

Διαγνωστική προσέγγιση βασισμένη σε κλινικά και μη δεδομένα: το πρότυπο του χρόνιου βήχα

Κώστας Ν. Πρίφτης

Αναπληρωτής καθηγητής Παιδιατρικής – Παιδιατρικής Πνευμονολογίας
Παιδοπνευμονολογική – Παιδοαλλεργιολογική Μονάδα

Γ' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

kpriftis@otenet.gr, kpriftis@med.uoa.gr

Η άσκηση της κλινικής ιατρικής είναι τέχνη. Απαιτεί γνώση, εμπειρία και προσωπική σχέση με τον ασθενή και το πρόβλημά του. Παρότι η επιστημονική μεθοδολογία βασίζεται στην τεκμηριωμένη πληροφορία και δεν ενθαρρύνει ατεκμηρίωτους αυτοσχεδιασμούς, η αρχή πως *δεν υπάρχουν αρρώστιες αλλά άρρωστοι*, είναι διαχρονική και επιβεβαιώνεται καθημερινά.

Στην παιδιατρική πράξη η περίπτωση του χρόνιου βήχα είναι μια πρόκληση. Ο γιατρός που καλείται να τον διαχειριστεί διαπιστώνει πως είναι απαραίτητο να κινείται επί τη βάση αρχών, αλλά, καθόλου σπάνια, βιώνει παράλληλα την ανατροπή και τα αδιέξοδα της *επιστημονικής* λογικής. Εκεί χρειάζεται το εναλλακτικό σχέδιο, αλλά και προσαρμογή του στον συγκεκριμένο ασθενή και το πρόβλημά του.

1. Αρχές διαγνωστικής διαδικασίας

Όταν ο κλινικός γιατρός δέχεται στο ιατρείο του τον ασθενή για να του λύσει το πρόβλημα που τον απασχολεί, πριν σκεφτεί πώς θα το αντιμετωπίσει, τί θα χορηγήσει, πρέπει να αντιληφθεί με ακρίβεια το πρόβλημα, να θέσει τη διάγνωση του υποκείμενου νοσήματος. Ακολουθεί την τυποποιημένη ασφαλή διαδικασία που άλλες φορές είναι απλή και σύντομη, άλλες φορές σύνθετη και χρονοβόρα. Περίπου πάντοτε σημείο εκκίνησης της διαδικασίας αποτελεί το αρχικό κλινικό δεδομένο. Αναφέρεται ως *κύριο σύμπτωμα (presenting symptom)*. Αναζητούνται τα ειδικά χαρακτηριστικά του, τα συμπτώματα που το συνοδεύουν και τα *ευρήματα* ή *σημεία* από την κλινική εξέταση. Μέσα από τον συνδυασμό των δεδομένων που αθροίζονται πιθανολογείται η διάγνωση. Επικουρικά, συχνά ζητείται περαιτέρω έλεγχος. Πρόκειται για τις *Εξετάσεις* που μπορεί να είναι *Παρακλινικές* ή

Εργαστηριακές. Οι πρώτες εκτελούνται *παρά την κλίνη* του ασθενούς (π.χ. ηλεκτροκαρδιογράφημα, σπιρομέτρηση), οι δεύτερες στο *Εργαστήριο* (π.χ. γενική αίματος, καλλιέργεια πτυέλων) σε βιολογικό δείγμα που λαμβάνεται από τον ασθενή (π.χ. αίμα, πτύελα) ή σε μέρος/μέλος του σώματος του ίδιου του ασθενή (π.χ. ακτινογραφία θώρακος).

Συνήθως ο κλινικός γιατρός αρκείται στην *πιθανολογούμενη διάγνωση*, αφού η θεραπευτική αγωγή, ούτως ή άλλως, θα είναι *εμπειρική* και η ακριβής διάγνωση δεν αναμένεται να την τροποποιήσει, άρα, δεν είναι απαραίτητη.

Γενικά, συνιστάται το κλινικό πρόβλημα να αντιμετωπίζεται στη βάση του προφανούς, χωρίς περιττούς χειρισμούς, με σχέδιο και ασφάλεια για τον ασθενή. Αν υπάρχουν στοιχεία που θέτουν την υποψία ειδικότερων διαγνώσεων επιβάλλεται επέκταση του ελέγχου με περαιτέρω διαγνωστικούς χειρισμούς.

2. Το πρότυπο του χρόνιου βήχα

Η διάγνωση των νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στα στοιχεία που προκύπτουν από το ιστορικό και τη φυσική εξέταση.

Λόγω του περιορισμένου αριθμού συμπτωμάτων από το αναπνευστικό σύστημα δίνεται ξεχωριστή σημασία στα χαρακτηριστικά τους, και καταβάλλεται προσπάθεια ώστε η περιγραφή τους να είναι ακριβής και λεπτομερής. Στην περίπτωση των παιδιατρικών ασθενών, που συνήθως τα συμπτώματα δεν περιγράφονται από τα ίδια τα παιδιά αλλά από τους γονείς τους, λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος που το προσλαμβάνουν και το αποδίδουν οι γονείς.

Ο βήχας αποτελεί ενοχλητικό σύμπτωμα για τον παιδιατρικό ασθενή και η προσπάθεια θεραπευτικής παρέμβασης θεωρείται αυτονόητο καθήκον του ασκούντος παιδίατρου ή όποιου γιατρού ασκεί πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ωστόσο, αυτή η αίσθηση παροχής βοήθειας και ανακούφισης από το ενοχλητικό σύμπτωμα συχνά οδηγεί σε υπερβολές. Οδηγεί στην άσκοπη χορήγηση αντιβηχικών και στην υπερσυνταγογράφηση αντιασθματικής αγωγής. Οι διαγνωστικοί και θεραπευτικοί χειρισμοί τελικά πρέπει να οργανώνονται στη βάση συγκεκριμένων κριτηρίων.

Δια βραχέων, τα βήματα που πρέπει να ακολουθεί ο γιατρός που καλείται να διαχειριστεί το πρόβλημα του ενοχλητικού βήχα του νεαρού ασθενή του είναι τα ακόλουθα.

2.1. Αξιολόγηση

Πρώτο βήμα στην αξιολόγηση του παιδιού με βήχα είναι ο προσδιορισμός της **διάρκειας** του βήχα. Εκτιμάται αν είναι πρόβλημα ημερών (λίγων ή πολλών), εβδομάδων (λίγων ή πολλών), αν είναι σταθερός ή με υφέσεις και εξάρσεις, αν είναι προσδευτικά υφιέμενος ή επιδεινούμενος.

Μετά, χρειάζεται να προσδιορίσει τα **χαρακτηριστικά** του βήχα. Πρέπει να διευκρινίσει αν ο βήχας είναι *ξηρός* ή *υγρός*. *Παραγωγικός* χαρακτηρίζεται ο βήχας που καταλήγει σε απόχρεμψη πτυέλων και αφορά συνήθως σε μεγαλύτερα παιδιά, αφού τα μικρότερα τα καταπίνουν. Αν τελικά υπάρχει απόχρεμψη, διευκρινίζεται το χρώμα των πτυέλων (διαυγή, λευκά, κίτρινα, πράσινα), η ποσότητα και η σύστασή τους (ιξώδης, υδαρής).

Όσον αφορά στη χροιά, τύποι βήχα που ξεχωρίζουν είναι ο *υλακώδης* (π.χ. λαρυγγίτιδα), ο *μεταλλικός* (π.χ. βρογχίτιδα από μυκόπλασμα της πνευμονίας), ο *βροντώδης* ή *δονητικός* (π.χ. τραχειομαλάκυνση). Ως προς την ένταση γίνεται διάκριση σε *ήπιο* και *έντονο*.

Αξιολογείται ο αριθμός των βηχικών ώσεων π.χ. *μονήρης*, *παροξυντικός* (κοκκύτης), η διάρκεια της βηχικής ώσης π.χ. *κοντόβηχας* (πνευμονία), *κοφτός* (πνευμονία από χλαμύδια) και η ιδιαιτερότητα της αντήχησης π.χ. *εκρηκτικός* (ψυχογενής).

Με στοχευμένες ερωτήσεις διευκρινίζεται πότε εμφανίζεται ο βήχας (ώρα της ημέρας, περίοδος του χρόνου), αν επιμένει στον ύπνο και τι τον επιδεινώνει. Ερωτάται αν επιδεινώνεται από τα συνήθη εκλυτικά αίτια των ασθματικών συμπτωμάτων, όπως η άσκηση, το κλάμα, το γέλιο, η εισπνοή κρύου αέρα, το παθητικό κάπνισμα, η έκθεση σε αλλεργιογόνα. Αν εμφανίζεται με τη σίτιση ή την κατάποση υποδηλώνει εισροφήσεις.

Τέλος, διευκρινίζεται αν ο βήχας αποτελεί μεμονωμένο σύμπτωμα ή συνοδεύεται από άλλες εκδηλώσεις, όπως πυρετό, συριγμό, αναπνευστική δυσχέρεια. Ακόμα, έχει σημασία αν το παιδί έχει πρόσφατη απώλεια ή δυσκολία πρόσληψης βάρους, αν έχει όψη χρονίως πάσχοντος και αν τα επεισόδια σχετίζονται με λοιμώξεις από άλλα συστήματα που πιθανόν παραπέμπουν σε διαταραχή της ανοσιακής του ικανότητας. Αν συνυπάρχουν επίμονες ρινίτιδες και ρινοκολίτιδες, οπότε ίσως πρόκειται για σύνδρομο πρωτοπαθούς δυσκινησίας κροσσών. Υποτροπιάζων βήχας με συριγμό μπορεί να οφείλεται σε απόφραξη των αεραγωγών από άλλα αίτια εκτός του άσθματος, όπως είναι η εισρόφηση ξένου σώματος, η κυστική ίνωση, ο όγκος μεσοθωρακίου κ.λπ. Επί συνοδού αφωνίας ή δυσφωνίας ίσως υπάρχει βλάβη στο επίπεδο του λάρυγγα συγγενούς ή επίκτητης αιτιολογίας (π.χ. θηλώματα, ξένο σώμα).

Ανάλογα με τα δεδομένα που θα προκύψουν από το ιστορικό και την φυσική εξέταση πιθανολογείται η διάγνωση και αποφασίζεται τυχόν ανάγκη περαιτέρω ελέγχου. Γενικά, η προσπάθεια στοχεύει στη συλλογή επαρκών κλινικών στοιχείων ικανών να οργανώσουν κατά το δυνατόν την εξαγωγή ασφαλών διαγνωστικών συμπερασμάτων. Επικουρικά ζητούνται εξετάσεις με φειδώ. Η παραπομπή για έλεγχο στηρίζεται στο ερώτημα αν από τις πιθανές απαντήσεις θα τροποποιηθεί το διαγνωστικό σκεπτικό και εξ αυτού το θεραπευτικό πλάνο.

2.2.Αντιμετώπιση

Για την αντιμετώπιση του βήχα που απασχολεί το πρώτο ερώτημα που πρέπει να απαντηθεί είναι αν πρόκειται για βήχα στα πλαίσια κοινής ιογενούς λοίμωξης του αναπνευστικού συστήματος ή όχι. Στην περίπτωση που δεν πρόκειται για κοινή ιογενή λοίμωξη, ακολουθεί το ερώτημα αν πρόκειται για κατάσταση που απαιτείται ειδικότερη θεραπευτική αγωγή. Τέλος, το ερώτημα που καλούμαστε να απαντήσουμε είναι αν υπάρχει πιθανότητα συνθετότερης/χρονιότερης υποκείμενης νόσου.

Το πρώτο ερώτημα, αν ο βήχας εκδηλώνεται στα πλαίσια οξείας ιογενούς λοίμωξης απαντάται μάλλον εύκολα, σύμφωνα με τα κλινικά κριτήρια (βραχύ ιστορικό, συνοδά συμπτώματα από ανώτερο αναπνευστικό κ.λπ). Αν ναι, περίπου πάντοτε, ο βήχας πρέπει να αντιμετωπισθεί ως αυτοϊώμενος. Αν όχι, -απουσία συμπτωμάτων ανώτερου αναπνευστικού, θορυβώδης εικόνα, παρατεταμένης διάρκειας, συνοδός πληκτροδακτυλία κ.λπ-, ανάλογα με την πιθανολογούμενη διάγνωση, πρέπει αποφασισθεί η θεραπευτική αγωγή.

Η άμεση αγωγή εξαρτάται από την ένταση του συμπτώματος και από τα συνοδά συμπτώματα και ευρήματα. Για παράδειγμα, ίσως χρειάζεται να χορηγηθεί αντιβίωση ή αντιασθματική αγωγή. Επίσης, πάντοτε στη σκέψη του κλινικού γιατρού υπάρχει η υποψία εισρόφησης ξένου σώματος. Αν τα δεδομένα συνάδουν, η προσέγγιση αλλάζει άρδην.

Σε περίπτωση χρόνιου ή υποτροπιάζοντα βήχα αναζητείται τυχόν υποκείμενη νόσος. Και δω, ανάλογα με τα κλινικά χαρακτηριστικά οργανώνεται ο αντίστοιχος έλεγχος και χορηγείται η κατάλληλη αγωγή.

Ξεχωριστή σημασία δίνεται στα κλινικά χαρακτηριστικά του βήχα που μας οδηγούν στη σωστή επιλογή και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα που θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

Ο ξηρός βήχας που εκδηλώνεται με το τρέξιμο, το κρύο, το γέλιο υποδηλώνει βρογχική υπεραπαντητικότητα, οπότε χορηγείται, έστω δοκιμαστικά, αντιασθματική αγωγή. Πολύ περισσότερο, όταν ο βήχας συνοδεύεται από συριγμό ή υπάρχει ιστορικό ασθματικών παροξυσμών. Ο ξηρός που μετά λίγες ημέρες μετατρέπεται σε υγρό, συνήθως παραπέμπει σε ιογενή τραχειοβρογχίτιδα, συνεπώς δεν υπάρχει ένδειξη χορήγησης αντιβίωσης. Ο ξηρός, μεταλλικός, ίσως παροξυντικός βήχας μπορεί να προέρχεται από λοίμωξη με άτυπα βακτήρια (μυκόπλασμα, χλαμύδια). Αν είναι νωρίς μπορεί να βοηθήσουν οι μακρολίδες. Αν είναι ήδη πολλές ημέρες που επιμένει, μάλλον ούτε οι μακρολίδες θα τροποποιήσουν την πορεία της νόσου.

Ο επίμονος βροντώδης βήχας, με ή χωρίς εκκρίσεις, δεν είναι λαρυγγίτιδα, δεν είναι άσθμα, είναι τραχειομαλάκυνση. Μπορεί λόγω της κακής παροχέτευσης να βοηθήσουν τα αντιβιοτικά. Τότε, πρέπει να απαντηθεί το ερώτημα αν πρόκειται για πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή τραχειομαλάκυνση. Σε περίπτωση δευτεροπαθούς, ανάλογα με το υποκείμενο αίτιο θα χρειαστεί διαφορετικός χειρισμός (αγγειακός δακτύλιος, πίεση από παρακείμενο μόνιωμα, χειρουργηθέν τραχειο-οισοφαγικό συρίγγιο κλπ).

Συχνά αξιοποιείται το θεραπευτικό αποτέλεσμα ως διαγνωστικό κριτήριο. Για παράδειγμα, η ανταπόκριση στα βρογχοδιασταλτικά υποδηλώνει υποκείμενη φλεγμονή ασθματικού τύπου. Αν δεν υπάρχει ανταπόκριση θα πρέπει να διακόπτεται η αντιασθματική αγωγή. Χρήσιμη πρακτική που ακολουθείται ενίοτε είναι η ολιγοήμερη χορήγηση συστηματικών κορτικοστεροειδών. Επί μη μεταβολής την εικόνα η εκδοχή του άσθματος αποκλείεται.

3. Σύνοψη

Το πρότυπο του χρόνιου βήχα αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα της διαγνωστικής μεθοδολογίας που πρέπει να ακολουθείται προκειμένου να διαχειριστεί ο κλινικός γιατρός το πρόβλημα του παιδιού με τον επίμονο ή ενοχλητικό βήχα. Είναι απαραίτητο να κινείται επί τη βάση σχεδίου. Οδηγά σημεία είναι οι (λεπτομερείς) κλινικές πληροφορίες. Ανάλογα αποφασίζεται αν θα τηρηθεί στάση αναμονής με το σκεπτικό της αυτοϊασης, αν θα χορηγηθεί θεραπευτική αγωγή ή θα προγραμματιστεί άμεσα περαιτέρω έλεγχος. Ανάλογα με την κλινική πορεία ή την ανταπόκριση στην αγωγή ή τις απαντήσεις από τον έλεγχο σχεδιάζονται τα επόμενα βήματα.

Οι αποφάσεις του κλινικού συνιστάται να λαμβάνονται με αποκλειστικό κριτήριο το συμφέρον του ασθενούς. Αυτό σημαίνει πως ο γιατρός ενεργεί συστηματικά, αποφεύγει τις

υπερβολές ή τις παραλήψεις και βρίσκεται σε ετοιμότητα εφαρμογής εναλλακτικού σχεδίου αν οι συνθήκες το επιβάλλουν. Πάντοτε οι αποφάσεις του να είναι προσωποποιημένες, προσαρμοσμένες στις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς. Όσα ισχύουν στον ένα δεν ισχύουν υποχρεωτικά και στον άλλον, έστω και αν νοσούν και οι δύο από το ίδιο νόσημα.

Συνιστώμενη βιβλιογραφία

Gardiner SJ, Chang AB, Marchant JM, Petsky HL. *Codeine versus placebo for chronic cough in children*. Cochrane Database Syst Rev 2016; 7:CD011914.

Hay AD. *Development and internal validation of a clinical rule to improve antibiotic use in children presenting to primary care with acute respiratory tract infection and cough: a prognostic cohort study*. Lancet Respir Med 2016; 4:902-10.

Kantar A. Update on Pediatric Cough. Lung 2016; 194:9-14.

Marchant J, Masters IB, Champion A, Petsky H, Chang AB. *Randomised controlled trial of amoxicillin clavulanate in children with chronic wet cough*. Thorax 2012; 67:689-93.

Shields MD, Bush A, Everard M L, McKenzie S, Primhak R, on behalf of the British Thoracic Society Cough Guideline Group. *Recommendations for the assessment and management of cough in children*. Thorax 2008; 63(Suppl III):iii1–iii15.

Petsios KT, Priftis KN, Tsoumakas C, Perperoglou A, Hatziaorou E, Tsanakas JN, Androulakis I, Matziou VN. Cough affects Quality of Life in asthmatic children aged 8-14 more than other asthma symptoms. Allergol Immunopathol (Madr) 2009; 37:80-8.