

Kaszel w praktyce klinicznej – część I Kaszel ostry i podostry

prof. dr hab. n. med.
Alicja Kasperska-Zajac

Katedra i Oddział Kliniczny
Chorób Wewnętrznych,
Dermatologii i Alergologii
Śląskiego UM Katowice

Kierownik kliniki:
Prof. dr hab. n. med. Jerzy
Jarzab

D I A G N O S T Y K A

Cough in clinical practice - facts and controversies (part I - acute and subacute cough)

S U M M A R Y

Cough appearing as an isolated symptom, or more often concurrent with other ailments, has been reported most frequently in the course of a variety of diseases by the GPs, pediatricians, pulmonologists, laryngologists and allergologists. With different distinction criteria applied, from the practical standpoint it is crucial to consider the presence of sputum (wet/productive or dry/non-productive cough) as well as duration (acute, subacute or chronic) which are the major determinants of the diagnostic and therapeutic approach. Apart from mild infections, differentiation to establish the cause of acute cough should consider life threatening diseases of both, the respiratory and the cardiovascular systems. On the other hand, diagnostic procedures of chronic cough must not miss the role of infections with atypical bacteriae as well as *Bordetella pertussis*, important from the epidemiological and therapeutic standpoint.

Kaszel jako izolowany objaw lub częściej współistniejący z innym dolegliwościami występuje w przebiegu różnych chorób i jest jednym z najczęściej zgłaszanych problemów w praktyce lekarzy pierwszego kontaktu, pediatrów, pulmonologów, laryngologów i alergologów. Istnieją różne kryteria jego podziału, z praktycznego punktu widzenia istotne jest uwzględnienie obecności wydzieliny (kaszel wilgotny z odkrztuszaniem/produktywny i suchy/nieproduktywny) oraz czasu trwania (ostry, podostry i przewlekły), co w głównej mierze determinuje podejście diagnostyczne i terapeutyczne. Wśród przyczyn ostrego kaszlu poza infekcjami o łagodnym przebiegu, w różnicowaniu trzeba uwzględnić choroby zagrażające życiu, zarówno układu oddechowego, jak i sercowo-naczyniowego. Z kolei w diagnostyce przedłużającego się kaszlu nie można pominąć znaczenia zakażenia bakteriami atypowymi i *Bordetella pertussis*, co jest ważne z punktu widzenia epidemiologii i leczenia.

Kasperska-Zajac A.: Kaszel w praktyce klinicznej – część I Kaszel ostry i podostry. *Alergia*, 2014, 3: 4-7

Kaszel jest to odruch obronny, który chroni drogi oddechowe przed czynnikami szkodliwymi (infekcyjne, chemiczne, termiczne czy mechaniczne) oraz zapobiega zaleganiu nadmiaru wydzieliny. Z drugiej strony nadmierna reaktywność odruchu kaszlowego wynikająca ze zwiększonej wrażliwości receptorów kaszlu i/lub jego ośrodków w OUN prowadzi do przewlekłego, suchego kaszlu, zwykle bardzo męczącego i nieprzynoszącego ulgi, co zmusza chorego do szukania pomocy lekarskiej. W tym niekorzystnym zjawisku znaczenie mogą mieć leki i reakcje immuno-zapalne związane z ekspozycją na alergeny, czynniki infekcyjne, czy toksyczno/drażniące. Podejrzewa się też udział czynników genetycznych lub osobniczych, które predysponują do nadreaktywności odruchu kaszlowego. W tej grupie kaszlu jest również kaszel idiopatyczny o nieustalonej przyczynie, gdzie długotrwała diagnostyka i terapia nie przyniosła oczekiwanego efektu. Z drugiej strony zlekceważenie tego objawu może prowadzić do opóźnienia rozpoznania poważnej choroby. Kaszel jako izolowany objaw lub częściej współistniejący z innym dolegliwościami występuje w przebiegu różnych chorób. Należy pamiętać, że u jednego chorego mogą współistnieć różne przyczyny kaszlu, niekiedy ze sobą powiązane. Dla przykładu choroba refluksowa przełyku może być czynnikiem wywołującym lub nasilającym kaszel, z kolei gwałtowny wzrost ciśnienia w jamie brzusznej spowodowany kaszlem ułatwia zarzucenie treści żołądkowej do przełyku [1, 2, 3, 4].

Wśród najczęściej opisywanych przyczyn wymienia się:

- 1. ostre i przewlekłe infekcje, w tym gruźlica, krztusiec, pasożyty**
 - 2. choroby górnych i dolnych dróg oddechowych oraz śródmiąższowe płuc: zespół kaszlu związanego z górnymi drogami oddechowymi (UACS), astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP), rozstrzenie oskrzeli, mukowiscydoza, sarkoidoza, samoistne włóknienie płuc, alergiczne zapalne pęcherzyków płucnych**
 - 3. nowotwory płuc i śródpiersia**
 - 4. choroby układu sercowo-naczyniowego: zastoinowa niewydolność serca, zatorowość płucna, tętniak aorty**
 - 5. choroby układu pokarmowego: choroba refluksowa przełyku, przepuklina rozworu przełykowego**
- 23610.jpg
- 6. leki, w tym inhibitory konwertazy angiotensyny (angiotensin converting enzyme inhibitors - ACE-I)**
 - 7. kaszel nawykowy lub psychogeny**
 - 8. aspiracja ciała obcego,**
 - 9. inne rzadkie przyczyny, to drażnienie zakończeń gałęzi usznej nerwu błędnego w przewodzie słuchowym zewnętrznym przez woskowinę lub ciało obce**
 - 10. anomalie rozwojowe układu oddechowego [1, 2, 4, 5, 6].**

Istnieją pewne różnice w etiologii kaszlu pomiędzy dziećmi i osobami dorosłymi

Kaszel jest istotnym problemem zdrowotnym, który niesie ze sobą poważne skutki socjo-ekonomiczne. W krajach zachodnich milionowe kwoty wydawane są na leki przeciwkaszlowe, które w wielu przypadkach mają działanie porównywalne do placebo [7].

Istotnym problemem klinicznym jest kaszel przewlekły jako izolowany objaw, który według różnych danych stanowi 10-38% wszystkich pierwszorazowych zgłoszeń do lekarzy specjalistów. Stanowi on powód wielu frustracji zarówno dla pacjenta, jak i lekarza. Nierzadko chorzy doświadczają objawów stresu emocjonalnego pod postacią lęku, niepokoju czy depresji. Często długotrwała diagnostyka i brak skutecznej terapii budzi obawy, że pod maską kaszlu kryje się podstępnie ciężka choroba, która nie została właściwie i szybko zdiagnozowana. Poza tym kaszel może powodować dolegliwości ze strony innych układów: 1) bóle w klatce piersiowej, 2) nietrzymanie moczu, 3) zaburzenia snu. Wiele czynników może wpływać na niską jakość życia u chorych z przewlekłym kaszlem: 1) objawy, które są często bardzo uciążliwe i ograniczają codzienną aktywność, 2) współistniejące dolegliwości, jako konsekwencja uporczywego i niekontrolowanego kaszlu, 3) nieustalona przyczyna; podłoże choroby u części chorych pozostaje nieznane pomimo długiej i kosztownej diagnostyki, 4) leczenie, w wielu przypadkach jest empiryczne i niesatysfakcjonujące oraz może być obciążone działaniami niepożądanymi.

Istnieją różne kryteria podziału kaszlu, z praktycznego punktu widzenia istotny jest podział uwzględniający obecność lub brak wydzieliny (kaszel wilgotny z odkrztuszaniem/produktywny i suchy/nieproduktywny) oraz ze względu na czas jego trwania (ostry, podostry i przewlekły), co w głównej mierze determinuje podejście diagnostyczne i terapeutyczne [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Podział kaszlu ze względu na czas trwania objawów:

I - ostry do 3 tygodni,

II - podostry/przedłużający się od 3 do 8 tygodni,

III - przewlekły > 8 tygodni.

Na tej podstawie przeprowadzamy szczegółową diagnostykę wg algorytmów stosowanych przy poszukiwaniu przyczyn kaszlu ostrego, podostrego i przewlekłego. Jakkolwiek często stoimy przed dylematem rozbieżności pomiędzy wytycznymi/zaleceniami a własnym doświadczeniem klinicznym w diagnostyce i leczeniu różnych chorób. Niemniej jednak wszelkie próby usystematyzowania zagadnienia pod postacią wytycznych, zaleceń itp. stanowią źródło cennych wskazówek i niewątpliwie ułatwiają postępowania z chorym z kaszlem. Jednakże żaden schemat nie zastąpi umiejętności krytycznego myślenia oraz rozwiązywania problemów w oparciu o własne doświadczenie i indywidualne podejście do każdego przypadku.

Charakterystyka kaszlu ostrego i podostrego

Kaszel ostry

Kaszel jest jednym z najczęściej zgłaszanych objawów w praktyce lekarzy pierwszego kontaktu, pediatrów, pulmonologów i alergologów. Większość tych konsultacji, dotyczy kaszlu ostrego, który powodowany jest przez infekcje, głównie wirusowe. Rozwijająca się reakcja zapalna wiąże się z powstawaniem gęstej i lepkiej wydzieliny (często trudnej do wykrztuszenia), która utrudnia przepływ powietrza w drogach oddechowych i sprzyja nadkażeniom bakteryjnym. Rozpoznanie jest proste, gdyż towarzyszą inne objawy typowe dla ostrej infekcji dróg oddechowych [8, 9, 10]. W tych przypadkach znajduje uzasadnienie stosowanie leków o działaniu mukolitycznym i wykrztuśnym, co ułatwia usuwanie wydzieliny zalegającej w drogach oddechowych. Podobnie działanie wspomagające leków rozrzedzających wydzielinę ma zastosowanie w przewlekłych chorobach obturacyjnych i rozstrzeniach oskrzeli, w których dochodzi do zaburzenia mechanizmów oczyszczenia śluzowo-rzęskowego i nadmiernego wytwarzania wydzieliny

zwłaszcza w okresie zaostrzenia objawów [11, 12, 13]. Jakkolwiek nadal brak pewnych danych naukowych zgodnych z zasadami medycyny opartej na dowodach naukowych EBM (evidence based medicine) [14, 15].

Ponadto w diagnostyce różnicowej należy uwzględnić inne przyczyny ostrego kaszlu, któremu towarzyszą zwykle inne objawy w badaniu przedmiotowym i podmiotowym, co ułatwia ukierunkowanie procesu diagnostycznego.

Wśród tych przyczyn wymienia się kaszel w przebiegu: • zapalenia płuc • zaostrzenia chorób obturacyjnych: astmy oskrzelowej i POCHP • zatorowość płucną • niewydolność serca • aspirację ciała obcego • ekspozycję na czynniki toksyczne/drażniące, co istotne ich przebieg może być ciężki, zagrażający życiu [6, 8, 9].

Kaszel podostry

Częstość występowania: 11%-25% wszystkich przyczyn kaszlu.

Czas trwania: od 3 do 8 tygodni.

Przyczyna: wirusy, bakterie (kaszel poinfekcyjny)

Obraz kliniczny: suchy, męczący, często napadowy, czasami z niewielkim odkrztuszaniem wydzieliny; zwykle poprzedzony objawami ostrych infekcji dróg oddechowych o różnym obrazie klinicznym.

Badania dodatkowe: badanie radiologiczne (RTG) klatki piersiowej (klp) jest badaniem podstawowym i powinno być wykonane u każdego chorego; o konieczności innych badań decyduje obraz kliniczny.

Etiopatogeneza: przypuszcza się, iż główną rolę odgrywa proces zapalny indukowany przez czynniki infekcyjne (kaszel poinfekcyjny), który leży u podłoża nadreaktywności dróg oddechowych i wzmożonej wrażliwości receptorów kaszlowych. Ponadto znaczenie może mieć uszkodzenie nabłonka dróg oddechowych i upośledzenie klirensu śluzowo-rzęskowego.

Zjawiska te są odwracalne i ustępują samoistnie w ciągu kilku tygodni. Jakkolwiek mogą nawracać przy kolejnych infekcjach.

Różnicowanie:

- zaostrzenie astmy oskrzelowej lub innej choroby układu oddechowego
- kaszel, który pojawił się w okresie okołoinfekcyjnym, ale trwa dłużej niż 8 tygodni jest przewlekłym kaszlem i wymaga poszerzenia diagnostyki.

Najczęstsze błędy diagnostyczne i terapeutyczne:

- 1. szukanie przyczyn internistycznych i alergii,**
- 2. błędne rozpoznanie astmy oskrzelowej u osób (dotyczy głównie dzieci < 5 roku życia) z przedłużającym się kaszlem powodowanym częstymi infekcjami zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym,**
- 3. nieuzasadnione stosowanie antybiotykoterapii,**
- 4. zapominanie o krztuścu jako ważnej przyczynie przedłużającego się kaszlu.**

Ogólny schemat postępowania: w diagnostyce różnicowej trzeba rozważyć udział 3 różnych grup czynników infekcyjnych: 1. wirusy (np. adenovirus, respiratory syncytial virus, influenza, parainfluenza), 2. bakterie atypowe (*Mycoplasma pneumoniae*, Chlamydie – *Chlamydophila pneumoniae*, *Chlamydophila trachomatis*, *Chlamydophila psittaci*) – mykoplazmatyczne i chlamydiowe zapalenie płuc, 3. pałeczka krztuśca *Bordetella pertussis*. Należy podkreślić, że pomimo wspólnego ogniwa jakim jest kaszel, każda z tych 3 sytuacji klinicznych ma swoje odmienności dotyczące objawów, diagnostyki, terapii i epidemiologii, dlatego bardzo ważna jest wnikliwa i szybka analiza całości obrazu klinicznego [2, 3, 6, 8, 16, 17].

Szczegółowa analiza udziału różnych czynników:

I - przedłużający się kaszel po przebytych infekcjach wirusowych dróg oddechowych

Czynnikiem spustowym jest ostra infekcja wirusowa górnych lub dolnych dróg oddechowych. Objawy tzw. przeziębienia (common cold) czy innej infekcji ustępują a pozostaje jedynie męczący, suchy kaszel, który może utrzymywać się przez kilka tygodni. Kaszel poinfekcyjny często jest silny i dokuczliwy oraz słabo reaguje na leki przeciwkaszlowe. Z diagnostycznego punktu widzenia istotne jest zadanie pytania choremu, czy jego kaszel był poprzedzony ostrą infekcją dróg oddechowych. Opisywano skuteczne leczenie tego kaszlu za pomocą ipratropium i glikokortykosteroidów (GKS) systemowych (np. 30 mg prednisonum per os z redukcją dawki w ciągu 2-3 tygodni). Skuteczne jest też krótkotrwałe (kilkutygodniowe) podawanie wziewnych GKS (co potwierdzają doświadczenia własne); leczenie to obarczone jest z mniejszym ryzykiem działań niepożądanych w porównaniu z GKS doustnymi [16, 18]. Niestety zdarza się, że tacy chorzy są niepotrzebnie leczeni antybiotykami.

II - przedłużający się kaszel związany z zakażeniami bakteriami atypowymi

Do grupy kaszlu podostrego zaliczany jest również kaszel w przebiegu zakażenia bakteriami z rodzaju *Mycoplasma* i Chlamydia. Suchy, uporczywy, męczący kaszel utrzymujący się przez kilka tygodni (niekiedy nawet dłużej) jest najbardziej stałym i charakterystycznym objawem mykoplazmatycznego i chlamydiowego zapalenia płuc. W trakcie napadów kaszlu może wystąpić odkrztuszanie skąpej ilości wydzieliny. Często towarzyszą mu objawy zmęczenia i złego samopoczucia. Co istotne, zazwyczaj zmiany osłuchowe nad polami płucnymi są niewspółmierne do nacieków zapalnych stwierdzanych w obrazie RTG kłp; najczęściej brak zmian osłuchowych lub są tylko nieliczne zjawiska osłuchowe pod postacią rzężeń i trzeszczeń, pomimo rozległy zmian głównie typu śródmiąższowego w obrazie radiologicznym. W diagnostyce tych zakażeń największe znaczenie praktyczne mają badania serologiczne, które mogą potwierdzić wstępne rozpoznanie kliniczne i radiologiczne. Podstawą rozpoznania zakażenia *Mycoplasma pneumoniae* jest wzrost miana IgM (po tygodniu od zakażenia) oraz dynamiki we wzroście miana IgG (czterokrotnie w ciągu 10-14 dni), co z kolei wymaga dwukrotnego oznaczenia. Nie można opóźniać leczenia w oczekiwaniu na wyniki badania serologicznego. Wysłunięcie podejrzenia atypowego zapalenia płuc nakazuje rozpoczęcie leczenia antybiotykami; lekiem z wyboru są makrolidy [19, 20, 21, 22, 23, 24, 25].

III - Kaszel w przebiegu krztuśca (koklusz) tzw. "100 dniowy kaszel"

Krztusiec to zapomniana przyczyna podostrego/przewlekłego kaszlu, która obecnie nabiera szczególnego znaczenia, ze względu na wzrost zachorowań w różnych grupach wiekowych (szczególnie u młodzieży i dorosłych). Wymaga szerszego omówienia ze względu na obraz kliniczny i znaczenie epidemiologiczne.

Zwraca uwagę fakt, że niekiedy objawy utrzymują się przez kilka miesięcy!, stąd określenie hundred day cough - 100 dniowy kaszel, a więc zdecydowanie dłużej niż kaszel poinfekcyjny powodowany przez inne patogeny.

Dlatego krztusiec może być również przyczyną kaszlu kwalifikowanego jako przewlekły tj. trwający powyżej 8 tygodni.

Częstym błędem jest pomijanie tej choroby w diagnostyce różnicowej przyczyn przedłużającego się kaszlu.

Wynika to z różnych przyczyn m.in. niecharakterystycznego obrazu klinicznego u części chorych oraz zapominaniu o fakcie, że istnieją różnice osobnicze w odpowiedzi immunologicznej po szczepieniu przeciw krztuścowi, co ma wpływ na jej skuteczność i czas trwania ochrony. Co istotne, zarówno odporność poszczepienna, jak i po przechorowaniu nie utrzymuje się przez całe życie (zwykle od kilku do kilkunastu lat).

Krztusiec przebiega w trzech fazach: I - nieżytowa (przypominająca infekcję wirusową), II - napadowego kaszlu, III - zdrowienia. Każdej z tych faz może towarzyszyć kaszel o różnym obrazie klinicznym i stopniu nasileniu objawów. Najbardziej charakterystyczna jest druga faza - napadowy kaszel. Z kolei postać o nietypowym przebiegu stanowi większy problem diagnostyczny. Ma to istotne znaczenie ze względu na fakt, że występowanie nietypowych objawów może opóźnić rozpoznanie i wdrożenie odpowiedniego leczenia, przede wszystkim istotnego ze względu na dużą zakaźność pałeczek krztuśca. Szczególnie zagrożone są osoby, które nie otrzymały pełnego cyklu szczepień i z niedoborami odporności [16, 26, 27, 28, 29, 30, 31].

Postać subkliniczna lub o nietypowym przebiegu występuje częściej u młodzieży i dorosłych.

Typowy obraz kliniczny to triada objawów: silny, napadowy kaszel z charakterystycznym dźwiękiem przy wdechu przypominającym pianie koguta i/lub wymiotami.

Ogólna charakterystyka kaszlu w przebiegu krztuśca:

- 1) napadowy, intensywny o różnej częstotliwości,**
- 2) suchy z trudnościami w odkrztuszaniu gęstej, lepkiej wydzieliny,**
- 3) tzw. pianie koguta (zwykle nieobecne u dorosłych!),**
- 4) napady często pojawiają się w nocy lub są stymulowane pod wpływem zimna i innych nieswoistych czynników,**
- 5) objawy towarzyszące w trakcie napadów: wymioty, bezdech, sinica, uczucie duszności, 6) czas trwania: zwykle 4-6 tygodni, czasami powyżej 8 tygodni,**
- 7) uporczywy, trudny do leczenia,**
- 8) różnicowanie: astma, alergia, zapalenie krtani.**

Klasyczny obraz kliniczny krztuśca spotyka się rzadziej u młodzieży i dorosłych, a nowe zachorowania cechuje odmienny, niecharakterystyczny przebieg kliniczny, bez typowych napadów. W obrazie klinicznym zwykle dominuje uporczywy, przedłużający się kaszel [16, 26, 27, 28, 29, 30, 31].

Leczenie

U chorych, u których podejrzewamy krztusiec należy włączyć leczenie antybiotykami, ale tylko w okresie zakaźnym tj. w ciągu pierwszych 3-4 tygodnie od wystąpienia pierwszych objawów. W praktyce wygląda to tak, że zwykle najwcześniej antybiotykoterapię stosuje się w momencie pojawienia się napadowego kaszlu (jeżeli w ogóle pomyślimy o krztuscu jako przyczynie kaszlu!). Faza nieżytowa jest niecharakterystyczna i poza nielicznymi sytuacjami klinicznymi (np. dane epidemiologiczne), krztusiec nie jest brany pod uwagę w diagnostyce różnicowej. Lekami pierwszego rzutu są makrolidy. Istnieją sugestie, że antybiotykoterapia zastosowana we wczesnej fazie choroby może wpłynąć na przebieg naturalny kaszlu. Jakkolwiek brak pewnych danych naukowych wg standardów medycyny opartej na dowodach naukowych (evidence based medicine) [16, 29, 32, 33]. Zachorowanie/podejrzanie krztusca wymaga zgłoszenia do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

W potwierdzeniu rozpoznania znaczenie mają: 1) hodowla bakterii wyizolowanych z nosa i gardła na specjalnych podłożach, 2) techniki PCR (reakcja łańcuchowa polimerazy; Polymerase Chain Reaction) 3) testy serologiczne: wzrost miana przeciwciał w klasie IgA i IgG [27, 33]. Znaczenie poszczególnych badań oraz kolejność ich wykonywania nie będą szczegółowo omawiane w tym opracowaniu.

Chory z podoстрыm kaszlem, u którego wykluczono powyższe przyczyny wymaga zastosowania schematów diagnostycznych obowiązujących w diagnostyce przewlekłego kaszlu. Jakkolwiek każdy pacjent wymaga indywidualnego podejścia z uwzględnieniem własnych doświadczeń lekarza w zakresie diagnostyki i leczenia kaszlu.

Praktyczne aspekty postępowania z chorym z kaszlem przewlekłym oraz diagnostykę kaszlu omówiono w drugiej części artykułu zatytułowanej: "Kaszel w praktyce klinicznej - fakty i kontrowersje (część II - przewlekły kaszel)"



Piśmiennictwo dostępne w redakcji.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. med. Alicja Kasperska-Zajac Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii SUM ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10 41-800 Zabrze tel: (+48) 323732323; email: kasperska@plusnet.pl

Pracę nadesłano 2014.09.10

Zaakceptowano do druku 2014.09.22

Konflikt interesów nie występuje.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)