

Terapie akutní bronchitidy

MUDr. Norbert Pauk, Ph.D.

Klinika pneumologie a hrudní chirurgie, Nemocnice Na Bulovce, 3. LF UK Praha a IPVZ Praha

Akutní bronchitida (akutní zánět průdušek) bývá velmi častá diagnóza, za kterou se ale mohou skrývat často jiná akutní a chronická onemocnění dýchacího systému. Recidivující akutní bronchitidy by měly být vždy důvodem k podrobnějšímu vyšetření respiračního traktu včetně vyšetření funkce plic. Častými diagnózami po podrobném vyšetření bývají časná stadia chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) nebo průduškového astmatu (asthma bronchiale), ale i onemocnění, která se nediagnostikovala v dětském věku (cystická fibróza, ciliární dyskineze a různé imunodeficity).

Klíčová slova: akutní bronchitis, diagnostika, léčba, antibiotika.

Managing acute bronchitis

Acute bronchitis is a very frequent diagnosis; however, other acute and chronic respiratory diseases may often be masked by it. Recurrent acute bronchitis should always be a reason for a thorough examination of the respiratory tract including lung function testing. A number of congenital disorders (cystic fibrosis, ciliary dyskinesia, immunodeficiency) can thus be revealed that may have gone undetected in childhood. Common diagnoses after a thorough check-up include early stages of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or bronchial asthma.

Key words: acute bronchitis, diagnosis, treatment, antibiotics.

Med. praxi 2012; 9(2): 64–66

Etiologie akutní bronchitidy

Akutní bronchitidy bývají vyvolány často infekcí. Chřipkový virus je typickým vyvolavatelem zánětu v oblasti bronchů, ale do úvahy připadají i další respirační viry (rinoviry, viry parainfluenzy, adenoviry a respirační syncytiální virus). Z bakterií vyvolávají bronchitidu *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* a *Moraxella catarrhalis*.

Tabulka 1. Příčiny pískotů na hrudi

- aspirace
- gastroezofageální reflux (GER)
- asthma bronchiale
- CHOPN
- léky (betablokátory, ACE inhibitory, ASA, NSAID, kontrastní látky, hydrokortizon s konzervačními látkami k intravenóznímu použití, očkovací látky připravované na ptačích embryích u pacientů alergických na vaječnou bílkovinu, propelenty z aerosolových dávkovačů)
- endobronchiální tumory
- endotracheální tumory
- inhalační iritancia (syndrom reaktivní dysfunkce dýchacích cest)
- plicní edém (zvláště při levostranném srdečním selhání – asthma cardiale)
- stenóza trachey
- virová tracheobronchitis
- dysfunkce hlasových vazů (VCD – vocal cord dysfunction)
- laryngospasmus
- neobvyklé příčiny pískotů na hrudi (depozice amyloidu v dýchacích cestách, karcinoidový syndrom, chondromalázie, aneuryzma descendentní aorty, aspirace cizího tělesa, struma, granulomatózy, torze průdušky po lobektomii, postiradiační stenóza dýchacích cest, plicní embolie, sepse

se uplatňují více u akutní exacerbace chronické bronchitidy.

Klinický obraz

Akutní bronchitida začíná většinou jako běžné nachlazení nebo chřipka se škrábáním v krku. Posléze se přidá suchý kašel, který se v průběhu nemoci mění na vlhký. Pacient vykašlává žluté až zeleně zbarvený hlen. Někdy se mohou dostavit dýchací obtíže.

U virových bronchitid bývá často únava, slabost, pocení, subfebrilie, artralgie nebo myalgie.

Pro bakteriální zánět svědčí horečka, purulentní sputum, laboratorně pak leukocytóza a vyšší hodnota CRP.

Při poslechu hrudníku můžeme slyšet pískoty a vrzoty, někdy vlhké chropy a prodloužení výdechového času. Diferenciální diagnostika pískotů na hrudi je široká (tabulka 1).

Akutní bronchitida může v ojedinělých případech přejít i v chronickou bronchitidu. Chronická bronchitida se projevuje trvalým kašlem s vykašláváním žlutého až zeleného hlenu alespoň tři měsíce v roce dva roky za sebou. Často bývá považována za běžný kuřácký kašel, ale může vést k vážným komplikacím, jako je CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc).

Doporučená vyšetření a správné určení diagnózy

Odběry sputa na mikrobiologická vyšetření nejsou většinou nezbytné, protože většina

bronchitid je virových. Doporučuje se provést vyšetření sedimentace erytrocytů (FW) a krevní obraz s diferenciálním rozpočtem. CRP napomůže odhadu etiologického agens při podezření na bakteriální infekci. Při infekci atypickými bakteriálními patogeny a viry jsou hodnoty CRP nízké. Vyšetření napomáhá při rozhodování při indikaci antibiotika.

Sumační skiagram hrudníku přímo nepomůže diagnóze bronchitidy, jeho nález bývá negativní, ale provádí se při delším trvání bronchitidy, hlavně u kuřáků a při febrilním stavu z důvodu vyloučení zápalu plic a rakoviny plic. Při patologickém nálezu na skiagramu hrudníku je indikováno bronchoskopické vyšetření a CT hrudníku opět hlavně z důvodu vyloučení bronchogenního karcinomu. Při rozšíření srdečního stínu na sumačním skiagramu hrudníku je vhodné provést echokardiografické vyšetření. Je-li podezření na plicní embolizaci, provádí se vyšetření D-dimerů. Negativní výsledek D-dimerů embolii vylučuje, pozitivní nález je nutné konfirmovat nejlépe vyšetřením angio-CT hrudníku, které je rychlé, spolehlivé a nyní i dostupné pro diagnostiku plicní embolie.

Pacienti s opakovanými bronchitidami by měli být vyšetřeni i funkčně. Provádí se základní spirometrické vyšetření a bronchodilatační test (standardizovaný je s inhalační aplikací 400 mikrogramů salbutamolu).

Léčba akutní bronchitidy

Léčba akutní bronchitidy a tracheitid bývá hlavně symptomatická. Často nebývá důvod pro

hospitalizaci. Pouze u nemocných s výraznými příznaky, které je nutno do nemocnice přijmout, například z důvodu poklesu saturace kyslíku, nebo u nemocných starších s komorbiditami, je hlavní zásadou symptomatické léčby dostatečná hydratace, vdechování zvlhčeného vzduchu obohaceného kyslíkem a podávání léků ovlivňujících kašel (antitusik nebo mukolytik).

Nekodeinová antitusika užíváme k tlumení dráždivého kašle a tato léčiva mají přednost před kodeinovými antitusiky, protože netlumí dechové centrum a mají méně nežádoucích účinků. Mukoaktivní léky jsou léky, které zvyšují odstraňování hlenů a snižují hlenovou sekreci. Patří sem expektorancia, která zvyšují hydrataci a objem hlenu, modifikátory iontového transportu (ovlivňují kvalitu hlenu), mukolytika (snižují viskozitu hlenu), mukoregulační látky snižují tvorbu hlenu a mukokinetika zlepšují očistu respiračního systému tak, že zvyšují průtok vzduchu dolními dýchacími cestami. Mukolytika a expektorancia se podávají při léčbě produktivního kašle. Nejnovější mukolytika mají i antioxidační účinky, např. N-acetylcystein nebo erdostein, který má prokázanou protizánětlivou aktivitu

a zabraňuje bakteriální kolonizaci sliznic dolních dýchacích cest. K mukolytikům patří carbocystein a bromhexin. Mukolytika je možno podávat i inhalačně pomocí nebulizátoru, většinou v dávce 1,0–2,0 ml ve 3–4 ml fyziologického roztoku nebo stejném množství roztoku MgSO_4 (10%).

Při známkách obstrukce dýchacích cest podáváme inhalační bronchodilatancia s rychlým nástupem účinku. K jejich podání stačí fyzikální nález známek bronchitidy (expirační pískoty, vrzoty, chropy, prodloužení výdechového času). Dále se řídíme klinickou odpovědí. Antibiotika nejsou u akutní bronchitidy nutná vždy. Indikována jsou pouze při klinickém obraze bakteriální infekce, tzn. při horečce, purulentním sputu nebo přítomné leukocytóze a zvýšené hodnotě CRP. Pokud je to možné a technicky proveditelné, mělo by se odebrané purulentní sputum poslat na mikrobiologické vyšetření (spíše za hospitalizace). Léčba antibiotik bývá empirická. První volbou jsou aminopeniciliny (přednost má amoxycilin), nebo aminopeniciliny potencované inhibitory β -laktamáz (amoxycilin + klavulanová kyselina nebo ampicilin + sulbaktam) nebo cefalosporiny stabilní vůči

β -laktamázám či tetracykliny. Makrolidy a tetracykliny volíme jako první volbu při podezření na infekci atypickými patogeny (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia sp.*), zde totiž β -laktamová antibiotika nejsou účinná. Při těžké virové tracheobronchitidě nebo u tracheitidy způsobené vdechnutím dráždivých par a plynů se někdy podávají inhalační kortikosteroidy, což je zatím předmětem debat.

Převzato z Interní Med. 2011; 13(10): 327–328.

Literatura

1. ERS handbook. Respiratory medicine, first edition 2010.
2. Kašák V, Koblížek V, a kol. Naléhavé stavy v pneumologii. Praha: Maxdorf Jessenius 2008.

Článek přijat redakcí: 25. 7. 2011

Článek přijat k publikaci: 30. 8. 2011

MUDr. Norbert Pauk, Ph.D.

Klinika pneumologie a hrudní chirurgie, Nemocnice Na Bulovce, 3. LF UK Praha a IPVZ Praha
Budínova 2, 180 00 Praha 8
pauknorb@yahoo.com

