

KAŠEL V PRIMÁRNÍ PRAXI

MUDr. Petr Papoušek¹, MUDr. Vladimír Koblížek², MUDr. Tereza Dobešová², doc. MUDr. František Salajka, CSc.²

¹Katedra patofyziologie, LF UK, Hradec Králové

²Plicní klinika, FN a LF UK, Hradec Králové

Přístup k pacientovi s kašlem začíná anamnézou a vyšetřením. Ačkoliv má časový průběh a charakter kašle malou diagnostickou hodnotu, anamnesticky je důležité určit, zda pacient užívá ACE inhibitor, zda je kuřák nebo má vážné projevy život ohrožující nebo systémové choroby. Potom se u akutního kašle rozliší, zda je příčina život ohrožující, nebo méně nebezpečná. U chronického kašle se nejdříve vyloučí nejčastější příčiny. Lékař doporučí nekouřit, je-li to aktuální. První linií léčby chronického kašle představuje antihistaminikum 1. generace a lokální dekonstence na „zadní rýmu“. Specialista vyloučí CHOPN, astma a bronchitis s eozinofilii sputa. Nedostatečná odpověď si vyžádá žaludeční antisekreční léčbu na gastroezofageální reflux. Při přetrvávající neúspěšné léčbě vyšetří pacienta specialista. **Klíčová slova:** akutní a chronický kašel, příčiny, diagnostika a léčba.

Med. Pro Praxi 2008; 5(10): 358–361

Úvod

Kašel je nejčastější stesk pacientů vyšetřených v ambulancích praktických lékařů a zhoršuje kvalitu života. Akutní kašel, který vznikne při nachlazení, je přechodný, ale jako součást závažného stavu může ohrozit pacienta na životě. U mnoha plicních chorob je porušené mukociliární samočištění a kašel je pak nezbytný k odstranění hlenu.

Etiologie

Kašel může být součástí nezávažných až velmi těžkých onemocnění plic, dýchacích cest a mimoplicních procesů. **Akutní kašel** trvá do 3 týdnů. Jeho nejčastější příčinou je nachlazení. Zásadní je odlišit, zda akutní kašel ohrožuje pacienta na životě, nebo nikoliv. Důležité je odhalit doprovázející příznaky, jako jsou dušnost a horečka, ale kašel může být dominantní nebo zřídka jediný příznak.

Subakutní kašel trvá 3–8 týdnů. Jestliže není pravděpodobné, že by byl způsoben prodělanou infekcí, pak je péče jako u chronického kašle.

Chronický kašel trvá více než 8 týdnů. Jeho nejčastější příčinou je chronická rinosinusitida ve 44 %. Ta je spojená s odkapáváním hlenu do nosohltanu („zadní rýma“, postnasal drip, syndrom kašle horních dýchacích cest). Dalšími častými příčinami jsou chronická bronchitis, astma bronchiale a refluxní choroba gastroezofageální. Samotný kašel může ještě vyvolat reflux, čímž se stav zase zhorší (4). Mezi ostatní příčiny patří závažná plicní a srdeční onemocnění včetně psychogenně podmíněného kašle a následku medikace ACE inhibitory (tabulka 1).

Symptomatologie

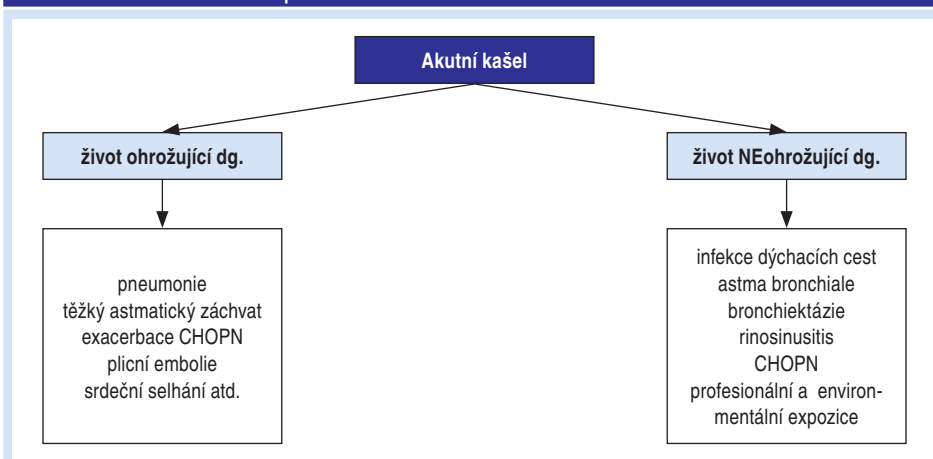
Kromě klasické alergologické a pracovní anamnézy nesmějí chybět dotazy, zda se kašel provokuje či akcentuje nejen prostředím a mikroklimatem místnosti, ale i polohou nebo námahou, zda kašel pacienta budí v noci, zda je produktivní nebo suchý. Zejména u dětí může být štekavý kašel psychogenní.

Pacient nemusí mít jiné příznaky kromě kašle. V případě chronického kašle anamnesticky zhodno-

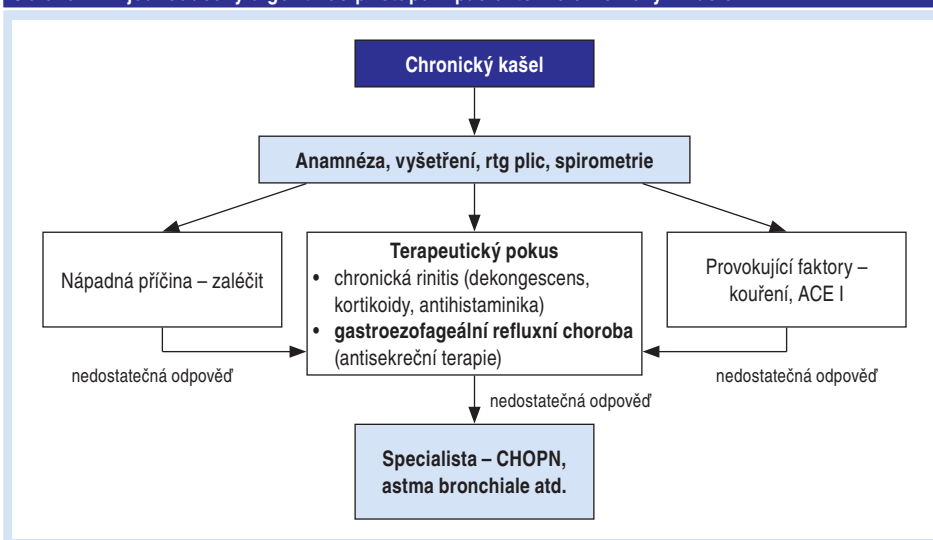
tíme expozici alergenům a inhalovaným škodlivinám. Dále pátráme, zda pacient nepochází z endemicky rizikového prostředí (např. pro tuberkulózu). Je také důležité určit, zda má pacient systémové příznaky, jako jsou horečka, pocení a hubnutí. Pátráme po anamnéze rakoviny, tuberkulózy nebo AIDS.

Tabulka 1. Běžné příčiny chronického kašle
Chronická infekce: bronchiektázie, tuberkulóza, cystická fibróza
Onemocnění dýchacích cest: astma bronchiale, chronická bronchitis, bronchitis s eozinofilii ve sputu (NAEB), chronická rinosinusitis („zadní rýma“)
Onemocnění plicního parenchymu: intersticiální plicní fibróza, emfyzém, sarkoidóza, nádory, bronchogenní karcinom, bronchioloalveolární karcinom, benigní nádory dýchacích cest, nádory mediastina
Onemocnění středního ucha
Kardiovaskulární onemocnění: selhání levé komory, plicní infarkt
Jiná onemocnění: gastroezofageální reflux, rekurentní aspirace, psychogenní (habituální) kašel
Léky: ACE inhibitory

Obrázek 1. Základní rozlišení příčin akutního kašle



Obrázek 2. Zjednodušený algoritmus přístupu k pacientovi s chronickým kašlem



Úplně nejčastější příčina chronického kašle je **chronická rinosinusitida** („zadní rýma“). Další častou příčinou je **chronická bronchitida**. Ta je definována jako chronický kašel s expektorací trvající nejméně 3 měsíce v nejméně 2 po sobě následujících letech. U další frekventní příčiny **astmatu bronchiale** je kašel obvykle noční a je často jeho jediný a nejvýznamnější příznak u 57% pacientů (8). Starší astmatici mohou udávat kašel dříve než epizody astmatických přískotů. U některých pacientů s astmatem se vyvine trvalý suchý kašel i přes dostatečnou léčbu bronchospazmu přiměřenou bronchodilatační terapií.

Gastroezofageální refluxní choroba je častou příčinou chronického kašle všech věkových skupin. Klinicky se může manifestovat jako pal u srdce, bolest na hrudníku, kyselá chuť a zvracení, ale nemusí být vyjádřeny příznaky spojené s refluxem. Kašel u refluxní choroby nemá specifický charakter (4).

Produktivní kašel je patognomický i pro **bronchiectázie**. Naopak suchý kašel s podrážděným hrdlem se popisuje jako nežádoucí účinek léčby **ACE inhibitory**. Kašel se pozoruje u 5–35% takových pacientů (7).

Se **sputem** se můžeme setkat při různých chorobách, ale jeho vzhled umožní stanovit diagnózu jen ojediněle. Hnědavé (narezivělé) sputum se vyskytuje při pneumokokové pneumonii a při chronickém městnání v plicích. Hnilobné páchnoucí se může objevit při abscedujících pneumoniích, plicních abscesech, bronchiectáziích a rozpadávajících se nádorech. Žlutozelené, hnisavé (purulentní) se vyskytuje při chronické bronchitidě, pneumonii, pokročilé plicní tuberkulóze, rozpadávajících se nádorech a cystické fibróze. Objemnou narůžovělou pěnu vidíme při plicním edému (13).

Situaci komplikuje skutečnost, že chronický kašel může být způsoben více příčinami, potom je nezbytné účinně zaléčit všechny diagnózy. Nebo se naopak nepodaří identifikovat jasnou příčinu, stav se označí jako **nevysvětlený kašel**. Termín nevysvětlený kašel by se měl používat místo názvu idiopatický.

Vyšetření

U **akutního** kašle je v úvodu nejdůležitější rozlišit, zda příčina ohrožuje pacienta na životě, či nikoliv (obrázek 1). U **chronického** kašle nejdříve

pátráme po nejčastějších příčinách – po rinosinusitidě, chronické bronchitidě, astmatu bronchiálnímu a gastroezofageálnímu refluxu. Po vstupním vyšetření a rentgenogramu hrudníku by se mělo vyloučit kouření a používání ACE inhibitorů. Při podezření na mírnou rinosinusitidu provádí praktik empirický terapeutický pokus, jinak svěří pacienta do rukou lékaře ORL. Ten případně doplní rtg a CT paranasálních sinů.

Astma bronchiale zhodnotíme na základě spirometrie, bronchomotorického testu, případně empirické léčby. Má-li pacient obstrukční ventilační poruchu po vyloučení diagnózy bronchiálního astmatu, jedná se pravděpodobně o chronickou obstrukční plicní nemoc. Gastroezofageální reflux se zaléčí empiricky antisekrečními farmaky. Rtg plic odhalí ložiskový proces nebo městnavé srdeční selhání. Známky infekce zejm. tuberkulóza si vynutí pátrání po etiologickém původu.

Specialista vyšetřuje sputum na eozinofilii. Tehdy, nemá-li pacient současně bronchiální hyperreaktivitu, se stav léčí empiricky inhalačními kortikoidy. Pro tuto jednotku, tedy bronchitidu s expektorací eozinofilního sputa bez bronchiální hyperreaktivitu, se v anglosaské literatuře používá termín neastmatická eozinofilní bronchitida. Při nedostatečné odpovědi na tyto intervence připadají v úvahu další vyšetřovací metody jako jsou 24hodinové monitorování pH v jícnu, ezofagogastroskopie a pasáž jícnem ke zhodnocení gastroezofageálního refluxu. Dýchací trakt ozřejmí bronchoskopie. Kardiální příčiny vyloučí ECHO srdce (6). Hemoptýza u kuřáka je vždy indikací rtg plic a bronchoskopického vyšetření.

Vzhledem k velké četnosti by mělo být astma bronchiale považováno za potenciální příčinu kašle. Negativní bronchomotorický test vyloučí astma téměř ze 100%. Diagnózu kašlací varianta astmatu (astmatický ekvivalent) bychom měli stanovit až potom, co příznaky ustoupí po léčbě antiastmatiky.

Bronchoskopicky pátráme po vzácnějších příčinách, případně necháme provést HRCT, čímž se odhalí bronchiectázie nebo intersticiální plicní nemoci.

Léčba

Akutní kašel z nachlazení léčíme první generací **antihistaminik**: promethazin (Prothazin), bisulepin (Dithiaden) a dekonescenty: naphazolin+antazolin (Sanorin-analergin), tramazolin (Muconasal plus), xylometazolin (Nasenspray AL), oxymetazolin (Nasivin), Pinosol, tetrazylin (Tetryzolin), což v porovnání s placebem tlumí kašel (1). Novější generace antihistaminik bez sedativního účinku však nejsou účinné v potlačení kašle. Úporný suchý kašel tlumíme **antitusiky**, naopak **expektorancia** a **mukolytika** pomáhají odstranit sekret z dýchacích cest.

Antibiotika volíme u bakteriálních infekcí. Poznat vzácná agens (např. chlamydie) může být problém. Pacient by se měl vyhnout prostředí s alergenem a dráždivými chemikáliemi. U pacientů s předpokládanou akutní bronchitidou není doporučována automaticky léčba antibiotiky, avšak u akutní exacerbace CHOPN je tato terapie na místě (6).

„Zadní rýma“ se léčí první generací **antihistaminik** a dočasně **dekongescenty**. Významného zlepšení kašle se dosáhne během dnů až 2 týdnů po zahájení terapie (11). Nejúčinnější léčbou odkapávání hlenu směrem do hltanu je podávání **kortikoidů intranazálně**: flutikason (Alergonase nosní kapky), beclometason (Beclomet nasal aqua), triamcinolon (Nasacort AQ), budesonid (Rhinocort aqua), často s použitím antihistaminik. **Antibiotická** terapie je nezbytná v případě akutní sinusitidy z důvodu bakteriální infekce s mukopurulentní sekrecí, která přetrvává minimálně 10 dnů.

Dextromethorphan (Dr. Rentshler hustenstill saft) vykázal v metaanalýze mírný pozitivní efekt v potlačení akutního kašle (10).

Kašel u astmatu bronchiale by měl být léčen **inhalačními kortikoidy** a **β2 mimetiky**. U některých pacientů s kašlací variantou astmatu (astmatickým ekvivalentem) jsou bronchodilatátory β-mimetika účinná jako antitusika (3). Přidání **antagonisty leukotrienových receptorů** (zafirlukast – Accolate) může být účinné u pacientů s astmatickým kašlem, proto je příhodné přidat ho před podáním **perorálního kortikoidu** (2). Eozinofilní bronchitida se zlepšuje během 4týdenní léčby inhalačními kortikoidy, ačkoliv u některých pacientů se musí použít perorální kortikoidy (12).

Konzervativní léčba gastroezofageálního refluxu spočívá v redukci hmotnosti, nízkotučné dietě s hojným obsahem proteinů, zvýšením hlavy u postele,

dále vyhýbat se kávě a nekouřit. Z farmakoterapie jsou preferovanou léčbou **inhibitory protonové pumpy** (PPI) před H_2 blokátory. Přesto ve dvojité zaslepených studiích byl účinek antisekreční léčby omezený (9). Proto je přiměřená 3měsíční léčba PPI s nejvyššími doporučenými dávkami. Při nedostatečné odpovědi na léčbu je možné přidat prokinetika. Terapeutický nezdar vyvolává otázku, zda je přítomná další příčina kašle, nebo pacient má farmakorezistentní gastroezofageální reflux, kdy pomůže chirurgická fundoplikace (7).

Vysazením ACE inhibitoru se zmírní kašel během 1–4 týdnů, ale může přetrvávat dokonce 3 měsíce (5). Po novějších blokátorech receptoru pro angiotenzin (sartany) se kašel téměř nevyskytuje.

Závěr

Efektivní léčby kašle dosáhneme po precizním odhalení příčiny použitím specifických diagnostických postupů.

Léčba někdy může být kombinovaná. U pacientů s akutním kašlem je nejdůležitější rozhodnout, zda je kašel projevem vážné, potenciálně život ohrožující choroby, jako je pneumonie, plicní embolie, nebo jsou běžnější výsledkem nachlazení, akutní bronchitidy, bronchiálního astmatu či následkem expozice alergenů či iritantů. Algoritmus chronického kašle vychází z rozdílné četnosti příčin a odlišně prospěšných diagnostických vyšetření.

*Práce byla podpořena grantem
IGA MZ ČR NR 8407-4/2005.*

MUDr. Petr Papoušek

Katedra patofyziologie LF UK
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové 1
email: PapousekP@lfhk.cuni.cz

Literatura

1. Curley FJ, Irwin RS, Pratter MR, et al. Cough and the common cold. *Am Rev Respir Dis* 1988; 138: 305–311.
2. Dicpinigaitis PV, Dobkin JB, Reichel J. Antitussive effect of the leukotriene receptor antagonist zafirlukast in subjects with cough-variant asthma. *J Asthma*. 2002; 39: 291–297.
3. Fujimura M, Kamio Y, Hashimoto T, Matsuda T. Cough receptor sensitivity and bronchial responsiveness in patients with only chronic nonproductive cough: in view of effect of bronchodilator therapy. *J Asthma*. 1994; 31: 463–472.
4. Chung KF, Widdicombe JG. Cough. In: Mason RJ, Broaddus BC, Murray JF, Nadel JA (eds). *Murray and Nadel's textbook of respiratory medicine*. 4. vyd. Elsevier Inc. 2005: 831–847.
5. Israelli ZH, Hall WD. Cough and angioneurotic edema associated with angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy. A review of the literature and pathophysiology. *Ann Intern Med*. 1992; 117: 234–242.
6. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. American College of Chest Physicians (ACCP). Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006; 129(1 Suppl): 1S–23S.
7. Irwin RS, Zawacki JK, Wilson MM, et al. Chronic cough due to gastroesophageal reflux disease: failure to resolve despite total/near-total elimination of esophageal acid. *Chest*. 2002; 121: 1132–1140.
8. Osman LM, McKenzie L, Cairns J, et al. Patient weighting of importance of asthma symptoms. *Thorax*. 2001; 56: 138–142.
9. Ours TM, Kavuru MS, Schilz RJ, et al. A prospective evaluation of esophageal testing and a double-blind, randomized study of omeprazole in a diagnostic and therapeutic algorithm for chronic cough. *Am J Gastroenterol*. 1999; 94: 3131–3138.
10. Pavesi L, Subburaj S, Porter-Shaw K. Application and validation of a computerized cough acquisition system for objective monitoring of acute cough: a meta-analysis. *Chest*. 2001; 120: 1121–1128.
11. Pratter MR, Bartter T, Akers S, DuBois J. An algorithmic approach to chronic cough. *Ann Intern Med*. 1993; 119: 977–983.
12. Pratter MR, Brightling CE, Boulet LP, et al. An empiric integrative approach to the management of cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006; 129(1 Suppl): 222S–231S.
13. Siegenthaler W. Diferenciální diagnostika vnitřních chorob. Praha: Aventinum s.r.o., 1995: 2.10–2.11 s.