

Kašel, jeho diferenciální diagnostika a léčba

MUDr. Ján Dindoš

Plicní a praktický lékař, Neratovice

Kašel je normální obranný reflex, charakteristický svým prudkým a usilovným výdechem, jehož cílem je očistit dýchací cesty od cizích těles a cizorodých látek. Symptomem se stává, pokud přetrvává, pak se jeho obranný význam mění v komplikaci, která nutí pacienta vyhledat svého praktického lékaře. Považuje se za jeden z nejčastějších symptomů, pro který pacient vyhledá lékaře. Často je ale podceňovaným příznakem závažného onemocnění a v jeho diagnostice a léčbě je často nutná mezioborová spolupráce.

Klíčová slova: kašel, diferenciální diagnostika a léčba.

Cough, diagnostic and therapy

Cough is normal reflex of defense, characterised with his fulminating and forced expirium. His goal is tendency for clean up from foreign bodies and foreign substances. As symptom exist from this time, when persists and this complication is reason for patient to attend his practitioner. Is the one of the most frequent symptoms, for which patient go to the doctor. Often is underestimated sign of very serious disease and then in its diagnostic and therapy needs interdisciplinary cooperation.

Key words: cough, differential diagnostic and therapy.

Med. praxi 2012; 9(10): 403–404

Motto: „Kašel a lásku neutajíš.“

ÚVOD

Kašel je jeden z nejčastějších příznaků onemocnění dýchacích cest. Může být symptomem i jiných chorob. Kašel vždy zhoršuje kvalitu života a jeho vnímání a hodnocení je subjektivně ovlivněno. Detailní anamnéza zaměřena na charakter, intenzitu a délku kašle je důležitým krokem objasnění příčin kašle a ke zvolení nevhodnější léčby.

Tabulka 1. Délka trvání kašle

Akutní kašel – jeho trvání nepřesahuje dobu 3 týdnů
Subakutní kašel – doba trvání je od 3 týdnů do 6 až 8 týdnů
Chronický kašel – doba trvání je delší než 8 týdnů

DIAGNOSTICKÝ PŘÍSTUP K PACIENTŮM S KAŠLEM NEJASNÉHO PŮVODU

Anamnéza je stále základem úspěchu v diagnostice kašle a neměla by opomenout:

Okolnosti vzniku kašle a dobu jeho trvání: kašel je neproduktivní (suchý) nebo produktivní včetně charakteru sputa.

Přichází v záchvatech, v noci, nebo i přes den, nebo je permanentní.

Kuřáctví, jeho délka a počet vykouřených cigaret za den, jaký typ cigarety či tabáku nemocný kouří.

Kašel má sezónní charakter, nebo vztah k práci, ke koníčkům nemocného, zhoršení v zaměstnání nebo v domácím prostředí, vazba na jídlo, námahu. Nutná znalost chronické medikace nemocného, pozor na léčbu ACE inhibitory, amiodaronem, interferonem a antiretrovirovou léčbu u HIV pozitivních žen.

Prodělané choroby, hlavně respirační infekce, v dětství i dospělosti, cílený dotaz na překonaný zápal plic, nebo výskyt atopického ekzému. Kladné odpovědi na poslední dotazy nasměrují pátrání po možném počínajícím bronchiálním astmatu, které často probíhá pod obrazem suchého záchvatovitého kašle, přítomného i v noci.

Kontakt se zvířaty – také budí podezření na bronchiální astma.

Fyzikální vyšetření – má být komplexní a pokud možno opakované

Inspekce hlavy (cyanóza, prohlídka nosu a ústní dutiny), krku (pulzace karotid), hrudníku: výplň nadklíčkových jamek, jako známka emfyzému, nutná je i vizuální prohlídka sputa.

Palpační vyšetření všech dostupných lymfatických uzlin i štítné žlázy.

Auskultační fyzikální vyšetření hrudníku prozradí přítomnost pískotů a vrzotů. Jejich převaha v inspiriu svědčí pro proces v oblasti laryngu nebo trachey, jejich převaha v expiriu ukazuje na postihnutí průdušek pod bifurkací trachey.

Vhodné je, aby si pacient během auskultace hrudníku odkašlal, čím se ukáže, zda jde o hlen stagnující, nebo má tendenci k vykašlání.

Úvodní laboratorní a zobrazovací vyšetření je nutné indikovat s přihlédnutím, zda-li se jedná o kašel akutní či chronický. Základním vyšetřením je skiagram hrudníku ve dvou projekcích a dle výsledku jsou voleny další diagnostické metody.

Rutiní krevní testy – kompletní krevní obraz s diferenciálním rozpočtem leukocytů, zánětlivé parametry (FW, CRP).

Kultivační vyšetření (krev, sputum, pleurální punktát, je-li k tomu klinická indikace).

Serologické testy s ohledem na anamnézu a klinický nález (mycoplasma, chlamydie).

Tuberkulinový test, mikroskopické a kultivační vyšetření sputa na přítomnost mykobakterií, popřípadě PCR sputa.

Spirometrie, bronchodilatační test, bronchokonstrikční test a vyšetření FeNO-koncentrace oxidu dusnatého ve vydechovaném vzduchu u podezření na bronchiální astma.

Tabulka 2. Nejčastější příčiny kašle

Plicní	Mimoplicní
Časté příčiny:	
infekty HCD-rhinosinusitis, laryngitistgastroezofageální reflux (GER)	
asthma bronchiale	ACE inhibitory
CHOPN	kardiovaskulární choroby, plicní embolie
zánětlivá onemocnění plic	srdeční selhání
bronchogenní karcinom	
Méně časté příčiny:	
tuberkulóza, mykobakteriózy	aspirace cizího tělesa
intersticiální plicní procesy	pasivní kouření
anatomické abnormality dýchacích cest	životní prostředí
akutní epiglottitis	psychogenně podmíněný kašel
cystická fibróza	habituální kašel
bronchiektázie	antiretrovirová léčba
tracheozofageální přístěl	neurologická onemocnění léky – nežádoucí účinek: Amiodaron Rozšířené diagnostické metody

Tato vyšetření by měla být indikována uvážlivě. Řada z nich je pro pacienta zatěžující, některá jsou i finančně velmi nákladná:

CT vyšetření hrudníku – při podezření na bronchogenní karcinom, nebo bronchiektázie, byly u emfyzemu plic

HRTC vyšetření při podezření na intersticiální plicní procesy

Bronchoskopické vyšetření s event. odběrem na cytologické vyšetření u podezření na karcinom plic, nebo u intersticiálních plicních procesů s bronchoalveolární laváží

Vyšetření D-dimerů a plicní scintigrafie, popřípadě angioCT u podezření na plicní embolii

Vyšetření ECP-eozinofilní kationtový protein, IgE, celkový počet eozinofilů u br. astmatu

Vyšetření reziduálního objemu (RV), funkční reziduální kapacity (FRC) a celkové plicní kapacity (TLC) pomocí bodypletysmografie u CHOPN, dále difuzní kapacita plic (DL CO) u CHOPN a plicních intersticiálních procesech

Gastroezofageální vyšetření u GER s event. 24hodinovou pH-metrií

TERAPIE

U akutního kašle při virovém infektu HCD není nutná medikace. Pokud je dráždivý kašel pro pacienta zatěžující, podáme antitusika, popřípadě i antihistaminika. U epiglottitidy a předpokládané bakteriální etiologii zánětu dolních dýchacích cest je nutné podat antibiotika, pokud možno podpořena cíleným mikrobiologickým vyšetřením. Správná léčba chronického kašle vychází z poznání jeho etiologie. U CHOPN je na místě komplexní bronchodilatační léčba, která má také snížit počet exacerbací. Pokud dojde k exacerbaci, je nutno podat antibiotika, zintenzivnit bronchodilatační léčbu a mukolytickou léčbu, popřípadě i podání systémových kortikoidů. Kašel u bronchogenního karcinomu je nutné tlumit jak opiátovými, tak i neopiátovými antitusiky. Neopiátová antitusika můžeme podat na začátku léčby TBC plic, základem je však léčba antituberkotiky, která za krátký čas pacienta s tímto onemocněním kašle zbaví sama. U intersticiálních plicních procesů kromě imunosupresivní léčby se doporučují vysoké dávky acetylcysteinu 3x600 mg. U mimoplicních příčin kašle, který se projevuje nejčastěji po ACE-inhibitech, je nutné je vysadit a nahradit sartany. U GER je nutné podat na minimálně 8 týdnů inhibitory protonové pumpy v dávce 20–40 mg, nebo zvážit fundoplikaci jícnu, pokud toto řešení doporučí gastroenterolog. Často však bývá více příčin chronického kašle. GER může zhoršit bronchiální astma, nebo se u CHOPN po letech může objevit i bronchogenní karcinom.

ZÁVĚR

Kašel je důležitý fyziologický obranný reflex chránící dýchací cesty. Každá odchylka od tohoto stavu signalizuje patologický nález, kterého příčinu se musí snažit praktický lékař najít a někdy se to neobejde bez spolupráce se specialisty. Proto je často nutná mezioborová spolupráce ve snaze pacienta tohoto symptomu zbavit. Mezi nejčastější příčiny kašle patří rhinosinusitida, virové infekty HCD, GER, asthma bronchiale a CHOPN. Vzhledem k širokému spektru příčin kašle není mnohokrát snadné jeho příčinu zjistit. Pak jedině tehdy, jako ultimum refugium, je možné léčit ho jenom symptomaticky, jako terapeutický test. Podceňování chronického kašle jak pacientem, tak lékařem může vést k tomu, že i ta nejlepší léčebná metoda může být už bez efektu, anebo je málo účinná a chronický kašel pak přetrvává roky.

Článek přijat redakcí: 31. 8. 2012

Článek přijat k publikaci: 20. 9. 2012

Literatura

1. Bartů V. Diferenciální diagnostika kašle, Diferenciální diagnostika 1. vydání 2012: 1–12.
2. Dindoš J. Kašel, jeho diagnostika a léčba, Interní Med. 2006; 2: 62–66.
3. Kolek V, Kašák V, Vašáková M, et al. Pneumologie: Maxdorf 2011: 552.

MUDr. Ján Dindoš

Plicní a praktický lékař, Neratovice
Kojetická 1 021, 277 11 Neratovice
mudr.dindos@tiscali.cz