

RUS IN DIE BED

Rus in die bed is een van die oudste vorms van terapie. Ongelukkig loop ons vandag gevaar om uit die oog te verloor dat dit 'n middel is wat met net soveel kliniese oorleg voorgeskryf behoort te word as middels soos digitalis, morfin en antibiotika. Die gevare van rus in die bed word nie altyd ten volle deur ons besef nie, en veral die publiek is geneig om die geneesheer met 'n mate van kritiese skeptisisme te bejeën omdat hy die pasiënt 'te vroeg laat opstaan'. Dikwels word enige komplikasie, of vermeende komplikasie, ten onregte deur die familie toegeskryf aan die beleid van die geneesheer om sy pasiënt vroeg te laat opstaan. Weliswaar vereis sekere toestande langer rus in die bed as ander, maar die meeste klinici is vandag die mening toegedaan dat dit wenslik is om die pasiënt so vroeg as moontlik 'uit die vere te lig'.

Onder die gevare van rus in die bed is dié van flebotrombose en pulmonale embolisme seker die belangrikste.¹ Pasiënte met hartversaking, pynlike gewrigstoestande en verlamming van die ledemate is waarskynlik die mees kwesbare groep.

Die bomenslike toertjies wat veral gesette pasiënte soms moet uitvoer om hul om te draai in die bed, op 'n bedpan te probeer balanseer, of om flatus of urine te probeer passeer, lei dikwels tot 'n onbewuste uitvoering van die Valsalva-manoeuvre.^{2, 3} Verlengde rus in die bed lei verder tot verminderde ventilasie van die longe en stase van sekresies wat atelektase en hipostatiese pneumonie bevorder.⁴

Die voorkoms van osteoporose, onbruiksatrofie van spiere en verhoogde kalsium-uitskeiding met nierstene by persone wat lank in die bed moet bly, is oorbekend. Die gevaar van bedseere, gastro-intestinale klagtes soos winderigheid, hardlywigheid, rugpyn, en die emosionele trauma wat volg op langdurige immobilisasie, word feitlik as vanselfsprekend aanvaar en opgelet, maar word gewoonlik simptomaties behandel met purgeermiddels vir hardlywigheid, aspirien vir rugpyn, ens.

Ons wil nie hiermee die gebruik van rus in die bed as uit die bouse bestempel nie, maar ons wil die aandag vestig op die opmerking van Dock:² 'Pasiënte moet nooit in die bed gehou word bloot omdat dit gemaklik is om hulle daar te hê, en geen ander terapie op die oomblik die moeite werd is nie'.

Dit is dus interessant om op te merk hoe dat vroeë ambulansie geleidelik deur gekontroleerde studies vir die behandeling van verskillende toestande bepleit word in die hedendaagse literatuur. Levine en Lown⁵ stel in 1952 voor dat rus in die bed nie die beste manier van behandeling vir miokardiale infarkties mag wees nie, en onlangs het Helander⁶ sy pasiënte in drie groepe verdeel: (1) Gevalle in die stoel

behandel met antistoolmiddels, (2) gevalle in die stoel behandel sonder antistoolmiddels, en (3) gevalle met antistoolmiddels behandel en streng toepassing van rus in die bed. Die ernstigste gevalle was in groep (1) en die ligste gevalle (met alleen elektrokardiografiese bewys dat dit *nie* angina pectoris was nie) was in groep (3) vervat. Die sterftesyfer in groepe (1) en (2) was 23% en 20% respektiewelik, en 44% in groep (3). Hoewel hierdie sterftesyfers versigtig geïnterpreteer moet word,⁷ dui hulle tog daarop dat ons nie bloot volgens gewoonte 'n bepaalde tydperk van rus in die bed moet aanbeveel nie.

Skok, ernstige anemie, bloeding, en akute infeksies bly oor die algemeen egter tog nog absolute indikasies vir behandeling in die bed.

Chalmers *et al.*⁸ het, wat infektiewe hepatitis onder troepe in Korea betref, 'n baie vryer houding ingeneem en pasiënte is toegelaat om op te staan as hulle gesond voel, mits hulle 'n uur rus na elke ete. Terugvalle was nie groter met hierdie metode as met die meer konserwatiewe metode nie. Sherlock⁹ voel egter dat dit in hierdie gevalle veiliger is om die pasiënt liewers te lank as te kort in die bed te hou, maar beklemtoon ook dat in ligter aanvalle onder kinders een week rus in die bed met twee weke herstel daarna voldoende mag wees.

Vroeë ambulansie van pasiënte bevorder hul moraal en fiksheid, kateterisasie en purgasie word beperk tot 'n minimum en hospitaalkoste word verminder. Vroeë ambulansie sorg ook vir 'n groter omset van pasiënte in ons reeds oorlaaide hospitaalbeddens en verminder die administratiewe koste verbonde aan langdurige hospitalisasie.

Sommige van die nuwer waarnemings oor korttermyn-behandeling in die bed (vir verskillende toestande) moet egter krities beoordeel word en nie sommer as die beste behandelingsmetode aanvaar word nie. Die nuwe benadering beklemtoon net dat rus in die bed, soos enige ander prosedure in die geneeskunde, sy aanwysings, teenaanwysings, gevare en komplikasies het. Rus in die bed moet *voorgeskrif* word, en die dosis *gewysig* word, na gelang van die kliniese verloop van die pasiënt se toestand.

1. Friedberg, C. K. (1956): *Diseases of the Heart*, 2e druk. Philadelphia en Londen: W. B. Saunders.
2. Dock, W. (1945): *Surg. Clin. N. Amer.*, 25, 437.
3. Irvin, C. W. en Burgess, A. M. (1950): *New Engl. J. Med.*, 243, 486.
4. Hinshaw, H. C. en Garland, L. H. (1956): *Diseases of the Chest*. Philadelphia en Londen: W. B. Saunders.
5. Levine, S. en Lown, B. (1952): *J. Amer. Med. Assoc.*, 148, 1365.
6. Helander, S. (1958): *Acta Med. Scand.*, 162, 351.
7. Annotasie (1959): *Lancet*, 1, 401.
8. Chalmers, T. C., Eckhardt, R. D., Reynolds, W. E. *et al.* (1953): *J. Clin. Invest.*, 32, 559.
9. Sherlock, S. (1955): *Diseases of the Liver and Biliary System*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

SLIDING SCALE OF SUBSCRIPTIONS

Some time ago the Federal Council of the Medical Association of South Africa appointed a special Committee to investigate the desirability and practicability of introducing

a sliding scale of subscriptions for particular members within the Association. Federal Council decided to take this step to ensure that all Groups within the Association should have

an equal share of responsibility regarding their relative financial obligations to the Association. After careful deliberation and consideration of all the factors at their disposal this Committee presented its recommendations to the Council at its recent meeting in Johannesburg. Federal Council then decided:

1. That the rate of subscriptions for interns be fixed at £2 2s. a year.
2. That the rate of subscriptions for practitioners in the first two years of post-intern practice (hospital or private) be fixed at £2 2s. a year.
3. That the rate of subscriptions for retired doctors over the age of 65 be fixed at £2 2s. a year.
4. In cases where both husband and wife are members of the Association, only one of them will pay the full fee of £4 4s. a year; the other one will pay £2 2s. a year.
5. Subscription rates for all other members of the Medical Association will be £4 4s. a year, irrespective of whether they are engaged in general practice or employed in a full-time capacity.

The decision of Federal Council regarding the subscription rates for full-time medical officers calls for closer scrutiny. Under the conditions which obtained in the past, full-time medical officers probably had a legitimate claim to preferential treatment regarding subscription rates for members, since

it was felt that the average income of full-time personnel was less than that of private practitioners.

The recent rise in salaries has, however, changed this position. The rate of remuneration of full-time medical personnel in the various government and municipal services, and on the staffs of universities, compares favourably with the average net income of private practitioners as a group. Moreover, the services rendered by full-time medical officers cannot be regarded as isolated services. The whole structure of medical services must be seen as an indivisible whole. Hospital and other health services can only function effectively against the background of private practice. May we, therefore, make a special plea for closer cooperation within the Association of full-time medical officers and private practitioners. Only by meeting our obligations jointly as a unified body will we succeed in building up a strong and lasting organization.

The hospital practitioner needs the support of the general practitioner and the practising specialist. The private practitioner, on the other hand, can only keep abreast of all recent developments in medicine by keeping in close touch with his colleague in the hospital. It will be a great advantage to us all if Branches and Divisions could devise ways and means of drawing more and more colleagues from all spheres of full-time occupation into full participation in the activities of the Medical Association.