

Perhejuhlasta potilaaksi

– tapauksen ratkaisu



Adobe/ACIP

Positiivisen COVID-19-testituloksen saanut nuori mies otettiin oireiden vaikeuduttua sairaalaan osastoseurantaan. Vointi koheni ja hänet kotiutettiin, mutta kotona oireet palasivat ja yleistila heikkeni.

Nuoren perusterveen miehen yskä, lihaskivut ja kuume alkoivat pian keväisen perhejuhlan jälkeen. Paikalla oli ollut henkilö, joka myöhemmin todettiin COVID-19-positiiviseksi.

Miehen COVID-19-testi todettiin positiiviseksi. Lyhyen kotiseurannan jälkeen oireet vaikeutuivat ja potilas otettiin sairaalaan osastoseurantaan. Keuhkokuivassa alkoi näkyä läiskäisiä pneumonisia infiltraatteja. CRP oli vakaasti noin 30 mg/l, verenkuvassa nähtiin leukopeniaa ja lymfopeniaa.

Mikrobilääkehoidoksi aloitettiin amoksisilliini. Vointi koheni ja potilas kotiutettiin sairaalasta 9 vrk:n kuluttua oireiden alkamisesta ilman lääkityksiä.

Ensimmäisenä yönä kotona mies alkoi oksentaa, hänellä oli kurkkukipua, päänsärkyä ja korkea kuume. Yleistilan heikentymisen vuoksi potilas soitti infektioeläimille, joka ohjasi hänet päivystykseen.

Päivystyksessä potilas todettiin väsähäneeksi. Hänellä oli kuivaa yskää, joka provosoitui syvään hengittäessä. Keuhkoista kuultiin molemminpuolista lievää inspiratorista rohinaa ilman selkeää puoliero. Nielussa todettiin punoitusta ja katteita.

Verkosta poimittua

Verkkolääkärit pohtivat, olisiko kyseessä jokin sekundaarinen infektiotapaus COVID-taudin jälkeen. Mahdollisena pidettiin melkein mitä tahansa uutta infektiota, joskaan toisen virustaudin mahdollisuutta ei pidetty todennäköisenä.

Parikin verkkolääkäriä epäili pleuriittia. Tietoisena COVID-infektioon liittyvästä tukosriskistä myös keuhkoembolian mahdollisuus nostettiin esiin.

Yksi kollega halusi tietää, oliko amoksisilliini tai muu mikrobilääkitys jatkunut vielä kotihoidossakin.

Ensisijaisena jatkotutkimuksena haluttiin peruskeuhkokuva. Myös keuhkojen tietokonetomografiaa ehdotettiin otettavaksi matalalla kynnyksellä. Lisäksi haluttiin tietää valtimoveren verikaasut sekä D-dimeeri.

”Muut tutkimukset sitten statuksen mukaan.”

Jatkohoito

Päivystyspoliklinikalla otetussa keuhkokuivassa tilanne todettiin heikentyneeksi edellisen sairaalajakson alussa otettuun kuvaan verrattuna. Molemmin puolin keuhkojen alalohkoissa todettiin pneumoniaa sopivaa läiskäistä infiltraatiota, joka oli vertailukuvaan nähden laajalaisempi. Pleuraonteloissa ei ollut nes-

MITEN SINÄ HOITAISIT

Miten sinä hoitaisit -palsta esittelee kliinisen tapauksen, jota lukijat voivat kommentoida Fimnetin keskustelutalulla www.fimnet.fi. Poimintoja keskustelusta esitetään tapauksen ratkaisuosassa.

Työryhmä: Nina Kaseva, Mikael Kuitunen, Mika Laitinen, Anneli Lauhio, Jarkko Suomela

teilyä, eikä empyemaan sopivaa todettu. Sydämen koko oli normaali ja keuhkoverekkyuden todettiin olevan kompensaatiossa.

Potilas hengitti huoneilmalla rauhallisesti eikä tarvinnut lisähappea. Verkkolääkärien peräänkuuluttamaa valtimoveren verikaasuanalyysiä, ”Astrupia”, ei päivystyksessä otettu. Työdiagnoosina oli COVID-19-pneumoniitti ja aiemman infektion uusi vaikeutuminen.

Päivystäjä keskusteli hoidosta infektio-päivystäjän kanssa ja potilas siirrettiin infektio-osastolle. Mikrobilääkkeitä aloitettiin kefuroksiimi, kuumetta alentamaan parasetamoli ja tarvittaessa pahoinvointiin metoklopramidi. Happisaturaatiolle tavoitteeksi asetettiin > 93 % ja hengitystajuuudelle < 20/min. Hapillisia ohjeistettiin aloitettavaksi tarvittaessa.

Jo päivystyksessä pyydettiin uusi COVID-19-PCR-testi. Se valmistui osastolle siirtymisen jälkeen ja todettiin edelleen positiiviseksi. Veriviljelyt ja nielu- viljely jäivät negatiiviseksi.

Potilaalla oli osastojakson alussa vielä toisena hoitopäivänä kuumetta 38,5 °C, mutta sen jälkeen oireet alkoivat helpotua. CRP nousi hieman vielä tulovaiheesta tasolle 82 mg/l ja myös ferritiiniarvo oli koholla 847 µg/l (viitearvo 20–195 µg/l). Kuten edelliselläkin hoitajaksoilla, potilaalla todettiin lymfopeniaa 1,02 E9/l (viitearvo 1,3–3,6 E9/l).

Kolmannelta hoitopäivästä eteenpäin vointi alkoi kohentua. CRP kääntyi laskuun olleen (74 mg/l) ja lymfopenia oli vihdoin korjaantumassa (1,27 E9/l).

Potilas kotiutettiin uuden sairaalajakson neljäntenä hoitopäivänä, jolloin alkuperäisten oireiden alkamisesta oli kulunut 14 vrk. Kotiutuessaan hän oli ollut kuumeeton 2 vrk. Hänellä oli edelleen kuivaa yskää ja voipuneisuutta, mutta happeutumisen todettiin moitteettomaksi, hemodynamiikka stabiiliksi ja keuhkojen auskultaatiolöydös oli puhdas. Kotiutuessa CRP oli 47 mg/l, Leuk 8,2 E9/l ja lymfosyytit normalisoituneet 1,38 E9/l. Mikrobilääkehoito lopetettiin eikä sitä jatkettu kotona.

Potilaan kertomaa

Hengenahdistus oli kaikista rankan taudin oireista huolestuttavin. Sitä esiintyi ensimmäisen kerran kotihoitajaksoilla diagnoosin jälkeen neljännen vuorokauden vastaisena yönä. Rinnan päällä tuntui ahdistava paino ja hengitys tuntui työläiselle. Kohtaus meni ohitse levolla ja asennon muutoksella. Vastaava hengenahdistuskohtaus esiintyi kertaalleen ensimmäisen hoitajakson aikana osastolla yöaikaan. Tuolloin otettiin EKG, joka todettiin normaaliksi. Hengenahdistuk-

seen annettiin myös happea ja tunte- mus helpottui.

Ensimmäisen hoitajakson jälkeen oireiden alkaessa uudelleen mieleen tuli jo epätoivoa: Voi ei, kaikki ei ollutkaan vielä ohitse. Mitä kaikkea vielä on luvassa?

Uuden hoitajakson alussa pahoinvointi jatkui vielä seuraavaan iltaan, mutta sen jälkeen oireita ei enää esiintynyt. Molempien hoitajakson aikana menetettiin ruokahalun ja maku- ja hajuaisti heikkeni. Paino laski hoitajaksojen aikana yhteensä noin 4 kg.

Lopulta toisen hoitajakson jälkeen kotiutuessani vointi oli hyvä. Minkäänlaisia oireita ei enää ilmennyt. Myös haju- ja maku- aisti paranivat ennalleen muutaman vuorokauden kuluttua. Yleiskunto koheni nopeasti seuraavan viikon kuluessa, ja urheilua pääsi jälleen harrastamaan kahden ja puolen viikon kuluttua kotiutumisesta.

Tämän jälkeen ei ole esiintynyt minkäänlaisia oireita. Rankan infektion jälkeen oireettomuudesta ja liikkumisesta on voinut iloita enemmän kuin ennen.

Infektiolääkärin kommentti

Nykykäsityksen mukaan COVID-19-taudissa uusi kuumeilu ja taudin pahenemisvaihe on todennäköisimmin seurausta elimistön immunologisesta reagoinnista ja se ilmenee vain osalla potilaista. Kyseessä ei lähes koskaan ole bakteerin aiheuttama liittännäissairaus. Ilmeisesti nimenomaan tähän vaiheeseen liittyy suurentunut mikro- ja makro- tromboottisten komplikaatioiden riski.

Tämä tapaus ilmeni aivan Suomen epidemian alkuvaiheessa. Tuolloin ei ollut käsitystä taudin bifaasisesta luonteesta osalla potilaista. Tromboosiprofylaksiaa ei osattu hyödyntää riittävästi – olivathan useat sairaalahoitoonkin päätyneet potilaat nuoria ja perusterveitä.

FiDD-määrittäjiä ei juuri tehty, eikä potilaille määrätty kotiin antikoagulaatiohoitoa. Useat saivat ”turhan” antibiootti- kuurin, kun toista kuumeilujaksoa epäiltiin herkästi COVID-19-pneumoniitin bakteerikomplikaatioksi.

Lopuksi

COVID-19-epidemia on osoittanut tutkitun tiedon merkityksen tautien diagnostiikassa ja hoidossa. Epidemian rantautuessa Suomeen julkaisuja oli vielä vähän, mutta niitä alkoi kertyä kiihtyvää tahtia. Samoihin aikoihin vasta ”keksittiin” hyytymishäiriöiden yhteys COVID-19-tautiin (1). Nykyisin sen huomioiminen on vakiintunutta käytäntöä.

Tätä kirjoittaessa PubMed-tietokannasta löytyy hakusanalla ”covid-19” huikeat 51 335 julkaisua ja WHO:n ylläpitämästä COVID-19-tietokannasta 65 737 julkaisua (2,3). Julkaistun tiedon määrä on ällistytävä ottaen huomioon, että tauti on ollut tiedossa alle vuoden ajan. Lisäksi kädenojennuksena COVID-19-tutkimukselle useiden tiedelehtien julkaisijat sallivat vapaan pääsyn aihetta käsitteleviin artikkeleihin. Kaikki tämä hyödyttää viime kädessä klinikkoja sekä potilaita. ●

LASSE LÖNNQVIST

LT, sisätautien ja infektiosairauksien erikoislääkäri
HUS Tulehduskeskus

MIKA LAITINEN

LKT, sisätautien erikoislääkäri,
kliininen opettaja
Helsingin yliopisto ja HUS Meilahti,
sisätaudit ja kuntoutus

KIRJALLISUUTTA

- 1 Zhou F ym. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020;395:1054–62. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3
- 2 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=covid-19>
- 3 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>