

Pacient s chronickým kašlem v lékárně

MUDr. Tomáš Kočí

Kašel je jedním z nejčastějších důvodů návštěvy pacienta u lékaře. V souvislosti se zavedením regulačních poplatků lze předpokládat, že bude i jednou z nejčastějších příčin návštěvy pacienta v lékárně. Úspěšná léčba chronického kašle vyžaduje nalezení jeho příčiny a dle možnosti kauzální léčbu. Symptomatická léčba chronického kašle by měla být řídkou výjimkou. Nejčastějšími příčinami chronického kašle jsou chronická rhinosinuitida, bronchiální astma, gastroezofageální reflux, kašel přetrvávající po respirační infekci a chronická bronchitida s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN). Mezi základní vyšetření pacienta s déletrvávajícím kašlem patří především řádná anamnéza, fyzikální vyšetření, rtg plic a měření plicních funkcí (spirometrie). Úspěch příčinné léčby považujeme za potvrzení diagnózy. Lékárník může být důležitým článkem procesu úspěšného zvládnutí problému.

Klíčová slova: chronický kašel, vyšetřovací postup, diagnóza, léčba.

Úvod

Kašel je jedním z nejčastějších symptomů, se kterými se pacienti obracejí na praktické lékaře, u pediatrů je uváděn jako vůbec nejčastější důvod návštěvy ordinace (3, 20). Vzhledem k zavedení regulačních poplatků u lékaře lze předpokládat, že narůstající část kašlajících pacientů bude vyhledávat pomoc přímo v lékárnách bez předchozí konzultace lékaře. Z tohoto důvodu nabývá správná informovanost lékárníků a lékárnických laborantů o problému chronického kašle na ještě větším významu.

Definice

Kašel je **obranný reflexní mechanismus**, sloužící k očišťování dýchacích cest od sekretu, cizího materiálu nebo škodlivin z okolního prostředí. Začíná stimulací senzorických receptorů především v tracheobronchiálním stromu dýchacích cest, ale občasně i ve vnějším zvukovodu, na pleuře nebo na perikardu, což v těchto případech způsobuje obzvláštní diagnostické obtíže (16).

Kašel dle délky trvání můžeme rozlišit na **kašel akutní a kašel chronicky probíhající**.

Akutní kašel v délce trvání do 3 týdnů se objevuje nejčastěji při virových nebo bakteriálních infekcích horních cest dýchacích a může vzniknout také po nadýchání škodlivin. Za chronický kašel je považován kašel trvající

u dětí více než 3–4 týdny, u dospělých pacientů nejčastěji déle než 8 týdnů (4, 6, 10, 11).

Je třeba důkladně ověřit nepřetržitost kašle obzvláště u dětí vzhledem k tomu, že i zdravé děti mívají za rok v průměru 5 až 8 virových infekcí v trvání 7–9 dnů. Jejich kašel pak mohou rodiče líčit jako nepřetržitý (21). Většinou je k definici chronického kašle vyžadován negativní výsledek vyšetření rtg plic. (Při nálezů na rtg plic se další vyšetřovací a léčebný postup ubírá jiným směrem).

Výskyt chronického kašle

Mezi dospělými nekuřáky je prevalence chronického kašle mezi 14–23 %, někdy je uváděno i širší rozmezí výskytu. Kuřáci kašlou ještě mnohem častěji vzhledem k řadě chorob, vázaných na kuřácký návyk (chronická bronchitida, chronická obstrukční plicní nemoc, karcinom plic). U dětí je výskyt kašle podobný, vyšší v rodinách kuřáků, kde se uvádí až 50 % výskyt chronického kašlání u dětí v případě, když oba rodiče kouří (3). Mezi pacienty převažují ženy v poměru 2 : 1, příčina je neznámá (6).

Strategie vyšetření

Abychom problém zvládli co nejrychleji, a přitom co nejméně zatížili pacienta různými vyšetřeními, je doporučována **kombinace**

následujícího algoritmu vyšetřovacích postupů a použití léčebného pokusu. Principem je **postupné vylučování nejčastějších příčin kašle podle** posouzení **pravděpodobnosti jejich výskytu** – po provedení důkladné anamnézy a základního vyšetření (objektivní vyšetření + rtg plic + spirometrie). V případě, že v průběhu vyšetřování získáme významné podezření na určitou příčinu, doporučujeme zahájit příslušnou léčbu. Úspěch této léčby (léčebného pokusu) je považován za potvrzení příslušné diagnózy. **V případě, že se úspěch při léčbě předpokládané příčiny nedostaví (nebo na žádnou z příčin není klinické podezření), je pokračováno v systematickém vyšetřovacím protokolu** (14).

Tato strategie je obdobná pro vyšetřování dětí i dospělých.

V dětském věku se postup liší důrazem na některé diagnózy. U kojenců nacházíme nejčastěji GER (gastroezofageální reflux), případně vrozené anomálie a cystickou fibrózu, u batolat vdechnutá cizí tělesa a zbytnělou adenoidní vegetaci („nosní mandli“).

Vyšetřovací postup

Důkladná anamnéza může vést přímo k diagnóze nebo k zahájení empirického léčebného pokusu bez nutnosti dalších vyšetření (13).

(Příkladem je například zjištění užívání ACE inhibitorů pro léčbu hypertenze, kuřácká anamnéza včetně pasivního kouření u dětí, údaj o respirační infekci v době počátku obtíží s kašlem, kašel výrazně produktivní – kdy bývají prokázány bronchiektázie, atd).

Důraz je kladen na dotazy po příznacích onemocnění horních dýchacích cest, bronchiálního astmatu a gastroezofageálního refluxu.

Objektivní vyšetření může prokázat patologii při poslechu plic – ale u pacientů se suchým kašlem (i astmatického původu) je obvykle normální. Zaměřujeme se také na celkový stav a u dětských pacientů na růst a vývoj.

Rtg vyšetření plic případně včetně boční projekce k vyloučení jiného závažného plicního onemocnění.

Vyšetření plicních funkcí (nejčastěji pomocí spirometrického vyšetření křivky průtokobjem) provádíme **k objasnění, zda je příčinou chronického kašle bronchiální astma nebo CHOPN**.



Je-li prokázána obstrukce dýchacích cest, následně je indikován **bronchodilatační test**. Jeho pozitivita je velmi silným důkazem pro astma, negativita svědčí spíše pro CHOPN. Je-li klidová spirometrie normální, doporučuje se provést **test bronchoprovokační** (volným šestiminutovým během nebo inhalací metacholinu). Význam nespecifických bronchoprovokačních testů (metacholin, histamin) je hlavně k vyloučení astma bronchiale, pokud jsou tyto testy negativní. Jejich pozitivita není stoprocentním potvrzením této diagnózy.

Vyšetření pneumologem spojuje zhodnocení rtg hrudníku a spirometrie s úvahou o možnosti indikovat podrobnější vyšetření. Při podezření na restriktivní ventilační poruchu je třeba uvažovat o intersticiálním plicním procesu a rozšířit funkční plicní vyšetření včetně zhodnocení plicní difuze.

Podrobné ORL vyšetření (nejlépe endoskopické nebo s použitím výpočetní tomografie) včetně **vyšetření paranasálních dutin** doporučujeme při podezření na chronickou rýmu se zatékáním do nosohltanu. U dětí je nutno zdůraznit pátrání po **zvětšené adenoidní vegetaci**. Zatékání do nosohltanu je nejčastěji přehlédnutá příčina chronického kašle (5).

Alergologické vyšetření provádíme k vyloučení alergie jako příčiny chronické rýmy nebo chronického pokašlávání. Zvláště u dětí je alergie velmi častou příčinou bronchiálního astmatu. V žádném případě však nelze říci, že každý astmatik nebo každý pacient s chronickým kašlem nebo chronickou rýmou je alergik!

Jsou-li všechna tato vyšetření negativní, pak jako další nejčastější příčina kašle bývá zjištěn **gastroezofageální reflux**. Zlatým standardem k průkazu této patologie je **jícnová 24hodinová pH metrie**. Ale vzhledem k tomu, že toto vyšetření je relativně obtížné dostupné, a také není příliš příjemné, je většinou doporučeno zahájit **u dospělých a větších dětí léčebný pokus vyšší dávkou inhibitoru protonové pumpy** – (omeprazol 2×20 mg na 3–4 měsíce, případně v kombinaci s prokinetiky). U kojenců je doporučena úprava konzistence stravy a režimová opatření, případně léčba prokinetiky. Je-li léčba úspěšná, pH metrie není indikována.

Pokud tato vyšetření nevedla k nalezení příčiny kašle, doporučujeme **další speciální vyšetření**. Přínos provádění **bronchoskopie**

je především u vybraných pacientů, u kterých je anamnestické podezření na vdechnuté cizí těleso, nestabilní průdušnici nebo na vrozené anomálie. Bronchoskopie je nezbytná v případě jakéhokoliv podezření na bronchogenní karcinom nebo intersticiální plicní proces, kdy je třeba odebrat vzorek tkáně k vyšetření (biopsie nebo bronchoalveolární laváž). Dále je prováděna u pacientů, u kterých předchozí vyšetřovací postup nevedl k nalezení příčiny kašle.

Při specifickém podezření je vhodné vyšetření **chloridů v potu** k vyloučení cystické fibrózy, základních sérových **imunoglobulinů** k vyloučení závažné imunodeficiency, **serologie infekcí** (pertusse, chlamydie, cytomegalovirus, HIV), Mantoux (TBC), CT s vysokým rozlišením (plicní fibróza, bronchiektázie), funkční testy cílů (primární ciliární dyskineza), kardiologické vyšetření, vyšetření alfa-1 antitrypsinu a další.

Nejčastější příčiny chronického kašle a jejich léčba

Základním požadavkem na úspěšnou léčbu je zjištění příčiny (nebo všech příčin) kašle a její (jejich) kauzální léčba. V případě chronicky probíhajícího kašle se nemůžeme spokojit s jeho symptomatickým potlačováním, neboť kromě nedostatečného účinku této léčby by přitom mohlo dojít k prodloužení při hledání jeho skutečné příčiny s následkem dalších komplikací.

Symptomatická léčba by měla být u chronického kašle výjimkou, úspěšnost hledání příčiny a léčby chronického kašle je vysoká (6). Dosud pravděpodobně není k dispozici dostatečně efektivní antitusikum s přijatelným terapeutickým rozmezím (6). U produktivního kašle je využívána inhalační léčba a fyzioterapie, důležitá je dostatečná hydratace. Účinnost celé řady léků, užívaných k usnadnění odkašlávání, je sporná nebo dosud nedostatečně potvrzena. Roli hraje i individuální snášenlivost a preference konkrétních přípravků jednotlivými pacienty.

Pokud vyloučíme kuřáky, pacienty užívající ACE inhibitory a pacienty s abnormálním rtg plic, bývají příčinou kašle v 99 % následující tři diagnózy: **chronická rhinosinuitida se zatékáním do nosohltanu, bronchiální astma a gastroezofageální reflux** (6, 10).

Někdy (u 8–20 % pacientů) je zjištěna více než jedna příčina kašle (10).

Stav po respirační virové infekci, tzv. „postinfekční kašel“ je další velmi častá a obtížně zařaditelná příčina dlouhodobého kašle.

V souborech pacientů s chronickým kašlem je tato příčina uváděna v 11–25 % (5), nejčastěji po RSV a viru parainfluenzy. Není-li u pacienta patrné žádné nebezpečí z prodloužení, většinou je doporučeno pacienta nebo rodiče uklidnit a vyčkat 6–8 týdnů při symptomatické léčbě. U dětských pacientů doporučujeme omezit návštěvu dětského kolektivu nebo jinak snížit riziko reinfekce. Z podobných důvodů je vhodná klimatická léčba, otužování, pestrá vyvážená strava. Efekt může mít inhalačně podávaný ipratropium bromid (8). Zvláštním typem je pertusoidní kašel (i u očkováných dětí), v záchvatech, dusivý, s lapáním po dechu, se zvracením. Bez ohledu na léčbu může kašel trvat řadu měsíců (1).

Užívání ACE inhibitorů

Asi u 10–15 % pacientů užívajících tyto léky se objevuje kašel – většinou brzy po zahájení léčby, někdy s určitou latencí. Lék je třeba úplně vysadit, snížení dávky nebo změna přípravku ve skupině stav nezlepší. I poté někdy trvá řadu týdnů, než kašel vymizí. Úspěšně byl v této indikaci podáván kromoglykát (5, 9, 18).

Antagonisté angiotensinu II podobné nežádoucí účinky na kašel nemají (3).

Chronická rhinosinuitis („zadní rýma“)

Na chronickou rhinosinuitidu myslíme, pokud má pacient ucpaný nos, přetrvávající výtok z nosu, bolesti v obličejí a pocity zatékání do nosohltanu – někdy s trvalým popotahováním nebo snahou o odkašlání. Při vyšetření bývá patrný zánět sliznice nosohltanu a zduřelá nosní sliznice. Typické je chrápání, u dětí huhňavý hlas a poruchy sluchu (často spojené s hypertrofií adenoidní vegetace).

Léčebně se podávají intranazálně steroidy v protražovaném dávkování, antihistaminika (nesedativní, ale i sedativní 1. generace, u nichž je často popisován výraznější účinek) někdy v kombinaci se sympatomimetiky. Při známkách infekce (sinusitida) indikujeme antibiotickou léčbu většinou v trvání 2–3 týdnů. Někdy k doléčení trvajícího zánětu v nose pomáhají výplachy nosu solným roztokem. V případě zjištění alergie doporučujeme protialergický režim a u některých pacientů alergické vakcíny. Chirurgický výkon indikuje

ORL specialista (adenotomie, polypektomie, úprava anatomických poměrů v nose).

Asthma bronchiale

Pro **bronchiální astma** svědčí, když je kašel provokován námahou, smíchem, chladným vzduchem, a pokud má kašel noční zhoršování s probouzením pacienta. Typické astmatické známky jako pískoty na plicích nebo tíha na hrudi většinou chybí. Velmi důležité jsou v tomto případě údaje o ekzému nebo alergickém typu rýmy u pacienta, a také pozitivní alergická a astmatická rodinná anamnéza.

Doporučená léčba je stejná jako standardní doporučení pro léčbu astmatu, tedy ve většině případů inhalační kortikosteroidy, někdy i antileukotrieny. Spíše jsou v této indikaci preferovány vyšší dávky léků a kombinovaná léčba. Někdy je vzhledem k přetrvávání obtíží doporučován 7–14denní léčebný test celkově podávanými kortikosteroidy v dávce 40 mg Prednisonu denně (5, 6).

Gastroezofageální reflux

Gastroezofageální reflux je uváděn jako příčina chronického kašle v minimálně 15 % případů. V dospělém věku jsou typickými symptomy pálení žáhy nebo dyspepsie – ale pacienti mají často i chrapot, opakovanou afonii a bolesti v krku, mívají zhoršení obtíží s kašlem po ulehnutí a po jídle. Podobně jako u astmatiků se kašel zhoršuje námahou nebo smíchem, ale na rozdíl od nich nejsou pacienti s gastroesophageálním refluxem většinou kašlem vzbouzeni. Pacienti bývají obézní, nebo náhle přibrali na váze. Často (až 75 %) je reflux klinicky němý (Irwin 1993). Proto často doporučujeme léčbu/léčebný test s omeprazolem, u dospělých v dávce 2 × 20 mg v trvání alespoň 2–3 měsíce. Léčbou druhé volby je přidání prokinetik. U kojenců doporučujeme úpravu konzistence stravy (zahuštění – například speciálními AR mléčnými formulemi) a režimová opatření, případně léčba prokinetiky. Spolu s tím má význam i léčba režimová – zvý-

šení lůžka u hlavy pacienta o 10–20 cm, dieta s omezením tučných a dráždivých jídel, vyloučení jídla a pití 2 hodiny před ulehnutím, snížení tělesné hmotnosti. V úzce indikovaných případech léčba chirurgická (fundoplikace).

Chronická bronchitida/CHOPN

Jde o jedno z nejčastějších onemocnění dospělé populace, řada nemocných kašel bagatelizuje a k lékaři přichází až ve stavu rozvinutého onemocnění. Nejdůležitějším léčebným opatřením především v počátečním stadiu je však pouze zanechání kouření.

Kašel u chronické bronchitidy přetrvává převážně v zimních měsících. U kuřáků po ukončení kouření kašel často vymizí (8).

Na druhou stranu zaměnění chronické bronchitidy za jinou příčinu kašle je pravděpodobně stále častým omylem.

Kašel je v denní praxi často chybně považován za chronickou bronchitidu, 45 % pacientů je léčeno antibiotiky nebo sekretolytiky bez úspěchu po měsíce a 42 % pacientů hledá prvně více než po jednom roce trvání obtíží specialistu (12).

Bronchiektázie

Jsou uváděny jako příčina chronického kašle asi u 4 % pacientů (důvodem může být chronická infekce, imunodeficience, cystická fibróza, opakované aspirace, cizí těleso, primární ciliární dyskineze, deficit alfa-1 antitrypsinu a další). Léčba se řídí zjištěnou základní příčinou.

Hypotonická dyskineze průdušnice

Nestabilní trachea

Tracheobronchiální kolaps

Těmito názvy jsou označovány stavy kašle s občasnou těžkou záchvatovitou dušností nebo se stridorem. Příčina není známá, uvažuje se o zánětlivém poškození tracheo-bronchiální stěny při chronické bronchitidě.

Diagnostika je endoskopická (hypotonie, nestabilita a zužování průdušnice). Určité podezření můžeme mít z tvaru křivky průtok-objem při spirometrickém vyšetření. Farmakologická léčba neexistuje (5).

Psychogenní kašel

Někdy má podobu neurotického tiků, je to většinou neproduktivní pokašlávání nebo „čištění hrdla“, nebo může jít o štekavý, houkavý, bizarní kašel. Typické je zhoršováním projevů při stresu a naopak zlepšování při zaujetí pacienta. Ve spánku kašel mizí.

Léčba je symptomatická, přechodně lze podat antitusika, vhodná je spolupráce s psychologem.

Idiopatický kašel

Diagnostikujeme jej par exclusionem.

Závěr

Kašel je velmi obtěžující symptom, ale současně důležitý obranný reflex. Cílem léčby proto nemůže být potlačení tohoto reflexu, nýbrž pokud možno odstranění příčiny kašle.

Kašel jako příznak chronické rhinosinuitidy, bronchiálního astmatu, gastroezofageálního refluxu nebo jiného onemocnění je často dlouhodobě chybně léčen symptomaticky, což může mít za následek komplikace neodhalené a neléčené základní choroby. Informovanost lékaře jako rádce pacienta, trpícího déle trvajícím kašlem, je z tohoto důvodu zásadním požadavkem. Každý dlouhodobě kašlající pacient by měl být upozorněn že příčinou kašle může být závažné onemocnění, a mělo by mu být doporučeno vyhledat lékařské vyšetření. Kašlajícímu kuřákovi by mělo být důrazně doporučeno zanechat kouření.

MUDr. Tomáš Kočí

AstmaCentrum

Purkyňova 1849, 470 06 Česká Lípa

e-mail: t.koci@kkp.cz

Literatura

1. Chang AB. Airway hyperresponsiveness and cough-receptor sensitivity in children with recurrent cough. *Am J Resp Crit Care Med.* 1997; 155: 1935–1939.
2. Chang AB. Anticholinergics for prolonged non-specific cough in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4.
3. Charlton A. Childrens cough related to parentel smoking. *Br Med J* 1984; 288: 1647–1649.
4. Chow PY. Chronic cough in children. *Singapore Med J.* 2004; 45: 462–468.
5. Chung KF. Diagnosis and management of chronic persistent dry cough. *Postgrad Med J* 1996; 72: 594–598.
6. De Jongste JC. Cough 2: Chronic cough in children. *Torax* 2003; 58: 998–1003.
7. Holinger LD. Chronic cough in infants and children: an update. *Laryngoscope* 1991; 101: 596–605.
8. Holmes RL. Evaluation of the patient with chronic cough. *American Family Physician* 2004; 69: 2159–2166.
9. Ing AJ. The patient with chronic cough. *Med J of Australia* 1997; 166: 491–496.
10. Irwin RS. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom. *Chest* 1998; 114: S133–S181.
11. Kamei RK. Chronic cough in children. *Pediatr. Clin. North Am.* 1991; 38: 593–604.

- 12.** Kardos P. Chronisch persistierenden Husten (CPH) in der Praxis. *Pneumologie* 1996; 50: 437–441.
 - 13.** Kastelik JA. Investigation and management of chronic cough using a probability-based algorithm. *Eur Respir J* 2005; 25: 235–243.
 - 14.** Kočí T. Kašlající dítě v primární péči. *Pediatr. pro praxi* 2007; 8(6).
 - 15.** Kočí T. Chronický kašel u dětí. *Pediatr. pro praxi* 2001; 6: 284–286.
 - 16.** Kolek V. Chronický kašel. Praha: Vltavín 2000, 72 s.
 - 17.** Kopřiva F et al. Treatment of chronic cough in children with montelukast, a leukotriene receptor antagonist. *J Astma* 2004; 41(7): 715–720.
 - 18.** McEwan JR. Change in cough reflex after treatment with enalapril and ramipril. *Br Med J* 1989; 299: 13–16.
 - 19.** Morice AH. The diagnosis and management of chronic cough. *Eur Respir J* 2004; 24: 481–492.
 - 20.** Pohunek P, Svobodová T. Kašel v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. *Causa Subita* 2002; 8: 359–363.
 - 21.** Shan F. How often do children cough? *Lancet* 1996; 348: 699–700.
- (Ostatní literatura u autora.)