

23.FEJEZET

"KÉRDEZZE ORVOSÁT"

Azok számára akik jelenleg nyugtatót szednek, tudomást szerezni a benzodiazepin megvonási szindróma létezéséről sokkal vezethet ahhoz a kérdéshez, hogy abba kellene-e hagynia egy olyan gyógyszer szedését, amely jelentős fenyegetést jelenthet az egészségére. Tulajdonképpen azt kockáztatja, hogy olyan súlyos elvonási tünetei lesznek mint amelyeket nekem és számos más embernek el kellett viselnie. Aztán viszont lehet, hogy a szervezetének csak minimális nehézséget fog jelenteni, hogy helyreállítsa a GABA felhasználását, és ezáltal a benzodiazepin megvonás egy egyenes folyamat lehet kevés problémával, vagy akár probléma nélkül. Vagy lehet, hogy valahol a két szélsőség között találja magát, amikor is a megvonás jelent bizonyos mértékű kellemetlenséget, ami hatással van az életminőségére. Sajnálatos módon nem lehet tudni előre, hogy valakinek milyen reakciói lesznek a megvonásra. Még olyan emberek számára is akik a múltban sikeresen hagyták abba a benzodiazepineket járhat mélységes nehézségekkel a gyógyszer újbóli abbahagyása.

A modern élet sajnálatos és gyakori jellegzetessége, hogy az informálásra vagy reklámozásra tett kísérletek a vészmadár technikát alkalmazzák a félelem felkeltésére az emberekben; A félelem nyilvánvalóan egy hatásos motivátor az emberek ösztönzésére. Határozottan nem szándékom, hogy megijesszem ennek a könyvnek az olvasóit azzal, hogy mindenki aki szedi a gyógyszert súlyos veszélyben van a benzodiazepin megvonástól. Kommunikátorként azonban az a felelősségem, hogy pontosan és őszintén osszam meg az információt – úgy ahogy én látom. Három évet töltöttem el folyamatos kapcsolatban olyan emberekkel, akiknek extrém nehézségeket jelentett az, hogy megpróbálták abbahagyni a benzodiazepint. Mivel egyeseknek hasonló tapasztalataik lesznek azok közül akik jelenleg benzodiazepint szednek, csak azt a következtetést tudom levonni, hogy nekem olyan sok lényeges adatot kell közölnöm amennyit csak lehetséges és hagyni, hogy az olvasók kiszedjék belőle azt

amit hasznosnak találnak az egyedi körülményeikhez. Az alaposág érdekében figyelmeztetésként hozzá kell tennem, hogy sem orvos sem orvosi szakember nem vagyok, és ezáltal az ebben a könyvben kifejezett ötletekre és véleményekre nem szabad orvosi tanácsként tekinteni. Csupán információs célt szolgálnak, azért, hogy az olvasók jólinformáltan tudjanak döntést hozni.

Mennyire valószínű, hogy rendkívüli nehézségeid lesznek ha megpróbálsz abbahagyni a benzodiazepint? Sajnos ezt a kérdést nem lehet pontosan megválaszolni, mivel csak nagyon kevés pontosan körülírt adat áll rendelkezésre a benzodiazepin megvonásról. Alapos vizsgálatokat a gyógyszerekről általában csak *azelőtt* készítének, hogy azok a piacra kerüljenek. Az utókövetés arról, hogy mi történik utána a fogyasztókkal elég felületes, és főleg poszt-marketing jelentésekből áll, amelyeket maguk a gyógyszergyártók készítettek. Így tehát az olyan gyógyszerek amelyek néhány tíz vagy száz tesztember általi használat vizsgálatai alapján szereztek jóváhagyást bekerülnek a kereskedelmi használatba, ahol emberek milliói használják csekély felügyelet mellett. A benzodiazepineket több száz millió ember használja – és mégis, csak kevés valós tudományos tudás van arról, hogy mi történik azokkal, akik megpróbálják abbahagyni. A *Detoxikáció a Benzodiazepinektől: Ütemtervek és Stratégiák* című műben, ami a *Journal of Substance Abuse Treatment*-ben jelent meg 1991-ben, Dr. Paul Berry, Dr. Bruce alexander, és Dr. Brian C. Lund azt állítja, hogy vizsgálatok szerint a benzodiazepin megvonási szindróma előfordulása alacsony:

A BZD dózisának és a használat hosszának a korrelációja a BZD megvonás előfordulásához és súlyosságához mennyiségileg még nem lett pontosan meghatározva. Azonban úgy tűnik, hogy ez a két tényező elsődleges jelentőséggel bír a megvonás valószínűségének meghatározásában. A hosszútávú terápiás dózisú BZD-ről készült kontrollált vizsgálatok áttekintése azt mutatja, hogy kisebb elvonást fog tapasztalni a gyógyszer abbahagyásakor azon betegek 50%-a, akik átlagosan három évig szedtek BZD-t. Nyolc hónapnyi vagy további napi használat 43%-os megvonási előfordulást produkálhat, míg 8 hónapnál rövidebb használat jelentősen csökkenti az elvonási tünetek előfordulását.

Különböző benzodiazepin tudatos csoportok azonban, azt állítják, hogy a benzo használók 50-80%-a tapasztalhat elvonási tüneteket a gyógyszer abbahagyása esetén. Úgy tűnik, hogy az adataikkal egyetért a Magellan Viselkedési Egészség/Észak Carolina Kék Pajzsa Kék Keresztje, amely azt állítja az *Utmutató a Generalizált Szorongás Diagnózisához és Menedzsmentjéhez Család Orvosok Számára* című kiadványában, hogy:

*Azoknál, akiket 4 hónapig vagy tovább kezeltek benzodiazepinnel az emberek nagy részénél (40-80%) kialakul a tolerancia és elvonási tüneteik lehetnek. A betegek érezhetnek visszapattanó vagy elvonási tüneteket, amelyek közé beletartozik a remegés, szorongás, agitáció, és diszfória.*

Egy 1990-es Roche Produkt Ltd (UK) brósúrában található táblázat szerint egy év után a Xanaxról való leszokást megkísérlő emberek 25%-a lesz sikertelen, feltehetően azért mert az elvonási tünetek annyira ijesztőek, hogy inkább visszaszedték az emberek a gyógyszert. És van mégis valami amit nem ért meg az ember. Ha valóban több száz millió ember szedett benzodiazepint ennyi éven keresztül, és egy bizonyos százaléka azoknak akik abbahagyták benzodiazepin megvonási szindrómától szenvedett, akkor a probléma miért nem ismert szélesebb körben? Statisztikailag nem lenne valószínűbb, hogy mindannyiunk ismerne valakit, akinek, hozzám hasonlóan, életbevágó reakciója volt az abbahagyásra?

Egy lehetséges magyarázat lehet az a mód ahogy az ilyen reakciót orvosilag kezelik. Elégé valószínű, hogy, mivel egy orvos sem tudná elképzelni, hogy egy benzodiazepin ténylegesen felelős lehetne azokért a súlyos problémákért amiket a benzo megvonás gyakran okoz, ezért a doktorok valószínűleg orvosilag kezelnék az elvonási tüneteket, azaz gyógyszerek felírásával. Nem szabad elfelejteni, hogy az elképzelés miszerint egy anyag akkor is hatással lehet valakire amikor az már rég nincs a szervezetében nevetségesnek és logikátlannak tűnne. Ezáltal az alulszabályozott GABA rendszer gyakran különös tünetei valószínűleg tévesen lesznek diagnosztizálva a beteg alapul szolgáló kórtanának újbóli feltűnésének, és a

gyógyszerek amit ezen tünetek enyhítésére kap csak elfedik azt, hogy a valós alapul szolgáló ok a benzodiazepin megvonás.

Van egy barátom akit nevezünk most 'Rachelnek'. Hozzám hasonlóan neki is az Effexor antidepresszánt adták; és hozzám hasonlóan belőle is agitációt váltott ki fizikailag, és, szintén hozzám hasonlóan, az orvosának a válasza az volt, hogy Xanaxot írt fel neki. Egy éven belül Rachel Xanax használata kontrollálhatatlan lett és megnövekedett. Az orvosa elintézte, hogy bekerüljön egy detoxikációs intézménybe, ahol Bipoláris Affektív Zavart diagnosztizáltak nála. Abbahagyatták vele a Xanaxot és az Effexort, és kapott helyette Klonopint és Depakote-t, ami egy rángógörcsgátló gyógyszer epilepszia és súlyos mánia kezelésére. Két hét kezelés után kiengedték.

Miután Rachel hazatért a detoxból eléggé idegsokkos volt az élménytől, és a saját mániás viselkedésétől ami ehhez vezetett. A Depakote-nak elég súlyos mellékhatásai vannak. Azonfelül, hogy fennáll a kockázata annak, hogy súlyos májkárosodást okozhat és életveszélyes hasnyálmirigy gyulladást, a betegek durva mellékhatásokról számolnak be: súlygyarapodás, kimerültség, zavarodottság, libidóvesztés, gyomorégés, és gasztrointesztinális zavar. Rachel saját maga fokozatosan elhagyta a Depakote-t, hogy elkerülje a mellékhatásokat, és arra jött rá, hogy, ahogy azt gondolta is, nincsen mániája, és nincsen Bipoláris Affektív Zavara. Egy kis kutatás megerősítette amit már gyanított, hogy az Effexor SSRI antidepresszáns okozhat hipomániát és, egyeseknél, teljes gyors-ciklusú mániát. Bebizonyosodott, hogy az Effexor és a Xanax volt a felelős a tönkretételéért, de amíg ezeket a gyógyszereket szedte képtelen volt megfelelő mentális tisztasággal látni a saját helyzetét és megállapítani, hogy a gyógyszerek nem passzoltak hozzá.

Miután abbahagyta a Depakote-t, az új orvosa átállította Rachelt a Klonopinről egy alacsonyabb dózusra Ativanból. Az élet kezdett egyre stresszesebbé válni számára, és Rachel – életében először – az alkoholhoz nyúlt. Egy 'titkos ivó' lett belőle, de a barátai számára nyilvánvaló volt a viselkedéséből, hogy gondjai vannak az alkohollal. Körülbelül egy év után az orvosa, aggódva az 'alkoholizmusa' miatt, azt mondta neki, hogy nem tudja már kezelni és egy helyi szertülkapással foglalkozó programba küldte. Egy megalkuvást nem ismerő megközelítéssel, a tanácsadója elindított egy három hetes elhagyást az Ativanról.

Öt nappal az Ativan abbahagyása után Rachel felhívott engem és segítséget kért. Amikor meglátogattam nagyon rossz állapotban volt. Fogtam és elvittem a saját orvosomhoz, aki felismerte hogy súlyos benzodiazepin megvonástól szenved. Visszaállította Valiumra és elkezdett vele egy Ashton féle fokozatos csökkentést az alapján amit az én esetemnél felügyelt. Pár napon belül Rachel újra működőképes állapotba került, képes volt aludni és megtartani a munkahelyét.

Amikor átbeszéltük vele a történetét végül nyilvánvalóvá vált, hogy az történt, hogy a gyors detoxikációja a Xanaxról nem volt hatékony: még mindig erősen benzodiazepin függő volt, és sem az azutáni Klonopint sem pedig az Ativant nem szedte elég magas dózisban ahhoz, hogy csillapítsa az elvonási tüneteket. Kialakultak nála az álmatlanság, idegesség és agorafóbia klasszikus tünetei. Rachel alkohol használata egy nem tudatos mód volt arra, hogy felerősítse az Ativan benzodiazepin hatását, azonban ez csak csekély további megkönnyebbülést jelentett és egyéb problémákat okozott, ahogy az alkohol gyakran teszi is. Ahogy átállt a Valium elhagyására Rachel nem ivott többet egyszer sem. Sem a detox intézmény sem az orvosa nem ismerte fel a benzodiazepin megvonási szindrómát; csak a korrekt diagnózis felállítása után volt képes Rachel újra funkcionálni.

Ezt egy olyan esetként hozom fel példának, amikor valaki az egészségügyi rendszer áldozata lett. Talán a benzodiazepin megvonási szindrómáról azért nem számolnak be gyakrabban mert akiknek az van azokat mentális problémával diagnosztizálják és kezelik. A további gyógyszerelés eredménye az lehet, hogy valaki ténylegesen 'mentális beteg' lesz, beteljesítvén ezzel a téves diagnózis proféciáját. Tisztában vagyok azzal, hogy ha nem jöttem volna rá, hogy a Xanax az okozója az lerokkanásomnak, végül befeküdtem volna egy kórházba hogy egy kis segítséget kapjak. Biztos vagyok benne, hogy diagnózisokat állítottak volna fel és addig gyógyszereltek volna amíg egy kicsit könnyebben érzem magamat, de azok a gyógyszerek csak elfedték volna a rokkantságom igazi okát, a GABA alulszabályozottságot. A pszichológiai hatása rám nézve annak, hogy kórházban vagyok elhelyezve, eszméletlenülre gyógyszerelve minden nap, biztos vagyok benne hogy egyfajta mentális halálhoz vezetett volna.

A döntést bármilyen gyógyszer abbahagyásáról nem szabad könnyelműen meghozni. A benzók esetében a döntés sokkal összetettebb és nehezebb két okból kifolyólag: először is a legkritikusabb szempontja – a GABA alulszabályozottság – annyira ismeretlen jelenség mind az orvostársadalomban és a benzo használók között, másrészt a gyógyszer használatának abbahagyása okozhat is meg nem is benzodiazepin megvonási jelenséget. Az orvosi döntéseket mindig a "Konzultáljon orvosával" kifejezéssel kapcsolják össze. Ez általában létfontosságú tanács de a benzók esetében nagyon kicsi annak a valószínűsége, hogy az orvosodnak bármilyen tudása is lenne a lehetséges GABA problémáról vagy az elvonási szindrómáról amit az okozhat. Enélkül a fontos tudás nélkül az orvosod tanácsa vagy javaslata akaratlanul is kártékony lehet. A "Kérdezze meg orvosát" gondolkodásmód jelenleg annyira elterjedt, hogy már majdnem azt jelenti, hogy ez a *te orvosod*, egy képzett szakember, és neki kell eldöntenie milyen gyógyszereket szedsz, nem pedig *neked*. Ez az eltúlzott bizalom az orvosok véleményében a többgyógyszeres függőség modern jelenségéhez vezetett, ahol is egy mindig növekvő gyógyszerterőmeget szedünk állapotfenntartás céljából naponta, amikor néhány gyógyszert csupán más gyógyszerek mellékhatásának ellensúlyozására adnak. Ennek a gyakorlatnak az eredménye lehet az, hogy képesek vagyunk funkcionálni, de ez teljesen más mint az egészség.

Úgy tűnik, hogy lemondunk a saját magunk iránti felelősségről, és ez egy veszélyes példa szabad embereknél egy szabad társadalomban. Ez a mi *szervezetünk* és végtére is mi vagyunk érte a felelősök. A döntésnek arról hogy milyen gyógyszert szedünk a mi döntésünk kell hogy legyen; az orvos szerepe az hogy segítsen abban, hogy jól-informált döntést tudjunk hozni, nem pedig az hogy meghozza helyettünk a döntést. Ha benzodiazepint szedsz, és több mint 2-4 hete szeded, akkor az orvos aki felírta ilyen hosszú ideig már ezzel is kárt tett benned. Mennyire lenne bölcs dolog megkérdezni ezt az embert, aki egyszer már figyelmen kívül hagyta a gyógyszerfüggőség veszélyét, arról hogy jó döntés lenne-e abbahagyni a benzodiazepint?

Az én esetemben a döntés a Xanax abbahagyásáról nem úgy született meg, hogy józan ésszel felmértem az általam szedett gyógyszer veszélyeit. Az én döntésem azért lett meghozva mert én már egy rokkant állapotba kerültem azáltal, hogy elértem

a toleranciát. Amint felismertem, hogy a gyógyszer okozta ezt az állapotot azonnal lépéseket tettem azért, hogy abba hagyjam. Csak a benzodiazepin abba hagyás problémás természetének köszönhető, hogy kicsivel több mint két évig tartott, hogy biztonságosan abba tudjam hagyni. Ha jelenleg is benzodiazepint szedsz és aggódsz emiatt, akkor két kérdést kell feltenned magadnak, "Miért akarom tovább szedni?" és "Miért akarom abba hagyni a szedését?" A döntésednek körültekintően kell megvizsgálnia a két válaszra adott érveket és ellenérveket. Azonban mielőtt még egyáltalán elkezdenél egy ilyen kutakodást nagyon fontos tudnod, hogy **soha, soha, soha semmilyen benzodiazepint nem szabad hirtelen abba hagyni**. A hirtelen elhagyás halálos rángógörcsökhöz és rohamokhoz vezethet és súlyos benzodiazepin elvonási tünetei lehetnek, amelyek hosszú ideig fennmaradhatnak.

"Miért akarom folytatni a gyógyszer szedését?"

A benzodiazepinek rendkívül hatásos gyógyszerek. Az egyik legnagyobb előnyük, hogy gyorsan hatnak és hamar tudnak segíteni. Továbbá összehasonlítva a korábbi barbiturát-típusú nyugtatókkal, a benzodiazepineknek terápiás dózisokban kevesebb olyan erős mellékhatásaik vannak mint a letargia vagy az összefolyó beszéd. Ennek köszönhetően amikor álmatlanságra szedik kevesebb 'másnaposság' érzést érez tőlük az ember másnap; amikor szorongásos zavarra szedik kevésbé lesz tőlük az ember 'szedált', inkább jobban önmagának érzi magát.

Azok az emberek akiknek a benzodiazepin használat lehetővé tette, hogy funkcionálisabbak tudjanak lenni érthető lenne, hogy nem szívesen hagynák abba; valaki aki álmatlanságban szenved és most bízhat abban, hogy időben el tud aludni egy olyan benzo beszedésével mint a Dalmane, vagy a Restoril, vagy valaki akinek Szociális Szorongásos Zavara van és a Klonopin használatával képes mások társaságában nyugalmat érezni, vagy valaki akinek a Pánik Zavara a négy fal között tartaná ha nem tudna bevenni egy Xanaxot egy kezdődő pánikroham első jelénél. Ezeknek az embereknek a benzodiazepinek egy számukra felbecsülhetetlen értékű orvosi eszközt jelentenek. A dilemma abban az illúzióban rejlik, hogy a segítség amit a gyógyszer nyújt örökké fog-e működni anélkül hogy egyéb problémákat okozna.

"Miért akarnám abbahagyni a benzodiazepin szedést?"

Egy erre a kérdésre adott válaszban, Professzor Heather Ashton az Ashton Kézikönyvben a következőket mondja:

*A hosszútávú benzodiazepin használat számos nem kívánatos hatásnak lehet az okozója, ideértve a rossz memóriát és észlelést, érzelmi tompulást, depressziót, növekvő szorongást, fizikai tüneteket és függőséget. Ezeket a hatásokat minden benzodiazepin kifejtheti függetlenül attól, hogy altatóként vagy szorongáscsökkentőként szedik...*

*Ráadásul, a bizonyítékok szerint a benzodiazepinek néhány hétnyi rendszeres használat után már nem hatékonyak. Hatékonyságuk nagyrészt elveszítik a tolerancia kialakulása miatt. Ha kialakul a tolerancia, „elvonási” tünetek jelenhetnek meg annak ellenére, hogy a használó folyamatosan szedi a gyógyszert. Eképpen a tünetek, amiktől rengeteg hosszútávú használó szenved, a gyógyszer ellentétes hatásainak és a tolerancia miatt kialakult „elvonási” tüneteknek a keveréke. A Gyógyszerbiztonsági Bizottság és a Pszichiáterek Királyi Kollégiuma több közleményben hozta meg azt a következtetést az Egyesült Királyságban, hogy a benzodiazepinek alkalmatlanok hosszútávú használatra és általánosságban véve csak 2-4 hetes időszakra lenne szabad felírni.*

*Ráadásul klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy a legtöbb hosszútávú benzodiazepin felhasználó jobban érzi magát a gyógyszer elhagyása után.*

*Professzor Ashton azonban hozzáteszi: "A benzodiazepinek abbahagyásának előnyei nem jelentik azt szükségszerűen, hogy minden hosszútávú használónak le kell szoknia... A döntés a tiéd."*

A lehetőség, a választás, és ezáltal a döntés egy olyan dolog, amit minden benzodiazepin használónak nagy körültekintéssel meg kell fontolnia. Miközben lehetséges nagyon hosszú ideig fenntartani a benzo használatot, van



egy velejáráó veszély, hogy bármikor a mellékhatások a gyógyszertől vagy a toleranciától lebénító állapotot kiváltó hatások zuhatagát okozzák. Pontosan ez történt velem; nem csak három évet vesztettem el az életemből, de azt a három évet a földi pokolban töltöttem el. Sokkal jobb lett volna, ha jóval hamarabb abbahagytam volna a gyógyszert, mielőtt az lebénító problémákat és extrém diszkomfortot okozott volna.

Vannak anekdotikus bizonyítékok mely szerint az antibiotikumok kapcsolatban lehetnek a benzodiazepin elvonási szindrómával. A [benzo.org.uk](http://benzo.org.uk) internetes közösségben az emberek néha arról számolnak be, hogy nagyon rossz reakcióik voltak az antibiotikumokra, amelynek eredményeképpen rosszabbodtak az elvonási tüneteik. Eszembe jutott, hogy röviddel azelőtt hogy elértem a toleranciát a Xanax-szal, babéziózással kezeltek – egy erős antibiotikummal.

Nem igazán ismert, sem betegek sem az orvosok által, hogy bizonyos antibiotikumok hatással vannak a központi idegrendszerre. Az antibiotikumok egy csoportja, a fluorokinolonok különösen ismertek a mellékhatásaikról. Az egyik ember akivel legközelebbi kapcsolatban voltam, akivel ugyanakkor fejeztük be a leszokást, csak két hónapig szedte az Ativan benzodiazepint amikor felírták neki a Levaquint, ami egy fluorokinolon antibiotikum. Mindössze két tableta bevétele után abba kellett hagynia mert a reakciója annyira súlyos volt: megsemmisítő fáradtság, "feketelyúk depresszió" és bénító fájdalom az állkapocs ízületében ami hetekig fennmaradt. Még ez a kis kitettség is a fluorokonolinnak is elég volt ahhoz, hogy a tolerancia állapotába kerüljön az Ativannal, kiváltva így nála egy hosszú kínszenvedést a benzodiazepin elvonási szindrómával.

Sok orvos továbbra sem ismeri el, hogy a gyógyszereknek amit felír ilyen mélyreható hatásai lehetnek. Az Észak Carolina Gyógyszerészeti Bizottság létrehozott 1992-ben egy irányelvet, miszerint a gyógyszertárak vezetőinek jelenteniük kell minden gyógyszerhasználattal kapcsolatos halálesetet. Alicia Cullen, egy gyógyszerész-jelölt az Orvosi Tudományok Arkansas Egyetemén, és David R. Work, az Észak Carolina Gyógyszerészeti

Bizottság igazgatója átvizsgálták az 1992 és 2001 között gyűjtött adatokat. Azt találták, hogy a gyógyszerhez kapcsolódó halálesetek 10.5%-a 2-es szabályozottsági csoportba tartozó szer eredménye volt, amelyek olyan gyógyszerek amelyeknél nagy a visszaélés veszélye, aminek köszönhetően a hatóságok intenzíven ellenőrzik ezeket a szereket. Azonban majdnem ugyanennyi, 9%, számú haláleset okozói voltak az olyan fluorokonolon antibiotikumok mint a Ciprofloxacin, Gatifloxacin, Levaquin, Levofloxacin, Ofloxacin, Omniflox, és Trovafloxacin. Más szavakkal ezek a gyógyszerek, amelyek használata nem túlzottan ellenőrzött, majdnem ugyanannyi halálesetet okoztak mint a hírhedten veszélyes szerek.

A fluorokonolonok kapcsolatba hozhatóak a valaha beszámolt legbizarrabb – és pusztító – mellékhatásokkal. A Levofloxacin gyógyszerismertetője, más lehetséges mellékhatások mellett, ezeket a figyelmeztetéseket tartalmazza:

#### *Periferális ideggyengeség*

*Kinolonokat kapó betegeknél beszámoltak ritka esetekben érzékekre vonatkozó és érző-mozgató kis és/vagy nagy axonokat érintő axonális többideggyengeségről melynek eredménye paresztézia, hipoesztézia, dizesztézia, és gyengeség.*

*A kinolonok okozhatnak olyan Központi Ideg Rendszeri eseményeket mint az idegesség, agitáció, álmatlanság, szorongás, rémálmok, vagy paranoia.*

*Azonban itt van ez a figyelmeztetés is:*

*Kinolonokat kapó betegeknél beszámoltak váll, kéz és achillesín repedésről amelyek sebészi beavatkozást igényeltek és elhúzódó cselekvőképtelenséget okoztak. Ínszakadás történhet kinolon kezelés alatt és után is.*

Szemmel láthatóan a kinolon antibiotikum közvetlen eredményeként az ínek annyira begyulladhatnak, hogy spontán módon elszakadnak a csonttól. A

károsodás annyira súlyos, hogy gyakran csak sebészi beavatkozással lehet helyrehozni. Azokban az esetekben amikor valódi szakadás nem történik, a dűzzadás az ínekben, izmokban vagy ízületekben olyan fájdalmas lehet, hogy cselekvőképtelenné válnak, és az állapot több hónapig fennállhat.

Számos tanulmány készült erről a jelenségről. A kezdő mondat az egyik ilyen tanulmányban, *Miben hasonlít a Levofloxacin a többi antibiotikumhoz?* Gyógyszer Információs Központ Campbell Egyetem Gyógyszerészszak, azt állítja, hogy: "Az olyan fluorokinolon antibiotikumokat mint a ciprofloxacin, norfloxacin, és ofloxacin gyakran írják fel széles körű antimikrobiális tevékenységük és viszonylag biztonságos ellentétes hatás tulajdonságaik miatt." Egy másik tanulmány, melynek címe *Fluorokinolon-okozta tendinopátia: Mit tudunk róla?*, azzal a mondattal kezdődik, hogy, "A fluorokinolonok viszonylag biztonságos és hatékony antibiotikumok." A 2001-es *Urológia Folyóirat* 14. számában Moreno Malaguti egy majdnem hasonló mondattal kezdi a tanulmányát: "A fluorokinolonok viszonylag biztonságos és hatékony gyógyszerek." Számos más bekezdés használja ugyanezt a kifejezést a szövegben. Viszonylag biztonságos? Mihez képest viszonyítva? Az Észak Carolina Gyógyszerész Bizottság 2001-es jelentése tisztán mutatja, hogy ezek a gyógyszerek ugyanolyan veszélyesek mint a legveszélyesebb szerek a gyógyszerpiacon.

Köszönhetően az ezekben a gyógyszerekben potenciálisan rejlő veszélyeknek, továbbá azért, hogy meggátolják a túlzott használat miatti gyógyszer-rezisztens betegség fajták kialakulását, a használatuk legjobb esetben 'másodlagos védelemként' lett meghatározva, azaz arra az esetre ha egy másik antibiotikum már alkalmazásra került és nem segített a kezelés céljaiban. A vizsgálatok szerint azonban mind a kórházak mind a privát praxisú orvosok rutinszerűen használják kezdeti kezelésként. Az *Archives of Internal Medicine* 2003-as számának 163.szama felvázol egy vizsgálatot száz egymást követő fluorokinolonnal kezelt intenzív osztályos betegről. A vizsgálat erről számolt be:

*A 100 betegből 81 kapott fluorokinolont helytelen indikációval. Ezekből az esetekből 43 azért lett helytelennek minősítve, mert egy másik szer volt meghatározva első számú kezelésként, 27 azért, mert nem volt bizonyíték a fertőzésről a dokumentált értékelések alapján, és 11 azért mert nem lehetett a szükségét antimikrobiális terápiára meghatározni... A 19 betegből, aki a megfelelő indikációra kapta a fluorokinolont csak 1 kapta azt a helyes dózisban és a megfelelő ideig.*

Ezeknek az antibiotikumoknak a helytelen és indokolatlan felírása tovább folytatódik, annak ellenére, hogy 2004-ben az FDA (Amerikai Gyógyszerfelügyeleti Bizottság) felsőbb kategóriába sorolta a figyelmeztetéseket a szükséges gyógyszerismertetőknél. Talán a felfogás, hogy ezek a gyógyszerek 'viszonylag' biztonságosak abból a gondolatból származik, hogy a súlyos mellékhatások 'ritkák' mivel kevesebb mint a betegek egy százalékánál fordulnak elő. Ha viszont egy egészként tekintünk a beteg populációra, a potenciális áldozatok száma jelentős. Egy Knight Ridder adatelemzés szerint a 2002 júliusa és 2003 júliusa közötti egy évben 12.2 millió receptet írtak fel csak az egyik fluorokinolonra, a Johnson & Johnson's által gyártott Levaquinra. Ha ezeknek a recepteknek az egy százalékának az egy tizede eredményezett súlyos ellentétes reakciót, akkor aszerint 1,220 ember sérült vagy halt meg a gyógyszer miatt. Habár ez a szám az összes Levaquin fogyasztó csak egy csekély százaléka, akkor is jelentősen nagy számú veszélynek kitett embertömeget jelent, talán helytelenül.

Miközben a fluorokinolonok okozta inszakadást és repedést nyilvánvalóan nem szabad lekicsinyelni, a benzodiazepint szedő vagy benzodiazepin megvonási szindrómával küzdő emberek számára a Központi Ideg Rendszeri hatások az érdekesebbek: az *idegesség, agitáció, álmatlanság, szorongás, ráámalmok, vagy paranoia*" és "perifériás ideggyengeségek" amiket az FDA figyelmeztetés így sorol fel: *fájdalom, égés, bizsergés, zsibbadtság és vagy gyengeség... veszteség a könnyű érintésben, fájdalom, hőmérséklet, pozíció érzés, vibrátoros érzés, és vagy motoros erősség.*" A fluorokinolonok

ilyen mellékhatásairól sokan számolnak be benzodiazepin megvonási szindrómaként. Ez azt jeltené hogy ugyanazokat a neurológiai funkciókat, amelyekre az egyik gyógyszer hat a másik is hatással van.

Ezt az elméletet kutatások is alátámasztják. Az *A fluorokinolonok lehetséges kölcsönhatásai a benzodiazepin GABA- $\alpha$  receptor komplexszel* című írás, mely a Klinikai Farmakológia Angol Folyóirata 1990-es számának 30. számában jelent meg, azt állítja, hogy tapasztalaton alapuló bizonyítékok szerint különböző kinolonok Központi Ideg Rendszert érintő elentétes hatásai összefüggésben állhatnak egy gátló hatáson a GABA-kapcsolódáson melynek következménye a GABA által irányított gátló továbbítás csökkenése. A fluorokinolon antibiotikumok a bizonyítékok szerint csökkentik a GABA- $\alpha$  receptor helyek képességét a GABA-val való összekapcsolódásra, ami akadályozza az idegsejtek izgalmi állapotból való lenyugtatásának képességét. Mivel Professor Ashton ugyanezt a problémát azonosította a benzodiazepin megvonási szindróma okozójaként, így nem csoda hogy a Központi Ideg Rendszer zavara ugyanolyan a fluorokinolonra adott ellentétes reakcióknál és a benzodiazepineknél. Azon emberek számára, akik benzot szednek, vagy rosszabb esetben azok akik benzodiazepin tolerancia vagy megvonás állapotában vannak, egy fluorokinolon szedése nagy valószínűséggel felzavarná a már ígyis veszélyeztetett kapcsolatot a GABA és GABA- $\alpha$  receptorok között. Hasonlóan a benzodiazepinekhez, a fluorokinolonok hatásai elhúzódhatnak jóval a gyógyszer szedésének befejezése utánig, ami arra utal hogy ők is alulszabályozást váltanak ki a GABA- $\alpha$  receptorokban. Emiatt nagyon tanácsos lenne olyan emberek számára akik jelenleg küszködnek benzo problémákkal, hogy eleve kizárják bármiféle fluorokinolon antibiotikum szedését. Azért, hogy elkerüljük a talán nehéz és potenciálisan meddő vitákat az orvosokkal, az én stratégiám az, hogy egyszerűen csak azt állítom hogy allergiás vagyok a fluorokinolonokra, és így az orvosnak egy másik antibiotikum terápiát kell alkalmaznia.

A receptköteles gyógyszerek összes nyilvánvaló veszélye miatt a legbölcsebb választásnak az tűnhet, hogy soha nem szedünk semmilyen. Ez

viszont egy túl egyszerű megközelítése egy sokkal összetettebb szituációnak. A gyógyszerek önmagukban morálisan semlegesek, nem is jók és nem is rosszak. A legjobb az lenne ha tárgyilagosan tekintenénk rájuk, talán ugyanannyi reménnyel mint szkepticizmussal: a 'remény' hogy egy adott gyógyszer segíthet enyhíteni egy orvosi állapoton, és a 'szkepticizmus' hogy mindezt egyéb károkozás nélkül fogja tenni. Mivel a gyógyszerek potenciálisan veszélyesek lehetnek, és ezeket a veszélyeket az egészségügyi dolgozók nagy valószínűséggel nem ismerik el, a receptköteles gyógyszerekre nagy elővigyázatossággal kell tekinteni.

Forrás: <http://www.thebenzobook.com/>