

Príznaky ochorení dýchacieho systému

Rozpoznanie príznakov respiračných ochorení je základnou znalosťou každého lekára. Spolu s ďalšími nálezmi z fyzikálneho vyšetrenia vás môžu posunúť o krok bližšie k správnej diagnóze. Okrem teoretických vedomostí o príznakoch a ochoreniach, na ktoré môžu poukazovať, je potrebné empaticky počúvať ťažkosti pacienta, z ktorých môžeme vyčítať príznaky, ktoré nám pacient sám nepovie.

Kašeľ

Kašeľ je obranný reflex, ktorý vedie k odstráneniu cudzieho telesa (napr. hlienu) z dýchacích ciest prudkým výdychom proti uzavretej hlasivkovej dutine.

Klasifikácia kašľa:

- Podľa trvania
 - **Akútny** (1-3 týždne)
 - **Subakútny** (3-8 týždňov)
 - **Chronický** (viac ako 8 týždňov)
- Podľa prítomnosti a charakteru sekrétu
 - **Suchý**, dráždivý kašeľ
 - infekcie horných dýchacích ciest, najmä vírusového pôvodu
 - astma, gastroezofageálny reflux, nádory, obštrukcia horných DC
 - vedľajšie účinky liečby niektorými liekmi (napr. ACE-inhibítormi).
 - **Vlhký**, produktívny kašeľ
 - je spojený s vykašliavaním spúta (expektoráciou)
 - vykašliavané spútum môže byť serózne, hnisavé, hnilobné, hrdzavé, spenené
 - Podľa časového kontextu
 - **Paroxyzmálny**
 - **Nočný**
 - **Pretrvávajúci**

Vykašliavanie hnisavého spúta môže sprevádzať zápal dýchacích ciest alebo zápal pľúc a dlhodobé vykašliavanie serózneho spúta je typické pre dlhšie sa rozvíjajúci pľúcny edém. Diagnóza pacienta sa však vždy stanovuje po komplexnom zhodnotení klinického stavu a paraklinických vyšetrení.

Takzvané "**červené vlajky**", t. j. údaje, ktoré by nás mali upozorniť na možnú závažnú diagnózu u pacienta s kašľom, sú:

- **Hemoptýza**
- **Duchovnosť**
- **Horúčka**
- **Boleť na hrudníku**
- **Úbytok hmotnosti**

Ak má pacient jeden alebo viacero z uvedených príznakov, je potrebné dôkladne vyšetriť príčinu kašľa!

Dýchavičnosť

Dýchavičnosť je subjektívny pocit nedostatku vzduchu, ktorý je zvyčajne sprevádzaný zvýšeným dýchacím úsilím pacienta. Okrem ochorení dýchacieho systému je častým príznakom pri ochoreniach kardiovaskulárneho systému, ťažkých anémiách alebo môže byť psychogénneho pôvodu.

POZOR

Pacient s náhlym nástupom alebo progresívnou dýchavičnosťou môže byť akútne ohrozený na živote! Ak sa vo svojej praxi stretnete s takýmto pacientom, musíte okamžite upozorniť lekára na zhoršujúci sa stav a medzitým monitorovať životné funkcie.

Podľa fázy, na ktorú je dýchavičnosť viazaná, rozlišujeme dýchavičnosť:

- **Expiračnú**
 - Ťažký a predĺžený výdych
 - Typicky pri bronchiálnej astme
- **Inspiračnú**
 - Ťažký nádych
 - Najčastejšie spôsobené obštrukciou horných dýchacích ciest, fibrózou, edémom...
- **Zmiešanú**

Dýchavičnosť môže súvisieť s polohou pacienta. Dýchavičnosť v polohe na chrbte (ortopnoe) je charakteristická pre pacientov s preťažením pľúcneho obehu, často na základe ľavostranného srdcového zlyhania, a môže pacienta v noci budiť a nútiť ho, aby si pod seba pridával vankúše.

Dýchavičnosť pri bronchiálnej astme sa zvyčajne vyskytuje medzi treťou a piatou hodinou ráno (súvisí s poklesom hladiny steroidných hormónov) a sprevádza ju wheezing.

Dýchavičnosť pri CHOCHP je bežná ráno po prebudení a sprevádza ju produktívny kašeľ s masívnym vykašľaním spúta.

Dýchavičnosť v stoj (platypnoe) s úľavou pri ľahnutí je zriedkavá, vyskytuje sa pri niektorých srdcových chybách s pravo-ľavým skratom.

Chripot

Chripot je najčastejším príznakom ochorenia hrtana. Jej výskyt bez zjavnej príčiny môže byť prvým príznakom nádorového procesu v hrudnej dutine, ktorý spôsobuje útlak n. laryngeus recurrens.

Stridor

Stridor je ostrý pískavý zvuk počuteľný na diaľku. Pri vdychu ho spôsobuje prekážka vo veľkých dýchacích cestách, najčastejšie nádor, zápal, zriedkavo cudzie vdýchnuté teleso alebo porucha funkcie hlasiviek. U dospelých sa prejavuje až pri výraznej stenóze. Stridor pri výdychu poukazuje na veľmi pokročilú obštrukciu malých dýchacích ciest

Hemoptýza

Pri vykašliavaní krvi primiešanej do spúta hovoríme o **hemoptýze**, pri vykašliavaní (vypľutí) väčšieho množstva krvi hovoríme o **hemoptóze**. Niťovité zrazeniny môžu byť príznakom rakoviny, vykašliavanie veľkého množstva čerstvej krvi je život ohrozujúci stav a krvácanie treba čo najskôr zastaviť a vyšetriť jeho zdroj!

Vykašliavanie krvi z dýchacích ciest treba odlíšiť od vykašliavania krvi prehltnutej pri krvácaní z nosa a úst. Taktiež je potrebné odlíšiť vykašliavanie krvi od vracania krvi - **vykašliavanie krvi je vždy spenené**.

Boleť na hrudníku

Boleť je subjektívny nepríjemný pocit, ktorý sprevádza rôzne ochorenia ľudského tela, často je dôvodom prvej návštevy lekára. Boleť na hrudníku pochádza pri ochoreniach dýchacieho systému z parietálnej pleury alebo štruktúr mediastína. Samotný pľúcny parenchým nemá zmyslovú inerváciu.

Boleť, ktorá má pôvod v mediastinálnych orgánoch, sa najčastejšie opisuje retrosternálne a jej charakter sa nemení pri dýchaní alebo kašli. Samozrejme, bolesť na hrudníku úzko súvisí aj s ochoreniami kardiovaskulárneho systému. Pri bolesti na hrudníku je vždy potrebné myslieť na infarkt myokardu – potenciálne život ohrozujúci stav, ktorý musí byť vylúčený – radšej vykonať jedno EKG ako nerozpoznať, že ide o život !!!!

Pleurálna bolesť je ostrá, bodavá a zhoršuje sa pri dýchaní alebo kašli. Boleť z hornej tretiny pohrudnice je dobre lokalizovaná, z časti, ktorá leží na strednej bránici, vyžaruje bolesť do krku a ramien a bolesť z kaudálnej časti možno opísať ako bolesť brucha. Medzi ochorenia, ktoré môžu spôsobiť bolesť pohrudnice, patria zápal pľúc, pleuritída, pľúcna embólia, pneumotorax alebo zlomené rebrá.

Cyanóza

Cyanóza je modrasté až bordové sfarbenie kože a slizníc spôsobené cirkuláciou modrastej krvi v kapilárach a venulách. Modrasté sfarbenie krvi je najčastejšie spôsobené zvýšenou

koncentráciou deoxyhemoglobínu v krvi, ale môže byť spôsobené aj zvýšenou koncentráciou methemoglobínu alebo sulphemoglobínu. Cyanóza sa delí na **centrálnu** a **periférnu**.

Centrálna cyanóza vzniká v dôsledku nedostatočného okysličenia krvi v pľúcnom obehu, inými slovami, krv, ktorá opúšťa ľavé srdce a dostáva sa do systémového obehu, má zvýšenú koncentráciu deoxyhemoglobínu. Medzi najčastejšie príčiny centrálnej cyanózy patrí pľúcny edém, pneumónia a pravo-ľavý srdcový skrat.

Periférna cyanóza vzniká pri zvýšenej spotrebe alebo stagnácii kyslíka na periférii, a tým pri zvýšenej koncentrácii deoxyhemoglobínu v periférnych tkanivách. Môže byť prítomná u pacientov s nízkym srdcovým výdajom alebo cievny ochorením.

Pseudocyanóza je pojem, ktorý označuje modrasté sfarbenie kože spôsobené ukladaním pigmentu. Môže byť spôsobená niektorými ťažkými kovmi alebo liekmi.

Frekvencia dýchania a vzorce dýchania

Frekvencia dýchania a dychový vzor

Kľudová frekvencia dýchania u ľudí je **14-20 dychov za minútu**.

Tachypnoe znamená zvýšenie frekvencie dýchania na viac ako 25/min.

Bradypnoe označuje frekvenciu dýchania pomalšiu ako 12/min.

Tachypnoe môže byť prítomná napríklad u pacientov s horúčkou, záchvatom bronchiálnej astmy alebo zníženou schopnosťou okysličovať krv v pľúcach pri zápale pľúc alebo pľúcnom edéme. Bradypnoe môže byť spôsobená napríklad predávkovaním niektorými psychofarmakami alebo hypotyreózou a môže viesť k hyperkapnii (zvýšená koncentrácia CO₂ v krvi) a respiračnej acidóze.

Hyperventilácia je bežnou reakciou na úzkosť alebo emocionálny stres. Pacient s hyperventiláciou dýcha hlboko a nepravidelne, čo znamená, že nemôže naplniť pľúca vzduchom. To vedie k hypokapnii (znížená koncentrácia CO₂ v krvi) a respiračnej alkalóze. Respiračná alkalóza môže viesť k tetánii a kŕčom, mdlobám.

Kussmaulovo dýchanie je dýchanie s vyššou frekvenciou a amplitúdou (hlbkou dychu) u pacientov s metabolickou acidózou. Je to pokus o respiračnú kompenzáciu metabolickej acidózy. Tú môže spôsobiť napríklad diabetická ketoacidóza, zlyhanie obličiek alebo otrava salicylátmi.

Cheyneovo-Stokesovo dýchanie je periodické dýchanie, pri ktorom sa obdobie zvýšenej dychovej frekvencie a hlbokého dýchania strieda s obdobím plytkého pomalého dýchania až apnoe. Môže byť dôsledkom zníženej citlivosti dýchacieho centra na CO₂.

Literatúra:

FETISOVOVÁ, Ž. a kol. Klinická propedeutika ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie. Martin: Osveta, 2012. 228 s. ISBN 978-80-806-3373-8.

HEŘMAN, M. Základy radiologie. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2014. 320 s. ISBN 9788024429014.

LAZÚROVÁ, I., VALOČNÍKOVÁ, I. Interná propedeutika. 1. vyd. Martin : Osveta, 2014. 150 s. ISBN 9788081431364.

NEJEDLÁ, M. Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů. 1. vyd. Praha : GRADA, 2015. 240 s. ISBN 978-80-247-44025.

NEJEDLÁ, M. Fyzikální vyšetření pro sestry. 2. přepracované vydání. Praha : GRADA, 2015. 288 s. ISBN 978-80-247-9572-0.