

Janez Tomažič¹, Gabriele Volčanšek²

Anamneza in klinični pregled pri odraslem bolniku z infekcijsko boleznijo

*Medical History and Examination of Adult Patients
with Infectious Disease*

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: okužba, anamneza, telesni pregled

Odkrivanje in zdravljenje infekcijskih bolezni postaja vse bolj zapleteno. Anamneza ostaja najpomembnejša pri usmerjanju k diferencialni diagnozi okužbe in določanju najprimernejše diagnostične preiskave. Simptomi in znaki okužbe so pogosto kratkotrajni in bežni, bolnik se jih zato spomni šele, če ga večkrat povprašamo po različnih težavah. Zelo pomemben je tudi natančen telesni pregled bolnika. V članku sta predstavljeni anamneza ter telesni pregled bolnika pri najpomembnejših infekcijskih boleznih in sindromih.

ABSTRACT

KEY WORDS: infection, history, physical examination

Infectious diseases are becoming more complicated to diagnose and treat. History plays a critical role in narrowing the differential diagnosis and deciding on the most appropriate diagnostic tests. Symptoms often are transient and are sometimes recalled by the patient only after repeated inquiry by the doctor. In addition to a careful history, careful physical examination is also very important. History and physical examination of the most important infectious disease and syndromes are presented in the article.

¹ Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Japljeva 2, 1525 Ljubljana.

² Gabriele Volčanšek, dr. med., Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Japljeva 2, 1525 Ljubljana.

UVOD: PRISTOP K BOLNIKU Z INFEKCIJSKO BOLEZNIJO

Zdravniki različnih specialnosti od interne medicine, kirurgije do psihiatrije se pri svojem delu dnevno srečujejo z bolniki s simptomatskimi okužbami. Te so vse bolj zapletene, vse težje jih diagnosticiramo in zdravimo. Anamneza in klinični pregled bolnika sta prvi korak k ustrezni diagnozi, saj omejeta diferencialno diagnozo infekcijske bolezni, na osnovi katere izberemo najprimernejše diagnostične teste; ti nas bodo pripeljali do ustrezne diagnoze in zdravljenja.

ANAMNEZA

Trenutno prisotne težave ter vodilni simptomi in znaki

Že pri jemanju anamneze skušamo pridobiti zaupanje bolnika. Pustiti ga moramo, da sam opiše svoje težave. Ne smemo biti nestrpni, ne smemo mu sugerirati odgovorov. Glavne težave zabeležimo, najbolje kar z bolnikovimi lastnimi besedami. Podatke moramo zabeležiti kronološko, kako so se simptomi in znaki razvijali iz ure v uro, iz dneva v dan. Zanima nas, kdaj (datum) in kako (nenadoma, iz polnega zdravja kot npr. črevesna zastrupitev ali postopoma in pritrjeno kot npr. virusni hepatitis) se je bolezen začela, ali so simptomi in znaki napredovali hitro ali počasi in ali so se s časom izboljšali ali poslabšali, vprašati moramo tudi po morebitnem sprožilnem dejavniku (npr. telesni položaj, uživanje hrane, zdravil itd.). Vprašamo, če si je bolnik meril vročino, ali se je ta pojavila nenadno, ali sta jo spremljala mrzlica in potenje, ali je bil prisoten glavobol, ali se je stopnjeval in ali so ga olajšali analgetiki. Vedno moramo povprašati po apetitu, po morebitni izgubi telesne teže in nočnem potenju. Koristno je tudi vprašati, ali je bolnik že kdaj prej imel podobne težave. Občasno je pomembno zabeležiti tudi odsotnost nekaterih simptomov, predvsem kadar sumimo na neko bolezen, pa jo ravno odsotnost tega simptoma izključuje. Npr. če ima bolnik močan glavobol, pa nima vročine in ne bruha, verjetno nima meningitisa.

Družinska anamneza

Poizvemo o rakavih obolenjih, sladkorni bolezni, srčnožilnih in duševnih boleznih, tuberkulozi, morebitni okužbi s HIV in virusnimi hepatitis, o dednih okvarah imunskega sistema, o avtoimunskih boleznih in o družinski nagnjenosti k ponavljajočim se infekcijskim boleznim.

Otroške bolezni in cepljenja

Treba je zabeležiti vse prebolele otroške bolezni in opravljena obvezna ter druga cepljenja (npr. če ugotovimo trizmus pri bolniku, ki je popolnoma cepljen proti tetanusu, najverjetneje ne gre za tetanus).

Prejšnje bolezni in kronične bolezni

Številne kronične bolezni (sladkorna bolezen, kronična obstruktivna pljučna bolezen, bronhiektazije, jetrna ciroza, depresija itd.), nedavni operativni posegi, nedavne okužbe dihal, okvara kožne pregrade (poškodbe, opekline, operacije, preležanine), prisotnost tujkov v telesu (umetni sklepi, umetne zaklopke, srčni spodbujevalnik, tamponi, maternični vložek) in nevrološka obolenja (večja verjetnost aspiracije) so zelo pomembni pri obravnavi bolnika z infekcijsko boleznijo. Posebno zvečano tveganje za nevarne okužbe imajo bolniki z zelo oslabljeno imunostjo, kot so osebe po presaditvi organov, bolniki z rakavimi boleznimi (še posebno v obdobju citostatikov, obsevanja, bioloških zdravil), bolniki, ki prejemajo glukokortikoidne, bolniki s HIV/aidsom, bolniki po odstranitvi vranice itd. Zanimajo nas tudi podatki o morebitnem nedavnem bolnišničnem zdravljenju zaradi okužbe; posebno povzročitelj in njegova občutljivost na antibiotike ter ali je šlo za bivanje v ustanovi za kronično nego. Pozorni moramo biti na morebitno kolonizacijo s *Staphylococcus aureus*, odpornim na meticilin (MRSA), z *Enterococcus* spp., odpornim na vankomicin (VRE), z enterobakterijami (npr. *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*), ki izločajo betalaktamaze širokega spekta (angl. *extended spectrum betalactamase* – ESBL) in o morebitni nedavno preboleli okužbi z drugimi odpornimi bakterijami (npr. *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterobacter* spp.). Pri takih

bolnikov moramo zelo dosledno izvajati navodila bolnišnične higiene in upoštevati, da so morda ti mikroorganizmi tudi tokrat vzrok simptomatske okužbe.

Zdravila

Izvedeti je treba imena in odmerke zdravil, ki jih bolnik prejema. Pozorni moramo biti na zdravila, ki slabijo imunski sistem (glukokortikoidi, citostatiki, biološka zdravila), in na zdravila, ki lahko povzročijo vročino. Posebej vprašamo o morebitnem predhodnem uživanju protimikrobnih zdravil (katera, kdaj in koliko časa jih je prejemal, kdo jih je predpisal in zakaj, ali so bila učinkovita). Zabeležiti moramo tudi uporabo antipiretikov, saj ti spremenijo potek vročine.

Alergija

Posebno smo pozorni na morebitno prisotnost alergije na antibiotike. Izvedeti moramo, kako se je alergija izrazila (makulozen izpuščaj – angl. *rash*, koprivnica, eritem, otekanje ustnic, anafilaktična reakcija). Treba je tudi razlikovati med alergijsko reakcijo, slabim prenašanjem zdravila (slaba toleranca) in okužbo, ki lahko posnema znake alergijske reakcije.

Epidemiološka anamneza

Ta nam lahko koristi za ugotavljanje izvora okužbe. Najprej bolnika vprašamo, ali je še kdo v njegovi okolici zbolel na podoben način. Pozorni smo na bivalne pogoje (oskrba z vodo, kje se prehranjuje), higienske navade (umivanje rok pred jedjo), na bolnikov poklic in dejavnosti v prostem času. Posebno bolnike z oslabiljeno imunostjo vprašamo, ali imajo doma majhne otroke; ti so lahko vir virusnih okužb dihal in okužbe z virusi družine herpes. Na osnovi nekaterih podatkov lahko sklepamo na morebitnega povzročitelja okužbe oziroma infekcijsko bolezen: bivanje v hotelih in klimatiziranih prostorih (*Legionella* spp.), naravnih zdraviliščih (*P. aeruginosa*, *Aeromonas* spp.) in stik z vodo (leptospiroza). Povprašati moramo po hišnih ljubljenceh: plazilcih (črevesne okužbe), psih (*Capnocytophaga canimorsus* – DF 2, *Echinococcus granulosus*, *Toxocara canis*), mačkah (*Bartonella* spp., *Toxoplasma gondii*, mikrosporizija), pticah (psitakoza), ribah (*Mycobacterium mari-*

num) in po kmečkih domačih živalih, kot so konji, govedo, prašiči (*Rhodococcus equi*, bruceloza, tularemija itd.). Povprašati moramo po vbodu klopa, piku komarja, pajka itd. in ali je prišlo posledično do pojava kožne spremembe. Pomemben je tudi stik z glodavci (hantavirusi, virus limfocitnega horiomeningitisa, tularemija). Izvor okužbe lahko predstavlja nekatera hrana: slabo prekuhana jajca so lahko vir salmonel, modri siri predstavljajo nevarnost za okužbo z različnimi plesnmi, mehki siri za *L. monocytogenes*, jogurt vsebuje *Lactobacillus* spp., ki pri bolnikih z imunsko okvaro ob aspiraciji lahko povzroči pljučnico. Pomembna so potovanja v zadnjem letu in morebitna sočasna uporaba protimikrobne zaščite. Pri nekaterih skupinah bolnikov je obvezna anamneza glede spolnega vedenja, ki jo vzamemo diskretno: spolna orientacija, način spolnega odnosa (npr. analni odnos med heteroseksualnimi pari), število spolnih partnerjev, prostitucija, predhodna spolno prenosljiva okužba (SPO). Ne smemo pozabiti na morebitne prežete transfuzije različnih krvnih pripravkov.

Psihosocialna anamneza

Diskretno moramo povprašati o razvadah, kot so prekomerno uživanje alkoholnih pijač, kajenje in odvisnost od prepovedanih drog, saj so povezane z določenimi vrstami in mesti okužb.

SPLOŠNI KLINIČNI STATUS

Ocena splošnega stanja

Ko bolnika v celoti pregledamo, opišemo njegovo stanje z besedami hudo, srednje ali blago prizadet oziroma neprizadet. Opišemo stanje zavesti (somnolenca, stupor, koma), ocenimo krajevno, prostorsko in časovno orientacijo ter mentalno stanje. Opišemo osteomuskularni tip bolnika, stanje prehranjenosti in hidracije.

Meritve in vitalni znaki

Izmerimo krvni tlak, centralni venski tlak (v centimetrih vode), srčno frekvenco nad srcem, frekvenco in opis perifernega pulza, frekvenco dihanja, oksigenacijo s pulzno oksimetrijo (ob kateri je treba zabeležiti, če bolnik prejema dodatek kisika) ter telesno

temperaturo. Izmerimo tudi telesno težo in višino.

Na podlagi teh podatkov lahko postavimo sum na sindrom sistemskega vnetnega odziva (SSVO), na sepsa, na sindrom sepse ali sum na septični šok. Osnovne opredelitve so predstavljene v nadaljevanju.

Sindrom sistemskega vnetnega odziva

Prisotna morata biti vsaj dva od naštetih sistemskih odzivov organizma: telesna temperatura nad 38 °C ali pod 36 °C, tahikardija (frekvenca pulza nad 90/min), pospešeno dihanje (frekvenca dihanja nad 20/min) ali nenormalna koncentracija levkocitov (nad $12 \times 10^9/L$ ali pod $4 \times 10^9/L$ ali več kot 10 % nezrelih nevtrofilcev v diferencialni beli krvi (sliki)). Vzrok SSVO je vnetje, najpogostejše okužba (takrat govorimo o sepsi), lahko pa tudi pankreatitis, infarkt, politravma, opekline idr.

Sepsa

Če je vzrok SSVO okužba, gre za sepsa. Pri npr. pankreatitisu, infarktu, politravmi, opeklini itd. ima bolnik še druge simptome in znake bolezni, ki zdravnika napeljujejo na SSVO ob vnetju, katerega vzrok ni okužba.

Huda sepsa

Huda sepsa (sindrom sepse, sepsa z (več)organsko odpovedjo) je po definiciji sepsa, ki ji je pridružen vsaj eden od naštetih pokazateljev motene prekrvitve organov: hipoksemija, povišana koncentracija plazemskega laktata, hipotenzija, oligurija ali mentalne spremembe.

Septični šok

Septični šok je po definiciji sepsa s hipotenzijo (sistolni tlak pod 90 mmHg), ki je prisotna kljub ustreznemu nadomeščanju tekočin.

Ocena kože in sluznic

Treba je oceniti barvo, toploto, vlažnost ter natančno opisati morebitne kožne izpuščaje in sluznične spremembe. Zanima nas, kdaj in kje se je izpuščaj najprej pojavil, smer širjenja, morebitno spreminjanje izpuščaja in ali sta ga spremljala srbenje in bolečina. Opisati

ti moramo razporeditev in morfologijo izpuščaja (makula, papula, pustula, nodus, vezikula, krasta, keratoza, utrika, ulkus, petehija, ekhimoza itd.). Če so spremembe številne, moramo opisati, ali so vse kožne vzbrsti enake ali se med seboj razlikujejo (npr. pri noricah lahko sočasno opazimo papule, vezikule, erozije in kraste). Pri nekaterih infekcijskih boleznih so kožne spremembe na začetku lahko zelo diskretne in neopazne, vendar že napovedujejo razvijajočo se bolezen, ki lahko ogrozi bolnikovo življenje (npr. meningokokcemija, endokarditis). Pri difuznem makularnem izpuščaju je treba včasih misliti na sindrom stafilokoknega ali streptokoknega toksičnega šoka. Včasih je na koži le malo sprememb, npr. nakazana omejena rdečina, bolnik pa čuti globoko v mišicah zelo hude bolečine in je splošno prizadet. Pri tem moramo pomisliti na nekrozantni fasciitis, pri katerem je potrebno takojšnje protimikrobno in kirurško zdravljenje. Pri sumu na infekcijski endokarditis je treba aktivno iskati embolične pojave na koži, sluznicah in podnohtju. Posebno pogoste so drobne petehialne krvavitve na veznicah, vidimo jih lahko tudi na bukalni sluznici, ustnem nebu in na koži, predvsem na okončinah. Znak endokarditisa so tudi linearne krvavitve pod nohti, ki dajejo vtis trna (embolusi v distalnih kapilarah), Oslerjevi vozlički (drobni boleči eritematozni podkožni vozlički na blazinicah prstov rok in nog ter na tenarju) in Janewayjeve lezije, ki jih najpogostejše vidimo pri okužbi s *S. aureus* (neboleče hemoragične spremembe na podplatih in dlaneh).

Pri bolniku s sumom na gnojni meningitis moramo aktivno iskati kožne spremembe, ki so najpogostejše na trupu in okončinah: petehije so majhne točkaste krvavitve, velike do dva milimetra v premeru, ki ne izginejo na pritisk pod prsti; ekhimoze so večje krvavitve, včasih nepravilnih oblik, modrikasto ali rožnato rdeče barve. Omenjeni izpuščaji so značilni za meningokokcemijo.

Pri bolniku s kroničnim hepatitisom in cirozo jeter najdemo pajkaste nevuse na koži, palmarni eritem, včasih tudi razširjene podkožne vene in *caput medusae*, ki sta znaka portalne hipertenzije.

Ocena bezgavk

Povečane bezgavke iščemo v podkožnih obodnih (perifernih) ložah. Pri tipno povečani bezgavki moramo opredeliti njeno velikost, obliko, konsistenco, bolečnost in gibljivost. Povečana, boleča in mehka bezgavka je običajno znak vnetnega procesa, ki je lahko očem prikrit. Koža nad njo je lahko pordela, rdečina se lahko širi po poteku limfnih ven (limfangitis). Lahko so povečane samo regionalne bezgavke (npr. angina, bolezen mačje opraskanine, tularemija itd.) ali pa številne oziroma vse obodne bezgavke (npr. infekcijska mononukleoza, okužba s HIV, sekundarni sifilis, toksoplazmoza, virusni hepatitis, bruceloza, kala-azar itd.).

SPECIALNI KLINIČNI STATUS

Specialni telesni pregled izvajamo sistematično po določenem vrstnem redu: inspekcija, palpacija, perkusija in avskultacija. Bolnika je treba pregledati »od glave do pete«. Če upoštevamo to pravilo pri vsakem bolniku, bomo v veliki meri zmanjšali možnost, da kaj spregledamo.

Glava

Pri nekaterih infekcijskih boleznih imajo bolniki značilen videz obraza: otekline okrog oči pri infekcijski mononukleozni, kataralni znaki pri ošpicah, Filatov trikotnik pri škrlatiniki, *risus sardonius* pri tetanusu, metuljček na obrazu pri šenu, povešen ustni kot pri okvari obraznega živca po perifernem tipu, značilni izpuščaji na eni polovici obraza pri pasavcu itd.

Oči

Otekle veke so lahko prisotne pri trihinelozni, infekcijski mononukleozni in postreptokoknem glomerulonefritisu. Ptoza vek in anizokorija (različno veliki zenici) se pojavljata pri botulizmu in tuberkuloznem meningitisu. Pri okvari obraznega živca po perifernem tipu bolnik na prizadeti strani obraza ne more zapreti očesa. Opišemo, ali je prisotna zlatenica beločnic. Pri konjunktivitisu (vnetju veznice) se pojavi rdečina in srbenje, veznice so otekle, rdeče, lahko je prisotno solzenje, gnojni izloček, včasih tudi hemoza (edem)

veznic. Konjunktivitis spremlja številne virusne okužbe. Pri leptospirozi so pogoste krvavitve pod veznico (Pickov znak). Pri vnetju roženice (keratitis) je vodilni simptom reza-joča bolečina v očesu (občutek tujka), ki jo lahko spremlja fotofobija, solzenje in včasih slabši vid. Šarenico (iris) opazujemo, ko izvajamo zenične reakcije. Pri številnih infekcijskih boleznih je potreben pregled očesnega ozadja, včasih tudi pri bolniku brez bolezenskih znakov in simptomov na očeh (kandemija, okužba s HIV, okužba z virusom citomegalije – CMV, pljučna tuberkuloza itd.). Če bolnik toži o hudih bolečinah v očesu, fotofobiji, slabšem vidu, če ugotovimo motnjave v roženici, zenične nenormalnosti, brazgotinjenje veznic in slabšo gibljivost zrkel, je treba preiskovanca napotiti k oftalmologu.

Nos

Ocenimo prehodnost nosnih hodnikov in opišemo morebiten izcedek (serozen, mukozen, gnojen, krvav, smrdeč).

Obnosne votline

Pri okužbi obnosnih votlin je poleg vročine najpogostejši začetni simptom občutek pritiska v prizadetem sinusu, ki včasih napreduje v bolečino. Pri okužbi sfenoidalnega sinusa se pojavi retroorbitalna bolečina, ki jo lahko spremlja huda, pogosto enostranska frontalna temporalna ali okcipitalna bolečina. Pri okužbi frontalnih, etmoidalnih in maksilarnih sinusov je poklep nad njimi boleč, pri pritisku na ustrezajočo izstopišča trivejnega živca izzovemo bolečino.

Ušesa

Pri bolniku z bolečinami v ušesih, slabšim sluhom, šumenjem, vrtoglavico in glavobolom si še posebno natančno ogledamo ušesa in mastoidni odrastek. Pri vnetju zunanega sluhovoda je poteg za uhelj boleč, prav tako pritisk na tragus. Če najdemo v zunanjem sluhovodu herpetiformni izpuščaji (mehurčki), ki ga spremljata okvara obraznega živca po perifernem tipu in izguba okusa na sprednjih dveh tretjinah jezika na isti strani, gre za pasavec, ki nastane zaradi reaktivacije virusa v genikulatnem gangliju (Ramsay-Huntov sindrom). Pri vnetju srednjega ušesa je bobnič

uleknjen (retrahiran), moten, rožnat, zadeljen, odsev ostane zabrisan, lahko izgine. Bobnič lahko celo počí in skozi predrtino iz bobnične votline izteka gnoj. Pregledati je treba tudi predel za uhljem in opraviti poklep na mastoidnem odrastku. Oteklina in rdečina za uhljem, ki izpolnjuje retroavrikularno brazdo, je lahko znak mastoiditisa.

Obušesni žlezi slinavki

Za akutno gnojno vnetje obušesne slinavke je značilna hitro nastala boleča oteklina, koža nad njo je pordela in topla. Ob pritisku na žlezo se bolečina okrepi, iz izvodila priteče v usta gnoj. Pri mumpsu ob morebitnih prodromih (zgodnji nespecifični simptomi, kot so vročina, glavobol, splošno nelagodje) opazimo otekli obušesni slinavki (lahko obe hkrati ali pogosteje prvi sledi nekaj dni po obolenju druga stran). Oteklina je mehka, testasta, nejasno omejena, koža nad njo je napeta in se sveti (rdečina je redko prisotna), vdolbina med spodnjo čeljustnico in mastoidnim odrastkom je popolnoma izpolnjena, uhelj pa odrinjen navzgor.

Ustna votlina

Pomembna je barva ustnic in jezika (npr. centralna cianoza). Pozorni moramo biti tudi na herpetične spremembe na ustnicah (HSV). Pri nekaterih infekcijskih boleznih prihaja namreč do zagona herpesa (npr. pnevmokokni meningitis, pljučnica, leptospiroza), pri drugih pa do tega pride samo izjemoma (npr. tifus, oslovski kašelj, škrlatinka, ošpice itd.). Zelo pomembno je, da smo nanje pozorni, saj nam lahko predstavljajo bližnjico do diagnoze. Razpoke v ustnih kotih (heiloza) so znak anemije in malabsorpcije; če so izrazite, lahko kažejo na imunsko pomanjkljivost (npr. kandidoza pri okužbi s HIV). Sledi pregled dlesni in zob (kariozno zobovje je lahko povezano z endokarditisom, abscesom v pljučih) ter jezika (vlažnost, obloženost, razjede, gibljivost, deviacija) in bukalne sluznice, kjer smo pozorni na morebitne razjede (aftozni stomatitis, akutni herpetični gingivostomatitis, primarni sifilis itd.), na bele lise in obloge (kandidoza, lasasta levkoplakija: bele vertikalne linearne lise na obeh robovih jezika, *lichen planus*), na temne pigmentne lise nasproti

kočnikov (Addisonova bolezen) in na Koplikove pege (bele pegice, obdane z rdečo areolo v kataralni fazi ošpic). Ogledati si moramo tudi ustno dno in ustno nebo (Kaposijev sarkom na trdem nebu in dlesnih pri bolnikih z aidsom, petehije na mehkem nebu pri bolnikih z infekcijsko mononukleozo). Na nebnicah opazujemo velikost, simetrijo in sluznico (obloge, razjede). Za razlikovanje streptokoknega (streptokok skupine A) faringitisa od drugih možnih povzročiteljev (predvsem virusi) uporabljamo Centorjeve kriterije: prisotnost belih čepkov in oblog nebnic, boleče sprednje vratne bezgavke, vročina, odsotnost kašlja. Če so izpolnjeni vsi štirje kriteriji, lahko s 40 do 60% pozitivno napovedno vrednostjo napovemo streptokokno vnetje žrela, odsotnost treh od štirih kriterijev pa ima 80% negativno napovedno vrednost. Bolnika prosimo, da reče »a« in s tem opazujemo gibljivost mehkega neba. Pri hudem asimetričnem abscedentnem vnetju nebnice in njene okolice je mali jeziček pomaknjen v zdravo stran, nebni lok na oboleli strani pa je slabo gibljiv. Pomisliti moramo na peritonzilarni absces.

Vrat

Na vratu opazujemo simetrijo, ocenjujemo bezgavke, ščitnico (npr. palpatorno boleča ščitnica pri subakutnem tiroiditisu, ki lahko povzroča vročino neznanega porekla), polnjenost vratnih ven (centralni venski tlak), gibljivost vratu in preizkusimo meningealne znake (glej spodaj). Pregled vratu končamo z avskultacijo vratnih (karotidnih) arterij.

Živčevje

Pri infekcijskih boleznih so lahko prizadeti različni deli živčevja, zato je pomemben tudi »celoten« okvren nevrološki pregled. Naš cilj je opredeliti, ali je pri preiskovancu prisotna okvara živčevja, kolikšna je in kateri del živčevja zajema. Pri osnovnem nevrološkem pregledu preverimo zavest, orientiranost, funkcijo možganskih živcev, motoriko in senzoriko udov, miotatične reflekse, plantarni odziv, koordinacijo gibov ter stojo in hojo (za podrobnosti glej: Klinična nevrološka preiskava).

Meningealni znaki

Pri vsaki preiskavi bolnika z vročino je treba oceniti otrplost tilnika oziroma prisotnost drugih meningealnih znakov, posebno pri bolniku, ki navaja tudi glavobol, siljenje na bruhanje, bruhanje ali pri katerem heteroanamnestično izvedemo o mentalnih spremembah. Kadar posumimo na meningitis, se moramo odločiti za lumbalno punkcijo, če ni kontraindikacij, kot so zvišan znotrajlobanjski tlak z nevarnostjo herniacije, motnje koagulacije (INR mora biti pod 1,3) itd.

Otrplost tilnika: Za meningitis je značilna togost ali otrplost nekaterih mišičnih skupin, posebno v tilniku – otrplost tilnika. Otrple in boleče mišice so posledica spazma, ki nastane zaradi vnetja možganskih ovojníc in zvišanega znotrajlobanjskega tlaka. Blago oziroma zgolj nakazano otrplost tilnika mnogokrat odkrijemo šele pri natančni preiskavi bolnika. To najlažje storimo, če bolnik vzravnano sedi v postelji z iztegnjenimi nogami (pravi kot med trupom in nogami), roke ima na iztegnjenih kolenih, ob poskusu priklona bolnikove glave proti prsnici pa začutimo bolj ali manj izrazit upor. Gibljivost vratu v drugih smereh (levo, desno in nazaj) je povsem normalna. Če bolniku z lahkoto potisnemo brado na prsnico (z zaprtimi usti), je meningitis manj verjeten, ni pa izključen. Nekoliko izrazitejša otrplost tilnika prisili bolnika, da drži glavo upognjeno nazaj. Če hočemo bolniku glavo potisniti navzdol, začutimo močan odpor, njemu pa povzročimo s tem hude bolečine v zatilju. Če togost mišic zajame tudi hrbtne mišice, dobimo sliko opistotonusa (bolnik leži v postelji z usločenim hrbtom, glavo ima upognjeno nazaj), ki je najizrazitejša stopnja otrplosti tilnika.

Poznamo še druge meningealne znake, vendar niso tako občutljivi in niso tako pogosto prisotni:

Kernigov znak: Izvedemo ga lahko v več različicah, vse pa imajo isto načelo: 1. Ležečemu bolniku z iztegnjenimi kolena spodnjih okončin v kolku ne moremo upogniti preko 45 stopinj. 2. Če je spodnja okončina upognjena v kolku, ne moremo iztegniti kolena. 3. Če sedi bolnik v postelji, mu ne moremo potisniti upognjenih kolen do ravnine postelje.

Zgornji znak Brudzinskega: Če s hitro kretnjo potisnemo ležečemu bolniku glavo naprej, bolnik refleksno skrči spodnje okončine v kolenih in kolkih.

Spodnji znak Brudzinskega: Če upognemo eno spodnjo okončino močno v kolku in kolenu, sledi temu gibu nekoliko tudi druga okončina (fenomen skrajšanja).

Amossov znak: Bolnik ne more sedeti v postelji z nogami, stegnenimi v kolenih, ne da bi se zadaj z rokami opiral na posteljo (fenomen trinožnika).

Hrbtenični znak: Če bolnik sedi v postelji, ne more z ustnicami doseči pokrčenih kolen, pa naj jih še tako priteguje k telesu.

Tresenje glave: Pri tresenju glave se glavobol okrepi.

Napeta mečava (fontanela): Je posledica zvišanega znotrajlobanjskega tlaka (npr. pri meningitisu) pri novorojencih in malih otrocih, pri katerih lobanjske kosti še niso zrasle. Izbočeno mečavo pogosto opazamo tudi pri dojenčkih s 6. otroško boleznijo.

Poleg meningealnih znakov smo pri bolniku pozorni tudi na prizadetost živčevja. Pri meningitisu lahko pride tudi do vnetja možganov (meningoencefalitis) in do vnetja hrbtenjače (meningoencefalomielitis). Če je v ospredju parenhimsko vnetje možganov, govorimo o encefalitisu. Pri vnetju možganskih ovojnic pride lahko do okvare možganskih živcev in hrbtenjačnih korenin, kar se kaže z značilnimi simptomi okvare posameznih živcev oziroma korenin. Zadnje praviloma spremlja močna bolečina. Možganski živci so posebno močno prizadeti, kadar je vnetje možganskih ovojnic izrazitejše na bazi lobanje (anizokorija, škiljenje, dvojni vid, ptoza vek, povešen ustni kot, asimetrija nosnoustnične brazde, slinjenje, motnje požiranja itd.). Prizadetost možganov se kaže s simptomi povečane občutljivosti (fotofobija, občutljivost na zvok, hiperestezija), s splošnimi nevrološkimi simptomi in znaki (tremor, motnje zavesti, epileptični napadi, zmedenost in druge mentalne spremembe) ter z žaričnimi nevrološkimi simptomi in znaki (pareze, motnje govora, okrepljeni refleksi, pozitiven znak

Tabela 1. Mednarodna glasgowska skala za oceno bolnikovega mentalnega stanja in stanja zavesti.

O: Odpiranje oči	spontano mežika	4
	na ukaz	3
	na boleč dražljaj	2
	brez odziva	1
G: Gibanje	uboga ukaze	6
	lokaliziran odziv na bolečino	5
	umikanje ob bolečini	4
	odziv na bolečino s fleksijo	3
	odziv na bolečino z ekstenzijo	2
	ni odziva	1
Go: Govor	smiselno odgovarja	5
	zmedeno odgovarja	4
	neustrezno odgovarja	3
	odziva se z nerazumljivimi zvoki	2
	ne govori	1
Vsota		15

Najslabši točkovni seštevek je 3; najboljši je 15. Vsako kategorijo je treba točkovati posebej (npr. O3 G5 Go3). Razlaga: ≥ 13 = blaga okvara možganov; $9-12$ = zmerna okvara možganov; ≤ 8 = huda okvara možganov.

Babinskega). Za okvirno oceno stanja bolnika z motnjo zavesti je priporočljiva uporaba glasgowske lestvice nezavesti, v kateri ocenjujemo očne, gibalne in govorne funkcije. Način odzivnosti točkujemo; seštevek točk odraža stopnjo nevrološke prizadetosti bolnika (Tabela 1).

Gnojni meningitis

Pri dveh tretjinah bolnikov z gnojnim meningitisom se pojavljajo vročina, otrplost tilnika in mentalne spremembe, pri vseh pa najdemo vsaj enega od naštetih simptomov in znakov. Bolezen se razvije hitro in bolnik kmalu išče zdravniško pomoč, lahko že nekaj ur po nastopu prvih simptomov. Pri bolniku s sumom na gnojni meningitis moramo opraviti osnovni nevrološki pregled in biti pozorni na kožne spremembe. Izraziti žariščni znaki kažejo na možnost možganskega abscesa. Pri sumu na gnojni meningitis je treba še posebno natančno pregledati ušesa, nos, nosne votline, žrelo, srce (endokarditis?) in pljuča, ki lahko predstavljajo izvor okužbe. Bolnika, ki ima v anamnezi poškodbo glave, vedno vprašamo po morebitnem iztekanju likvorja iz nosu (bolniku občasno kaplja prozorna tekočina iz ene nosnice, posebno ko se skloni). Pri starej-

ših bolnikih z gnojnim meningitisom se pogosto pojavljajo le vročina, zmedenost, dezorientiranost in druge mentalne spremembe.

Serozni meningitis

Bolniki s seroznim meningitisom (običajno virusni vzrok, lahko pa ga povzročajo tudi nekatere bakterije, glive in paraziti) zbolijo z vročino, glavobolom, siljenjem na bruhanje ali bruhanjem. Najdemo otrplost tilnika, včasih pa tudi simptome parenhimatozne okvare možganov (npr. razdražljivost, zaspanost), ki nastanejo zaradi vnetja krvnih žil, ki prehajajo skozi mehke možganske ovojnice in subarahnoidalni prostor (ne gre za encefalitis). Pojavljajo se lahko tudi drugi znaki npr. vnetje žrela, povečane bezgavke in kožne spremembe (okužba z enterovirusi, primarna okužba s HIV, sifilis, *erythema migrans* itd.). Bolezen običajno traja nekaj dni, preden bolnik poišče zdravniško pomoč, pri čemer praviloma ni težje prizadet. Otekanje obušenih žlez in testisov kaže na meningitis v sklopu mumpsa. Pri prisotnem šumu nad srcem in emboličnih manifestacijah po koži in sluznicah moramo misliti na endokarditis. Pri enterovirusnih okužbah so lahko prisotni izpuščaji, konjunktivitis, črvesne težave, bolečine zara-

di vnete plevre (plevrodinija), herpangina, perikardialno trenje itd. Zvečana jetra, vranico in bezgavke lahko zatipamo pri virusnih in sistemskih glivičnih okužbah, v sklopu katerih se pojavi tudi meningitis. Genitalne razjede so lahko povezane z meningitisom, ki ga povzroča HSV tipa 2 ali sifilis. Tudi v sklopu sepse so lahko prizadete meninge (konkomitantni meningitis).

Akutni encefalitis

Najpogostejši povzročitelji so virusi: virus klopne meningoencefalitisa, virusi družine herpes, hantavirusi, virus zahodnega Nila, HIV itd. Akutni encefalitis se kaže s spremembami vedenja, epileptičnimi napadi, tremorjem, dizartrijo (motnja govora zaradi organskih okvar) in drugimi žariščnimi nevrološkimi izpadi, lahko pa tudi s prizadetostjo možganskih živcev. Pri pregledu najdemo poleg opisanih simptomov in znakov še meningealne znake. Pogosto gre za samozajezivitvene bolezni, lahko pa tudi za okužbe, ki ogrožajo bolnikovo življenje. Tak je npr. encefalitis, ki ga povzroča HSV tipa 1, ki okvari temporalni lobus in spodnje frontalne dele možganov. Virus citomegalije prizadene periventrikularna področja, virus varicella zoster pa male možgane (motnje statično-kinetičnih funkcij z dizemetrijo, ataksijo, bruhanjem in mišično atonijo).

Prizadetost hrbtnjače

Klinična slika je odvisna od mesta in akutnosti okvare. Praviloma so prizadete tudi meninge in spinalne korenine, zato simptome in znake okvare hrbtnjače spremlja bolečina korenin in morebiti tudi znaki koreninske okvare. Pri akutnih okvarah hrbtnjače pride do »spinalnega šoka«, kjer so pareze povezane z znižanim tonusom, arefleksijo in odsotnostjo plantarnih refleksov. Pri okvarah hrbtnjače gibalne motnje praviloma spremljajo tudi senzibilitetni izpadi in motnje mokrenja, lahko tudi iztrebljanja in spolne funkcije.

Prsni koš in dihala

Bolnika z dihalno stisko spoznamo takoj, ko vstopi v ambulantno. Tak bolnik pospešeno diha in je centralno cianotičen. Kašelj, piskanje, stridor (piskanje med vdihom, slišno pri

bolnikovih ustih) in hripavost so znaki, ki jih takoj zaslišimo in nam lahko precej povedo o bolniku in pljučni bolezni. Če so prisotni stridor, hripavost, kašelj (lajež tjulna) in dihalna stiska, pomislimo na krup. Ta nastane zaradi akutnega laringotraheobronhitisa, lahko tudi spazma v področju zgornjih dihal, bakterijskega traheitisa, epiglotitisa, peritonzilarnega ali retrofaringealnega abscesa, angioedema ali tujka.

S palpacijo (obe dlani polagamo na različne dele prsnega koša) zaznamo vibracije stene prsnega koša, ko bolnik izgovarja besedo »triintrideset« (pektoralni fremitus). Pri boleznih, ki izboljšajo prenos vibracij (pljučnica), zaznamo te izraziteje (pektoralni fremitus je okrepljen), pri tistih, ki prenos zmanjšajo (pnevmotoraks, izliv, atelektaza), pa ga ne bomo zaznali. S perkusijo iščemo zamolkline in določimo višino morebitnega plevralnega izliva ali empiema. Pretrkati je treba celoten prsni koš, saj je izliv posebno zaradi infekcijskih vzrokov pogosto omejen in ne nujno lokaliziran nad osnovnicama. Če pri pregledu s perkusijo naletimo na kombinacijo zamolkline in hipersonornosti, to lahko nakazuje prisotnost piopnevmotoraksa. Z avskultacijo (na hrbtu, v aksilarni liniji, spredaj ter nad sapnikom) določamo trajanje vdih in izdih ter poslušamo dihalne zvoke. Oslušujemo najprej pri nespremenjeni globini dihanja, nato pa pri počasnem globokem dihanju. Pri zdravem človeku slišimo stalni zvok (dihalni šum), ki ga imenujemo normalno dihanje. Ta zvok je dlje in bolje slišen med vdihom. Pri bolniku lahko slišimo pridružene dihalne zvoke (piski, poki, plevralno trenje). Piske slišimo pri obstruktivnih boleznih dihal. Stalni so pri poslabšanju astme in pri kronični obstruktivni pljučni bolezni, pri akutnem bronhitisu pa po odkašljanju izginejo. Za bronhiolitis so značilni visokofrekventni kasni inspiratorni piski.

Tipična pljučnica

Pri tipični pljučnici se v anamnezi pojavijo nenaden začetek, mraženje, vročina, produktiven kašelj z gnojnim izmečkom, pogosto je pridružena plevralna bolečina. Izvid je praviloma asimetričen za obe pljučni krili. Poklep je nad prizadetim predelom pljuč skrajšan. Nad močno zgoščenimi pljuči je lahko priso-

ten bronhialni zvok (dihalni zvok je dlje in bolje slišen med izdihom), saj se turbulenca zraka iz velikih dihalnih poti preko zgoščenih pljuč prenaša neposredno do stene prsnega koša. Če bolnik izgovarja besedo »triiintridge-set«, jo z avskultacijo nad prizadetim delom pljuč dobro slišimo, je torej okrepljena (govorna resonanca, bronhofonija). Kadar se razločno sliši tudi šepet, govorimo o pektorilokviji pri šepetu. Ugotovimo lahko tudi egofonijo (glas »e« se pretvori v glas »a«). Slišimo kasne inspiratorne, lahko tudi ekspiratorne poke.

Atipična pljučnica

Pri atipični pljučnici je v anamnezi prisoten običajno nekoliko postopnejši začetek, manj izraženi simptomi dihal, kašelj se pojavi z zamikom, sprva je suh, nato lahko postane produktiven z malo izmečka. Spremembe so pri kliničnem pregledu pogosto minimalne, na začetku celo odsotne in ne ustrezajo bolnikovim težavam. Slišimo lahko kasne inspiratorne simetrične poke, najbolj slišne na bazah.

Pri popuščanju srca in zastoja nad pljuči so diferencialno diagnostično poki grobi, prisotni so v celem vdihu, izvid je praviloma simetričen. Pri pljučnem edemu slišimo pozne inspiracijske poke, sprva samo na gravitacijsko najnižje ležečih delih pljuč, pozneje pa lahko nad celotnimi pljuči. Pri kroničnih intersticijskih pljučnih boleznih (pljučna fibroza) so poki drobni kot hoja po snegu, pojavijo se proti koncu vdiha in jih slišimo pri ušesih (sklerofonija).

Plevritis, plevralni izliv in empiem

Plevralna bolečina, ki najpogosteje nastane pri plevritisu, plevropnevmoniji in pri pljučnem infarktu, je zelo huda, ostra, prebadajoča, dobro lokalizirana in se stopnjuje pri globokem vdihu ali kašlju. Bolnik se uleže na bolno stran, da prizadeto stran čim manj premika in tako zmanjša bolečino. Ko se plevralni izliv zveča, bolečina lahko popusti, izzveni pa tudi plevralno trenje, ki je posledica trenja zadebeljenih pol plevre. Plevralno trenje slišimo kot zvok, še najbolj podoben škripanju ali ječanju, njegova glasnost se med posameznimi dihalnimi cikli spreminja in ima v izdihu lahko zrcalno podobo vdiha. Za plevralni

izliv ali empiem je značilno, da perkutiramo zamolkline, avskultatorno je dihanje nad takim predelom prsnega koša neslišno ali slabo slišno, govorni zvoki pa so odsotni.

Srce in obtočila

Pri pregledu srca najprej otipamo srčno konico, z avskultacijo določimo rednost srčne akcije (okužba lahko izzove paroksizmalno atrijsko fibrilacijo), frekvenco srčnega utripa, ocenjujemo srčne tone in prisotnost morebitnih šumov ali drugih fenomenov (kliki, perikardno trenje).

Infekcijski endokarditis

Nanj pomislimo pri bolnikih z nepojasnenim vročinskim stanjem, ki imajo že predhodno okvarjene zaklopke ali imajo vstavljene umetne srčne zaklopke. Infekcijskemu endokarditisu so posebno izpostavljeni intravenski uživalci nedovoljenih drog (trikuspidalna zaklopka). Pri endokarditisu so šumi skoraj vedno prisotni (hitro nastanejo in se lahko hitro spreminjajo), manj izraziti so pri desnostranskem endokarditisu, ker so gradienti tlakov manjši. V glavnem gre za regurgitacijske šume ali za šume zaradi novonastalih šantov (defekt interventrikularnega septuma ali ruptura Valsalva). Pri bolnikih z endokarditisom so lahko prisotni številni embolični fenomeni: po koži in sluznicah, infarkt vranice (subtilno povečana mehka in boleča vranica), embolija ali krvavitev v osrednje živčevje (zmedenost, glavobol, žariščni nevrološki izpadi – npr. hemiplegija). Preveriti in dokumentirati moramo vse palpaciji dostopne periferne arterijske pulze zaradi potencialne nevarnosti obstruktivnih arterijskih embolij. Pri sumu na infekcijski endokarditis moramo biti pozorni tudi na simptome in znake srčnega popuščanja.

Infekcijski perikarditis

Bolniki s perikarditisom imajo v anamnezi bolečino za prsnico s sevanjem v ramo, vrat ali med lopatici, ki se okrepi pri požiranju, globokem vdihu ali v ležečem položaju in se omili pri sklanjanju naprej, poleg tega pa imajo v večini primerov tahikardijo. Če gre za bakterijski perikarditis, je običajno prisotna tudi

vročina, pospešeno dihanje ter pogosto tudi simptomi in znaki še enega žarišča okužbe (npr. pljučnica, okužena kirurška rana, osteomielitis). Pri avskultaciji srca slišimo perikardno trenje z značilnim praskajočim, škripajočim, visokofrekventnim šumom, najglasnejši je običajno v sistoli, vendar ga slišimo tudi na začetku in na koncu diastole. Vse tri komponente skupaj zaznamo pri manj kot polovici bolnikov s perikarditisom. Perikardialno trenje najbolje slišimo, ko se bolnik sklanja naprej ali celo v položaju »kolena – prsni koš«. Ko se perikardialni izliv zveča, trenje izzveni.

Miokarditis

Večina bolnikov z miokarditisom je asimptomatskih in ima le blage virusni bolezni podobne prodrome. Pregled srca je lahko normalen, lahko pa ugotovimo tahikardijo, tretji ton in različne aritmije. Včasih miokarditis spremljata tudi perikarditis in plevritis.

Mediastinitis

Bolniki z mediastinitisom imajo bolečino v prsnem košu in vročino, pogosto so tudi splošno prizadeti. Največkrat gre za pooperativni mediastinitis (po sternotomiji) ali pa mediastinitis nastane kot posledica širjenja okužbe iz okoliških tkiv (iz vratu, pljuč, ob rupturi požiralnika). Najdemo rdečino in gnojni izcedek iz kirurške rane ter nestabilno grodnico (sternalni tlesk). Pri avskultaciji srca lahko ob vsakem srčnem utripu slišimo hreščanje, ki je posledica prisotnosti zraka v mediastinumu (»Hammanovo hreščanje«). Pri mediastinitisu, ki je posledica okužb v bližnji okolici, najdemo značilne simptome in znake okužbe omenjenih organov in tkiv.

Trebuh, sečne poti, prostata in rodila

Pri inspekciji trebuha si ogledamo kožo (brazgotine, izpuščaji, pozorni smo na zlatenico), ocenimo simetrijo ter gibanje trebuha pri dihanju in določimo položaj trebuha glede na prsni koš (pod, v ali nad nivojem prsnega koša). S palpacijo začnemo v levem spodnjem kvadrantu, nadaljujemo v levi zgornji kvadrant preko epigastrične regije proti desni strani trebuha in jo zaključimo v predelu pop-

ka. Začetna palpacija je orientacijska, površinska, v nadaljevanju je globoka. Otipamo lahko povečane organe in različne zatrdline. Vsako zatrdlino moramo natančno lokalizirati in opredeliti njeno obliko, velikost, konsistenco, površino in pomičnost. S perkusijo ocenjujemo npr. meteorizem (driska) ali prisotnost proste tekočine v trebuhu (npr. jetrna ciroza pri kroničnem virusnem hepatitisu). Z avskultacijo opredelimo peristaltične zvoke in ugotavljamo, ali so normalni, okrepljeni (driska, pred razvojem obstrukcije pri ileusu) ali odsotni (paralitični ileus). V sklopu številnih infekcijskih bolezni lahko najdemo povečana jetra in/ali vranico. Pri bolniku z zlatenico in anamnezo o splošnem slabem počutju, oslabelosti, izgubi apetita, bolečini ali nelagodju pod desnim rebrnim lokom, temnejšim urinom in svetlim blatom, moramo pomisliti na akutni virusni hepatitis. Pri kronični jetrni bolezni (npr. ciroza) so jetra lahko povečana ali zmanjšana, trda, najdemo tudi povečano vranico, ascites (lahko ga spremljajo pretibialni edemi), pajkaste nevuse in eritem na dlaneh. Pri nekaterih infekcijskih boleznih je pogosto povečana vranica (npr. tifus, malarija, bakterijski endokarditis, sepsa, miliarna tuberkuloza, bruceloza, kala-azar). Diagnostični pomen ima tudi nepovečana vranica. Če je ta povečana in boleča, je to lahko znak infarkta vranice (zaradi endokarditisa) ali raztrganine vranice (vzrok je najpogosteje poškodba, lahko pa tudi infekcijska mononukleoza, tifus, malarija itd.).

Driska

O driski govorimo, ko bolnik odvaja mehko do tekoče blato več kot trikrat dnevno. Pri bolniku z infekcijsko drisko pri telesnem pregledu ugotavljamo vročino in palpatorno difuzno boleč trebuh. Bolečina je včasih zelo huda, lokalizirana in lahko posnema bolečino pri vnetju slepiča ali žolčnika. Črevesna peristaltika je pri driski zelo živahna, lahko pa so prisotni tudi znaki dehidracije (ortostaza, tahikardija, zmanjšana napetost kože, izsušene sluznice, bolnik že nekaj ur ne mokri). Pri tifusni vročici najdemo relativno bradikardijo, ohlapen in boleč trebuh, pogosto je prisotna povečana vranica, v drugem do tretjem tednu bolezni pa se na koži zgornjega dela trebuha in na prsnem košu pojavijo od 2 do 5 milime-

trov veliki rožnati, makulopapulozni izpuščaji, ki na pritisk zbledijo, ob kaplji olja pa se okrepijo (rozeole).

Vnetje slepiča

Pri bolniku z akutnim apendicitisom se v zgodnjem obdobju bolezni pojavlja (zmerna, trajna) bolečina sredi trebuha, sledi ji bruhanje. Ko se vnetje razširi na peritonej nad slepičem, se bolečina preseli v desni spodnji kvadrant (McBurneyjeva točka), kjer lahko zatipamo tudi nenormalno zatrdlino. Pri draženju peritoneja je prisoten Blumbergov znak: s prsti počasi pritisnemo na trebušno steno levo ob popku, nato hitro popustimo, kar povzroči ostro bolečino v področju slepiča – povratna bolečina. Prisoten je lokalni odpor trebušne stene: bolnik refleksno zategne mišice trebušne stene, ki so nad slepičem. Če bolečina traja že dolgo, je lahko napet in otrdel ves trebuh (difuzni odpor), kar kaže na perforacijo slepiča z difuznim peritonitisom. Kadar slepič leži za slepim črevesjem (retrocekalno), bolečina seva v desni bok ali desno ledveno, prisoten pa je lahko tudi psosasov znak (bolečina, ki se pojavi pri poskusu ekstenzije desnega kolka). Boleč je tudi ledveni poklep desno. Kadar slepič leži v mali medenici, se bolezen lahko začne z drisko.

Akutni holecistitis in holangitis

Pri bolniku z akutnim holecistitisom in akutnim holangitisom se lahko pojavijo nenadne, močne, krčevite, »količne« bolečine v desnem zgornjem trebušnem kvadrantu (desni hipohondrij) z mrzlico in visoko vročino. Pri akutnem holangitisu je pogosto je prisotna tudi zlatenica, kar izpopolnjuje Charcotov trias: vročina, bolečina v desnem zgornjem kvadrantu, ki seva desno ledveno in pod desno lopatico, zlatenica. V primerjavi z žolčnimi kolikami pri akutnem holecistitisu bolečina traja običajno več kot 12 ur ob prisotnosti vročine. Pri pregledu bolnika ugotovimo palpatorno bolečnost nad žolčnikom. Bolečina se stopnjuje z globokim vdihom (Murphyjev znak), ker se žolčnik spusti proti preiskovalčevim rokam. Včasih bolnik nameravan globok vdih prekine zaradi ostre bolečine. Bolj difuzna bolečnost ali »tiščeča« bolečina v področju desnega zgornjega kvadranta kaže na druge jetrne bolezni.

Akutni divertikulitis

Pri akutnem divertikulitisu pri telesnem pregledu lahko ugotovimo vse od difuzne blage palpatorne bolečnosti (običajno je bolečina najhujša v levem spodnjem kvadrantu – »levi apendicitis«) do lokalnega draženja peritoneja, difuznega peritonitisa in morebitnega septičnega šoka.

Primarni (spontani) peritonitis

Do primarnega peritonitisa pride največkrat pri bolnikih z napredovalo jetrno cirozo z ascitesom. Včasih se kaže z vročino, difuzno in stalno bolečino v trebuhu (pri palpaciji je trebuh difuzno boleč, brez odpora), večinoma pa pride ob ascitesu do poslabšanja jetrne bolezni (zlatenica, encefalopatija). Diagnoza je razmeroma enostavna, če nanjo pomislimo (sledi punkcija in analiza ascitesa).

Sekundarni peritonitis

Pri sekundarnem peritonitisu navaja bolnik bolečine v trebuhu, palpatorna bolečnost je najbolj izražena nad organom, kjer so se težave začele. Bolečina se okrepi pri gibanju in globokem vdihu. Spremlja jo izguba teka, siljenje na bruhanje in bruhanje. Ob mrzlici in vročini je trebuh ohlapen. Bolnik leži mirno v postelji, noge ima pritegnjene na prsni koš, plitvo diha in pri dihanju trebuh miruje. Obraz je blede, prestrašen in nos zašiljen (Hippokrat: *facies abdominalis*). V poznejšem obdobju bolezni se razvijejo vročina, tahikardija in hipotenzija. Pri avskultaciji trebuha ne slišimo črevesnih zvokov – »nem trebuh«. Trebuh je palpatorno difuzno boleč, prisoten je difuzni odpor (napet trebuh, otrdele mišice celotne trebušne stene). Pozitiven je Blumbergov znak (glej opis pri vnetju slepiča), ki kaže na draženje peritoneja. Pri rektalnem pregledu izzovemo bolečino. Starejši bolniki pogosto nimajo vseh klasičnih znakov peritonitisa. Vodilni simptom je bolečina v trebuhu, vročina ni vedno prisotna. Do sekundarnega peritonitisa privedejo predvsem divertikulitis, perforacija črevesja in ishemija črevesja.

Pielonefritis in cistitis

Bolnik s cistitisom v anamnezi navede pogosto mokrenje (polakisurija) in boleče mokrenje.

nje (disurija). Pri palpaciji lahko ugotovimo suprapubično bolečnost. Pri bolnikih s pielonefritisom (včasih bolečine ledveno) je boleč ledveni poklep, boleč osteovertebralni kot, prisotna je vročina, tahikardija in včasih hipotenzija (presajena ledvica ne boli, ker ni oživčena). Pri starejših bolnikih s pielonefritisom in posledično sepsa so včasih prisotni le vročina, zmedenost in somnolenca.

Prostatitis

Bolnik z akutnim prostatitisom navaja nenadno vročino, pogosto in boleče mokrenje, včasih težave zaradi zapore mokrenja. Pregled lahko odkrije zmerno suprapubično bolečnost, pri rektalnem pregledu je prostata povečana, mehkejša in zelo boleča (prostate ne smemo masirati, ker lahko povzročimo bakteriemijo oziroma posledično sepsa), bolnik ima lahko visoko vročino in je septičen.

Urethritis

Bolnik z uretritisom navaja bolečine v sečnici, izcedek iz sečnice, ima lahko eritem ob ustju sečnice, pri stiskanju (molzenju) sečnice pri moškem, pogosto izzovemo gnojni izcedek. Ker so lahko prisotne različne SPO, je treba natančno pregledati območje bezgavke, perianalno področje, nožnico oziroma penis ter morebitne lezije na koži in sluznicah (npr. trdi čankar, herpetične razjede, spolne bradavice itd.).

Medenična vnetna bolezen

Pri bolnicah z medenično vnetno boleznijo (MVB) sta palpatorno boleča oba spodnja trebušna kvadranta, približno polovica bolnic ima vročino, včasih najdemo oslABLJENO črevesno peristaltiko, pri tretjini bolnic je prisotna krvavitev iz maternice, najdemo lahko tudi nožnični izcedek. Pri 10 % bolnic je prisotna palpatorna bolečnost desnega zgornjega kvadranta, kar kaže na perihepatitis (Fitz-Hugh-Curtisov sindrom). Pri bolnicah z MVB je potreben ginekološki pregled.

Okončine in hrbtenica

O gibalnem sistemu veliko izvemo, če opazujemo bolnikovo hojo, držo, gibe. Ciljano pregledamo sklepe in mišice (oteklina, rdečina

kože nad njimi, deformacija), jih potipamo (toplota, bolečnost), ocenimo pasivno in aktivno gibljivost ter primerjamo z enakimi predeli na nasprotni strani. Poleg znakov za okužbo smo pri pregledu okončin pozorni na morebitne edeme (znak za desnostransko srčno popuščanje, hipoaalbuminemijo, varikozni sindrom, hiperpigmentacijo), prisotnost in simetričnost pulzov ter kapilarni povratek.

Akutni artritis

Pri artritisu enega sklepa, ki je nastal nenadno z bolečino, oteklino in omejeno gibljivostjo, moramo vedno misliti na septični artritis. Koža nad prizadetim sklepom je pordela, topla, v večini primerov je prisotna tudi vročina z mrzlico. Na septične okužbe sklepov ali kosti moramo še posebno pomisliti pri bolnikih z vstavljenimi umetnimi materiali in pri bolnikih po nedavni operaciji ali invazivnem diagnostičnem postopku (npr. artroskopiji).

Osteomielitis

Ob vročini in lokalizirani topi bolečini v okončinah ali hrbtenici, ki se razvije v nekaj dneh do tednih in je neodvisna od gibanja, moramo pomisliti na akutni osteomielitis. Pojavlja se predvsem v dolgih kosteh (stegnenica, golenica, nadlahtnica) in vretencih ter medvretenčnih ploščicah (spondilodiscitis). Pogosteje se pojavlja pri otrocih kot pri odraslih.

Spondilodiscitis

Pri bolniku s spondilodiscitisom lahko najdemo boleč poklep po hrbtenici v določeni točki, omejeno gibljivost in reaktivni spazem priležnih mišic. Pozorni moramo biti tudi na parestezije okončin in na morebitne druge nevrološke izpade (radikulopatije, pareze, motnje mokrenja), pri katerih je potrebno hitro kirurško (ortopedsko) ukrepanje. Pozorni moramo biti na simptome in znake morebitnega sočasnega abscesa v mišici psoas (topa bolečina in omejena gibljivost v kolku, pozitiven psoasov znak) oziroma epiduralnega abscesa (ostra, dobro lokalizirana bolečina, nevrološki izpadi).

Diabetična noga

Pri diabetiku (slabša prekrvavljenost in senzorične okvare na spodnjih okončinah) in bol-

niku s periferno arterijsko okluzijsko boleznijo so okužbe kože na spodnjih okončinah zelo pogoste. Okužbe diabetičnega stopala delimo na povrhnje, srednje globoke (celulitis) in globoke (osteomielitis). Lahko so prisotne akutne ali kronične razjede. Znaki za okužbo razjede so gnojni izcedek in kombinacija otekline, rdečine, toplote in bolečine na robovih razjede (celulitis). Bolečina je pri bolnikih z nevropatijo lahko odsotna. Ko okužba napreduje v globino, se lahko pojavi fluktuacija (palpiramo tekočinsko zatrdlino v podkožju) in kreptacije (pri palpaciji čutimo na blazinicah prstov drobno pokanje zaradi zraka v podkožju). Če ocenimo, da gre za okužbo diabetičnega stopala, se moramo z dodatnimi preiskavami prepričati tudi o možni prizadetosti kostnine.

ZAKLJUČEK

Medicina (in z njo infektologija) je znanost, ki hitro napreduje; ves čas prihajajo nova spoznanja, ki lahko bistveno vplivajo na uspešnejše zdravljenje bolnikov. Še vedno pa sta temeljna kamna dobre klinične prakse natančna anamneza in natančen klinični pregled bolnika. Zdravniške napake se pogostejše zgodijo, ker zdravnik česa ne vidi ali kaj spregleda kot pa zaradi pomanjkanja znanja. Bolnik nam lahko sam pove diagnozo, če ga natančno poslušamo, česar pa žal pogosto ne naredimo. Ko se zdi, da smo pri bolniku z nepojasnjeno okužbo ali nejasnim vročinskim stanjem izčrpali vse diagnostične možnosti, sta pogosto bolj kot številne (neusmerjene) laboratorijske, slikovne in druge preiskave smiselna ponovna skrbna anamneza in telesni pregled.

LITERATURA

1. Southwick FS. Infectious Diseases: a clinical short course. Second edition. Columbus (OH): McGraw-Hill Companies Inc; 2008.
2. Schlossberg D. Clinical Infectious Disease. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
3. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. Elsevier Churchill Livingstone; 2005.
4. Bedjanič M. Bakterialne infekcije. In: Bedjanič M, ed. Infekcijske bolezni. Ljubljana: Univerzitetna založba v Ljubljani; 1961. p. 119–20.
5. Kocjančič A. Klinična preiskava. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica; 2000.
6. Vodušek DB, Janko M. Klinična nevrološka preiskava. Med Razgl 2007; 46: 285–94.

Prispelo 29. 09. 2009