

Případ bronchitidy s protrahovaným průběhem

MUDr. Šárka Pokorná

Interní oddělení, Nemocnice Frýdlant

Na kašel a dušnost si pacienti v ordinacích praktických lékařů a následně ambulantních specialistů stěžují velmi často. Diferenciální diagnostika je široká a zahrnuje problematiku onemocnění plic, kardiovaskulárního aparátu, onemocnění krve, nervové soustavy... Lékař již z prvního kontaktu s pacientem může vyvodit nejpravděpodobnější příčiny obtíží, které pak cílenými dotazy upřesní a následně fyzikálním vyšetřením a dalšími metodami potvrdí. Kladené otázky, jakkoli se zdají být přesně formulované, mohou však někdy odvést od správné diagnózy a způsobit i přehlédnutí stavu potenciálně ohrožujícího život, jak tomu bylo i v tomto předkládaném případě.

Klíčová slova: plicní embolie, bronchitida.

The case of bronchitis with prolonged course

The patients often suffer from cough and breathlessness, when they visit practitioners or specialists. The differential diagnose is very broad and include the diseases of respiratory system, cardiovascular and nervous or haematopoietic system etc. The physician can deduce the most probably causes of illness from the first contact with the patient, which he specifies by targeted questions and insures by physical examination and other methods. These seemingly properly formulated questions can take away the right diagnose and so miss the potential life threatening event, as it was in this reported case.

Key words: pulmonary embolism, bronchitis.

Med. Pro Praxi 2010; 7(2): 84–85

Vlastní případ

V období podzimních respiračních infekcí se na naše oddělení dostala 60letá žena s anamnézou cca 4 týdny trvající dušnosti, kašle, večerních subfebrilií, svalových bolestí. Léčena byla praktickou lékařkou s diagnózou protrahovaná bronchitida – užívala Pleumolysin kapky, Ibalgin, vybrala antibiotika – Duomox a Cotrimoxazol. Potíže však trvaly stále, spíše se zhoršovaly, proto vyhledala interní ambulanci, kde byla vyšetřena včetně základní laboratoře a rtg, EKG, a byla doporučena k hospitalizaci. Zažívací potíže neguje, jen mírné nechutenství, zhubla, maximálně o 0,5–1 kg, otoky dolních končetin nyní nepozorovala.

Z osobní anamnézy: operace mandlí v dětství, varixů LDK, léčí se s hypertenzí (amlodipin, acebutolol), cca 2x měsíčně mívá migrenózní bolesti hlavy. V minulosti byla vyšetřovaná pro refluxní chorobu jícnu, nyní užívá famotidin a má minimální potíže. Nekouří. Z pracovní a sociální anamnézy: je ve starobním důchodu, stará se o svoji 11letou vnučku, kterou má ve své péči. Gynekologické potíže neguje, poslední gynekologickou prohlídku absolvovala asi před rokem, mamografii před 2 lety, neužívá hormonální substituční léčbu.

Z objektivního nálezu při přijetí: obézní, klidově eupnoická, bez ikteru či cyanózy, ale při minimálním pohybu se zadýchává, má suchý kašel, rýmu, T 37°C, TK 185/90, P 85/min. pravidelný. Dutina ústní čistá, jazyk suchý s bělavým povlakem, hrdlo mírně zarudlé, krční žíly s normální náplní, dýchání alveolární s prodlouženým expiriem, vpravo bazálně inspirační krepitus a drobné expirační polopří-

zvučné chrůpky, vlevo méně, vrzoty difúzně, akce srdeční pravidelná, 2 ohraničené ozvy bez šelestů, břicho klidné, obézní, játra ani slezina nehmavné, dolní končetiny s klidnými varixy bez otoků, bez známek zánětu, nebolestivá měkká lýtka, pulzace tepen hmatné do periferie. Pracovní závěr – protrahovaná bronchitida, hypertenze.

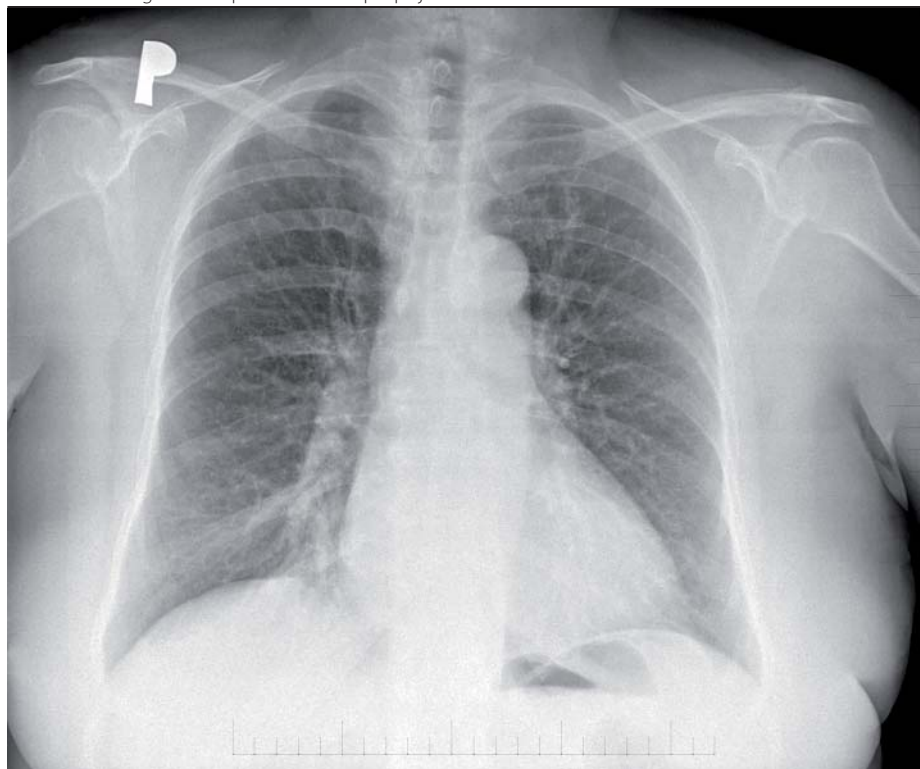
Doplňující vyšetření: KO v normě, krevní plyny respirační alkalóza pH 7,502, pCO₂ 4,01 kPa,

pO₂ 7,44 kPa, glykemie 5,3 mmol/l, jaterní a ledvinové parametry v mezích, celková bílkovina 65,4 g/l, CRP 11,9 mg/l. Saturace O₂ bez kyslíku 92%. Spirometrii nelze provést kvůli kašli.

Rtg srdce a plic: hraniční velikost srdce s elongací a ateromatózou aorty bez ložiskových změn a městnání (obrázek 1).

EKG: sinus 75/min., EO SH, PQ a QRS v normě, QS V1, Rs V6, ZP V5, ST naznačeně ascendentní

Obrázek 1. Rtg srdce a plic nemocné při příjmu



do pozitivního TV3–5, qs III se zálohem, T ploše diskordantní.

Léčbu pacientky jsme zahájili bronchodilatační terapií (inhalace s Beroduaelem, teofylin), systémovými kortikosteroidy (po 2 dny 40 mg Solu-Medrol po 12 hodinách v krátkých infuzích), dále byla podávána mukolytika, na noc antitusika (Codein 30 mg), hydratace, dechová rehabilitace. Vysadili jsme betablokátor a změnili jej za ACE inhibitor. Pacientce se mírně ulevilo, ale dále přetrvává námaňová dušnost a kašel. Je afebrilní. Zkontrolovali jsme inhalační techniku ze strany pacientky. Opět jsme se vrátili na začátek, tedy k anamnéze. Nemocná udává, že otoky dolních končetin v době zánětu průdušek „už“ nepozorovala, ale popisuje otok LDK s vytvořením „boule“ na stehně, která se „sama ztratila“. Nevěnovala tomu pozornost, již dříve několikrát pozorovala záněty žil, vždy se léčila klidem, obklady, lokálními gely a bandážemi. Tuto informaci nesdělila ani praktické lékařce, ani lékař na interní ambulanci, ani lékaři při příjmu, protože vždy odpovídala na otázku, jestli jí otékaly nohy v době dušnosti – a to již nepozorovala.

Další vyšetření – D-dimery 12,5 (při normě v naší laboratoři pod 0,5), ECHO – trikuspidální regurgitace 1–2/4, nepřímé známky mírné plicní

hypertenze s kalkulovaným tlakem v plicnici 48 mm Hg (obrázek 2), provedená spirální CT angiografie plicnice potvrdila přítomnost bilaterální plicní embolie v lobárních i segmentárních tepnách. Po přechodném podávání nízkomolekulárního heparinu v terapeutické dávce bylo pokračováno v léčbě warfarinem. Kontrolní ECHO před propuštěním již zaznamenalo pokles kalkulovaného tlaku v plicnici na 32 mm Hg.

Dále jsme pokračovali v bronchodilatační terapii, mukolytické terapii, stále přetrvával suchý kašel, dráždivý, který významně ustoupil po vysazení ACE-inhibitoru a jeho záměně za sartan. Pacientku jsme propustili do domácí péče po 14 dnech hospitalizace kardiopulmonálně kompenzovanou, afebrilní, chodila po oddělení bez dušnosti, kašel měla ojediněle.

Závěr

Tato kazuistika je připomínkou známého tvrzení, že anamnéza je půl diagnózy, ne-li diagnóza celá, a snaží se upozornit na potřebu průběžné kontroly našich diagnóz, opakované vrácení se na začátek, tedy opět k anamnéze, i při zdánlivě nekomplikovaných onemocněních. Uvědomili jsme si, jak důležité je klást správně formulované

Obrázek 2. ECHO – vyšetření transtrikuspidálního gradientu v úvodu hospitalizace



otázky každému pacientovi a vyhnout se rutinímu přístupu. V anamnéze se žádný z lékařů neopomněl zeptat na otoky dolních končetin, ale vždy v souvislosti s již probíhající dušností, které nemocná pravdivě negovala. Snadno tak zapadla důležitá informace vedoucí k základní diagnóze – k plicní embolii.

Převzato z Interní Med. 2009; 11 (7 a 8): 349–350.

MUDr. Šárka Pokorná

Interní oddělení, Nemocnice Frýdlant
V Úvoze 860, 464 01 Frýdlant
sarka.pv@seznam.cz