Urgentní stavy v ORL

MUDr. Jaromír Nasswetter
ORL klinika FN Plzeň

Článek se zaměřuje na urgentní stavy v otorinolaryngologii, které svou povahou mohou mít závažné následky na zdraví pacienta, v krajním případě jej mohou až ohrozit na životě. Jejich řešení nesnese odkladu. Za takové stavy lze považovat především dušení a krvácení. Dalšími akutními stavy v otorinolaryngologii jsou zánětlivá onemocnění a jejich komplikace, náhle vzniklá porucha sluchu a poruchy rovnováhy – akutní vestibulární syndrom. Je popsána symptomatologie těchto stavů, jejich možné příčiny, diagnostika a možnosti jejich léčby.

Klíčová slova: urgentní stavy v ORL, diagnostika, léčba.

Urgent conditions in otorhinolaryngology

The article deals with urgent conditions in otorhinolaryngology that, given their nature, may have serious effects on a patient's health; in extreme cases, they can even be life-threatening. Their management must not be delayed. These conditions particularly include choking and bleeding. Other acute conditions in otorhinolaryngology are inflammatory diseases and their complications, a sudden hearing impairment and balance disorders – acute vestibular syndrome. The symptomatology of these conditions, their possible causes, diagnosis and treatment options are described.

Key words: urgent conditions in otorhinolaryngology, diagnosis, treatment.

Med. praxi 2012; 9(10): 376–378

Dušení

Dušení, jehož příčina je v ORL oblasti, je způsobeno obstrukcí dýchacích cest. K obstrukci dochází především v nejužší části dýchacích cest, tedy v oblasti laryngu (u dospělých je nejužším místem dýchacích cest glotická štěrbina, u dětí subglotis). Subjektivně je postiženým vnímáno velmi nepříjemně jako pocit nedostatečnosti dechu, zejména při nádechu. Dýchání je provázeno inspiračním stridorem a zatahováním jugula a nadklíčků způsobeným zvýšeným podtlakem v hrudníku během nádechu. Počet dechů je vyšší (tachypnoe). Dle vyvolávající příčiny může být dušnost doprovázena bolestí v krku, chrapotem a celkovými příznaky jako např. teplotami při zánětlivém původu obtíží. Z celkových známek může být přítomna cyanóza, klesá saturace O_2. Příčiny obstrukce dýchacích cest mohou být různé: zánětlivá onemocnění, nádory, otoky dýchacích cest, jejich úrazy, cizí tělesa a poruchy hybnosti hrtanu (hlasivek).

Záněty způsobující obstrukci dýchacích cest jsou především onemocnění známá jako stenózující (sufokující) laryngitidy. Do této skupiny patří akutní epiglotitis a subglotická laryngitis. ***Akutní epiglotitis*** je flegmonózní zánět příklopky hrtanové (epiglotis), jehož původcem je nejčastěji Haemofilus influenzae. Projevuje se kromě dušnosti i bolestí v krku, obtížným bolestivým polykáním (i polknutí slin činí problém), huhňavým hlasem a febriliemi. Opatrné (nebezpečí laryngospazmu) laryngoskopické vyšetření potvrdí diagnózu. U dětí často stačí pouhé stlačení kořene jazyka, aby byla vidět prosáklá zarudlá balonovitě nafouklá epiglotis. Léčba akutní epiglotitidy spočívá v podání antibiotik (amoxicilin s klavulanátem), kortikoidů ke zmenšení otoku, ve zvlášť závažných případech je nutné zajištění dýchacích cest (orotracheální intubace, tracheostomie, koniotomie).

Podobným onemocněním je ***subglotická laryngitida***. Oblast pod hlasivkami (subglotis) je nejužším místem dýchacích cest u dětí. Proto je to onemocnění výlučně dětského věku. Původ je virový. Nástup onemocnění je zpravidla v noci – dítě se budí se štěkavým kašlem, je přítomna inspirační dušnost provázená výrazným stridorem, zatahováním, na rozdíl od epiglotitidy nebývá výraznější bolest v krku a odynofagie. Příznaky jsou pro onemocnění typické, k diagnóze není třeba provádět laryngoskopické vyšetření, u kterého naopak hrozí vyvolání laryngospazmu a zhoršení už tak vážného stavu. V léčbě se na prvním místě uplatňuje podání kortikoidů, podání ATB sice není nezbytně nutné, ale nelze jej považovat za chybu. Invazivní zajištění dýchacích cest nebývá nutné.

Jako poslední ze skupiny zánětlivých onemocnění dýchacích cest, způsobujících jejich obstrukci, je třeba zmínit ***krustózní laryngotracheitidu***. Jde o primárně virové onemocnění se sekundární bakteriální superinfekcí, při němž se na postižené sliznici, zejména v oblasti průdušnice, vytvářejí pablány, původně hnisavá sekrece se proudem vzduchu vysušuje a dochází k tvorbě pevných krust, které mohou až vytvářet odlitky trachey a bronchů a tím jejich lumen zcela uzavřít. Časté je toto onemocnění u pacientů s trvalým tracheostomatem (např. po totální laryngektomii), u nichž nedochází k fyziologickému zvlhčování vdechovaného vzduchu v oblasti nosní dutiny. V léčbě se kromě inhalací zvlhčeného vzduchu, lokální aplikaci mukolytik ke změkčení krust a usnadnění jejich vykašlávání uplatňují širokospektrá antibiotika, v některých případech je třeba krusty odstranit a tak uvolnit tracheu v rámci endoskopického vyšetření (bronchoskopie).

Nádory mohou dušnost způsobovat jednak přímou obstrukcí dýchacích cest (nádory laryngu, trachey či bronchů), jednak útlakem dýchacích cest z vnějšku (nádory jícnu, štítné žlázy, nádory v mediastinu). Takto zapříčiněná dušnost se rozvíjí pozvolna, pacient je často na horší dýchání adaptován a až při překročení určité hranice se manifestuje dušení. K diagnóze vede endoskopické vyšetření dýchacích cest (laryngoskopie, bronchoskopie), eventuálně zobrazovací metody (USG, CT, MR). Léčba spočívá v zajištění dýchacích cest (OTI, tracheostomie) a dále pak v léčbě základního onemocnění (chirurgická, onkologická, paliativní).

Další příčinou obstrukce dýchacích cest jsou ***nezánětlivé edémy***: Quinckeho angioneurotický edém laryngu, toxoalergické edémy způsobené bodnutím jedovatého hmyzu. Tyto edémy jsou sklovité, nebolestivé. Dobře reagují na podání kortikoidů, antihistaminik a Ca preparátů. V těžkých případech je nutné zajištění dýchacích cest po dobu trvání otoku intubací.

Pokud je dušnost způsobena ***parézou hlasivek***, např. při poškození n. laryngeus recurens při operaci štítné žlázy nebo při jiné patologii v průběhu nervu (nádory mediastina, štítné

žlázy) je nutné provést k zajištění dýchacích cest tracheostomii.

Laryngospazmus je reflektoricky způsobená křeč svalů hrtanu, jehož příčinou mohou být záněty, aspirace, dráždění při vyšetřování hrtanu a hltanu, ale i febrilní stavy při zvýšené tendenci ke vzniku křečí. Průběh je typický – náhle vzniklá inspirační dušnost provázená stridorem vedoucí v některých případech až ke krátkodobému bezvědomí, během kterého spazmus odezní stejně jako všechny příznaky. Laryngospazmus může ustoupit po silném taktilním až algickém podnětu, medikamentózní léčba má efekt spíše na snížení tendence ke vzniku laryngospazmu – spazmolytika, Mg preparáty, sedativa.

Dušnost způsobená přítomností ***cizího tělesa*** v dýchacích cestách se zlepší po jeho odstranění – jako 1. pomoc lze užít Heimlichův hmat, úder mezi lopatky, prodechnutí v rámci KPR (posun cizího tělesa do nižších etáží dýchacích cest – trachea – bronchus a tím alespoň částečné zprůchodnění DC), následně pak endoskopické odstranění cizího tělesa.

Krvácení

V oblastech dýchacích a polykacích se setkáváme s několika typy krvácení. Epistaxe je krvácení z nosu a je nejčastějším typem krvácení, které otorinolaryngolog řeší. Hemoptýza je vykašlávání krve z nižších etáží dýchacích cest, úlohou ORL specialisty je především vyloučit zdroj krvácení v horních cestách dýchacích. Hematemeza provází krvácení z horní části GIT, jehož léčba bývá doménou chirurgů.

Příčiny ***epistaxe*** jsou jednak místní, jednak celkové. Z místních příčin je třeba zmínit úrazové stavy (zlomenina nosních kůstek, fraktury střední obličejové etáže, frontobazální poranění), cizí tělesa v nosní dutině, nádory nosu a paranazálních dutin a hemangiom nosního septa (tzv. krvácivý nosní polyp). Z celkových příčin epistaxe se jedná obecně o všechny stavy vedoucí ke zvýšené krvácivosti – poruchy hemostázy – koagulopatie (do této skupiny lze zařadit i farmakologicky navozené stavy – warfarinizace, antiagregační léčba), poruchy cévní stěny – angiopatie (ateroskleróza, vaskulitidy), poruchy krevní srážlivosti při hematologických a jaterních onemocněních a vysoký krevní tlak (hypertenze). Jako 1. pomoc při krvácení z nosu je třeba zmínit pevné stisknutí nosu, studené obklady na zátylek a kořen nosu a předklon hlavy. Nejčastěji je zdroj krvácení v přední části septa v tzv. locus Kiesselbachi. Tato oblast je snadno přístupná pro ošetření a zástava takového krvácení nepůsobí zasadnější problém. Ideálem je přímé ošetření zdroje krvácení (elektrokoagulací, chemokoagulací – AgNO3, kys. trichloroctová), krvácení lze zastavit i aplikací Gelasponu (může být namočen např. v Sanorinu) do nosní dutiny a jeho přitlačení k přepážce. V případě silnějšího krvácení, kde se nedaří nalézt či uspokojivě ošetřit zdroj, je třeba provést přední tamponádu. V současné době je na trhu k dispozici několik typů tzv. balonkových tamponád, jejichž zavedení je snadnější a jsou dobře použitelné a pro lékaře, který nemá zkušenosti se zaváděním klasické tamponády. Při masivnějších krváceních zejména z oblasti a. sphenopalatina je třeba provést i zadní nosní tamponádu. Při silném a recidivujícím krvácení je možné nalézt a ošetřit zdroj v nosní dutině endoskopicky, v extrémních případech je nutné chirurgicky podvázat přívodné cévy.

Masivní, život ohrožující ***hemoptýza*** nebývá častá, v současnosti je nejčastěji způsobena malignitou, vzhledem k vrůstajícímu počtu nemocných lze pomýšlet i na TBC původ.

Krvácení z polykacích cest má opět mnoho možných příčin: jícnové varixy, vředovou chorobu, tumory, ezofagitidu, poranění cizími tělesy a další. Jejich diagnostika a léčba nespadá do kompetence otorinolaryngologa, ale chirurga či gastroenterologa.

Na tomto místě je vhodné zmínit i ***krvácení po ORL výkonech*** – zejména krvácení po tonzilektomii může být závažné a v krajním případě život ohrožující. Vzniká nejčastěji okolo 7. pooperačního dne, tedy v době, kdy je pacient již propuštěn do domácí péče, pokud byl předchozí průběh stonání standardní a nekomplikovaný. V předlékařské péči je vhodné aplikování studených obkladů a okamžitý transport na ORL pracoviště. Zde je již krvácení stavěno kompresí lůžka tamponem, podáním hemostyptik (Dicynone), další možností je elektrokoagulace zdroje krvácení v lůžku po tonzilektomii, někdy si stav vyžádá revizi v celkové anestezii. Samozřejmostí je kontrola krevního obrazu a doplnění tekutin infuzemi či v případě významnějšího poklesu Hb krevní transfuze.

Záněty a jejich komplikace

K zánětům a zejména jejich komplikacím, které vyžadují neodkladnou péči, patří v oblasti nosu a paranazálních dutin především flegmona či absces zevního nosu, akutní záněty vedlejších nosních dutin a jejich komplikace (orbitocelulitis, flegmona či absces orbity, meningitis nebo mozkový absces).

V oblasti ucha lze za akutní stavy považovat záněty zevního a středního ucha a jejich komplikace (mastoiditis, trombóza splavů, meningitis, mozkový absces).

V oblasti krku je nejčastější komplikací záněty ***peritonzilární absces***. Jde o relativně častou komplikaci angíny vznikající přestupem zánětu z mandle do jejího okolí a následném vytvoření abscesové dutiny. Na rozdíl od běžné angíny si pacient stěžuje na krutou jednostrannou bolest v krku při polykání, které je obtížné, huhňá, může být přítomen trizmus. V hrdle je patrná asymetrie v oblasti istmus faucium, prosáknutí a vyklenutí peritonzilárního prostoru, palpace patrových oblouků je bolestivá, punkcí lze aspirovat hnis. Kromě celkového podání ATB se v léčbě uplatňuje vypuštění abscesu – od punkce s odsátím hnisu, přes incizi abscesu až po tonzilektomii. Ta je v současné době preferována.

Dalšími akutními stavy v oblasti krku jsou abscedující lymfadenitidy, záněty a abscesy velkých slinných žláz.

Na komplikaci zánětu v oblasti hlavy je třeba pomýšlet při těžším průběhu onemocnění, nereagujícím na běžnou léčbu, velkých bolestech, zánětlivých otocích na hlavě a krku, poruchách vizu, poruchách vědomí a dalších. Léčba je jednak medikamentózní (ATB), jednak chirurgická. V některých případech je nutný mezioborový přístup (ORL, oční, neurochirurgie…).

Náhle vzniklé poruchy sluchu a rovnováhy

K náhlému zhoršení sluchu může dojít vlivem obstrukce zvukovodu mazovou zátkou, záněty zevního a středního ucha (převodní nedoslýchavost) a patologií v oblasti ucha vnitřního (percepční nedoslýchavost). Odstranění mazové zátky instrumentálně či výplachem nebývá větším problémem, stejně tak léčba zánětů zvukovodu a středouší – po jejich odeznění se sluch navrací zpět k normě. ***Náhle vzniklá percepční nedoslýchavost*** však může být pro léčbu větším problémem. Její etiologie je pestrá, často se přesná příčina nepodaří určit. Lze uvažovat o zánětlivých příčinách, vaskulárních, toxických a dalších. Efekt léčby velmi závisí na jejím včasném zahájení – čím dříve, tím lépe. Podávají se vazodilatační látky, kortikoidy, vitaminy. Lze využít i hyperbaroxii. Přes veškerou léčbu je však výsledný efekt velmi nejistý.

Poruchy rovnováhy způsobené postižením rovnovážného ústrojí vnitřního ucha mají obdobnou etiologii jako náhle vzniklé poruchy sluchu, nezřídka s nimi bývají spojeny. V rámci diagnostiky je na počátku onemocnění třeba rozlišit mezi centrálním a periferním vestibulárním syndromem. Závrať způsobená poruchou

vestibulárního aparátu je charakterizována harmonií jednotlivých příznaků – nystagmus, pády, úchylky paží jsou harmonické. Závrať je rotační a je provázena vegetativním doprovodem. Proti tomu závrať způsobená centrální příčinou je disharmonická – není závislost mezi nystagmem a pády či úchylkami končetin, není spojena s poruchou sluchu a je přítomna další neurologická symptomatologie. Za závrať může být někdy zaměněna i synkopa. K vyloučení centrální příčiny obtíží je vhodné doplnit neurologické vyšetření nativní CT mozku k vyloučení akutní CMP. V akutní fázi je možno podat antiemetika (Torecan), dále se v léčbě uplatňují vazoaktivní látky, kortikoidy a antivertiginóza (betahistin). Důležitá je rehabilitace vestibulárního aparátu.

Závěr

Ve článku byly zmíněny stavy a onemocnění vyžadující svou povahou časnou péči. Nejzávažnější z nich, dušení a krvácení, jsou stavy, které mohou přímo pacienta ohrozit na životě. Může se s nimi setkat lékař jakékoliv odbornosti a v rámci 1. pomoci by je měl umět řešit alespoň do té míry, aby odvrátil hrozící nebezpečí selhání základních životních funkcí a umožnil transport na specializované pracoviště.

Literatura

1. Škeřík P, et al. Náhlé a neodkladné stavy v otorinolaryngologii, Praha 1985.
2. Hybášek I. Ušní, nosní a krční lékařství, Praha, Galén, 1999.
3. Klozar J, et al. Speciální otorinolaryngologie, Praha, Galén 2005.
4. Becker W, et al. Ear, Nose, and Throat Diseases, Stuttgart, Thieme 1994.
5. Lesser T, et al. Evidence based emergency ENT care, Options Medical Limited 2007.
6. Zdražil B, Profant M. Epiglotitída dospelých, Otorinolaryngologie a foniatrie, Praha, 2010: 2.

Článek přijat redakcí: 4. 9. 2012
Článek přijat k publikaci: 12. 9. 2012

MUDr. Jaromír Nasswetter
ORL klinika FN Plzeň
Dr. Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň-Bory
nasswetter@seznam.cz