

I. Παρακλίνια Εξέταση

1. Η ΛΗΨΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Karen A. Fagan, M.D.

1. Τι είναι δύσπνοια και τι την προκαλεί;

Δύσπνοια είναι το υποκειμενικό αίσθημα δυσάρεστης ή δύσκολης αναπνοής. Παρ' ότι είναι ανώδυνη, δεν είναι καθόλου ευχάριστη. Οι πιο πολλοί ασθενείς αναφέρουν την δύσπνοια σαν "κοντή αναπνοή" ή σαν "απουσία αναπνοής". Οι ασθενείς βιώνουν την δύσπνοια όταν το έργο αναπνοής είναι μεγαλύτερο από δραστηριότητα την οποία έχουν. Το αίσθημα της δύσπνοιας δημιουργείται από την διέγερση περιφερικών και κεντρικών υποδοχέων που ελέγχουν την δραστηριότητα των αναπνευστικών μυών, την υποξία, την υπερκαπνία, την οξεοβασική ισορροπία, τον ερεθισμό των αεραγωγών και την αλλαγή στα χαρακτηριστικά της καμπύλης όγκου-πίεσης των πνευμόνων (π.χ. πνευμονική ίνωση, εμφύσημα).

Για την αιτιολόγηση του αισθήματος της δύσπνοιας ενοχοποιούνται διαταραχές από διάφορα συστήματα συμπεριλαμβανομένου του καρδιο-αναπνευστικού, του αίματος, της ψυχοκοινωνικής κατάστασης, του περιβάλλοντος (π.χ. μεγάλο υψόμετρο), τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά (π.χ. παχυσαρκία), ο πυρετός και το επίπεδο δραστηριότητας. Επίσης κάθε κατάσταση που αυξάνει το έργο της αναπνοής (π.χ. απόφραξη αεραγωγών, μειωμένη διατασιμότητα) συμβάλει στη δημιουργία του αισθήματος της δύσπνοιας.

2. Ποια χαρακτηριστικά της δύσπνοιας έχουν σημασία να αναγνωριστούν κατά την λήψη του ιστορικού;

Η δύσπνοια είναι ένα πολύ συχνό ενόχλημα. Τα διαφοροδιαγνωστικά χαρακτηριστικά του συμπτώματος αυτού θα βοηθήσουν τον κλινικό στην διαφορική διάγνωση της νόσου κατά την διάρκεια της λήψης του ιστορικού.

Η **έναρξη της δύσπνοιας** είναι πολύ σημαντική επειδή η δύσπνοια μπορεί να έχει οξεία, υποξεία ή προοδευτική εγκατάσταση. Η οξεία δύσπνοια μπορεί να αναγνωριστεί εύκολα από τον ασθενή και τον γιατρό. Μερικές φορές όμως, η χρόνια και η προοδευτική δύσπνοια μπορεί να αναγνωριστούν πολύ δύσκολα. Σε αυτή την περίπτωση η αντοχή ή η μη αντοχή στην κόπωση, στην διάρκεια του χρόνου, μπορεί να αποδειχθούν πιο χρήσιμα στον προσδιορισμό της διάρκειας των συμπτωμάτων. Οι αναφορές του ασθενούς για την αλλαγή στην ικανότητα άσκησης κατά την διάρκεια του χρόνου (π.χ. μήνες - χρόνια) μπορεί να προσδιορίσουν τον χρόνο εγκατάστασης των συμπτωμάτων. Η δύσπνοια σε ηρεμία

αποτελεί απώτερο σύμπτωμα σε πολλά νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος.

Η **θέση του ασθενούς** στην οποία παραπονείται για αίσθημα δύσπνοιας μπορεί να προσδιορίσει μερικά από τα αίτια που προκαλούν δύσπνοια. Η πλατύπνοια, η δύσπνοια που παρατηρείται κατά την έγερση στην καθιστική θέση, παρατηρείται συχνά σε ασθενείς με ηπατικά νοσήματα ή ενδοπνευμονική διαφυγή αίματος (shunt). Η ορθόπνοια, η δύσπνοια που παρατηρείται σε κατακεκλιμένη θέση, αποτελεί πιο συχνά σύμπτωμα καρδιακής δυσλειτουργίας. Η παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια αποτελεί επίσης ένα σύμπτωμα πολλών καρδιακών νοσημάτων. Περιστασιακά, ασθενείς με νοσήματα του ανώτερου αεραγωγού μπορεί να παρουσιάζουν με συμπτώματα δύσπνοιας ή βήχα ενώ βρίσκονται σε κατακεκλιμένη θέση.

Γνωστοί παράγοντες που προκαλούν δύσπνοια πρέπει να αναγνωριστούν όπως είναι η περιβαλλοντική ή επαγγελματική δραστηριότητα, έκθεση σε ζώα και παράγοντες που εισπνέονται (βιομηχανικούς ή ανακύκλωσης). Πρέπει επίσης να εξετάζονται με προσοχή σχετιζόμενα συμπτώματα όπως είναι ο βήχας, ο συριγμός και ο θωρακικός πόνος.

3. Τι πρέπει να ερωτώνται οι ασθενείς σχετικά με το ιστορικό καπνίσματος;

Τα νοσήματα του αναπνευστικού που σχετίζονται με το κάπνισμα είναι πολύ συχνά και έτσι είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνεται ένα πλήρες και λεπτομερές ιστορικό στην αρχική εκτίμηση κάθε ασθενούς που να συμπεριλαμβάνει τις πιο κάτω πληροφορίες, ειδικά σε ασθενείς με νοσήματα του αναπνευστικού:

1. Ηλικία έναρξης καπνίσματος
2. Είδος καπνού που χρησιμοποιείται
3. Διακοπές στην χρήση καπνού
4. Κατανάλωση καπνού

Ο γιατρός που ενδιαφέρεται για τον καπνιστή ασθενή του πρέπει να προσδιορίσει τις προηγούμενες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος και να διερευνήσει τρόπους για την βελτίωση των πιθανοτήτων επιτυχίας. Οι πληροφορίες πρέπει να περιλαμβάνουν στοιχεία για την παρουσία ή όχι άλλων καπνιστών στο περιβάλλον του ασθενούς, την συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης και την προηγούμενη ιατρική συμβολή.

4. Τι είναι το pack year;

Pack year είναι η ποσότητα των τσιγάρων που καταναλώνονται ως πακέτα τσιγάρων πολλαπλασιασμένα με τον αριθμό των ετών που καπνίζει κάποιος.

5. Πως εκτιμάται η βαρύτητα της αιμόπτυσης;

Αιμόπτυση είναι η αποβολή αίματος με βήχα και αποτελεί εκδήλωση υποκείμενων νοσημάτων διαφορετικής αιτιολογίας. Προκαλεί φόβο και μερικές φορές είναι απειλητικό για την ζωή σύμπτωμα που οδηγεί τους ασθενείς σε αναζήτηση άμεσης ιατρικής βοήθειας. Κατά την λήψη του ιστορικού τα πιο σημαντικά στοιχεία είναι η εκτίμηση της ποσότητας και της ποιότητας του αίματος και η παρουσία συνοδών συμπτωμάτων. Η μαζική αιμόπτυση εύκολα μπορεί να εκτιμηθεί. Γενικά είναι μεγαλύτερη από 600 κ.ε. μέσα σε 24 ώρες και μπορεί να έχει

σχετικά δραματική μορφή. Πιο συχνά, οι ασθενείς παραπονούνται για μικρότερες ποσότητες όπως είναι τα αιμόφυρτα πτύελα ή πήγματα. Μπορεί να είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η ποσότητα του αίματος με βάση αυτού του είδους τις πληροφορίες. Η συλλογή του αίματος σε δοχεία αποτελεί τον καλύτερο τρόπο για τον ακριβή προσδιορισμό της ποσότητας του αίματος που αποβάλλεται.

6. Πως πραγματοποιείται η διαφορική διάγνωση της αιμόπτυσης;

Υπάρχουν ποικίλα αίτια αιμόπτυσης. Η παρουσία συνοδών συμπτωμάτων μπορεί να βοηθήσει σε σημαντικό βαθμό την διαφοροδιαγνωστική ικανότητα του γιατρού για τον εντοπισμό της αιτίας. Η παρουσία απόχρεμψης ειδικά αν τα πτύελα είναι πυώδη μπορεί να κατευθύνει σε μια λοιμώδη αιτία της αιμόπτυσης. Η απώλεια βάρους και η παρουσία χρόνιου βήχα σε ένα ασθενή που καπνίζει μπορεί να αποτελεί μια ένδειξη κακοήθειας. Η φυματίωση μπορεί να υπάρχει σε ένα ασθενή με τα ίδια συμπτώματα ο οποίος έχει εκτεθεί στο μυκοβακτηρίδιο. Η αιμόπτυση σε ένα ασθενή με καρδιακή νόσο και δύσπνοια σε κατακεκλιμένη θέση, οφείλεται πιθανά σε πνευμονικό οίδημα. Η αιμόπτυση μπορεί να αποτελεί επιπλοκή συνυπάρχουσας συστηματικής νόσου όπως είναι ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος. Η παρουσία θωρακικού πόνου και οξείας δύσπνοιας μπορεί να υποδεικνύει πνευμονική εμβολή.

7. Μπορούν τα αίτια του θωρακικού πόνου να διαφοροδιαγνωστούν μεταξύ τους αξιόπιστα;

Όχι. Ο θωρακικός πόνος προέρχεται από διαφορετικές περιοχές του θώρακα και των γύρω οργάνων. Παρ' ότι υπάρχουν εκδηλώσεις που υποδηλώνουν συγκεκριμένη αιτία θωρακικού πόνου, η επιλογή ακριβούς διάγνωσης και θεραπείας του θωρακικού πόνου με βάση αυτές τις εκδηλώσεις μπορεί να είναι καταστρεπτική. Το ιστορικό από μόνο του σπάνια μπορεί να προσδιορίσει την αιτία του θωρακικού πόνου αλλά αν προσεχθεί η ποιότητα, η ταχύτητα εγκατάστασης, η διάρκεια, τα συνωδά συμπτώματα, οι προδιαθεσικοί παράγοντες και οι παράγοντες που ανακουφίζουν από τον πόνο, μπορεί να βοηθηθεί ο γιατρός που λαμβάνει το ιστορικό στην σε βάθος αξιολόγηση αυτού του σοβαρού συμπτώματος.

8. Τι είναι ο θωρακικός πόνος πλευριτικού τύπου;

Ο πλευριτικού τύπου θωρακικός πόνος ή ο πόνος που προέρχεται από τον τοιχωματικό πέταλο του υπεζωκότα μπορεί εύκολα να διαχωριστεί με το ιστορικό από άλλα σύνδρομα θωρακικού πόνου. Είναι συνήθως οξύς και σχετίζεται με τις κινήσεις των αναπνευστικών μυών όπως κατά την διάρκεια της εισπνοής και του βήχα. Είναι συχνά αιφνίδιος και μπορεί να υποτροπιάζει. Αίτια πλευριτικού τύπου άλγους αποτελούν η πνευμονία, η υπεζωκοτική συλλογή, το πνευμονικό έμφρακτο, η φλεγμονή των μυών του θωρακικού τοιχώματος, τα κατάγματα πλευρών, ο πνευμοθώρακας και η φλεγμονή του υπεζωκότα σε συστηματικά νοσήματα όπως σε συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και σε ρευματοειδή αρθρίτιδα.

9. Ποια είναι τα αίτια του θωρακικού πόνου μη πλευριτικού τύπου;

Ο μη πλευριτικού τύπου θωρακικός πόνος μπορεί να είναι πιο δύσκολο να

διευκρινιστεί επειδή και καρδιακά αλλά και αναπνευστικά νοσήματα μπορούν να παρουσιαστούν με τον ίδιο τρόπο. Ο κλασσικός στηθαγχικός θωρακικός πόνος με αίσθημα βάρους, επέκταση προς τον βραχίονα και την κάτω γνάθο που σχετίζεται με δύσπνοια, ναυτία και έντονη εφίδρωση, μπορεί δύσκολα να διαχωριστεί από παρόμοια συμπτώματα που παρατηρούνται στην πνευμονική υπέρταση. Η προσεκτική λήψη του ιστορικού που αφορά άλλες καταστάσεις και τους παράγοντες κινδύνου για νόσο των στεφανιαίων αγγείων μπορεί να βοηθήσει στην διαφορική διάγνωση αυτού του τύπου πόνου. Άλλα σημαντικά αίτια μη πλευριτικού τύπου πόνου περιλαμβάνουν μυοσκελετικά, γαστροοισοφαγικά, περικαρδιακά και αορτικά νοσήματα. Υποδιαφραγματικά νοσήματα μπορούν να παρουσιαστούν με πόνο στον θώρακα μέσα από ερεθισμό του διαφράγματος.

10. Ποιες πληροφορίες πρέπει να λαμβάνονται κατά την λήψη του ιστορικού που αφορούν την έκθεση σε ουσίες και το επαγγελματικό ιστορικό;

Το επαγγελματικό ιστορικό και το ιστορικό έκθεσης σε τοξικούς παράγοντες είναι πολύ σημαντικό σε ασθενείς με νόσο του αναπνευστικού. Δύο ξεχωριστές οντότητες πρέπει να εξετάζονται όταν θεωρείται ότι υπάρχει πιθανή έκθεση σε κάποιο παράγοντα που προκαλεί ή επιδεινώνει συγκεκριμένη νόσο: το περιβάλλον της οικίας και το εργασιακό περιβάλλον. Πριν την λήψη λεπτομερούς ιστορικού για αυτούς τους δύο παράγοντες είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ξεκάθαρη γνώμη για τα πρωτογενή συμπτώματα του ασθενούς και αυτά που σχετίζονται με συγκεκριμένο χώρο ή δραστηριότητα.

Ένα λεπτομερές ιστορικό για πιθανή έκθεση στο σπίτι περιλαμβάνει την κατασκευή, την τοποθεσία, την επίπλωση, τα συστήματα ψύξης-θέρμανσης, βλάβες στο σπίτι (π.χ. διαρροές νερού), παρουσία χαλιών, είδος λινών και την ύπαρξη κατοικίδιων ζώων. Αυτή η πληροφορία είναι ιδιαίτερα σημαντική σε ασθενείς με σύνδρομο υπερευαισθησίας, άσθμα ή άλλα αλλεργικά σύνδρομα. Η μούχλα μπορεί να αναπτυχθεί σε υγρασία που υπάρχει σε υγρά χαλιά, υγρούς τοίχους και συστήματα ύγρανσης. Τα μαξιλάρια μπορεί να επιδεινώσουν συμπτώματα αλλεργίας. Η παρουσία κατοικίδιων ζώων στο παρών ή το παρελθόν μπορεί να βοηθήσει τον κλινικό γιατρό για να ανιχνεύσει το δυνητικό αίτιο και να δημιουργηθούν πλαίσια αντιμετώπισης μερικών νοσημάτων. Συχνά παραλείπεται η αναφορά για τα κατοικίδια πουλιά. Είναι σημαντικό να ερωτώνται οι ασθενείς ειδικά για αυτό.

Το εργασιακό περιβάλλον ενοχοποιείται συχνά λόγω της δυνητικής έκθεσης σε παράγοντες οι οποίοι μπορεί να προκαλέσουν διάφορα νοσήματα. Ένα λεπτομερές ιστορικό περιλαμβάνει τις προηγούμενες και την τρέχουσα δουλειά, ειδικές αρμοδιότητες σε κάθε θέση, όπως επίσης και πληροφορίες που αφορούν χημικά και άλλα επιβλαβή υλικά στο χώρο εργασίας. Είναι επίσης πολύ σημαντικό να επιβεβαιωθεί αν εφαρμόστηκαν μέτρα προστασίας του αναπνευστικού και αν ναι τι είδους. Οι επιβεβαιωμένες εκθέσεις σε διάφορες ουσίες πρέπει να διερευνώνται με κάθε λεπτομέρεια. Αν είναι αναγκαίο ο ασθενής ή ο γιατρός μπορεί να απαιτήσει πληροφορίες για τα δεδομένα ασφάλειας στον χώρο εργασίας.

11. Ποια είναι η πιο σημαντική πληροφορία που πρέπει να ληφθεί όταν

αξιολογείται ένας ασθενής που έχει παθολογική ακτινογραφία;

Οι πιο σημαντικές ερωτήσεις που τίθενται όταν ένας ασθενής παραπέμπεται για εκτίμηση με παθολογική ακτινογραφία είναι:

- Έχει ο ασθενής προηγούμενες ακτινογραφίες;
- Είναι διαθέσιμες για άμεση σύγκριση με την τρέχουσα ακτινογραφία;
- Μπορούν να ανευρεθούν;

Άλλα στοιχεία του ιστορικού και της φυσικής εξέτασης είναι εξίσου σημαντικά αλλά η άμεση σύγκριση με προηγούμενες ακτινογραφίες μπορεί να τεκμηριώσει μια βλάβη σαν καλοήγη ή να προτρέψει για περαιτέρω διερεύνηση.

12. Ποιες πληροφορίες πρέπει να λαμβάνονται σε ένα ασθενή που παραπονείται για βήχα;

Ο βήχας είναι το πιο συχνό σύμπτωμα των ασθενών που αναζητούν βοήθεια από πνευμονολόγο. Η εγκατάσταση του βήχα και τα συνωδά ενοχλήματα είναι απαραίτητα σε κάθε λήψη του ιστορικού. Παρότι ο βήχας μπορεί να είναι ένα μη ειδικό σύμπτωμα πολλών νοσημάτων, πρέπει να γίνεται λήψη ενός καλού ιστορικού για να περιοριστεί η διαφορική διάγνωση της νόσου. Το ιστορικό περιλαμβάνει την περιγραφή της εγκατάστασης, της ποιότητας, της διάρκειας, αν σχετίζεται με απόχρεμψη, την παρουσία άλλων συμπτωμάτων από το αναπνευστικό και αλλαγών στην φωνή. Ο βήχας μπορεί να προκληθεί από φλεγμονώδης χημικούς, μηχανικούς ή ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς.

Η απόχρεμψη αποτελεί σημείο κλειδί. Οι υγιείς ενήλικες δεν έχουν φυσιολογικά απόχρεμψη κατά την διάρκεια της ημέρας και έτσι η παραγωγή πτυέλων μπορεί να θεωρηθεί σαν παθολογική. Η σύσταση και το χρώμα των πτυέλων μπορεί να είναι χρήσιμα στην ανίχνευση της αιτίας δεδομένου ότι τα πυώδη πτύελα έχουν λοιμώδη αίτια. Η παρουσία ποσότητας αίματος είναι επίσης σημαντική. Κάκοσμες πυώδεις εκκρίσεις μπορεί να είναι το αποτέλεσμα αναερόβιας λοίμωξης ή πνευμονικού αποστήματος. Μεγάλες ποσότητες πτυέλων (π.χ βρογχόρροια) μπορεί να παρατηρηθούν σε μερικές κακοήθειες, βρογχεκτασίες ή φλεγμονώδη νοσήματα των αεραγωγών. Παχύρρευστες εκκρίσεις που συνδυάζονται με βύσματα βλέννας (mucous plugs) μπορούν να παρατηρηθούν σε ασθενείς με κυστική ίνωση και άσθμα (ειδικά σε αλλεργική βρογχοπνευμονική ασπεργύλλωση). Σπάνια, οι ασθενείς παραπονούνται για αποβολή υλικού σαν κιμωλία ή σαν λίθους που καλούνται βρογχόλιθοι που μπορεί να σχετίζονται με φυματίωση ή μερικές μυκητιασικές λοιμώξεις.

Η ώρα της ημέρας κατά την οποία ο βήχας χειροτερεύει μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό της αιτίας. Η χρόνια κολπίτιδα μπορεί να προκαλέσει νυκτερινό ή πρωινό βήχα αλλά μπορεί να προκαλέσει και βήχα καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας. Παρομοίως, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα που χειροτερεύουν το βράδυ ή όταν ο ασθενής ξαπλώνει. Η απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού έχει την ίδια εικόνα. Ο βήχας μετά από άσκηση μπορεί να είναι ένδειξη βρογχικής υπεραντιδραστικότητας. Βήχας, δύσπνοια και άλλα συστηματικά συμπτώματα στο τέλος της ημέρας μπορεί να είναι σημεία πνευμονίτιδας από υπερευσαιθησία. Ο νυκτερινός βήχας μπορεί να είναι σημείο καρδιακής νόσου ειδικά αν σχετίζεται με νυκτερινή παροξυσμική δύσπνοια.

Ο βήχας που παρατηρείται κατά την διάρκεια του φαγητού μπορεί να αποτελεί ένδειξη τραχειοοισοφαγικού συριγγίου.

Μια προσεκτική ματιά στα φάρμακα που έπαιρνε ή παίρνει ο ασθενής είναι πολύ σημαντική στην αξιολόγηση του βήχα. Ο χρόνιος ξηρός βήχας παρατηρείται σε ασθενείς που χρησιμοποιούν αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου σε ποσοστό μέχρι 20%. Ευτυχώς υποχωρεί μετά την διακοπή του φαρμάκου. Χρόνιος ξηρός βήχας μαζί με δύσπνοια μπορεί να είναι επίσης σημείο πνευμονικής ίνωσης.

Η εισρόφηση ξένου σώματος μπορεί επίσης να προκαλέσει οξύ και χρόνιο βήχα και αυτή η πιθανότητα πρέπει να διερευνάται σε παιδιά με βήχα και σε ενήλικες με ιστορικό διαταραχής του επιπέδου συνείδησης. Το βράγχος φωνής μπορεί να σχετίζεται με λαρυγγικά αίτια βήχα. Ένα συχνά παραμελημένο αίτιο χρόνιου βήχα είναι μια τρίχα ή κερύ στον έξω ακουστικό πόρο που ερεθίζει το πνευμονογαστρικό νεύρο.

13. Η γυναίκα ασθενούς παραπονείται ότι ο σύζυγος της ροχαλίζει και σφυρίζει το βράδυ και ότι κοιμάται σε παράξενες ώρες κατά την διάρκεια της ημέρας, τι άλλο θα θέλατε να ξέρετε για τον ασθενή;

- Σταματά να ροχαλίζει για μικρά διαστήματα κατά την διάρκεια της νύκτας; Και αν ναι ξαναρχίζει να ροχαλίζει;
- Είχε ποτέ απότομες, ασύντακτες κινήσεις των άκρων όταν είναι ξύπνιος;
- Έχει παραπονεθεί για κακό ύπνο ή υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας;
- Παίρνει συχνά υπνάκους;
- Έχει πονοκεφάλους το πρωί;
- Έχει σεξουαλικές διαταραχές;

Αυτές οι ερωτήσεις μπορεί να βοηθήσουν στην πιστοποίηση διαταραχών του ύπνου και ειδικά αποφρακτικής άπνοιας του ύπνου. Παρότι ο ασθενής μπορεί να δώσει επαρκείς πληροφορίες από μόνος του είναι πάντα πολύ σημαντικό να ληφθούν επιπρόσθετες πληροφορίες από την οικογένεια και τον σύντροφο του ασθενούς επειδή ο ασθενής μπορεί να έχει συχνά ξυπνήματα που δεν τον αφυπνίζουν πλήρως αλλά διαταράσσουν σημαντικά τον ύπνο του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Glauser FL: Signs and Symptoms in Pulmonary Medicine. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1983.
2. Karlinsky JB, Lau J, Goldstein RH: Decision Making in Pulmonary Medicine. Philadelphia, B.C. Decker, 1991.
3. Kiss GT: Diagnosis and Management of Pulmonary Disease in Primary Practice. Menlo Park, CA, Addison-Wesley, 1982.
4. Sackner MA: Diagnostic Techniques in Pulmonary Disease: Part I, New York, Marcel Dekker, 1980.