érni azt is, hogy a beteg *pótolja a gyógyszerét, mielőtt kifogy-na*. Manapság a receptek 90 napos érvényessége többnyire azt jelenti, hogy általában több receptet lehet felírni. Én az egyikre öntapadó cédulára ráírom, hogy **UTOLSÓ RECEPT!!** (remélve, hogy nem azt fogja kiváltani elsőként). Anyagi okok, beszerzési nehézségek gyakran okai a gyógyszerelés hosszabb kimaradásának.

Komplikálja a gyógyszerelést, ha szinte azonos kinézetű és csomagolású gyógyszert írtunk fel akaratlanul a betegnek. Egyik ismerősömtől kaptam az alábbi képet (1. kép). *Az egyik szer altató, a másik kortikoszteroid.* Nem mindegy, hogy melyik levélből nyom ki a beteg kétszer hármat, vagy csak este egy szemet, mert ráadásul nem a feliratos oldalából kezdi kiszedni a tablettát, de még ha igen, akkor is gyenge látással, rossz világításnál nem biztos, hogy felismeri a különbséget. Mindkettőt ugyanaz a gyár állította elő...

Sajnos, ez az az eset, amire nem tudunk felkészülni, nem ismerhetünk minden gyógyszert, csak reménykedhetünk, hogy a hasonló egybeesés ritkán fordul elő, de ez is egyik ok, hogy a tanácsunk terjedjen ki arra is, hogy beszédés előtt nézze meg, valóban az a tablettá van-e a kezében, amiből be akar venni. (Minket már medikus korunkban ráneveltek, hogy injekció beadása előtt még a felszívást megelő-



1. kép: Szinte azonos kinézetű és csomagolású gyógyszerek
(Mihalovits György gyűjtése és felvétele)

zően is győződünk meg róla, hogy azt a szert tartjuk-e a kezünkben, amit be akarunk adni, majd beadás előtt ismét. Remélem, hogy ez a szabály és gyakorlat még érvényben van.)

Új gyógyszer esetében a betegek szinte kivétel nélkül a kísérő irat „Mellékhatások” című fejezetét olvassák el először. Ha a sok szörnyűség áttanulmányozása után egyáltalán van bátorságuk elkezdeni a szer szedését, napokig feszülten figyelik bármelyik mellékhatás felépését. Ezért *új gyógyszer felírásakor térjünk ki a mellékhatásokra*. Magyarázzuk el, hogy ezek valószínűségek, amik rendszerint a betegek nagyon kis hányadánál léphetnek fel, akkor sem feltétlenül súlyos formájukban. Mi magunk mondjuk el, hogy az adott gyógyszernél eddig milyen mellékhatást tapasztaltunk leginkább a betegeinknél, de térjünk ki arra is, hogy az enyhe mellékhatások egy része idővel megszűnik. Erre persze rácsófolhatnak az olyanféle kísérőiratok, amiknek egyik díszpéldánya ezt tartalmazta a mellékhatások felsorolása után: *„A terápia abbahagyását követően a tünetek hetek alatt teljes mértékben visszafejlődnek, noha igen súlyosak is lehetnek és igen ritkán, extrém körülmények között halálhoz vezethetnek.”* (Mihalovits György gyűjtése)

A betegek többsége azt hiszi, hogy ha a kísérő iraton olyan figyelmeztetés van, hogy a szert különösen óvatosan használják egyes betegségekben szenvedők (szakmánkban az asztma és a nem-szteroid gyulladásgátlók gyakran szerepelnek ilyen kontextusban), akkor az azt jelenti, hogy az adott gyógyszer annak *a betegségnek az okozója lehet*. Ezt a félreértést mindig el kell oszlatnunk.

A tanácsadás, a meggyőzés egyik legfontosabb célcsoportja **a krónikus betegségben szenvedők** nagy csoportja. Egyúttal ők azok is, akikkel a legnehezebb a tartós együttműködés. Hónapok, évek telnek el, amíg saját tapasztalataik meggyőzik őket arról, hogy az adekvát kezelés elején elérhető jó állapot csak akkor tartós, ha a gyógyszereket,

amivel a javulás elérhető volt, tartósan használják. Embere válogatja, de nem ritka, hogy csak évek és több visszaesés után fogadja el a beteg a folyamatos gyógyszerhasználat szükségességét. Ez az időszak általában lerövidíthető, ha tanácsainkkal tisztázzuk és megértetjük a krónikus betegség lényegét, és azt, hogy a jelenlegi szerekekkel ezt a betegséget megszüntetni nem lehet. (Nyitva kell hagyni azt a – valószínűleg nem irreális – reményt, hogy időközben megjelenhet olyan gyógyszer, vagy módszer, amivel az adott betegség gyógyítható vagy csaknem gyógyítható lesz.) El kell mondanunk („a beteg nyelvén”), hogy mik azok a patológiai elemek, amiket nem tudunk visszafordítani, és amik szükségessé teszik az állandó kezelést, beleértve hogy ez szükséges a progresszió lassítása vagy megelőzése szempontjából is. Beszélünk kell az exacerbációk lehetőségéről, amik még a leginkább terápiakövető betegnél is bekövetkezhetnek időnként. Ki kell oktatni a beteget arról, hogy mi a teendője ilyenkor, hogyan rövidítheti le a rossz időszakokat.

Egyébként is nagyon fontos része a tanácsadásnak *az állapot változásait követő gyógykezelés megtanítása*. A betegnek tudnia kell, hogy mik azok a szubjektív tünetek, amik az állapot átmeneti rosszabbodásának első jelei és amik jelzik, hogy a kezelésen változtatni kell. Persze legjobb, ha állapotát objektív módszerrel is „monitorozza” a beteg, az asztmás/COPD-s a csúcsáramlásmérővel, a diabetéses a vércukor mérésével, a hipertóniás a gyakori vérnyomásméréssel. Pontosán kell tudnia a betegnek, hogy mi a teendő állapotromlásakor. Mi ilyenkor a legkedvezőbb magatartás, mennyire fontos a pánik elkerülése. Melyek azok a szerek, amiknek az adagját emelni kell, mik azok, amiket a szokásos szereken felül el kell kezdenie, és főleg azt, hogy milyen szubjektív és objektív jelek mutatják, hogy sürgősen fel kell keresni az orvosát vagy a sürgősségi ellátóhelyet.

Ennél a betegcsoportnál a tanácsadásunk legnehezebb része a folyamatos gyógyszeresedés elérése mellett *a kontroll vizsgálaton való megjelenés kérdése*. A közelmúltban készült felmérés szerint a krónikus betegek 73 százaléka állítja azt, hogy megfelelően betartja az orvosi javaslatot, míg a javaslatot bevallottan megszegők mindössze 15 százaléka egyeztet erről orvosával. (Az adatokat, mivel önbevallás alapján készültek, túl optimistán tartom.) Ugyanezen felmérések mutatják, hogy a folyamatos gyógyszerelésre szorulóknak alig 80 százaléka megy vissza a szedett készítménnyel kapcsolatban az orvos által megadott időpontban. Ebben a betegkörben a 26–35 év közötti, jellemzően felsőfokú képzettségűek, illetve lakóhely szerint a fővárosiak tartják legkevésbé fontosnak az orvosi kontrollt. Zömében az idősebb, alacsonyabb végzettséggel rendelkezők veszik legkomolyabban a kontrollvizsgálat fontosságát, bár az egészségükkel kapcsolatban aggályosak és túl óvatosak körében is nagyobb az aránya a kontrollra járóknak az átlagnál.

A tanácsadást megkönnyítik az írásos anyagok. Az orvosok egy része saját maga is tud olyan ismertetőket szerkeszteni és sokszorosítani, amik megkönnyítik és lerövidíthetik a tanácsadást. A gyógyszergyártó cégek is szép számmal ellátják a rendelőket ilyen anyagokkal. Ezek nagyobbik része nem reklámanyag, még akkor sem, ha az adott cég készítményére van „kihegyezve”, általában tisztességes és tárgyyszerű információkat tartalmaznak.

Egy jól összeválogatott tanácsadó „csomag” valóban sokat segít a tanácsadás minőségén. *Ha a beteg elolvassa.* A betegek között sok a funkcionális analfabéta, akinek még a rövid és a mindennapi élethez közelebb álló témájú írásos anyag elolvasása és megértése is szinte lehetetlen. Számukat nem lehet pontosan felbecsülni, de tekintélyes arányban vannak a társadalomban. Az ő számukra ezek a felvilágosító

anyagok gyakorlatilag használhatatlanok. Legtöbben a halmozottan hátrányos helyzetű betegek közé tartoznak, nehéz megtalálni a módszert, amivel oktathatók.

Befejezésül ismételten szeretném felhívni a figyelmet arra, hogy TANÁCSADÁSRÓL és nem PARANCSKIADÁSRÓL írtam. Az adott beteg személyére szóló, és lehetőleg vele közösen hozott, sokszor mindkét fél részéről kompromisszumokat követelő cselekvéssorozat vezethet célhoz. Hogy kinek van erre ideje? A kérdésre nem tudok válaszolni, illetve ha azt írom, hogy annak, aki igazán szívében viseli a betegek sorát, akkor magam is tudom, hogy demagóg vagyok, és nem ismerem testközelből az egészségügy mai helyzetét.

8. MIT MOND A BETEG?

Az egészségügy a betegek többségének jelenleg sem tudja azt az el-
látást nyújtani, amit az egészségügyi dolgozók lelkiismerete diktálna,
és amit a betegek megkívnának. (A tétel akkor is érvényes, ha tud-
juk, hogy a betegek elvárásai gyakran irreálisak, megalapozatlanok,
ami tájékozatlanságukból, tudatlanságukból és az egészségüggyel
való korábbi – a „régiben” történt – találkozásuk tapasztala-
taiból, megszokásaiból ered.)

Az egészségüggyel, de mindenekelőtt az orvosokkal kapcsolatos
kifogásainak, sérelmeinek, a beteg hangot ad. Teszi ezt a tömegkom-
munikáció különböző eszközeinek segítségével (napi- és egyéb lapok
hasábjain, újabban a hihetetlen mennyiségben burjánzó internetes
blogokon és fórumokon), de elmondják egy másik orvossal való ta-
lálkozásokról is.

Ebben a fejezetben elsősorban azokat a beteg-észrevételeket
veszem sorra, amiket személyesen hallok a betegeimtől, és amiket,
ha nem tartok jogosnak, megalapozottnak, mindjárt megpróbálok
a „helyére tenni”. Azonban nehéz helyzetben vagyok, ha magam is
helytelenítem azt, amiről a beteg panaszkodik (netalán magamra is-
merek időnként), viszont etikusan akarok maradni kollégáimmal szem-
ben. Emiatt is határoztam el, hogy a betegek néhány gyakori kifogá-
sát szóvá teszem ebben a fejezetben.

A jelen fejezetben olyan témák is előkerülnek, amiket korábban említettem már. Ismétlésük részben más szövegkörnyezetben történik majd, de azzal, hogy visszatérek rájuk, fontosságukat is hangsúlyozni szeretném.

Külsőségek?

Öltözet

A modern orvoslás kezdetekor az orvosi „rend” átvett bizonyos külsőségeket az elődeitől. Ezekhez tartozott az öltözködésnek az átlagemberétől elütő volta. Valamit magára adó, foglalkozását komolyan vevő orvos nemcsak munkája közben, de az utcán, társaságban, a mindennapokban és ünnepi alkalmakkor is ügyelt arra, hogy ruházata az alkalomnak megfelelő, társadalmi állásával összhangban levő legyen. A társadalom ezt el is várta, de az orvosi szakma szervezetei is megkövetelték. A köznapi és a munkahelyi viselet akkor vált el, amikor kiderült, hogy a ruha a fertőzések közvetítője lehet, és kialakult a „fehér köpenyesek” rendje. Ami jelenleg tűnőben van. Ez nemcsak abban nyilvánul meg, hogy az új trend színes munkaruhákba öltözteti az orvosokat és az asszisztenseket, hanem abban is, hogy egyre gyakrabban jelennek meg munkahelyükön utcai ruhában a nem műtéti szakmákban dolgozó kollégák. A szokás nem csak nálunk egyre gyakoribb, vezető külföldi szaklapokban közlemények sora foglalkozik újabban e „káros” szokással, meggyőző statisztikákat hozva az utcai öltözetben orvoskodók és a környezetükben szaporodó fertőzések között.

A fehér köpeny sem bizalomgerjesztő és nem különb az utcai ruhánál, ha véres vagy más váladékoktól szennyezett (ilyenkor nem kizárólag esztétikai kifogások merülhetnek fel), vagy az esetleg panyókára vetett „ófehér” (egyik beteg szemléletes kifejezése a hófehér parafrázisaként) köpeny alól utcai ing, nadrág tűnik elő. Feltűnően sokan teszik szóvá.

A merész dekoltázst általában nem a férfi betegek nehezményezik, de a nőnemű páciensek gyakran megbotránkoznak miatta, és ők azok is, akik felháborodva említik, hogy a (férfi)doktor „szinte derékig kigombolt ingben mutatja a szőrös mellkasát”. A megjegyzések pszichológiai hátterét nem szoktam elemezni, bár ez, az első benyomás alapján elég nyilvánvaló. Mindettől függetlenül, a felemlegetésük gyakorisága miatt mindkét „zavaró” öltözködési (vetkőzködési?) szokást kerülendőnek vélem.

Személyi higiéné

A borostás, rossz leheletű, fésületlen férfi orvos, a túlsminkelt, túlparfümözött vagy zsíros hajú orvosnő gyakori jellemzések a betegek korábbi emlékei között.

Kézmosás

Semmelweis óta sem veszítette el aktualitását, ez a nyugati lapokból (is) szintén nyomon követhető. Hiányát és az egészségügyben (be) szerzett fertőzések kapcsolatát ugyancsak gyakran és meggyőzően taglalják.

Kezdő orvos koromban főnököm egyik első intelme az volt, hogy viziten, két betegvizsgálat között mossunk kezet. A szappan és törölköző a „vizittálca” elengedhetetlen kelléke volt. De érvényes ez a szabály a járóbeteg rendelésen is, mert ha a testi vizsgálatot nem követi kézmosás, a beteg joggal gondolhatja azt, hogy az előző beteg vizsgálata után sem volt, és ha kényes erre (sajnos egyre ritkábban, de mégis...), akkor kellemetlenül érzi magát. A tevékenység sokszor szimbolikusan látszik (igazában nem az), de a beteg bizalmának erősítéséhez tartozik. Ő nem tudhatja, hogy amikor kimegy, kezet mossunk (ha egyáltalán). Ezt demonstrálni kell.

Eszközök

Ugyancsak demonstrálni kell, hogy az eszközök tiszták, nem keverednek a másik betegnél használtakkal. Ez általában elég egyértelmű, ha „steril tálcáról” vesszük le, és nyilvánvalóan a ledobóba kerül, de pl. légzésfunkciós vizsgálatnál (ha nem egyszer használatos), a szájrészt zárt edényből kell kivenni, és a vizsgálat után a beteg számára jól láthatóan egy másik gyűjtőbe kell ledobni, hogy föl se merüljön a gyanúja a többszöri használatnak.

Apróság, de fontosságáról ismét a betegek megjegyzéseiből győződtem meg („én eddig azt hittem, hogy... és ezért idegenkedem ettől a vizsgálattól, inkább azt mondtam, hogy hányni fogok”).

A rendelő, a vizsgáló helyiség

Azt, hogy a kórház, gondozó, rendelő tiszta legyen, meg sem kellene említenem, ha tényleg így lenne. Hogy nem így van, annak számtalan okát sorolhatná az olvasó, de ezeket a beteg nem ismeri, és ha ismerné is, akkor sem érezné jól magát tisztátalan környezetben. Demagógiának tűnhet, de vallom, hogy az objektív okok ellenére, az orvos igényessége fontos tényezője az egészségügyi helyiségek tisztaságának.

Az igényesség kérdése az is, hogy a beteg tudjon hová leülni („ácsorogtam egész idő alatt, míg közben háromszor telefonált is”), ülőhelye ne hangsúlyozza alárendelt szerepét („egy sámliszerű kis széken kuporogtam, miközben ő egy magas széken trónolt”), és tudjon szemkontaktust teremteni az orvosával („alig látott, eltakarta a számítógépet”). A nyugodt, meghitt, zavaró momentumoktól mentes, érdemi orvos–beteg beszélgetés nagyon fontos lenne, de magam is tudom, eltekintve néhány speciális rendelőtől, nem valósítható meg az „egészségiparban”.

Apróságok?*Bemutakozás*

Ingyen van. Azonnal emberi kapcsolatot teremt. Utána már nem a névtelen orvos foglalkozik a névtelen beteggel. Természetesen nem szükséges, ha ismert, visszatérő beteget fogadunk (egy üdvözlő kéz-fogás ilyenkor is kijár), de egyre gyakoribb, hogy – kis túlzással – a beteg mindig másik orvossal találkozik, ahányszor ellenőrzésre megy egy ambulanciára, rendelésre. (Kínos ugyan, ha nem emlékszünk a korábbi találkozásra, és ismételten bemutatkozunk –velem, ahogy öregszem, többször megesik –, de annak is megvan a technikája, hogy egy tréfával elvegyük az élet a bakinak. Elvem: inkább többször, mint egyszer sem.) Bemutakozásunk akkor ér valamit, ha érthetően elmondjuk a nevünket. Ez még akkor sem elhanyagolható, ha viselünk kitűzőt, amin nevünk és titulusunk jól olvashatóan szerepel. Ez is olyan (kötelezőnek is mondhatnám) udvariassági gesztus, ami azért is fontos, mert a beteg sokszor nem érti, nem hallja a nevet, és tanács-talan a megszólításban. („Hogy szólítsam? Ha doktornak szólítom, lehet, hogy megsértődik.”) Mindjárt egyszerűbb a dolog, ha ki van írva, hogy adjunktus, főorvos, stb. Kulturált államokban természetes, ha az orvost Dr. X-nek vagy Dr. Y-nak nevezik a betegek a hivatalos érintkezés során. Bárcsak ez is „begyűrűzne” a sok import TV széria divatos, néha „szaftos” ki- és beszólásai mellett...

A betegek várakoztatása

Nehéz kérdés. Egyre több, gyakran egymásnak ellentmondó rendelkezés szabályozza és teszi illogikussá a betegek sorrendjét, illetve az egyre szorítóbb létszámhiány az orvos–beteg találkozás sokszor – mindkét fél számára – elviselhetetlen elhúzódásához vezet. Az orvosoknak egyre gyakrabban több helyszínen kell helytállni. A tennivaló-

kat, a foglalkozás sajátossága miatt természetesen nem lehet percnyi pontossággal beosztani (orvos mondja: „a mi szakmánk abból áll, hogy fontos dolgokat halasztunk el még fontosabb dolgok miatt”). A betegekkel együtt magam is azt tartom (és amikor aktív koromban nagy forgalmú szakambulancián is dolgoztam, ezt gyakoroltam), hogy az elemi udvariasság azt diktálja, hogy kérjünk elnézést a késésért a várakozóktól, és pár szóval utaljunk annak okára. Varázsereje van egy-egy zsúfolt rendelésen a váróhelyiségben időnként elhangzó orvosi nyugtatásnak és magyarázatnak, bár mindig lesznek olyan heves vérmérsékletű vagy modortalan betegek (netalán panaszai miatt joggal türelmetlenek), akiknek ez nem elég, de ha az orvos megőrzi a nyugalmát (nehéz!), a józanabb betegek mellé állnak, és segítenek javítani a hangulatot.

Kicsiségek?

Mit mond a kövér beteg?

A kövér (nem ritkán kórosan túlsúlyos) légúti beteg gyakran azt mondja: „én eddig nem hallottam az orvosomtól, hogy kövér vagyok”. Ezt nehezen hittem el mindaddig, míg nem olvastam egy Angliából származó közleményt, ami szerint *az elhízottak egyharmada, a túlsúlyosoknak több mint fele még soha nem hallotta az orvosától, hogy súlyfeleslege lenne*. Ebben továbbra is kételkednék, de elgondolkodtató, hogy a kezelőorvosoktól független vizsgálók azt is megállapították, hogy ha a betegeknek a külsejüket jellemezni kellett, akkor abban a csoportban, akiknek az orvosa nem tett említést a testsúlyukról, 20%-uk normál testalkatúnak jellemezte magát, míg azok, akiknek ezt a „szépséghibájukat” szövé tette orvosuk, csak 3%-ban tartják magukat jó alakúnak. Ugyanebből a forrásból származik az az adat is, hogy több mint kétszer annyian próbáltak meg lefogyani azok a túlsúlyos

vagy elhízott betegek, akiket erre biztatott az orvosuk, összehasonlítva azokkal, akik nem kaptak ilyen indíttatást.

Biztos vagyok benne, hogy a diabetológusok, a kardiológusok és a reumatológusok soha nem hagynák szó nélkül betegük kóros testsúlyát. Tartok tőle, hogy a tüdőgyógyászoknál nem vetődik fel ennyire élesen a testsúly kérdése, pedig egyértelmű, hogy pl. COPD-ben a dohányzás mellett az elhízás fontos kóroki tényező (a kettő együtt pedig szinergista módon segíti egymás romboló hatását). Ha gondolatban felidézzük COPD-s betegeinket, zömében a kövér, rövid nyakú, cianózisba hajló külleműek vannak többségben. Számos irodalmi adat van arra is, hogy a kövér asztmások kontrollálhatósága, gyógyszerigénye nagymértékben javul, ha testsúlyukat radikálisan csökkentik. Nagyon jó lenne, ha a jövőben nem mondanák az asztmás vagy COPD-s betegek, hogy még soha nem hallották, hogy ez a betegségük is összefüggésben lehet a testsúlyukkal. Amióta ezzel a kérdéssel intenzívebben foglalkozom, soha nem mulasztom el a nyilvánvalóan túlsúlyos, pláne elhízott betegeimnek kiszámolni a testtömeg indexét (BMI), és megmérni a háskörfogatát, hogy „számszerűen” is tájékoztassam őket testsúlyfeleslegük mértékéről, és közöljem, hogy mennyivel kövérebbek az elvárhatónál, hozzávetőleg hány kiló túlsúlyt cipelnek.

Meglepődve tapasztalom, hogy a beteg mennyire csodálkozik az elhízása mértékén („nem gondoltam volna, hogy ennyire...”). Lehet, hogy mégis van különbség az önkép és az orvos által helytelenített valóság között? A brit egészségügyi miniszterNő nyilatkozta a közelmúltban, hogy jó lenne, ha az orvosok mellőznék az egyébként udvarias „túlsúlyos” kifejezést, mert megengedő, szinte becéző eufémizmus. „Magamon tapasztalom, hogy amikor a tükör elé állok, és azt mondom magamnak: ronda kövér vagy, az sokkal jobban aktivizál, hogy tegyek valamit ellene” – mondta.

Egyúttal megbeszéljük a testsúlycsökkentés fontosságát a légúti betegségük szempontjából, és ajánlást adok, hogy hol nézhetnek utána a fogyókúrás módszereknek. (Paradoxon, de tulajdonképpen mindenütt utánanézhethetnek. A napilapok, hetilapok, az „életmód magazinok”, a rádió és TV adások hemzsegnek ezektől a témáktól, bámulatos, hogy pont az igazán érintetteket, a kórosan kövéreket hagyják hidegen és kerülik el, persze nem is ők a célközönség, hanem a magukat pár kiló súlyfeleslegért kínzó, a „szépségideált” hajszólo, zömmel (még) egészséges nőneműek.

A betegnek is lehet igaza

Magam sem értek egyet maradéktalanul azzal az elvvel, hogy mindig a betegnek van igaza –bár hajlok arra, hogy majdnem mindig így van –, elítélem a beteg vélekedésének, reakciójának, cselekvéseinek „csípőből” való elutasítását. A betegek panaszai között dobogós helye van annak, hogy „...és akkor azt mondta: ne akarjam én jobban tudni nála, ő az orvos, ő jobban tudja”. A szakember öntudatos kijelentése formailag igaz is lehet, de attól eltekintve, hogy mindig ellene voltam a pozíció és az igazság illetően összekapcsolásának, azt tapasztalom, hogy a későbbiekben sok esetben kiderül, hogy mégis a betegnek lett igaza. Még egyértelmű esetben sem kinyilatkoztatni, hanem érvelni célravezető. Több időt vesz igénybe, de az megtérül, leszereli a beteg dacreakcióját, elfogadóbbá, együttműködőbbé teszi. Ha a várható kiemenetel viszont többséyes, akkor különösen nem a letorkolás a jó módszer, mert szinte garantáltan bizalomvesztéssel jár.

Mit tehetünk?

Nem hiszem, hogy lenne olyan gyakorló orvos, akinek még nem panaszkodott beteg olyan sérelmekről, amik egy másik orvos vagy az egészségügy egyéb szereplői részéről érték. Erre reagálni kell.

Hallgassuk meg a beteget!

A pszichoterápia egyik fontos eleme, hogy maga a panasz meghallgatása jelentősen enyhíti annak súlyosságát. Ha meghallgattuk, ne hagyjuk szó nélkül.

Reagáljunk rá!

Próbáljuk meg mindenekelőtt a saját helyükön, és egy reális értékrend alapján kezelni a hallottakat. A betegről (a „szenvető” alanytól) nem várhatjuk el, hogy közömbös kívülállóként élje meg azt a konfliktus helyzetet, amiről panaszkodik. (Persze van olyan beteg is, aki már feldolgozta, és valóban reális megközelítésben látja az elmondottakat, valószínűleg jobbító szándékkal mondja el nekünk.) A „meghallgató” megteheti – meg kell tennie –, hogy objektív legyen, és részrehajlás nélkül próbálja értékelni a hallottakat.

Ebből következik, hogy reakciónknak nem kell feltétlenül egyetértőnek lennie, hiszen – mint a bevezetőben utaltam rá – az, ami a beteg szempontjából sérelem, elmarasztalandónak érzett élmény, az nem feltétlenül az. De ha mégis az, akkor el kell ismerni. Elvtelenül, az egészségügy és kollégáink mindenáron való mentegetésével nem teszünk jót. Meg kell találni azt az etikus formát, aminek segítségével megpróbáljuk korrigálni az orvoskolléga helytelen megnyilvánulását, de semmiképpen ne úgy foglaljunk állást, hogy azzal „magunkat fényezzük”.

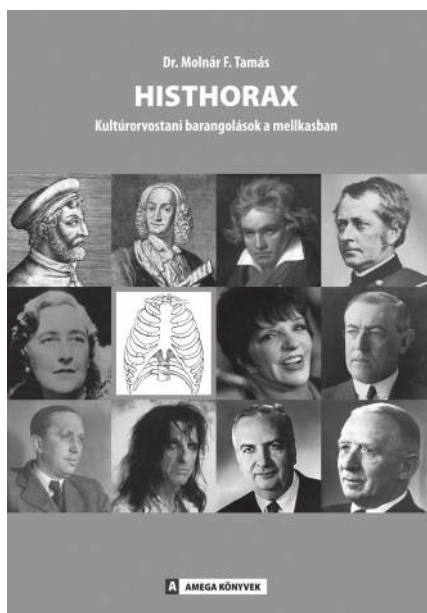
És ha van tanulság, akkor

TANULJUNK BELŐLE!

TARTALOMJEGYZÉK

Bevezetés	3
Légúti allergiás betegségek	5
A kórelőzmény	15
A fizikális vizsgálat	26
A gyógyszeres kezelés kulisszatitkai	31
Alternatív/komplementer medicina a tüdőgyógyászatban	41
A félreértések megelőzése a bizalom megerősítése érdekében	58
Orvosi tanácsok	69
Mit mond a beteg?	81

Az **A** AMEGA KÖNYVEK sorozatban megjelent



**HISTHORAX – Kultúrorvostani
barangolások a mellkasban**
Írta: Dr. Molnár F. Tamás

Miért kínál egy mellkassebész orvos- és kultúrtörténeti anekdota-csokrot tüdőgyógyász kollégái, a pulmonológia iránt érdeklődő szakmai és talán szélesebb közönség számára? Az Evidence Based Medicine korában (mintha bizony elődeink munkája pusztá bizonyítékok nélküli kuruzsolás lett volna...) az efféle szilánkokra kötelező gyanakvással tekint a magára valamit adó klinikus. Ebből a történetfüzérből sem új tudás, sem pénz nem támad: egyetlen értéke (ha van) az olvasás öröme. Nussbaum, az excentrikus XIX. századi német sebész úgy fogalmazott, hogy az orvoslás egyike a legrégibbi művészeteknek és a legfiatalabb tudományoknak. C. P. Snow 1954-es híres Két

Kultúra esszéje tudatosította, hogy a Hét Szabad Művészet alkotóelemei; a humaniorák és a reáliák – mely utóbbiak családjába a medicina is tartozna – útjai elváltak, közöttük a párbeszéd is elhalkult. Ezzel a könyvecskével a leomlott híd újraépítéséhez szeretnénk kedvet csinálni. Hisszük: a történelmi és irodalmi példák segíthetnek a tanulásban, a megértésben, az át- és beleérzésben: az orvostudomány mind megannyi fontos elemében. Miközben a távoli és a közeli múltban sétálunk, tudjuk, hogy a művész, a politikus, a hadvezér, akárcsak a rendelőben naponta megforduló „hétköznapi beteg” (van ilyen?) összehasonlíthatatlanul több, mint akár legbrilliansabb diagnózisaink halmaza. Ez igaz még az olyan fontos és meghatározó kórképekre is, mint a tüdőbetegségek vagy különösen az asztma: mely könyvecskénk ürügye. Ha szakmai újdonsággal ezúttal nem is szolgálhat a szerző, azt őszinte szívvel reméli, hogy az idő múlásában, az elfáradt test és lélek felüdítésében könyvével szolgálja Kollégáit, a Tisztelt Olvasót. (Dr. Molnár F. Tamás)

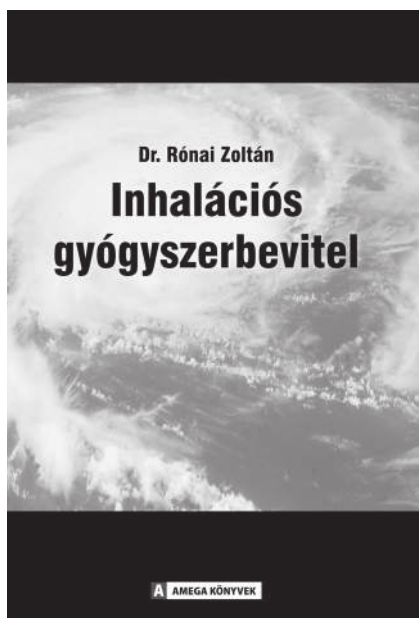
168 oldal, A5 (puhatáblás) – **Ára: 2800 Ft**

Megrendelhető postai utánvétellel a következő címeken:

Levél cím: Grandani Kft. 7618 Pécs-18. Postafiók: 46

E-mail: grandani22@gmail.com – Fax: 06-72-461-305

Az **A** AMEGA KÖNYVEK sorozatban megjelent



INHALÁCIÓS GYÓGYSZERBEVITEL

Írta: Dr. Rónai Zoltán

Részlet a könyv előszavából:

„Nagy öröm és megtiszteltetés, hogy a könyv második kiadásához is én írhatom az előszót. Szívesen teszem, mert a könyv témája közvetve szívügyemet, a betegoktatást szolgálja. A betegoktatást, akkor is, ha a könyv orvosoknak szól, és orvosok fogják kézhez kapni. Oktatni – ,betegoktatni’ is – csak akkor lehet ugyanis, ha tisztában vagyunk a témával, fel vagyunk készítelve az esetleges kérdésekre, és birtokában vagyunk annak a didaktikai készségnek, amivel átadhatjuk az ismereteket a betegeinknek. Önmagunk képzésének és a betegoktatásnak a lehetősége ebben a könyvben bőségesen megtalálható. Az új kiadás aktuális és szükséges, mert a gyógyítási fegyvertárunkba egyrészt új inhalációs gyógyszerek és eszközök kerültek,

másrészt a régié is és a generikumaik is az előzőktől különböző inhalációs eszközben kerülnek forgalomba. Ma már nem az a feladat, hogy megtanuljuk (és megtanítsuk a beteget) egy hajtógázos belégző vagy egy porbelégző használatára, hanem ezeken a „műfajokon” belül is számos változattal találkozunk, amiknek használata különböző, a jó használata pedig speciális feladatot jelent a betegnek, orvosnak. Az előző kiadás előszavában amiatt keseregtem, hogy a betegek (és az orvosok) többsége nincs tisztában az inhalációs szerek fontosságával, és nem tudja használni azokat. A helyzet öröndetesen változott. A jelenleg a rendelőmbe kerülő betegek többsége korábban járt már tüdőgyógyásznál, és csaknem mindegyikük jól használja az inhalációs eszközét. Nem ringatom sem a szerzőt, sem magamat abban a hitben, hogy ez döntően a könyvének köszönhető, de merem remélni, hogy annak is része van a változásban. Azt is remélem, hogy az új kiadás további előrehaladást eredményez.” (Dr. Berta Gyula)

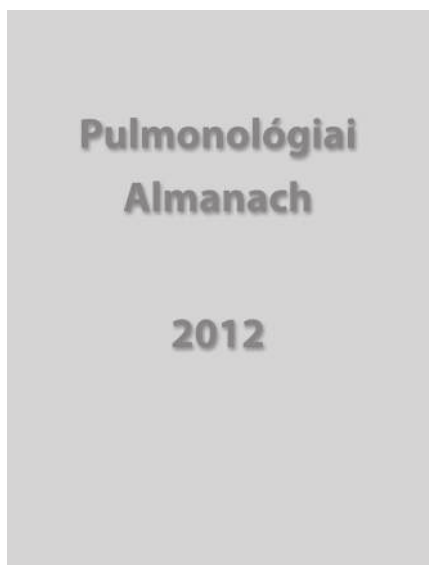
176 oldal, B5 (puhatáblás) – **Ára: 3200 Ft**

Megrendelhető postai utánvétellel a következő címen:

Levélcím: Grandani Kft. 7618 Pécs-18. Postafiók: 46

E-mail: grandani22@gmail.com – Fax: 06-72-461-305

Az **A** AMEGA KÖNYVEK sorozatban 2012-ben megjelenik



PULMONOLÓGIAI ALMANACH

Szerkesztette: Dr. Strausz János

Közös munka eredményeként ismét elkészül a Pulmonológiai Almanach aktualizált kiadványa, melyben bemutatjuk a tüdőgyógyász hálózat járó- és fekvőbeteg intézeteit, azok rövid történetét, tevékenységüket és az ott dolgozó munkatársakat. Célunk az, hogy megörökítsük a tüdőgyógyász hálózat aktuális helyzetét, és azt magunknak és a társszakmák részére is bemutassuk. A címek, elérhetőségek feltüntetésével a szakmai együttműködés könnyebbé tételét, a beteg utak leegyszerűsítését, az adminisztráció csökkentését szeretnénk elérni. A tüdőgyógyász szakma a legfrissebb epidemiológiai adatok szerint is eredményesen működött: tovább csökkent a

tuberkulózisban szenvedő betegek száma, nőtt a COPD (szűrés?) és az asthma bronchiale diagnózissal nyilvántartott betegek száma, és nem változott a daganatos betegek száma. A tuberkulózisos betegek országos körleprevíziója és annak tapasztalatai, a megújított surveillance rendszer, a rendszeresen aktualizált szakmai ajánlások munkánk folyamatos javításának feltételeit teremtik meg. A bizonyos régiókban kialakult járványok és halmozott szociális gondok a helyi ellátó és tulajdonosi rendszer közös feladatai közé tartoznak. Nehézségeink száma és intenzitása tovább nő. Az állandó finanszírozási nehézségek és bizonytalanságok mellett a járóbeteg-rendelések körüli viták és ellátási korlátok, a fekvőbeteg-struktúra kompetencia vitái, a szakemberhiány, a szűrések számának csökkenése mind-mind a túlélési gyakorlataink folyamatos fejlesztését is eredményezik. A Pulmonológiai Almanach szakmánk pillanatnyi keresztmetszetét mutatja be. Mindennapi haszna lehet, hogy elérhetőségi adataink egy kötetbe gyűjtése megkönnyíti a gyors információcserét és a folyamatosan változó körülményeink között az egységes véleményalkotást.

200 oldal, A4 (puhatáblás) – **Ára: 3800 Ft**

Megrendelhető 2012 júliusától postai utánvétellel a következő címeken:

Levél cím: Grandani Kft. 7618 Pécs-18. Postafiók: 46

E-mail: grandani22@gmail.com – Fax: 06-72-461-305

MEGREDELŐLAP

Megrendelem postai utánvétellel az alábbi kiadványokat a megadott példányszámban:

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | HISTHORAX | 2800 Ft /példány | példány |
| <input type="checkbox"/> | INHALÁCIÓS GYÓGYSZERBEVITEL | 3200 Ft/példány | példány |
| <input type="checkbox"/> | PULMONOLÓGIAI ALMANACH | 3800 Ft/példány | példány |

A megrendelés összege: Ft

Név:

Levelezési cím (irányítószámmal):

.....

Telefonszám:

E-mail: @

Dátum: Aláírás:

Kérjük, hogy a megrendelőlapot küldje vissza a következő címek valamelyikére:

Levélcím: Grandani Kft. 7618 Pécs-18. Postafiók: 46

E-mail: grandani22@gmail.com – Fax: 06-72-461-305

JEGYZETEK
