

Vročinski bolnik

Prof. dr. Milko Bedjanič

Vročina je najpogostnejše znamenje bolezni, ki je z redkimi izjemami skupno vsem infekcijskim boleznim. Ker so z druge strani dovolj redka neinfekcijska obolenja, ki jih spremlja zvišana temperatura, je gotovo pravilno, da mislimo pri vsakem vročinskem stanju v prvi vrsti na infekcijo oz. infekcijsko bolezen. Na neinfekcijsko podlago vročinskega stanja smemo misliti šele, če smo se zaradi temeljitih vsestranskih preiskav prepričali, da naš primer ne sodi med infekcijske.

Zelo koristno bo, če se dokopljemo do nekega trdnega stališča, s katerega obravnavamo vsak primer vročinskega bolnika; kot bomo videli, je takšno stališče dokaj preprosto. (V tej razpravi govorimo o bolnikih, pri katerih še ni očitien vzrok vročine.)

Pogled v zdravstveno statistiko nas bo poučil, da so po številu bolnikov, ki se oglašajo v splošnih ambulantah, daleč pred drugimi boleznimi akutne infekcije dihal. Zaradi takšne diagnoze se je zdravilo v splošnih ambulantah na področju SRS

1. 1962	421.324 bolnikov
1. 1963	320.942 bolnikov
1. 1964	429.381 bolnikov
1. 1965	357.480 bolnikov
1. 1966	272.339 bolnikov

V teh številkah so všteti tudi bolniki z diagnozo »influenca«. Danes dobro vemo, da povzroča pravo influenco samo določena vrsta virusa. Prav tako vemo, da povzroča influenci podobno kratkotrajno vročinsko stanje zelo veliko število različnih drugih »respiratornih« virusov, torej virusov, ki podobno kakor virus influence napadajo dihala. V glavnem odgovarjajo respiratorni virusi za zgornje zares zelo visoke številke. Razen prave influence, ki lahko prav resno ogroža življenje, gre za sorazmerno malo nevarna kratkotrajna vročinska obolenja, za katera pa za zdaj tudi nimamo zdravila. Respiratorni virusi — zopet razen prave influence — so nevarni v glavnem le najmlajšim dojenčkom v prvih mesecih življenja in prav starim in slabotnim ljudem. Po svojem številu pa prekašajo vse druge bolezni. Če se torej srečamo z vročinskim bolnikom, ki je komaj šele zbolel, je že po preprostemu računu najbolj verjetno, da spada v skupino respiratornih infekcij, v bolezni, ki so malo nevarne in za katere smemo pričakovati, da bodo prenehale same od sebe. Zato v nas vročina sama še ne sme zbuditi panike, temveč mora biti le povod za trezno razmišljanje. Kaj bomo ukrenili z vročinskim bolnikom, je odvisno od bolnikovega stanja, trajanja bolezni in epidemioloških okoliščin.

Če se obenem z vročino pojavijo znamenja resnega obolenja, mora bolnik brez odlaganja v bolnišnico. Taka znamenja so: prizadet senzorijski aparat od apatičnosti do delirija in nezavesti, meningealni znaki, kakor otrplost tilnika ali pozitiven Kernigov znak, padec krvnega tlaka, mrzlica. Če vsega tega ni, ni povoda za hujšo

zaskrbljenost. Če lahko spremljamo bolnikovo stanje in lahko pazimo, če se ne bi morda le pokazal kak resnejši simptom, potem je edino pravilno, da brez terapije čakamo na razvoj dogodkov. Vsaka terapija je tu odveč in kvečjemu škodljiva. Najbolj nepravilno je, če v takšni situaciji damo antibiotik: večina bolezní, ki pride v poštev kot vzrok kratkotrajnega vročinskega obolenja, tako ali tako ne reagira na antibiotike (virusi!). Velikokrat se pokaže v nadaljnjem poteku bolezni potreba po hemokulturi, vendar le-ta ne uspe, ker je bolnik pred odvzemom krvi že dobival antibiotik. Najhujše pa je, če bolnik dobi zaradi antibiotika težko ali najtežjo preobčutljivostno reakcijo in se potem izkaže, da antibiotik sploh ni bil indiciran! Pri bolniku, ki ne kaže znamenj hujše prizadetosti, je odveč tudi antipiretična terapija, ki lahko samo zakriva pravi potek bolezni in nas lahko zavede na nepravilno diagnostično pot. Gotovo pa bomo dali kak antipiretik ali podobno, če bi naš bolnik imel določene težave, ki bi jih s takšnim sredstvom lahko olajšali (glavobol, nevralgija).

Če smo se torej prepričali, da bolnik ni preveč prizadet, da nima meningealnih znakov, je umestno mirno čakanje, da mine čas, v katerem, kakor vemo iz izkušnje, preneha večina »gripoznih« infektov sama od sebe, tj. kakih 4—5 dni.

Izjema so tu določene epidemiološke okoliščine, v katerih dobiva vsak pojav vročinskega obolenja poseben pomen. Če je v našem kraju epidemija tifusa ali paratifusa, moramo v vsakem vročinskem bolniku v prvi vrsti gledati nov primer v epidemiji, vse dokler ni dokazano, da ne gre za tifus ali paratifus. V podobni situaciji smo tudi z drugimi epidemijami. Če kdo pride iz dežele, kjer je endemična variola, in zboli z vročino v času, ki ustreza koncu inkubacije, bomo gotovo morali v prvi vrsti misliti na variolo in ne na influenco.

Vse drugače je, če mine 5—6 dni in je naš bolnik še vedno febrilen, ne vemo pa, kaj mu je. Kakor je do tega trenutka bilo pravilno potrpežljivo čakanje, tako mora sedaj naš postopek z bolnikom postati zelo aktiven; očitno je, da bolnik ne sodi v krog kratkotrajnih vročinskih obolenj, ki prenehajo sama od sebe. Če ni povsem jasno, odkod izhaja dalje trajajoča vročina, pa čeprav morda ni tako visoka in bolnik ni prizadet, nadaljnje čakanje ni več dopustno. Omogočiti moramo bolniku rentgenski pregled pljuč in najosnovnejše laboratorijske preiskave. Rentgenski pregled bo morda razkril pljučnico ali tuberkulozen infiltrat ali miliarni razsev tuberkuloze ali kakšno drugo afekcijo pljuč, ki je brez takega pregleda ni moč ugotoviti. Pregled krvne slike bo dal zelo pomembne podatke o naravi bolezni; tudi pregled urina velikokrat razkrije vnetje na sečnih organih, ne da bi imel bolnik s te strani očitne težave; sedimentacija eritrocitov včasih pripomore k diagnozi. Vsekakor te »rutinske« osnovne preiskave vsaj zožijo krog bolezni, ki pridejo v poštev, če že same ne pokažejo diagnoze dovolj natančno. Huda napaka je, če takega bolnika začnemo zdraviti z antibiotiki, ne da bi se potrudili za natančnejšo diagnozo. Kaj takega bi smeli početi samo v prav izrednih okoliščinah, če metode natančnejše diagnoze pač nikakor ne bi bile dosegljive. Samo za primer: Miliarna tuberkuloza je včasih vročinsko obolenje brez kakršnihkoli znamenj, ki bi nam ob bolniški postelji omogočila diagnozo. Če bi se takega bolnika brez rentgenskega pregleda lotili z antibiotikom »širokega spektra«, bi zamudili dragoceni čas, ko se miliarka da s primerno terapijo brez težav pozdraviti. Takih in podobnih stanj je zelo veliko. Ker pošiljanje vročinskega bolnika od enega pregleda na drugega po raznih ambulantah ni primerno, priporočamo v takem primeru **hospitalizacijo**. V bolnišnici se opravijo potrebni pregledi brez večjih težav; če se izkaže potreba po posebnih preiskavah (npr. bakterioloških) ali po intenzivni terapiji, je tam vse pri rokah.

Naše stališče do vročinskega bolnika bi torej bilo: Dokler vročinski bolnik z neznano etiologijo ni prizadet in njegova bolezen še ne traja 5 dni in nikakršne epidemiološke okoliščine ne terjajo hospitalizacije, pustimo bolnika brez terapije doma in kontroliramo njegovo stanje. Če pa je bolnik že od vsega začetka prizadet ali pa njegova tudi na videz lahka bolezen traja že več kot 5 dni, je potrebna hospitalizacija. Antibiotično zdravljenje naj bo vedno smiselno, se pravi, ne prepuščajmo naključju, da zadenemo pravi antibiotik. Tak postopek največkrat nič ne pomaga ali celo škoduje, koristi pa le malokdaj.

Otrok – hemofilik

Hab. doc. dr. Majda Benedik

Klasična, že dolgo znana bolezen motene hemostaze je hemofilija, kateri je vzrok pomanjkanje antihemofilnega globulina v krvni plazmi. Glede na manjkačo antihemofilni faktor VIII, IX ali XI razlikujemo hemofilijo: A, B in C.

Najpogostnejša — v 80 % vseh hemofilij — je hemofilija A, redkejša hemofilija B in izredno redka hemofilija C. Hemofiliji A in B sta recesivno (zakrito) dedni bolezni, vezani na spol. Zbolijo moški člani prizadete družine, ženske bolezni prenašajo. Ženske zbolijo za hemofilijo kot potomke bolnikove zveze z ženo prenašalko, ti primeri so pa izredno redki. Hemofilija C je dominantno (prevladujoče) dedna bolezen, zbolijo tako moški kot ženske v prizadeti družini. To bolezen je težje odkriti, ker bolniki zelo redko krvavijo, samo po hujših poškodbah. Hemofiliji A in B se dedujeta po zakonih dednosti. Polovica sinov žena prenašalk je zdravih, polovica bolnih, polovica hčera je prenašalk bolezni, polovica pa popolnoma zdravih. Sinovi očeta hemofilika so vsi zdravi, medtem ko so hčere vse prenašalke bolezni.

Po novejših genetičnih dognanjih so ugotovili, da utegne biti vzrok hemofilije mutacija specifičnega gena, na katerega je vezan antihemofilni globulin. Posledica tovrstne mutacije je manifestna hemofilija pri moškem, medtem ko žena postane prenašalka oškodovanega gena na potomce.

Danes računajo, da je v 30 % vzrok hemofiliji mutacija gena.

Bolezenska slika hemofilije — Pri hemofiliji se pojavljajo krvavitve na najrazličnejših predelih telesa, pogosto po poškodbi, vendar se lahko ponavljajo izlivi krvi v sklepe tudi brez vzroka. Pri malem otroku se pojavljajo krvavitve zelo zgodaj. Najpogostnejše so iz ustne sluznice, zanimiva pa je ugotovitev, da novorojenec hemofilik ob rojstvu iz popkovnice redko krvavi, čeprav materin antihemofilni globulin ne prestopi placente. Nevarni so izlivi krvi v mišičevje, kajti veliki hematomi s pritiskom na bližje potekajoče živce ali ožilje zapustijo trajne ohromitve ali pa povzročijo odmrtje tkiva.

Vsi hemofiliki niso prizadeti v enaki meri. Glede na bolezensko sliko razlikujemo težke, srednje in lahke hemofilike.

Za težke hemofilike označimo bolnike, ki spontano in zelo pogosto krvavijo v sklepe. Srednje težki hemofiliki redko krvavijo v sklepe, medtem ko hemofiliki z lahko stopnjo bolezni krvavijo samo ob poškodbah ali po operaciji. Lahka