

Varovné příznaky v pneumologii

18.1.2010 Lékařské listy str. 03

MUDr. Václava Bártů, Ph. D.

Medicon

Stejně jako v každém oboru jsou v pneumologii situace a příznaky vyžadující okamžité řešení a léčbu, protože jinak je život pacienta ve vážném ohrožení. Základním předpokladem je tyto symptomy správně interpretovat a vyhodnotit. Obvykle k těmto případům dochází v běžném životě a ošetřující lékař se musí okamžitě rozhodnout, jak jednat, které nezbytné kroky učinit, kam pacienta odeslat. Vždy je třeba jednat rychle, kvalifikovaně a stanovit správný diagnostický postup a následně po jeho vyhodnocení ihned zahájit léčbu.

Mezi varovné a zároveň někdy i život ohrožující příznaky patří dušnost klidová i progredující ponámahová, perzistující a na obvyklou léčbu nereagující kašel, hemoptýza, bolest na hrudi, dlouhodobě zvýšená teplota, váhový úbytek, chraptot.

Dušnost

Tento symptom je jedním z nejčastějších, které přivádějí pacienta k lékaři. Zde má nezastupitelné postavení kvalitní a detailní anamnéza. Je důležité věnovat jejímu zpracování přiměřený čas. Dušnost je charakterizována jako subjektivní pocit dechové nedostatečnosti v různých životních situacích. I u zcela zdravého jedince se dostavuje fyziologická ponámahová dušnost při zátěži a koreluje se podle stupně fyzické zdatnosti. Dalším dělením je rozlišení dušnosti z organické a psychogenní příčiny, která bývá ještě doplněna pocitem „nedodechnutí“, zvláště v klidu. Kromě anamnestického vyhodnocení může již fyzikální, především kardiopulmonální, vyšetření určit správnou etiologii tohoto příznaku. V diferenciální diagnostice je zvažována kardiovaskulární příčina způsobená levostrannou kardiální nedostatečností, infarktem myokardu, akutní plicní embolií, syndromem horní duté žíly, zánětem myokardu, perikardu a dalšími méně častými chorobami. Symptomatologie je u embolií menšího rozsahu nespecifická a může odpovídat současně probíhajícímu chorobnému stavu. Může se projevit tachykardií, mírnou dušností, kašlem, pleurální bolestí. V některých případech nemusí být klinicky ani diagnostikována. Masivní embolie se může projevit šokovým stavem, synkopou, hypotenzí, cyanózou s extrémní hypoxemií až srdeční zástavou. Tento šokový stav je zatížen značnou mortalitou. Dušnost z plicních příčin je nejčastěji způsobena exacerbací asthma bronchiale. V klinickém obrazu dominuje klidová dušnost s neklidem a úzkostí pacienta, který je v ortopnoi. Je patrně prodloužené exspirium, slyšitelné distanční spastické fenomény, vtahování mezižeberních svalů, jugula. Stav je doprovázen tachykardií. Obvykle v této situaci pacient není schopen mluvit a ani realizovat spirometrii. Při protražovaném průběhu se projevuje únava dechových svalů doprovázená apatií, spavostí, vymizením bronchiálních fenoménů. Další a častou příčinou dušnosti je chronická obstrukční plicní nemoc a její exacerbace, akutní zánětlivé bronchiální a plicní onemocnění, progredující fibrotizující intersticiální proces. Aspirace cizího tělesa, pneumotorax, poranění hrudníku, alergická až anafylaktická reakce jsou doprovázeny akutní dušností. Plíživě nastupuje s rozvojem fluidotoraxu, onemocnění mediastina, nádorovém procesu včetně lymfangoitidy. Je třeba vyloučit i neuromuskulární postižení hrudníku, vertebrogenní syndrom, kdy je dušnost vysvětlována blokadou páteře a bolestivým dechovým manévrem. Nelze pominout ani metabolické příčiny a anemii.

Kašel

Kašel je jedním z nejčastějších příznaků onemocnění dýchacího ústrojí jak horních, tak i dolních cest dýchacích. Akutní kašel je obvykle vyvolán akutním respiračním infektem. Chronický kašel nejčastěji doprovází chronická plicní onemocnění, ale může mít i řadu mimoplicních příčin. Jeho přítomnost zhoršuje kvalitu života. Je prakticky nemožné kontrolovat jeho frekvenci a intenzitu. Kašel je definován jako usilovný, expulzivní manévr při uzavřené hlasivkové štěrbině doprovázený charakteristickým zvukem. Základní dělení podle délky trvání je na kašel akutní, který trvá méně než 3 týdny, a chronický, jenž je přítomen déle než 8 týdnů. Další dělení podle příčin rozlišuje kašel při onemocnění dýchacích cest a z jiných příčin. Akutní kašel je nejčastěji přítomen při virovém infektu horních cest dýchacích (HCD) a trvá přibližně 2 týdny. U dětí školního věku se odhaduje 7–10 těchto epizod ročně. Dospělí jedinci onemocní 2–5x za rok. U těchto onemocnění je typický sezonní výskyt. Závažným stavem v dětském věku, kdy je kromě suchého kašle přítomna těžká klidová dušnost s ortopnoi,

schváceností a alterací celkového stavu, je akutní epiglottitida. Zde je nezbytná intenzivní nemocniční léčba. Náhle vzniklý kašel s dalšími příznaky obvykle doprovází pneumonie. Jedná se především o horečku, expektoraci hnisavého sputa, únavu, dušnost, bolesti na hrudi. Akutní kašel je průvodním znakem aspirace cizího tělesa, žaludečního obsahu či jiného iritancia.

Izolovaný kašel je třeba posoudit fyzikálním vyšetřením HCD. Pokud je však doprovázen dalšími symptomy, jsou nutné doplňující diagnostické kroky. Jedná se především o vyšetření otorinolaryngologické (ORL), doplněné o rentgenové vyšetření vedlejších dutin nosních, případně o laryngoskopii. V rámci pneumologického vyšetření je základem skiagram hrudníku v zadopřední a bočné projekci. Bronchoskopie je indikována při podezření na aspiraci cizího tělesa nebo při hemoptýze.

U prostého akutního kašle při virovém infektu HCD není nutná žádná medikace a stačí dostatek tekutin, vitaminů a klid na lůžku. Dráždivý kašel lze potlačit antitusiky ze skupiny antihistaminik. Opiátové přípravky s ohledem na vedlejší nežádoucí účinky nejsou indikovány. U epiglottitidy a bakteriální etiologie zánětlivého onemocnění dolních cest dýchacích je nutná antibiotická terapie. Kašel s chronickým průběhem má podstatný vliv na kvalitu života jedince. Často je doprovázen bolestmi hrudníku, poruchami spánku, depresí, stresovou inkontinencí, zvracením. Ztěžuje společenský život, může snížit i pracovní uplatnění. Důležitým krokem pro další vyšetření pacienta je detailní anamnéza.

Mimoplicní příčiny kašle. V dětském věku se chronický perzistující kašel bez pískotů vyskytuje u méně než 10 % této populace. Je podmíněn kvalitou životního prostředí, socioekonomickými podmínkami dětí, kuřáctvím rodičů. U pacientů nekuřáků, bez patologického obrazu na skiagramu hrudníku, může být chronický kašel vyvolán několika příčinami. U pacientů léčených ACE inhibitory bývá přítomen až u 15 % osob. Jeho výskyt není vázán na velikost dávky a ke kašli může dojít za několik hodin, ale i po roce léčby tímto preparátem. S vysazením terapie kašel obvykle ustoupí, ale u malého procenta osob může přetrvávat ještě několik měsíců. ACE inhibitory zvyšují citlivost reflexu pro kašel, který ale může být i z jiné příčiny. Kašel jako nežádoucí účinek léčby je uváděn při aplikaci antiretrovirové léčby u HIV pozitivních žen a dále jako komplikace terapie interferonem u chronické virové gastroenteritidy. Často je přítomen jako průvodní symptom u onemocnění neurologických či kardiovaskulárních, především srdečního selhání. Ataky kašle doprovází gastroezofageální reflux (GER). Pokud se na toto onemocnění nemyslí a pacient není gastroenterologicky vyšetřen, může kašel bez adekvátní léčby inhibitory protonové pumpy dlouhodobě přetrvávat. Udává se, že 5–41 % případů s příznaky chronického kašle je vyvoláno GER. Kašel se dále vyskytuje jako reakce na prašné či jinak znečištěné pracovní nebo domácí prostředí, kde pacient tráví hodně času. Onemocnění dýchacích cest jako příčina chronického kašle. Rinosinitida a laryngitida jsou obvykle doprovázeny kašlem v dětském i dospělém věku. U dětí se může chronický kašel vyskytovat u cystické fibrózy, při vrozených abnormalitách dýchacího stromu, primární ciliární dyskinezi, nepoznané aspiraci cizího tělesa. Nejčastější příčinou chronického kašle je kuřáctví. Kašel v tomto případě může být s expektorací hlenovitého nebo hlenohnisavého sputa nebo může být suchý, dráždivý, jako výsledek dráždění cigaretovým kouřem.

Chronický kašel doprovází řadu onemocnění dýchacího ústrojí. Je přítomen u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN), obvykle spolu s expektorací hlenu. Jeho zvýšená intenzita, změna množství a zbarvení sputa patří mezi kritéria exacerpace CHOPN. Větší množství vykašlaného hlenu doprovází bronchiektazie, ale může být přítomen i kašel dráždivý, bez expektorace. Mezi chorobami dýchacího ústrojí představují bronchiektazie asi 4 %. Perzistující kašel, zhoršení jeho intenzity či nově vzniklý kašel, někdy doprovázen hemoptýzou, představuje jeden ze základních příznaků bronchogenního karcinomu. Dlouhodobý kašel doprovází tuberkulózu. Ataky dráždivého kašle, které bývají diagnosticky podceněny, jsou přítomny jako úvodní projevy asthma bronchiale jak u dětí, tak i u dospělých. Obdobný příznak se vyskytuje i u jiných plicních chorob, mezi které se řadí intersticiální plicní fibrotizující procesy. Dále je uváděn u stále se vyskytující infekce Bordetellou pertussis a parapertussis, ale i jiných patogenů dýchacích cest, které způsobují pneumonie. Jako idiopatický chronický kašel je označen takový stav, kdy se uvedenými vyšetřeními nepodaří objasnit základní příčinu. Udává se, že až 20 % případů zůstává ve své etiologii neobjasněno. Bývá typický u žen středního věku a počínající menopauze. Jedním z vysvětlení je subklinická zánětlivá infiltrace bronchiálního stromu právě v období počínajícího klimakteria.

Vyšetření. Základem je podrobná anamnéza zaměřená na pracovní expozici, alergickou anamnézu, chronickou medikaci, kuřáctví, chronické či recidivující choroby. Fyzikální vyšetření zaměřené na horní i dolní dýchací cesty může již samo o sobě prokázat patologické nálezy. Dalším stěžejním vyšetřením u pacientů s chronickým kašlem je rentgenový snímek. Je třeba vyšetřit vedlejší dutiny nosní při postižení horních cest dýchacích. Pokud se takto neobjasní příčina kašle, je dále indikováno podrobné ORL vyšetření. Skiagram hrudníku se provádí ve 2 projekcích – zadopřední a boční. Takto se podaří v

jedné třetině případů odhalit příčina tohoto symptomu. Stejně tak je třeba u všech nemocných s chronickým kašlem provést spirometrii a bronchodilatační test s krátkodobě působícím beta-2-mimetikem (Ventolin), který je přínosný především u nepoznaného asthma bronchiale. Normální hodnoty spirometrie diagnózu asthma bronchiale nevylučují. Je nutné doplnit alergologické vyšetření, kožní testy, případně i bronchoprovokační testy.

Bronchoskopie s cílenými odběry na cytologické, histologické, mikrobiologické vyšetření je plně indikována při podezření na bronhogenní karcinom, anomálie dýchacích cest, postintubační stenózy trachey, zánětlivé bronchopulmonální onemocnění. Vyšetření vysoce rozlišovací počítačovou tomografií (HRCT) je přínosné při podezření na výskyt bronchiektazií, nádorového onemocnění nebo intersticiálních plicních procesů. Až u 24 % pacientů s chronickým kašlem a normálním nálezem na skiagramu hrudníku může přinést vysvětlení potíží. Při podezření na gastroezofageální reflux je nutná gastroezofagoskopie doplněná o biopsii či 24hodinová pH-metrie jícnu.

Léčba. Adekvátní léčba chronického kašle vychází z poznání vyvolávající příčiny a správně stanovené diagnózy. Není proto jednotný postup, jak kašel léčit. U mimoplicních příčin kašle, který se projevuje jako nežádoucí účinek medikamentózní léčby – nejčastěji ACE inhibitory –, je nutné tuto terapii vysadit a nahradit ji preparátem z jiné skupiny. U GER je na místě minimálně 8týdenní léčba inhibitorem protonové pumpy v dávce 40 mg denně. Vhodné je i vysadit léky, které tento reflex zhoršují (blokátory kalciového kanálu, teofyliny). U takzvaného idiopatického kašle je léčba málo efektivní a jsou doporučována antitusika. Při plicních příčinách kašle je přístup kauzální. U CHOPN je na místě komplexní bronchodilatační terapie a účinná léčba exacerbací. Pravidelné podávání mukolytik nebo antitusik není doporučováno. Kašel u bronhogenního karcinomu lze tlumit opiátovými i neopiátovými antitusiky. Léčba intersticiálních plicních procesů, kde bývá často suchý kašel dominantním příznakem, vyžaduje imunosupresivní terapii samostatnou nebo v kombinaci doplněnou o vysoké dávky acetylcysteinu. Antitusika pouze zmírňují projev, ale nemají dopad na průběh choroby.

Hemoptýza

Hemoptýza je charakterizována vykašláváním krve z tracheobronchiálního stromu a plic. Jedná se o závažný symptom řady chorob. Důležitý údaj se týká množství krevní ztráty. Jako mírná hemoptýza je označováno vykašlání krve do množství 30 ml denně, středně závažná má ztrátu do 100 ml a pro masivní hemoptýzu je typické jednorázové vykašlání více než 100 ml krve, více než 240 ml za 24 hodin nebo 600 ml během 48 hodin. Neléčená masivní hemoptýza je zatížena více než 50% mortalitou. Důležité je anamnesticky odlišit hemoptýzu od hematemézy a pseudoheoptýzy, což je vykašlávání krve, která nepochází z průdušek nebo plic. Příčin hemoptýzy je řada. Obecně může hemoptýza pocházet z horních dýchacích cest, z tracheobronchiálního stromu, plicního parenchymu, primárně z cévního řečiště při pulmonální arteriovenózní malformaci. Příčinou může být i levostranné srdeční selhání či mitrální stenóza, poruchy srážlivosti či antikoagulační léčba. Až v třetině případů se příčinu nepodaří objasnit a je označována jako idiopatická hemoptýza.

Nejčastější příčinou hemoptýzy je chronická obstrukční plicní nemoc, zánětlivé onemocnění dýchacího ústrojí včetně tuberkulózy a mykotických infekcí. Zvláště imunokompromitovaní pacienti bývají často postiženi infekčním onemocněním dýchacích cest s úvodní hemoptýzou. U bronhogenního karcinomu bývá hemoptýza prvním příznakem. Časná je i u pacientů s cystickou fibrózou a chorob intersticiální plicní tkáně včetně difúzní alveolární hemoragie. Dále je přítomna jako jeden z příznaků u plicní embolie, systolického selhání levé komory srdeční a arteriovenózní malformace. Vzácně může být hemoptýza vázána na menstruaci při intratorakální endometrióze a bývá označována jako katamenální hemoptýza. Závažné masivní hemoptýzy mají obvykle původ v bronchiálních arteriích, méně často pocházejí z patologicky změněné plicní arterie nebo bronchopulmonální cévní anastomózy.

Diagnostika hemoptýzy. Při diagnostickém algoritmu je kromě podrobné anamnézy a fyzikálního vyšetření základem zadopřední a boční snímek hrudníku, který již může vyslovit diagnostické podezření.

Laboratorní vyšetření se stanovením koncentrace D-dimerů, počtem trombocytů a protrombinovým časem mohou pomoci při hledání vyvolávající příčiny. Obdobně bronchoskopické vyšetření, které může přímo zjistit endobronchiální příčinu hemoptýzy, patří mezi základní diagnostické metody. Pokud se jí takto nepodaří objasnit, přichází na řadu výpočetní tomografie s vysokou rozlišovací schopností nebo kontrastní CT angiografie. Provádí se angiografie plicního a bronchiálního cévního řečiště. Bronchiální arterie, které jsou zdrojem masivních život ohrožujících hemoptýz v 70 %, odstupují z descendentní aorty v úrovni mezi 5. a 6. hrudním obratlem. ORL vyšetření vylučuje příčinu z horních cest dýchacích.

Léčba hemoptýzy závisí na mnoha faktorech. Jedná se především o etiologickou příčinu vykašlávání

krve, přidružené komorbidity, vybavenost pracoviště. Masivní život ohrožující hemoptýza vyžaduje hospitalizaci pacienta na jednotce intenzivní péče a monitoraci základních vitálních funkcí. Jsou tři zásadní léčebné možnosti podle intenzity a rozsahu hemoptýzy. Jedná se o konzervativní přístup, embolizaci bronchiální arterie a chirurgickou léčbu. Pro všechny druhy hemoptýzy platí základní nescifická opatření. Nutný je klid na lůžku v polosedě. Dobrý efekt má podání antitusika, mírného sedativa ke zklidnění pacienta, přiložení ledového obkladu na hrudník, při hypoxemii pak oxygenoterapie. Je nezbytné vysadit antiagregační preparáty, případně i nesteroidní antirevmatika. Podle zjištěné příčiny hemoptýzy je pak stanovena kauzální terapie. Při konzervativním přístupu je podávána hemostyptická léčba obvykle parenterálně. V případech zánětlivých afekcí je vhodné ji doplnit ještě o aplikaci antibiotik. U masivní hemoptýzy je nutné zajistit kromě výše uvedeného žilní přístup a orotracheální intubaci s umělou plicní ventilací. Tímto způsobem lze pak odsávat a monitorovat dýchací cesty pomocí fibrobronchoskopie. Součástí komplexního přístupu je úprava vnitřního prostředí, úprava koagulačních parametrů a doplnění ztráty objemu krve. Podávají se krevní transfuze, mražená plazma, krystalické roztoky, případně i destičkové koncentráty při zjištěné trombocytopenii nižší než $20 \times 10^9/l$.

Tímto způsobem lze pak předejít multiorgánovému selhání při tkáňové hypoperfuzi.

Fibrobronchoskopií se může lokalizovat zdroj krvácení a provést ihned i lokální ošetření. Používá se chlazený fyziologický roztok, Remestyp, adrenalin. Lze provést ošetření laserem, elektrokoagulací nebo tamponádu balonkovým katétrem. Pokud je zdrojem významné hemoptýzy porušená bronchiální arterie, je metodou volby její embolizace. Pokud se současně angiograficky prokáže krvácení ze systémových nebronchiálních arterií, provádí se ve stejném sezení i jejich embolizace. Tento výkon, při kterém se užívají různá embolizační agens, je realizován na pracovištích intervenční radiodiagnostiky. Zákroku předchází počítačová tomografie hrudníku k upřesnění lokalizace zákroku. Jedná se o bezpečný výkon, kterým lze dosáhnout plné kontroly hemoptýzy v 85–95 % případů. Nutno však počítat i s recidivou krvácení, která je udávána mezi 30–60 %.

Krajním řešením při neztišitelné jednostranné hemoptýze, kterou nelze vyřešit uvedenými postupy včetně embolizace bronchiální arterie, je resekční léčba postižené plicní oblasti. Rozsah zákroku se pohybuje od klínovité resekce a segmentektomie až po pneumonektomii. Předpokladem tohoto zákroku je dobrá životní prognóza pacienta bez přítomnosti jiných závažných chorob v terminální fázi.

Bolest na hrudi

Bolest je zcela subjektivní příznak, jehož správné vyhodnocení není vždy snadné a jednoduché. Může mít různý charakter a také různé příčiny plicní a mimoplicní. Tupá, dlouhodobá bolest se dostavuje při nádorovém onemocnění plic a prorůstání nádoru do hrudní stěny, mediastina, do nervových svazků.

Pleurální bolest, která se vyznačuje závislostí bolesti na dechových pohybech a kašlí a omezuje pacienta v denní činnosti, je typickým symptomem podráždění pleury při zánětu, plicní embolii, nádoru. Naopak

jakmile dojde k tvorbě výpotku, bolest se obvykle zmírňuje a je doplněna dušností. V diferenciální diagnostice plicní etiologie bolesti je nutné vyloučit především stenokardie, bolesti muskuloskeletálního původu, neurogení bolest při interkostálních neuralgiích. Pokud se vyloučí organické příčiny, může se jednat i o tzv. neuropatickou bolest vyvolanou řadou psychických stavů, depresí, stresem, strachem.

Váhový úbytek

Hubnutí spojené často s nechutenstvím má řadu příčin. Doprovází chronická, obvykle zánětlivá onemocnění. Bývá typickým příznakem tuberkulózního onemocnění. Ve vztahu k plicním chorobám je tento příznak řazen do tzv. paraneoplastických projevů při nádorovém onemocnění. Váhový úbytek o více než 10 % během měsíce je prognosticky nepříznivým symptomem.

Chrapot

Jedná se o závažný příznak vyvolaný poškozením nervus laryngeus recurrens, který vede k paréze hlasivky. V pneumologii k němu dochází při nádorovém onemocnění s prorůstáním nádoru přímo do nervu nebo případně útlakem metastaticky zvětšených mediastinálních uzlin. Vyšetření je snadné. I zde se uplatňuje mezioborová spolupráce. Rentgenologické vyšetření hrudníku, případně k detailnějšímu zobrazení patologického nálezu, doplněné o počítačovou tomografii je úvodním krokem. Nezbytné je otorinolaryngoskopické vyšetření s laryngoskopií. Parézu hlasivky lze prokázat též i bronchoskopickým vyšetřením.

Závěr

Uvedeným příznakům je třeba věnovat vždy značnou pozornost a nesmí se podceňovat. Především jejich správné vyhodnocení v kontextu diferenciální diagnostiky je zárukou i správné diagnózy. Doplnění anamnestických dat, fyzikálního vyšetření a následně indikovaných vyšetřovacích metod garantuje optimální terapeutický přístup. Všechny tyto kroky však nelze realizovat bez multidisciplinární spolupráce.

O autorovi| **MUDr. Václava Bártů, Ph. D.** plicní oddělení, **Medicon**, a. s., Praha