

ladott meso-, hypopharynx és gégemalignoma esetén. Ha az ilyen panaszok 3 hete fennállnak, mindig gondolni kell malignus folyamat lehetőségére is.

Differenciáldiagnosztikai szempontok miatt meg kell említeni még fülbe és torokba sugárzó fájdalom esetén a nyaki gerinc degeneratív elváltozásait, és processus styloideus elongatus fennállásának lehetőségét is. Halántéktáji fájdalommal jár az arteriitis temporalis.

Végül, de nem utolsó sorban nagyon röviden foglalkozni kell a trigeminus neuralgiával, ami a neurológusokkal közös határterületi probléma. A beteg gyakran az arc valamely területére lokalizált szinte tűrhetetlen fájdalom miatt keresi föl-

orvosát. Ilyenkor a n. trigeminus területét érintő elváltozásokat kell először kizárni. Gyakran arcsérülés, melléküreg folyamat vagy fogászati góc található a háttérben. Szintén diagnosztikai problémát okozhat a fej területén jelentkező herpes zooster a kezdeti tünetszegény szakban.

A téma összefoglalásaként elmondhatjuk, hogy minden gyakori fejfájás miatt jelentkező beteget érdemes, illetve javasolt megfelelő szakmai és eszközös főkészültségű fül-orr-gégészeti járóbeteg-szakrendelésre utalni még akkor is, ha a betegnek nincs fül-orr-gégészeti panasza. Természetesen ez a körültekintő, alapos kivizsgálásnak csak egy kis része. A beutalón nem árt fölhívni a fül-orr-gégész figyelmét az orrendosz-

kópiás vizsgálat elvégzésére az esetleges rejtett endonasalis kontaktpontok földéítéséhez is. A kivizsgálás további fontos részét alkotja a modern képalkotó eljárások közül a CT, melynek segítségével pontosan behatárolhatók a fejfájásban valószínűsíthetően szerepet játszó fül-orr-gégészeti elváltozások. Sok esetben az elvégzett koponya MR vizsgálat melléklelete segít a fejfájás okának megfejtésében. Nagyon lényeges a szájüreg és a garat (az epi- és hypopharynx egyaránt) alapos vizsgálata, akár érzéstelenítésben endoszkóppal. Minden 3 hétnél hosszabb ideje főnnálló, fülbe sugárzó, spontán és/vagy nyelési fájdalomnál gondolni kell a száj-garat területének malignus folyamatára.

Dr. Rác Edit, Dr. Molnár Péter

## Fej- és arcfájdalmak

**Összefoglalás:** A fej- és arcfájdalmakat a mindennapi gyakorlatban sokszor nem lehet egymástól élesen elkülöníteni, ennek megfelelően mi is közösen tárgyaljuk. A fejfájás lehet önálló betegség, illetőleg kísérhet más megbetegedést is. Az okok feltárása után a kezelésükben mind konzervatív terápiák, mind – egyre gyakrabban – invazív technikák is szerephez juthatnak.

A fej- és arcfájdalmakat a mindennapi gyakorlatban sokszor nem lehet egymástól élesen elkülöníteni, ez megkívánja közös tárgyalásukat is. Előfordulnak önálló betegségként és lehetnek más megbetegedések „kísérő” tünetei is. Bár a betegek többségében organikus eltérés nem áll a háttérben, ezt a lehetőséget mindig szem előtt kell tartani. Így ez a fej- és arcfájdalmak elnevezéssel illetett tünettípusok igazi multidiszciplináris terület, melyek megoldásában családorvos, neurológus, belgyógyász, fül-orr-gégész, szemész, szájsebész, idegsebész, fájdalomterápiás szakember és pszichológus együttműködése szükséges. A fejfájás annyira gyakori panasz és olyan sokféle oka lehet, hogy helyes értékelése sokszor igen nehéz.

Az agy maga érzéketlen a fájdalomra. Viszont számos fájdalomérző receptor található, pl. az extracranialis lágyrészekben, az agyhártyákban, a vénás sinusokban és az artériákban is.

Így elvben a fájdalomérzés keletkezhet a fejen, a fejben és az arctájékon a fenti fájdalomérző struktúrák megnyomódása vagy feszülése révén.

Az alapbetegség tisztázásához a pontos anamnézis elengedhetetlen:

- családi terheltség,
- időfaktorok (mióta, mikor, meddig, milyen gyakran)
- napszaki jellemzők
- lokalizáció és jelleg, kiváltó tényezők
- kísérő tünetek
- egyéb tünetek (fogyás, fáradtság, neurológiai zavarok, emlékezetzavar, stb.)

– a beteg életvitele (élvezeti szerek, konfliktusok, szokások)

A fizikális vizsgálatnak ki kell terjednie általános belgyógyászati-, neurológiai- és a pszichés állapot vizsgálatára is.

A korábban panaszmentes beteg akut, súlyos fejfájása sokkal nagyobb valószínűséggel jelez intracranialis betegséget (pl. SAV), mint a krónikus fájdalom. Szintén valószínűbb az organikus eredet, ha a fejfájás fizikai terhelésre jelentkezik, alvászavart okoz vagy időskorban kezdődik és paroxysmalis

jellegű. Kisebbség a valószínűség, ha a kísérő panasz álmoság, látászavar vagy a mentális funkció romlása. A krónikus fejfájás oka rendszerint migraine, pszichés feszültség vagy depresszió, de összefügghet fejsérüléssel, nyaki spondylosissal, fogászati vagy szemészeti megbetegedéssel, sinusitissal, hipertensioval és számos egyéb betegséggel is.

A fej- és arcfájdalmak általánosan elfogadott kóros felosztása:

1. Vasomotoros fejfájás
  - „közönséges” vagy tensios fejfájás
  - „valódi” migraine
  - cluster fejfájás
  - ritka formák
2. Organikus vascularis megbetegedéseket kísérő formák
  - intracranialis arteriitis
  - SAV
  - vascularis cerebralis eltérés
3. Intracranialis térfoglaló folyamatokat kísérő formák
  - tumor
  - tályog
  - subduralis vérzés
4. Liquorkeringési zavart kísérő formák
  - elfolyási akadály (hyperton)
  - alacsony nyomás (hypoton)

Dr. Rác Edit, Dr. Molnár Péter  
Péterfy Sándor Utcai Kórház  
Fájdalom Ambulancia  
1076 Budapest, Péterfy S. u. 8-14.

**Tisztelt Szerkesztő Asszony!**

Örömmel vesszük tudomásul, hogy a „Hippocrates” az utóbbi időben nagy teret szentel a sürgősségi betegellátásnak. A családorvosok a sürgősségi ellátás fontos, gyakran megkerülhetetlen láncszemét alkotják. Igaz ez annak ellenére, hogy egyes betegségekben, állapotokban, mint pl. az acut myocardialis infarctus, vagy annak gyanúja, illetve az acut cerebrovascularis insultus, a legszerencsésebb az lenne, ha a betegek a háziorvos érintése nélkül, közvetlenül a mentőszolgálathoz fordulnának. Az ellátási lánc egyes pontjain kialakuló szemlélet minden résztvevő számára tanulsággal szolgálhat. Ezért olvastuk kitüntetett figyelemmel Dienes doktor stroke ellátásáról írt összefoglalóját a „Hippocrates” III. évfolyam 2. számában. Az értékes összefoglaló nagy segítséget nyújthat az első ellátóknak, azonban úgy érezzük, hogy néhány ponton eltérő javaslatot kell megfogalmaznunk.

1. Dienes doktor a feltétlen ajánlott eljárások közt sorolja fel a Piracetam (Nootropil) infúziót. Ez a korábban javasolt kezelés napjainkban már nem indokolt. A 2000. decemberében napvilágot látott EUSI állásfoglalás, mely az európai közmegegyezést tükrözi, úgy fogalmaz, hogy a Piracetam kezelés hasznára nincs bizonyítékunk, adása nem javasolt acut stroke-ban.

2. Egyetértünk Dienes doktorral abban, hogy a vérnyomást nagyon óvatosan, kis lépésekben szabad csak csökkenteni. Az általa javasolt Ebrantylt európai állásfoglalások alapján mi is elsőként választandó szernek tartjuk. Az Ebrantyl dózisának „fel-felé titrálása” és a bolusok ismétlése elkerülhetővé teszi egyéb szerek alkalmazását és a véna szekciót.

3. A „Hippocrates” 1999-es I/3-as supplementumában Kakuk Ilona és Nagy Zoltán hangsúlyozzák a stroke-os betegek ellátásában a mielőbbi vércukormérések fontosságát. Egyet kell értenünk javaslatukkal, hogy az első észlelő tartózkodjon a cukoroldatok infundálásától. Természetesen szerencsés lenne, ha a háziorvosnak mindig rendelkezésére állna a gyorsstesttel meghatározott vércukorszint. A mentőszolgálat orvosának első tevékenységei közé tartozik a vércukormérés, és a mért érték meghatározza a további teendőket.

4. A fent említett cikkben Kakuk Ilona és Prof. Nagy elma-

gyarazzák a stroke és a lélegeztetés összefüggéseit. A lélegeztetés célja a 70 Hgmm körüli PaO<sub>2</sub> és a 30-35 Hgmm körüli PaCO<sub>2</sub> biztosítása. 30 Hgmm alatti PaCO<sub>2</sub> számunkra érthető módon vazokonstrukcióhoz, agykárosodáshoz vezethet. A cukoroldatok adását és a lélegeztetést illetően Dienes doktor kételyeit fejezi ki, és azt a tanácsot adja, hogy az elsődleges ellátást végzők igazodjanak a fogadó osztály aktuális álláspontjához. Véleményünk szerint a két kérdésben igenis adható határozott javaslat, se tekintetben a vezérfonalaktól eltérő „helyi szokás” nem lehet mérvadó. Úgy gondoljuk, hogy az érvényes vezérfonalakhoz alkalmazkodó sürgősségi ellátás irányt, példát mutathat.

5. A thrombocytá aggregáció gátló Aspyrin-kezelés a biztos pontok közé tartozik a stroke ellátásában. Acut myocardialis infarctus esetén tudjuk és tanítjuk, hogy az Aspyrint minél korábban, lehetőség szerint az első észlelőnek meg kell adnia. Az Aspyrin adásának ideje és kedvező hatása közti összefüggésről stroke esetében mi sem ismerünk adatokat. Mindenesetre a már idézett EUSI ajánlás kimondja, hogy az Aspyrin nem válogatott stroke-os populációban (CT nélkül is) javítja a beteg életkilátását. Rutinszerű adása az első észlelő által csak abban az esetben okoz gyakorlati gondot, mikor a beteg thrombolyticus kezelése szöbba jöhet. Amennyiben egy hazai centrumban a stroke thrombolysis már realitássá vált, úgy az első észlelőnek alkalmazkodni kell a thrombolysis speciális követelményeihez.

6. Dienes doktor bizonyos kételyeket fogalmaz meg a stroke thrombolyticus kezelésével kapcsolatban. Egyetértünk a szerzővel abban, hogy a szöveti plazminogen aktivátorral végzett thrombolyticus kezelés nem tartozik a stroke helyszíni ellátásához. A megfelelő akkreditációval rendelkező centrumokban azonban a vezérfonalakhoz igazodó biztonságos thrombolyticus kezelés reményeink szerint hazánkban is egyre nagyobb teret nyer. Azon háziorvos és mentőorvos kollégáknak, akik a kezelés részletei iránt érdeklődnek, javasoljuk Kakuk és Nagy már idézett részletes összefoglalóját.

A stroke ellátás nehézségei a thrombolysisek alacsony száma ellenében áll a betegség gyakoriságával és társadalmi jelentőségével. A probléma további sokoldalú megvilágítása feltétlen indokolt.

**Dr. Rudas László,**  
SZTE, II. Belgy. Kl.

**Dr. Avramov Katalin**  
SZTE, Neurol. Kl.

**Tisztelt Szerkesztőség!**

Dr. Mátrai Zsolt házi gyermekorvos vagyok, szeretnék hozzászólni Dr. Komáromi Tamás „Életet veszélyeztető állapotok gyermekkorban” című cikkéhez.

A kiszáradásnál a WHO 1995-ös útmutatója 14 tünetet sorol fel, és különböző, a témával foglalkozó szerzők sincsenek egy állásponton. Pl. 5% dehidrációnál 5 szerző normál pulzusszámot mond, 3 jelzett tachikardiát ír le, 2 szerző nedves nyálkahártyát talál, 6 szárazat. *Gorelick és munkatársai* 1997-ben vizsgálták a WHO által leírt klinikai tünetek érvényességét és megbízhatóságát kiszáradt gyerekeknél. Vizsgálatuk eredménye szerint a következő tünetek jelzik a legmegbízhatóbban a kiszáradás meglétét: kapilláris telődési idő ujjbegyben 2 sec-nál nagyobb szobahőmérsékleten, hideg környezetben ugyanis normálisan is megnyúlik ez az idő. Száraz nyálkahártya/nyelv, csökkent vagy hiányzó könnytermelés, rossz általános állapot.

Folyadékterápiánál a háziorvosi rendelőben az Orális Rehidráló Oldat jön elsőként számításba enyhe illetve közepes súlyos kiszáradásnál. Először a deficitet kell pótolni. Ennek mennyisége enyhe dehidrációban 50 ml/tskg, közepes súlyos dehidrációban 80-100 ml/tskg 4-6 óra alatt. Ehhez jön még a felmerülő veszteségek pótlása, 5-10 ml/tskg székletenként és 2 ml/tskg hányásonként, és a fenntartó folyadékmennyiség. Az orális rehidrációt lassan kell végezni, 5 ml-rel kell kezdeni 2-5 percenként, és ezt folyamatosan lehet emelni. Ha lehet, mérni kell a bevitt folyadék mennyiségét. Természetesen en-

nek megvalósítása több dolog függvénye: kényelmesség, szülői hozzáállás stb.

A Croup súlyosságának objektív megítélésében segítségünk lehet az ún. Croup-score.

Tüdőgyulladás esetén kórházban ajánlatos kezelni a következő eseteket:

1. 1 évesnél kisebb beteg
2. ha a területen elkezdett AB th. ellenére a gyermek állapota 24-36 órán belül nem javul, azaz tachypnoes, lázas, mellkasi retrakciók észlelhetők, aluszékony
3. rossz szociális helyzet, megbízhatatlan szülők
4. hányás
5. kiszáradás
6. jelentőspleurális folyadékgyülem esetén.

**Újraélesztés**

Ha egy személyt éleszt újra, akkor csecsemőknél és 8 éven aluli gyermekeknél 1 perces reanimatio után telefonáljunk a mentőknek (Phone fast). 8 évesnél idősebb gyermekek esetében először telefonáljunk és utána kezdjük el a reanimatiót (Phone first). Laikusoknak nem kell pulzust tapintaniuk, hanem más életjelenségek alapján kell megállapítani a keringés meglétét pl. köhögés, légzés, mozgások. Újdonság a laryngeális maszk használata. Újraélesztés esetén intratracheálisan adható gyógyszerek, amennyiben az intravenás adás nem sikerül: Tonogén, Atropin, Lidocain, Naloxone. Az intraosseális Cook tű már kapható Magyarországon.

Remélem, hozzászólásommal sikerült emelni e kitérő cikk színvonalát.