

616.24—008.41:616—009.832

SYNKOPÁLNÍ STAVY PŘI KAŠLI

Major MUDr. Josef KVĚTENSKÝ, major MUDr. Vladimír ŠOŠOVEC, vojenská nemocnice, Ružomberok

Hodnocení krátkodobých stavů bezvědomí má z hlediska vojenského velký význam, a to jak diferenciálně diagnosticky a terapeuticky, tak i co do stanovení způsobilosti k vojenské službě. Těchto stavů není v běžné praxi mnoho, ale je třeba znát jejich podklad, průběh a možnosti jejich léčebného ovlivnění. V naší vojenské lékařské literatuře rozbor krátkodobých poruch vědomí dokonale provedl Jurkovič („Základy nemocničního a polního vnitřního lékařství“). Přesto se chceme v krátkém sdělení zmínit o zvláštním typu krátkodobého bezvědomí buď úplného, nebo alespoň o poruchách vědomí specificky vázaných na úporný přerušovaný záchvat kašle. Někdy toto krátkodobé bezvědomí předchází určité příznaky připomínající epileptickou auru, takže celý syndrom, někdy ještě sledovaný křečemi horních končetin, může dělat dojem epilepsie [9, 10]. Epileptická etiologie však u těchto stavů prokázána nebyla a je nepravděpodobná. Dovolujeme si podat krátký popis tří námi pozorovaných nemocných, poslaných do nemocnice na vyšetření s nesprávnou diagnózou:

Nemocný č. 1: Plk. z pov. J. Š., 45letý. Z anamnézy: Otec zemřel na „dýchavičnost“. Epilepsie v rodině nebyla. OA: častější epistaxe. NO: Asi 2 roky pozoruje časté recidivy kataru horních cest dýchacích, provázené častým úporným přerušovaným kašlem. Poslední půlrok značné zhoršení obtíží, hlavně nové záchvaty kašle. Takový „záchvat“ trvá vždy asi 30 vteřin až jednu minutu. Přitom nemocný pozoruje, že se mu „hrne“ krev do hlavy, pociťuje chvilkovou celkovou slabost. Když stojí, musí se něčeho chytit, aby nespádl. Dvakrát při takovém kašli ztratil vědomí. Vždy však jen na velmi krátkou dobu. Přitom se nepomočil, nepokousal. Kouří asi dvacet cigaret denně. Z celkového vyšetření: Kostra silná. Výživa velmi dobrá. Výška 174 cm; váha 89 kg. Puls 81/min., TK 110/70 mm Hg. Hrudník: souměrný, klenutý. Plíce: prodloužené expirium, provázené pískoty po celých plicích. Srdce: normální nález. Laboratorně: moč normální nález, FW 6/15. V obraze krevním žádná patologická úchyly. Sputum kultivačně: alfa — streptococcus, stafylococcus albus Plasmokoaguláza pozitivní. BWR: negat. Cholesterol

330 mg%. LOR: Venektasie Kieselbachova místa. Neurologické vyšetření: Frustní iniciální zániková hemiparéza vpravo. EEG: normální zápis. Rtg. srdce, plic: Srdce příčně uložené, hrot zanořený do bránice. Hilová a perihilózní kresba plicní je zmnožena, vybíhá hluboko do periférie. Spirometrické vyšetření (spirograf Chlup — Raclavský): Statické a dynamické hodnoty v mezích fyziologických, křivka rozepsaného výdechu normální. EKG: rytmus sinusový, frekvence 72/min., akce pravidelná. Horizontální poloha. Osa QRS 60°. Převodné doby v normálních hranicích. Jednotlivé komplexy normálně kreslené. Po stlačení karotických sinusů dochází ke značnému zpomalení frekvence na 50/min., bez pozoruhodných úchylek v kresbě křivky (obr. č. 1). Klinický závěr: Vlekly zánět průdušek, synkopální stavy při kašli. Celková incipientní arterioskleróza. Epistaxe. Po komplexní nemocniční a lázeňské léčbě se stav upravil. Katar průdušek ustoupil, záchvaty od té doby do nynějška, tj. jeden a půl roku, neměl.

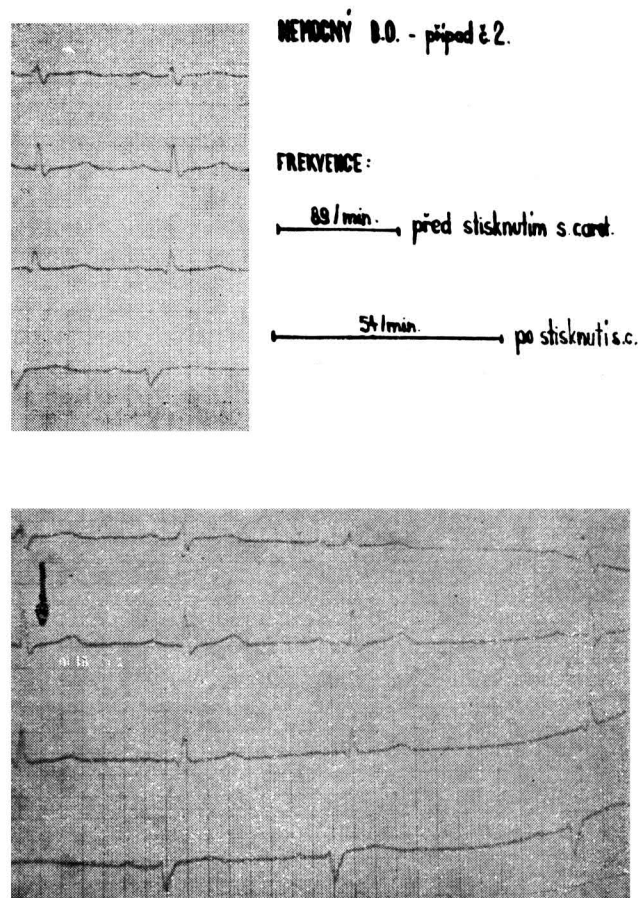
Nemocný č. 2: Příslušník MV, B. O., 35letý. RA nevýznamná. OA: V roku 1952 sinusitis maxillaris. NO: Asi dva měsíce pozoruje silný dráždivý kašel s expektorací hojného žlutozeleného sputa. Teploty má jen občas, něco přes 37° C odpoledne. Při záchvatu usilovného kašle vždy zmoudrá v obličeji, dvakrát ztratil vědomí, vždy asi na dvě minuty. Křeče přitom neměl, nepomočil se. Byl vyšetřován na neurologickém oddělení v místě své posádky. Pak odeslán do naší nemocnice s podezřením na epilepsii. Kouří asi 20 cigaret denně. Z celkového vyšetření: silné kostry, pyknického habitu. Výška 167 cm, váha 80 kg. Puls 80/min., pravidelný. TK 120/95 mm Hg. Chrup defektní. Hrudník symetrický. Plíce: poklep plný, jasný, bránice volně pohyblivá. Dýchání zhrublé, s častými vrzoty a pískoty, zvláště v inspiriu. Srdce: normální nález. Laboratorně: moč negat., FW 3/7, sputum kultivačně: stafylococcus albus. Cholesterol 241 mg%. Krevní obraz normální. Rtg. plic a srdce: Několik kalcifikátů v pravém hilu plicním, příčně uložené srdce, jinak beze změn. Neurologické vyšetření: Normální nález. EEG: Bez patologických změn. Spirografické vyšetření: Statické, dynamické hodnoty i rozepsaný výdech normální. LOR: Rhinitis atrofica, Pharyngolaryngitis chronica. EKG: Fyziologická křivka při příčně uloženém srdci. Klinický závěr: Vlekly katar průdušek, synkopální stavy při kašli. Po celkové nemocniční a lázeňské léčbě všechny obtíže ustoupily. Po jednorocím klinickém sledování je bez obtíží.

Nemocný č. 3: Obč. zam. K. L., 58letý, pracuje v prašném prostředí v textilce. RA: Dcera prodělala tbc. plic. OA: Dvakrát zápal plic v mladém věku. NO: Již asi 4 roky se

ambulantně léčí pro bolesti hlavy a častý katar průdušek. Pozoruje, že při každé recidivě kataru průdušek dochází u něho při některých záchvatech kašle ke krátkodobé ztrátě vědomí nebo k zvláštním křečím obou horních končetin. Při ztrátě vědomí padá na zem, jednou se při tom zranil na hlavě. Při záchvatu se nepomocí, nepokousá. Byl již několikrát vyšetřován na různých odděleních s podezřením na epilepsii a opakovaně hospitalizován na neurologických odděleních. Stav se vždy přechodně zlepšil. Jakmile se však vrátí kašel, vrací se i „záchvaty“. Nyní byl poslán znovu na vyšetření, zda nejde o nervovou chorobu. Kouří dýmku, rád se napije. Z celkového vyšetření: Kostra gracilní, pyknický habitus, puls 82/min., TK 105/60 mm Hg. V obličeji četné cévní ektasie. Spojivky zarudlé. Rty s cyanotickým nádechem. Chrup defektní. Hrudník klenutý, pohyblivost bránic obmezená. Plíce: poklep hypersonorní, dýchání zdrsnělé, expírium prodloužené. Časté pískoty a vrzoty po celých plicích v obou fázích. Srdce: poklepově nezvětšeno, akce pravidelná, ozvy čisté, ohraničené. Charakteristický nález: krátký, tlustý krk. Laboratorně: FW 24/49, moč negat., krevní obraz normální. Cholesterol 213 mg%, BWR negat., sputum kultivačně: alfa streptococcus, staphylococcus albus. Eozinofily v sputu nenalezeny. Oční vyšetření: Conjunctivitis chron. oc. utque., Angiopathia sclerotica I. stupně. Rtg. srdce a plic: Emfyzém plicní, příčně uložené srdce. Neurologické vyšetření: Areflexie šlachy Achilovy a medioplatární vlevo, jinak normální nález. Neurolog potvrzuje naši diagnózu. EEG: normální nález. EKG: nižší voltáž, horizontální poloha srdeční, jinak křivka v mezích normy. Klinický závěr: Vleklý katar průdušek. Synkopální stavy při kašli. Rozedma plicní. Celková arterioskleróza. Nemocný po komplexní léčbě propuštěn bez obtíží. Půl roku bez obtíží. Pak při recidivě bronchiálního kataru znovu pocíty mdloby při záchvatu kašle. Nyní půl roku po sanaci kataru průdušek bez obtíží.

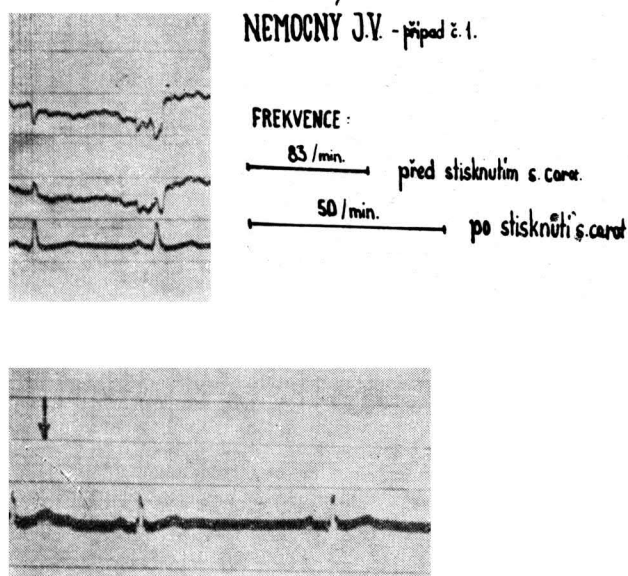
Diskuse

Popisovaný klinický syndrom ztráty vědomí, či poruchy vědomí v závislosti na kašli poprvé pozoroval Francouz Charcot roku 1876. Charcot považoval tento syndrom za určitý typ epilepsie a užíval termínu „vertige laryngé“. Od té doby



Obr. 2

Na horním grafu frekvence před stisknutím karotických sinusů, na dolním po stlačení. Došlo ke zpomalení frekvence z 89/min. na 54/min. (Mingo-Eléma, na obou grafech shora dolů svod 1, 2, 3 končetinový a V₁.)



Obr. 1

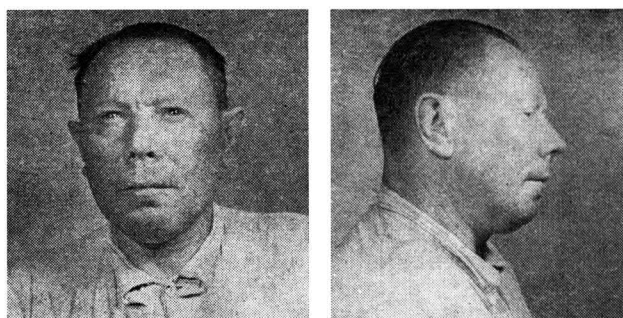
Na končetinových svodech je na horní křivce vidět, že frekvence před stisknutím karotických sinusů byla 83/min., na dolním grafu po stisknutí (šipka) se frekvence zpomalila na 50/min. (EKG Triplex, horní tři svody končetinové, dole třetí končetinový.)

byl zaznamenáván jak v literatuře internistické, neurologické, popřípadě otorinolaryngologické. Po bližším prostudování bylo upozorněno na to, že syndrom nemá vztah k epilepsii, ale že jde o záležitost čistě oběhovou (2, 3, 4). Závislost na kašli byla pak znázorňována v názvech jako: ictus larynge, cough syncope, syncope after coughing, tussive syncope, tussigenic syncope, ictus bronchitique, syncope à la toux a jiné (1–13).

Patogeneze tohoto syndromu není doposud úplně jasná. Celá řada autorů se ji pokoušela objasnit (4, 5, 11, 12). Z jejich závěrů je doposud jasné a jisté jen to, že příčinou ztráty vědomí anebo narušení vědomí je nedostatečné zásobování mozku kyslíkem. K němu může dojít mechanicky nebo reflektoricky. K mírné hypoxii mozku dochází při kašli téměř vždy, bezvědomí však nevzniká (6, 10, 12). Jestliže však dochází při kašli k bezvědomí, musí se zde uplatnit i někteří další patogenetické činitele. Je třeba upozornit na možnost cévní nedostatečnosti na podkladě arteriosklerózy (skoro vždy jsou synkopálními stavy poškozeni starší lidé), na stoupání nitrohrudního tlaku při kašli a tím způsobenou nedostatečnost srdeční (snížený žilný návrat k srdci a zmenšený tepový objem), na možnost

existence dráždivějšího sinusu karotického (16), na změny pH krve při kašli a tím ovlivněnou činnost chemoreceptorů v glomus caroticum a aorticum [3, 4, 12, 13]. Zajímavá jsou též klinická pozorování (i experimentálně ověřená), že u oploštělých emfyzematických bránic dochází při kašli k uškrcení dolní duté žíly a tím ke sníženému návratu žilnímu (15). U nemocných, jež jsme pozorovali, byl zajímavý nálezní relativně nižších hodnot krevního tlaku. (Vzhledem ke stáří nemocných a ke změnám svědčícím pro arteriosklerózu.) V patogeneze nemoci je tedy ještě mnoho nejasného. Je možné, že se uplatňují i další momenty, jako nadměrné kouření, nadměrné pití alkoholu atd.

Jak u případů v literatuře popisovaných (4, 9, 10), tak i u našich nemocných byl pozorován vždy určitý typický vzhled s pyknickým habitem, krátkým tlustým krkem a s častými ektaziemi cévními v obličeji, s inspiračním postavením hrudníku (viz obr. č. 4 a 5). V anamnéze bývají časté záněty průdušek. Nemocní pracují obvykle



Obr. 4 a 5

Nemocný K. V. — typický vzhled s krátkým krkem, otylostí a cévními ektaziemi v obličeji.

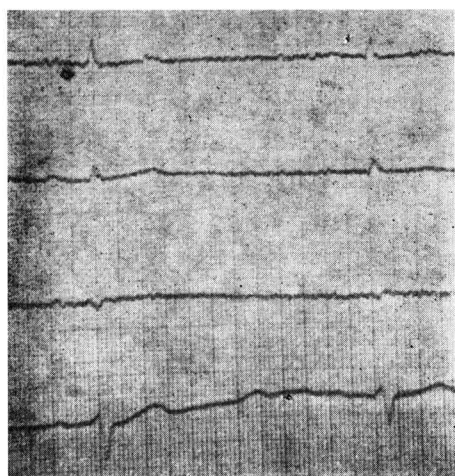
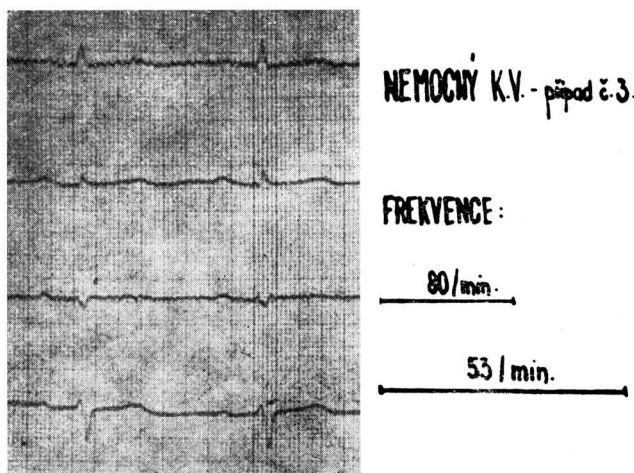
v prašném prostředí. Většinou jsou silní kuřáci. Epilepsie se v rodině našich nemocných nevyskytovala.

Kašel, který způsobuje synkopy, je charakteristicky záchvatovitý, kaskádový. Výraz během záchvatu je změněn. Žíly jsou více naplněné, barva kůže je temně rudá, až fialová. Někdy nemocný udává různé pocity těsně před tím, než dojde ke ztrátě vědomí. Pak padá k zemi, může dojít i k úrazu. V bezvědomí kašel přestává. Za krátkou dobu několika vteřin se vědomí vrací k normě. Naši nemocní nikdy neudávali ani pokousání, pomoci či jiné známky epileptického záchvatu. Po záchvatu neměli žádné obtíže. Někdy k úplné ztrátě vědomí nedošlo. Nemocní měli jen pocity slabosti, mdloby, dělali se jim „mžítka před očima“, museli se něčeho zachytit, aby neupadli. Většinou se udává, že k záchvatu dochází jen v poloze ve stoje (10). U našich nemocných došlo však k záchvatu i vleže.

Velmi důležitý je EKG nálezní. U našich nemocných potvrzoval jednak rtg. nálezní příčně uložené srdce, ale hlavně výrazné zpomalení akce srdeční po stisku jednoho nebo obou karotických sinusů, což se považuje za důležitý příznak tohoto onemocnění (4, 8, 10). Toto je vidět na obrázcích č. 1, 2 a 3. Přestávku v akci srdeční, ani jiné úchyly křivky jsme nezjistili. Stlačení karotických sinusů jsme prováděli jen krátkodobě pro velmi nepříjemné pocity nemocných a pro nežádoucí komplikace (10). K zpomalení frekvence srdeční po stisku sinusů dochází i u zdravých lidí. Toto zpomalení není však nijak význačné. (Vlastní zkušenost.) Udává se, že patologické jsou takové hodnoty, kde dochází k poklesu frekvence oproti normálu nejméně o 12 stahů. (9, 10, 12).

Neurologické vyšetření bylo u našich nemocných celkem normální. EEG vyšetření nesvědčilo pro epilepsii.

Léčení: V léčbě je nejdůležitější odstranit příčinu kašle, tj. léčit katary horních cest dýchacích a zlepšovat expektoraci. Nemocné je nutno vyloučit z prašného prostředí, zakázat kouření. U těch, kde byl dokázán dráždivější karotický sinus, se doporučuje obstrukce bifurkace společné krkavice 1% roztokem prokainu (4,



Obr. 3

Zpomalení frekvence po stlačení sinusů karotických u nemocného K. V. Došlo ke zpomalení frekvence o 17/min. (Mingo-Elema, svody 1, 2, 3 a VI. Na horním záznamu před stisknutím, dole po stisknutí.)

5, 10, 12, 13). Důležitou úlohu bude hrát i aktivní dechové cvičení jako součást preventivních opatření.

Z hlediska vojenského vleklý katar průdušek posuzujeme podle kritérií stanovených předpisem Zdrav II-1. Vleklé katary průdušek se synkopálními stavy navrhujeme posuzovat podle 502—b, i když nedochází k častým akutním exacerbacím. Podle závažnosti synkop, jejich častosti, doporučujeme individuální posouzení buď C₁ nebo C₂. V každém případě nemocný nemůže být schopen řadové služby. Samozřejmě, že před stanovením klasifikace je třeba provést u každého nemocného komplexní vyšetření, hlavně k odlišení epilepsie.

Popsaný klinický syndrom se pozná všude tam, kde se na něho myslí. Vzhledem k tomu, že jde o chorobu z hlediska prognostického celkem nezávažnou a její rozpoznání může uvést na správnou míru vážné podezření na epilepsii, považovali jsme za vhodné, seznámit s tímto syndromem širší okruh vojenských lékařů.

Souhrn

V práci je kauzistický rozbor tří nemocných se zvl. syndromem synkop, vázaných na úporný kašel. Krátce je prodiskutována etiologie choroby a poukázáno nejen na vliv vyvolávajícího kašle, ale i na ostatní patogenetické spolutčinitele. V dif. dg. je třeba odlišit hlavně epilepsii a tu upozorněno na význam elektrokardiografického vyšetření a vyšetření neurologického a EEG.

Písemnictví

1. Bajer A.: Lék. listy 15—18, 342, 1953.
2. Baker C.: Guv's Hosp. rep. 98, 132, 1949.
3. Mc Cann W., Bruce R., Lovejoy F.: Arch. Int. Med. 84, 845, 1949.
4. Derbes J., Kerr A.: Ann. intern. Med. 39/6, 1240, 1953.
5. Fiessinger, Noel: Diagnostics pratiques, str. 608, 1948.
6. McIntosh H. D., Ester E., Warren I. V.: Amer. Heart. J. 52/1, 70, 1956.
7. Ivančo I., Korpáš J.: Bratisl. lék. listy 34, 1391, 1954.
8. Jonáš V.: Klinická kardiologie, SZN, Praha 1950.
9. Kříž K.: ČLČ 14, 426, 1959.
10. Mojžíš A., Chrást B.: Vnitřní lék. 1, 45, 1959.
11. Peňáz J.: Pathologie a therapie nemocí vnitřních — IV.
12. Sharpey-Schafer E. P.: Brit. Med. Journal, 4841, 880, 1953.
13. Stucki P., Rey M., Luthy E.: Arch. des malad. du coeur et des vaisseaux 5, 433, 1955.
14. Whitby C. W.: Brain 66, 43, 1949.
15. Hadorn W.: Schweiz. Med. Wschr. 1, 1, 1958.
16. Jurkovič V., Dobiáš V.: Lék. zprávy VLA JEvP, 5—6, 101, 1957.