

Dr. Vadnai Mariann

Az alkoholizmus gasztroenterológiai vonatkozásairól

Összefoglalás

Az alkoholbetegek sokszervi károsodásai között előkelő helyet foglalnak el a gasztroenterológiai kórképek. A háziorvosi praxisban előforduló alkoholbetegekkel az egyik leggyakoribb probléma a rossz együttműködés, a betegségbelátás hiánya. Gasztroenterológiai tünetek jelentkezése intő jel a beteg részére, és gyakran ezen az úton lehet elindítani az elvonás irányába. Mások a szomatikus betegségek gondozása jelent segítséget az elvonás sikerességében. A cikk összefoglalja a tünetek differenciáldiagnosztikai jelentőségét, és a teendőket a nyelőcső, gyomor, pancreas betegségek feltárásában, valamint terápiás irányt is mutat. Kitér a *Helicobacter pylori* fertőzöttség és dyspepsia előfordulására alkoholbetegeknél. Végül felhívja a figyelmet a komplex háziorvosi és gasztroenterológiai gondozás jelentőségére, és a társszakmák konzultatív munkájának szükségességére.

1. A háziorvosi munka nehézségei az alkohol betegek rossz compliance-a miatt

Az alkoholt fogyasztók gasztroenterológiai tünetei sokirányúak. A háziorvosnál többnyire a nagymennyiségű alkoholfogyasztást követő tünetekkel, vagy a krónikus alkoholfogyasztás okozta szervkárosodások következményeivel jelentkeznek a betegek. Egy részük tagadja a masszív alkoholfogyasztást. Ilyenkor az alkoholizmust kísérő jelek: az arcon hajszalér tágulatok, puffadtság, esetleg subicterus, durva hullámú kéztremor, máskor ataxiás járás, nagyobb máj felkeltik a gyanút. Néhány laboratóriumi vizsgálat, mint a májkárosodás kezdetekor már észlelhető korai jel, az emelkedett gammaGT, MCV növekedés, AST, ALT növekedés alátámaszthatja a diagnózist. A háziorvos értékes kiegészítő informá-

ciói származhatnak a családtól, szomszédoktól. Gyakran előfordul, a család kéri a segítséget, hogy a háziorvos a betegség tüneteinek felfedésével vezesse rá a beteget az alkohol abusus káros következményeinek belátására. Ilyenkor a fizikális vizsgálattal, labor, esetleg endoszkópos, vagy ultrahang vizsgálattal igazoljuk az alkoholos szervkárosodás fennállását. Ezzel szembeítve a beteget, próbáljuk meggyőzni az általa bagatellizált alkoholfogyasztás káros hatásairól. Kifejezetten pszichoterápiás értékű az a szomorú esemény, amikor a kórházban fekvő, még nem súlyos alkoholbeteg végigasszisztálja egy-egy májbeteg végállapotát. Az alkoholbetegek rossz compliance-a közismert. Az együttműködés hiánya részben a függőség kialakulása, és sok egyéb pszichoszociális okra vezethető vissza. A felkínált orvosi segítséget többnyire már csak az irreverzibilis szervkárosodások idejében veszik igénybe.

Folyamatos az együttműködésünk kórházunk Addiktológiai osztályával. Az elvonó kezeléseket segítő, két évvel ezelőtt egy prospektív vizsgálatot végeztünk, melyben azt kutattuk, milyen szervi panaszai vannak az elvonáson lévő alkoholistáknak. Kiegészítettük labor, hasi UH vizsgálattal a felmérést. Meglepetésünkre ezek a betegek kevés szomatikus panaszt adtak elő. Az alkoholhatástól megszabadulva, egyes tünetek javultak, a betegségtudat hiánya miatt pedig gyakori volt a querulantia, a koszt minősége, az ideális körülmények hiánya volt a fő panaszuk. A vizsgálat során talált szervkárosodások mértéke is igen változó volt, igazolva az alkohol toxikus hatása iránti egyéni fogékonyságot.

2. Gasztrointesztinális tünetek differenciáldiagnosztikája, teendők, betegirányítás

Excesszív akut alkoholt abusust követően akut alkoholos gastritis, akut pancreatitis, vagy akut májelégtelenség alakulhat ki. E betegségek leggyakoribb tünete a hányinger, hányás, gyomorégés, gyomortáji fájdalom, puffadás, hasmenés. Annak

el döntésére, hogy azonnal kórházi kezelés szükséges-e, iránymutatóak a beteg tünetei: profúz hányás, kifejezett hasi nyomásérzékenység felveti akut pancreatitis lehetőségét. Ennek igazolására sürgős labor vizsgálat szükséges (elsősorban se amylaze, sebi, elektrolitok, májfunkció, CN, vércukor). Érdemes kórházi megfigyelést javasolni azonnal, mert a tünetek csillapodása és a laborleletek értékelése közben a szoros obszerváció dönti el a fennálló szervi érintettséget. Akut pancreatitis mindenképpen kórházi kezelést és monitorozást igényel. A beteg toleranciájától függően azonban gyakori, hogy nem kerülnek szoros orvosi ellenőrzés alá. Természetes igény, a koplalás, orális folyadék bevitel mellett csillapodnak a tünetek, és már csak a gyakori akut fellángolást követően kialakult krónikus pancreatitis tüneteit észleli a háziorvos.

A fenti tünetek enyhébb formában akut alkoholos gastritist jeleznek. Othoni „öngyógyítással”, az alkohol kihagyásával, szigorú diéta, bő folyadék bevitel mellett javulnak, orvoshoz nem is fordulnak. Alarmírozó tünet, amikor a profúz hányás közben megjelenik a hányadékban kevés vércsík, vagy vér. Ennek oka lehet a nyálkahártya sérülése erőlködés következtében, azonban a pontos tisztázás csak endoszkópiával lehetséges. A rosszul együttműködő beteg meggyőzéséhez sokféle fortély szükséges. Míg az orvos feladata általában a beteg megnyugtatása, ezeknél az önsorsrontó, betegség belátással dacoló embereknél a *tünetek dramatizálásával* érhetjük el, hogy a szükséges vizsgálatra rábeszéljük őket. Így a *gastroszkopia* feltárhatja a haematemesis pontos okát: nyálkahártya eróziók, Mallory- Weiss syndroma, esetleg fekély fennállása, nyelőcsőgyulladás, varicositás derülhet ki. Egyes esetekben az endoszkópia során vérzéscsillapítással a terápiát is elindítjuk, máskor a felfedezett egyéb gyomor-nyelőcső betegségek adekvát kezelése megkezdődhet (savszekréció gátlás, prokinetikumok adása, portális nyomáscsökkentés, haemostipicumok).

Dr. Vadnai Mariann
Nyíró Gyula Kórház
I. Belgyógyászati Osztály
1135 Budapest, Lehel út 59.

Az alkohol többnyire *sokszervi károsodást* okoz. Így a fent jelzett tünetek gyakran a nyelőcső, gyomor, pancreas és máj együttes károsodására vezethetők vissza.

3. Nyelőcső tünetek

Az alkohol *direkt nyelőcső irritáló hatásán* kívül *reflux* kialakulásával vezet *súlyos oesophagitis*hez. Az alkoholbetegek immunkárosodása, rossz higiénés körülményeik, a kialakult gyomor-duodenum-pancreas betegségek következtében létrejött motilitási zavarok súlyos, gyakran gombás oesophagitishez vezethetnek. A nyelési nehezítettség, fájdalom elindítója az inanitió. Emellett a társuló májcirrhosisban kialakuló *varicositásban* a *reflux* események *életveszélyes vérzés elindítói* lehetnek. Annak eldöntésére, hogy a dysphagia hátterében csak gyulladás vagy az egészen hasonló tünetekkel járó nyelőcső tumor áll-e, szükséges az *endoszkópia* elvégzése¹. A reflux oesophagitis *kezelése* tehát ezekben az esetekben csak ezután következhet: nagy adagú PPI, prokinetikumokkal, ahogy azt a kezelési elvek előírják, stepdown formában, szoros ellenőrzéssel.²

4. Alkoholos gastritis, fekélybetegség

A krónikus alkoholfogyasztás a gyomor nyálkahártya károsodását idézi elő, a fekélyképződésében egy agresszív faktor, mely predisponál akut recidiváló fekély kialakulására. Az *alkoholos gastritis talaján kialakult fekély* gyakran tünetszegény, mely az alkohol anesztetikus hatásának lehet következménye. A fekély gyógyításában ugyanazok az irányelvek, mint az egyéb okból keletkező fekélyek esetében: H₂RA, vagy PPI típusú gyógyszerek, szükség szerint kiegészítve prokinetikus szerekkel.² Ezekben az esetekben még fontosabb hangsúlyozni a *diéta* jelentőségét, tekintettel arra, hogy az alkoholisták táplálkozása gyakran rendszertelen, és összetételében sem felel meg a beteg gyomor működési zavarának. Az excesszív alkoholfogyasztás tiltandó. Irodalmi adatok szólnak amellet, hogy a mértéktartó alkoholfogyasztás nem késlelteti a fekély gyógyulását.³ Nagy jelentősége lenne a pszichés stressz-faktorok csökkentésének, a dohányzás elhagyásának. Gyakran minden pszichoterápiás képességünket be kell vetni, hogy a beteget meggyőzzük betegségének

pszichoszomatikus eredetéről. *Életköriülményeit* megváltoztatni nem tudjuk, de egy *szanatóriumi rehabilitációs kezeléssel* gyakran átsegítjük a fekélybetegség okozta szomatikus krízis helyzetben, s ez új lendületet adhat a kisiklott életpálya mederbe tereléséhez. Kórházi bentfekvésének addig van létjogosultsága, amíg a hányások, fájdalmak, vagy súlyosabb esetben a vérzés parenterális kezelést igényel. A tünetek megszűnése után a fekélybeteget ott kell gyógyítani, ahol az alkohol elhagyása, nyugalma, diétája, gyógyszerhez jutása biztosítva van.

5. Helicobacter pylori fertőzés és alkoholizmus

A fekély képződés egyik gyakori oka a *Helicobacter pylori* okozta gastritis. Irodalmi adatok szólnak amellet, hogy a különböző típusú és mennyiségű alkohol fajtáknak más-más a hatása a *H.pylori* fertőzésre. Mérsékelt alkoholfogyasztás a nyálkahártya védekező mechanizmusait fokozhatja. A bornak antimikrobás hatását is kimutatták, más tanulmányok ugyanezt a sörről is igazolták. Ez lehet az oka annak, hogy *alkoholisták között kevesebb a H. pylori pozitívítás*.⁴ A *H. pylori* eradikációban alkalmazott imidazolnak alkoholabusus elleni hatása is van. Ez lenne az előnye, azonban gyakran éppen ez az oka a sikertelen kezelésnek is, mert a betegek nem szedik be a megfelelő adagot. Érdemes erre figyelni, amikor az eradikációs kezeléshez szükséges gyógyszereket kiválasztjuk.

6. Dyspepsia

Funkcionális dyspepsia fogalom körében is vizsgálták az alkoholfogyasztást, mint kiváltó okot. Az alkohol csökkenti a nyelőcső alsó záróizmának tónusát, így szerepe lehet a reflux-szerű dyspepsia kiváltásában. Ugyanakkor a funkcionális dyspepsia egyéb csoportjaiban nincs bizonyítható szerepe az alkoholnak. *Alkoholisták körében gyakoriak a dyspepsiás tünetek, azonban a háttérben mindig indokolt az organikus okot keresni*.

7. Pancreatitis

Az alkohol pathogenetikai hatása ismert akut és krónikus pancreatitisben. Alkoholistáknál azonban ritkábban károsodik a pancreas, mint a máj. Az alkoholabusus hatására akut

pancreatitis recidiválnak, de ezekben az esetekben a teljes restitúció a leggyakoribb. Krónikus pancreatitis kialakulásában egyéb tényezők is szerepelnek, így neuropathia, anyagcsere eltérések, máskor a postnecroticus fibrosis a gyakori recidiv pancreatitis révén. Férfiaknál napi kb. 80 g, nőknél napi kb. 40-50 g alkohol 10-15 éven át történő rendszeres fogyasztása vezethet idült hasnyálmirigy-gyulladásához. Az alkoholabusus mellett a magas fehérje- és zsírtartalmú, máskor éppen az alacsony zsírtartalmú táplálkozás szerepel rizikófaktorként a pancreatitis kialakulásában.⁵

A háziorvos feladata pancreatitis alkoholtalaján esetében a folyamatos gondozás. Vonatkozik ez elsősorban a krónikus pancreatitis esetére, ahol a gasztroenterológus irányításával megfelelő enzim substitúció biztosítása, diétás tanácsadás, az esetleges diabetes kialakulásának követése a feladat. Tünetek fokozódása, panaszok esetén labor és hasi UH ellenőrzés szükséges a betegség progressziójának, a szövődmények kialakulásának észlelésére. *Akut fellángolás mindenképpen kórházi kezelést igényel*.

A krónikus pancreatitis a pancreas carcinoma rizikófaktora, az egészséges populációhoz képest nyolcszoros a kialakulás esélye.⁶

A hasi UH diagnosztika megfelelő hozzáférhetőségével a pancreas betegségek feltárásában is az első választandó képalkotó vizsgálat. A láthatóvá váló pancreas morfológiája sokatmondó: mérete szerkezete, a Wirsung vezeték ábrázolása, a pancreas kapcsolata a környező szervekkel sok értékes információt nyújt. Tudni kell azonban, hogy a vizsgálat értékeléséhez megfelelő tapasztalatú UH vizsgáló szükséges. Pancreas vonatkozásában a negatív lelet nem jelenti, hogy funkciójában is ép a szerv. Az akut és krónikus pancreatitis szövődményeinek monitorozásában értékes információkat ad az UH: így a szerv ödémássá válása, peripancreaticus folyadékgyülem kialakulása, ciszták, vezetéktágulat, állományi meszesedés egyaránt jól látható. A szövődmények jelzésében is változó a vizsgálat szenzitivitása (45-90%) Ezért a háziorvos és gasztroenterológus közös konzultációja szükséges a további vizsgálatok eldöntésére: hasi CT, ERCP, újabban MRCP, endoszkópos UH, vagy ép-

pen funkciók vizsgálatok elvégzése szükséges az adekvát terápia kijelöléséhez.

A krónikus pancreatitis kezelése is team munkát igénylő komplex feladat. A beteg leggyakrabban a fájdalom, hasmenés, dyspepsia, inanitio miatt fordul orvosához.

A fájdalom kezelésének megkezdése előtt az ok felderítése lényeges. Pseudociszták, epeúti obstrukció, vagy duodenum stenosis, fekélyek a gyomorban, nyombélben egyaránt más-más kezelést igényelnek. Sebész és gasztroenterológus együttműködésével születik meg a döntés műtétről, endoszkópos terápia beavatkozásról, vagy éppen gyógyszeres kezelésről. Nem ritka, hogy a betegek major analgeticumok szedésére kényszerülnek. Néha triciklikus antidepresszánsok és szerotonin uptake gátlók segítenek a fájdalom csökkentésében. Önmagában az enzim substitúció fájdalomcsillapító hatása nem egyértelmű, de megkísérélhető. A hatást fokozhatja a szekréciógátló szerrel (H_2RA , PPI) történő együttadás.⁷

Alkoholos krónikus pancreatitisben a zsírfelszívódás zavar viszonylag korán jelentkezik, a zsírszéklet előfordulása kb. 30%-os. Hatékony enzim substitúció magas lipaze tartalmú (kb. 30000 NE) készítménnyel érhető el, mely lehetőleg bélben oldódó legyen.

Krónikus pancreatitisben a diabetes kialakulásának esélye 30-50%. A kezelést ezekben az esetekben nehezíti a malabszorpció, a labilis kalória bevitel, az ellenőrizhetetlen diéta és az alkoholfogyasztás. Gyakran szorulnak inzulinkezelésre, ez még nagyobb önfegyelmet és együttműködést igényelne a beteg részéről, ami ebben a betegcsoportban nem jellemző tulajdonság.

8. Multiorganos károsodás vegyes tüneteit okozza az alkoholizmus, mely miatt komplex gondozás szükséges

Ennek a cikknek nem témája az alkohol okozta egyéb szervi elváltozás: az alkoholos májbetegség különböző formái, kardiális szövődmények ismertetése, neuro-pszichiátriai kórformák. Amikor azonban refluxos tünetek vannak, igen lényeges annak ismerete, hogy van-e májkárosodás portális pangással, oesophagus varixokkal, mert ennek kezelése, a beteg gondozása más megítélés alá esik. A portális pangás mellett fennálló gastropathia is különbözik az alkoholos gastritistól. A gastricus antralis ectasias forma (watermelon stomach), vagy a fundusban, corpusban előforduló mozaikszerűen pöttyözött nyálkahártya egyaránt a portális pangást jelzi, ennek kezelésére hívja fel figyelmünket. Pancreatitis és cirrhosis együttes előfordulása sem ritka, és ezekkel gyomorkárosodás, működési zavarok társulnak. A krónikus alkoholfogyasztóknál tehát komplex gasztroenterológiai kivizsgálás szükséges a többszervi károsodás kimutatására és a gondozás, kezelés megtervezésére. Gyakran tapasztaljuk, hogy a szomatikus tünetek jelentkezésekor elfogadja a beteg az elvonó kezelést szükségességét. Elvonó kezelés közben pedig annak eredményességét javíthatja, ha a szomatikus betegségek gondozásával, kezelésével a gyógyulás reményét segítjük.

Az alkoholbetegek gondozása, kezelése interdiszciplináris feladat. A háziorvos és a család, a környezet a legfontosabb láncszem, az ő együttműködésük irányíthatja kezdetben a beteget pszichésen, ekkor a szervi

károsodások még reverzibilisek. Később ehhez addiktológus segítsége szükséges, de a gyakori visszaesések, az elvonás sikertelensége előbb-utóbb szomatikus orvoshoz irányítja a beteget. Így áll össze a *team munka*, amelyben neurológus, pszichiáter, kardiológus, gasztroenterológus konzíliumokkal a körültekintő, a beteget legjobban ismerő háziorvos irányítja a beteg gondozását.

Irodalomjegyzék:

1. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *The role of endoscopy in the management of GERD: guidelines for clinical application*. Gastrointest. Endosc. 1999; 49: 834-835.
2. Útmutató Gasztroenterológiai Különszám. 2003. *Klinikai Irányelvek Kézikönyve*. Szerk: dr Tulassay Zsolt. Medition Kiadó, Budapest, 2003 febr. (7-14) (27-35)
3. Dr. Péter Z : *Gastro-oesophagealis reflux betegség, peptikus fekély és funkcionális dyspepsia*. Tények és adatok 1997. Budapest (55)
4. Jose' M. Baena, Christina Lopez et al: *Az alkoholfogyasztás és H. pylori kezelés sikeressége közötti összefüggés 1 hetes OME + CLA + AMO kezelés során*. European J. of Gastroent and Hep. 2002, 14 : 291-296. Magyar kiadás VI. évf. 5. sz. 2002.szept (193-198)
5. Tim Strate, Emre Yekebas et al, *A krónikus pancreatitis patogenezise és lefolyása*. European J. of Gastroent and Hep. 2002, 14 : 929-934. Magyar kiadás VII. évf.1. sz. 2003. jan (8-13)
6. Lowenfels AB, Maisonneuve P et al: *Pancreatitis and risk of pancreatic cancer*. N. Eng. J. Med. 1993, 328 : 1443-1437
7. Asif Khalid et David C. Whitcomb: *A krónikus pancreatitis konzervatív kezelése*. European J. of Gastroent and Hep. 2002, 14: 943-949. Magyar Kiadás 2003. jan VII évf. 1. 24-30

Hétvége a diabetesz jegyében

2003. március 7-9. között Tihanyban tartották meg az idei év legnagyobb magyarországi diabetológiai konferenciáját a Pannon Diabetes Munkacsoport, a Veszprém Megyei Cholnoky Ferenc Kórház Belgyógyászati és Diabetes Centrum, az „Alapítvány a Cukorbetegéért”, a Fourmed Kft. Gyógyház Veszprém és a Magyar Diabetes Társaság (MDT) közös rendezésében.

Az 1991 óta évente rendszeresen megtartott találkozóan 650 szakember vett részt.

A legújabb vizsgálatok tapasztalatai szerint a már felismert betegség esetén alkalmazott terápia kellően agresszív kell, hogy legyen, mivel bizonyítást nyert, hogy a korai szakaszban jelentkező cukoranyagcsere változások is komoly koc-

kázati tényezőt jelentenek a szív és érrendszeri szövődeményeket illetően. Szintén fontos felismerés, hogy a szövődemények hatékony megelőzéséhez nem elegendő csak a diabetest kezelni, hanem az egyéb társult anyagcsere (zsírányagcsere) és vérnyomás problémák komplex kezelésére is szükség van.

Szó volt az elmúlt időszak újdonságairól, melyek közül a folyamatos glukóz-monitorozás hazai alkalmazását kell kiemelni. E módszer segítségével a szakemberek végre teljes és részletes képet kaphatnak egy beteg cukoranyagcserejének napi alakulásáról, így az eddigiéknél sokkal hatékonyabban tudják a megfelelő terápiát kialakítani.

A XIII. Dunántúli Diabetes Hétvége további, a prevenciót és betegoktatást segítő újdonsága volt, hogy a szakmai programokon túl idén először páciens programokra is sor került.