

# Μεταλοιμώδης βήχας: ένα πρόβλημα για κάθε εποχή\*

**Δρ. Αντώνης Παπαγιάννης**  
Πνευμονολόγος

Σε κάθε εποχή, αλλά ιδιαίτερα από το τέλος του φθινοπώρου μέχρι και την άνοιξη, σχεδόν δεν περνάει μέρα που να μην δούμε έναν ή περισσότερους ασθενείς που παραπονούνται για επίμονο βήχα. Το ενοχλητικό αυτό σύμπτωμα είναι βέβαια από τα πιο κοινά στην κλινική ιατρική, και η διαφορική διάγνωσή του καλύπτει σχεδόν ολόκληρη την ειδικότητα της πνευμονολογίας, με δανειακά και από άλλους τομείς της ευρύτερης παθολογίας. Ωστόσο, στους περισσότερους από τους ασθενείς που θα μας απασχολήσουν, με λίγη εξοικείωση μπορεί κανείς να εκμαιεύσει ένα τυπικό **ιστορικό**: πριν από μερικές εβδομάδες μέχρι και 1-2 μήνες ο άρρωστος είχε ένα «κρύωμα» που μπορεί να κράτησε μόνο 1-2 ημέρες (καμιά φορά το έχει κιόλας ξεχάσει), και στη συνέχεια του έμεινε ένας βήχας, συνήθως ξηρός, χωρίς κανένα άλλο ενόχλημα. Τις περισσότερες φορές αρχίζει με ένα αίσθημα γαργαλισμού στον κατώτερο φάρυγγα. Μπορεί να επιτείνεται με την κατάκλιση ή και να συμβαίνει μόνο τη νύχτα, διακόπτοντας τον ύπνο. Οι παροξυσμοί του μπορεί να είναι επίμονοι και σε κάποια άτομα να προκαλούν δύσπνοια ή και βρογχόσπασμο. Οι άρρωστοι συνήθως έχουν δοκιμάσει εμπειρικά 2-3 είδη θεραπείας πριν καταφύγουν στον πνευμονολόγο. Τα συνηθέστερα είναι αντιβιοτικά, αποχρεμπτικά / βλεννολυτικά και αντισταμινικά. Κανένα από αυτά δεν έχει φέρει αποτέλεσμα. Και επειδή ο βήχας γεννάει βήχα, το πρόβλημα διαιωνίζεται.

Ο όρος «**μεταλοιμώδης βήχας**» (αγγλικά post-viral cough = βήχας μετά από ίωση) χρησιμοποιείται κυρίως στην ευρωπαϊκή ιατρική βιβλιογραφία (οι Αμερικανοί δεν τον δέχονται) για να περιγράψει έναν επίμονο βήχα που ακολουθεί μια ιογενή λοίμωξη του αναπνευστικού, όπως το

κοινό κρυολόγημα ή η γρίπη, και διαρκεί πάνω από 8 εβδομάδες (δεν θα παραξευθεύουμε όμως αν τον συναντήσουμε και νωρίτερα). Ο ακριβής μηχανισμός του δεν είναι γνωστός. Ωστόσο, φαίνεται ότι βασικό ρόλο παίζει η απογύμνωση του αναπνευστικού επιθηλίου από τους προστατευτικούς κροσσούς, με αποτέλεσμα την αποκάλυψη γυμνών νευρικών απολήξεων που οδηγούν σε αυξημένη ευαισθησία σε εισπνευστικά και άλλα ερεθίσματα και την πρόκληση βήχα. Έτσι, οι ασθενείς μπορεί να αναφέρουν ότι βήχουν με την ομίλια, το γέλιο, την κατάποση, την εισπνοή κρύου αέρα κτλ. Με τη σειρά του ο παροξυσμικός αυτός βήχας δυσχεραίνει την επούλωση και αναγέννηση του κροσσωτού επιθηλίου, με αποτέλεσμα την παράταση του συμπτώματος.

Έχοντας προσανατολισθεί προς τη διάγνωση του μεταλοιμώδους βήχα ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να προσπαθήσει να προσδιορίσει τα **ερεθίσματα** (triggers) που τον προκαλούν. Καθώς το υπόβαθρο είναι συνήθως μια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού (συχνά αφανής), θα πρέπει να αναζητηθούν οι επιμέρους εντοπίσεις της: ρινίτιδα/ιγμορίτιδα με οπισθορινική καταρροή, φαρυγγίτιδα, λαρυγγίτιδα, τραχειίτιδα. Η παρουσία ερεθισμάτων σε κάποιο από τα σημεία αυτά θα καθορίσει και τη θεραπευτική επιλογή. Απλές ερωτήσεις για τυχόν καταρροή ή μπουκωμα στη μύτη, στοματική αναπνοή κατά τον ύπνο, πόνο ή γαργάλισμα στον λαιμό, αλλαγή της χροιάς της φωνής ή «γδάρισμα» πίσω από το στέρνο, μπορούν να μας δώσουν χρήσιμες πληροφορίες. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να προηγήθηκαν και να έχουν ήδη υφεθεί όταν βλέπουμε τον ασθενή, δεν παύουν όμως να έχουν τη σημασία τους. Πρόσθετα στοιχεία θα λάβουμε από την **κλινική εξέταση**: έρρινη ομίλια, ερύθημα στον φάρυγγα,

\* Από το περιοδικό της Ελληνικής Εταιρείας Πυρηνικής Ιατρικής, τόμος 13, αριθμός 2.

ορατές βλεννοπιώδεις εκκρίσεις που κυλούν από τον ρινοφάρυγγα, βράγχος της φωνής, απουσία (συνήθως) ιδιαίτερων ακροαστικών ευρημάτων από τους πνεύμονες, όλα αυτά θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αξιολόγηση του αρρώστου.

Είναι αυτονόητο ότι η διάγνωση του μεταλοιομώδους βήχα θα βασισθεί όχι μόνο στην ανεύρεση του ανάλογου ιστορικού και των συναφών ευρημάτων (όπως αναφέρθηκαν παραπάνω), αλλά και στον αποκλεισμό άλλων ενδεχομένων καταστάσεων. Έτσι, π.χ., ένας καπνιστής ασθενής με χρόνια βρογχίτιδα μπορεί να βήχει χειρότερα από το συνηθισμένο λόγω παρόξυνσης της χρόνιας πάθησής του, και η αντιμετώπισή του θα είναι ανάλογη. Επίσης, μια χρόνια λανθάνουσα κατάσταση όπως η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) μπορεί να επιδεινωθεί με τον επίμονο βήχα, να συμμετέχει στον «φαύλο κύκλο» ως πρόσθετο χημικό ερέθισμα και να πρέπει να τύχει κι αυτή της ανάλογης θεραπείας. Φάρμακα όπως οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (α-MEA) μπορεί να εμπλέκονται στην πρόκληση του βήχα, ιδίως αν η εμφάνισή του ακολουθεί την έναρξη της θεραπείας με αυτά. Τέλος, κάποια άλλη πνευμονοπάθεια μπορεί να αποκαλυφθεί για πρώτη φορά με την αφορμή του βήχα, σε ασθενή που μέχρι τότε δεν είχε επισκεφθεί γιατρό.

Χρειάζεται **παρακλινικός έλεγχος**; Στις περισσότερες περιπτώσεις, εφόσον δεν υπάρχουν στοιχεία που να «ξεφεύγουν» από το τυπικό πλαίσιο που περιγράψαμε, όχι. Η μόνη εξέταση που σχεδόν πάντα θα κάνει ο πνευμονολόγος είναι η **σπιρομέτρηση**. Αυτή είναι απαραίτητη ιδίως σε ασθενείς με ιστορικό άσθματος ή χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), αλλά και σε κάθε άλλον άρρωστο για να καθορισθεί η αναπνευστική επάρκεια και να υπάρχει ένα μέτρο σύγκρισης. Όταν δεν υπάρχει προηγούμενο πνευμονολογικό ιστορικό και ο ασθενής είναι μη καπνιστής, η σπιρομέτρηση κατά κανόνα αποβαίνει φυσιολογική. Αν υπάρχουν παθολογικά σπιρομετρικά ευρήματα, και ιδίως αν συνυπάρχουν και ακροαστικά στοιχεία απόφραξης («ασθματικός βήχας»), τότε η διάγνωση μπορεί να στραφεί προς άσθμα ή ΧΑΠ σε εξάρση μετά από μια λοίμωξη.

Οστόσο, ειδικά σε ασθενείς με ιστορικό καπνίσματος και επίμονο βήχα ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός και εν-

δεχομένως να ζητήσει μια **ακτινογραφία θώρακος**, αν αυτή δεν έχει γίνει πρόσφατα. Δεν θα παραλείψει να ρωτήσει για τυχόν αιμοπτύσεις (που όχι σπάνια οι ασθενείς αποκρύπτουν με την ελπίδα ότι θα περάσουν απαρατήρητες) ή απώλεια βάρους ή άλλα ενοχλήματα που μπορεί να οφείλονται σε υποκείμενο νεόπλασμα. Θα αναζητήσει κλινικά σημεία άλλων παθήσεων (λεμφαδένες, πληκτροδακτυλία, συγκεκριμένα ακροαστικά ευρήματα όπως ο μονοφωνικός συριγμός της στένωσης μεγάλου βρόγχου, οι λεπτοί τρίζοντες της πνευμονικής ίνωσης ή οι ρεγχάζοντες της χρόνιας βρογχίτιδας, η αμβλύτητα μιας πύκνωσης ή μιας υπεζωκοτικής συλλογής). Ίσως είναι σπάνιο και ακραίο να ψηλαφήσει κανείς ένα σκληρό ήπαρ γεμάτο μεταστάσεις στα πλαίσια της διερεύνησης ενός «απλού» βήχα, θα είναι όμως πολύ χειρότερο να το «πιάσει» ο επόμενος γιατρός και να ελεεινολογήσει τον προηγούμενο που δεν τον βρήκε!

Εφόσον όλα τα άλλα ενδεχόμενα αποκλεισθούν και καταλήξουμε στην πιθανή διάγνωση του μεταλοιομώδους βήχα, οι **θεραπευτικές επιλογές** θα εξαρτηθούν από την κλινική εντύπωση για το σημείο προέλευσης του βήχα. Ρινική συμφόρηση ή καταρροή: αποσυμφορητικά, πλύσεις με φυσιολογικό ορό, ρινικά στεροειδή ή ιπρατρόπιο. Φάρυγγας: μαλακτικές παστίλιες ή γαργάρες με αντισηπτικά διαλύματα (το απλούστερο είναι το αλατόνερο). Λαρυγγίτιδα και τα κατάλοιπα της: συστηματικά στεροειδή για λίγες μέρες, φωνητική ανάπαυση. Τραχεία: ζεστά (όχι όμως καυτά) ροφήματα και εισπνοές ατμού. Επίσης, τα εισπνεόμενα στεροειδή (σε μικρές συνήθως δόσεις) δίνουν καλά αποτελέσματα στην τραχειίτιδα όταν χρησιμοποιηθούν με σωστό τρόπο (διδασκαλία τεχνικής), σε επαρκή δόση και για το σωστό χρονικό διάστημα (όχι 2-3 μέρες, αλλά 2-3 εβδομάδες). Αν υπάρχει σπιρομετρική απόφραξη, οπωσδήποτε δικαιολογείται η χρήση και ενός βρογχοδιασταλτικού. Τέλος, η κωδεΐνη (σε σιρόπι ή δισκία) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο γρήγορης ανακούφισης, από τον ερεθιστικό βήχα, όχι όμως σε παρατεταμένη χορήγηση και με τις ανάλογες προφυλάξεις (π.χ., σε υπερκαπνικούς ή ηλικιωμένους ασθενείς). Ας μην ξεχνούμε ότι τα πιο ακριβά φάρμακα δεν είναι κατ' ανάγκην και τα καλύτερα, τουλάχιστον στις απλές παθήσεις. Απλά σκευάσματα, εύκολα στη χρήση και με χαμηλό κόστος, είναι εξίσου αποτελεσματικά με τα

πιο δαπανηρά. Και, τέλος, στους καπνιστές ασθενείς κάθε αναπνευστικό σύμπτωμα θα πρέπει να αποτελεί αφορμή παρότρυνσης για διακοπή του καπνίσματος.

Στα **μη αποτελεσματικά μέσα** (που συνήθως έχουν δοκιμάσει οι περισσότεροι ασθενείς), περιλαμβάνονται τα βρογχοδιασταλτικά (εκτός αν υπάρχει απόφραξη, όπως προαναφέραμε), τα αντιβιοτικά (σχεδόν ποτέ δεν υπάρχει ενεργός λοίμωξη), τα αντισταμινικά και αντιλευκοτριενικά (σχεδόν ποτέ δεν υπάρχει αλλεργία, που όμως συχνά αναφέρεται στους ασθενείς με την εσφαλμένη λογική πως «ό,τι δεν είναι λοίμωξη είναι αλλεργία»), και τα κάθε είδους βλεννολυτικά (που συνήθως επιδεινώνουν τον βήχα με την αύξηση των εκκρίσεων που προκαλούν). Πάντα στην ιατρική υπάρχουν οι εξαιρέσεις, ακόμη και σε «τυπικές» περιπτώσεις, και, αν υπάρχει αμφιβολία ως προς τη διάγνωση ή μη ανταπόκριση στη θεραπεία, η παραπομπή σε έναν ειδικό δεν θα πρέπει να καθυστερεί.

Αφορμή για να γραφούν τα παραπάνω στάθηκε ασθενής που προσήλθε επιδεικνύοντας τρία κουτιά αντιλευκοτριενικά χάπια (56 ευρώ), ένα αντισταμινικό τελευταίας γενιάς (15 ευρώ) και το πιο δαπανηρό συνδυασμένο εισπνευστικό σκεύασμα της αγοράς (58 ευρώ). Το πολυδάπανο αυτό κοκτέιλ (129 ευρώ = 43.950 δραχμές, για την ιστορία) δεν είχε επηρεάσει ούτε στο ελάχιστο τον βήχα της (ούτε ήταν αυτά τα μόνα φάρμακα

που είχε χρησιμοποιήσει), ενώ ο συνδυασμός της θεραπείας δημιουργούσε την υπόνοια ότι αποτελούσε μάλλον «φαρμακευτικό μπαράζ» παρά λογική προσέγγιση στο σύμπτωμα. Δυστυχώς τέτοιους ασθενείς βλέπουμε πιο συχνά και το αποτέλεσμα είναι, αφενός, προσωπική ταλαιπωρία και, αφετέρου, σημαντική οικονομική δαπάνη. Πάντοτε, αλλά ιδιαίτέρως με τα σημερινά οικονομικά δεδομένα, ο τελευταίος παράγων δεν θα πρέπει να μας αφήνει αδιάφορους.

**Συμπέρασμα:** Η λαϊκή παροιμία υποστηρίζει ότι «Ο βήχας κι ο παράς δεν κρύβονται», αλλά στη σύγχρονη πράξη μόνο ο πρώτος δυσκολεύεται να περνάει απαρατήρητος (αν το κράτος φορολογούσε τον βήχα, ίσως τα οικονομικά του να ήταν βελτιωμένα καθώς η διαφυγή είναι αδύνατη!). Η παραδοσιακή κλινική προσέγγιση, εφαρμοσμένη με κοινή λογική και με ευαισθησία απέναντι στο βάσανο του αρρώστου αλλά και τον προϋπολογισμό της υγείας, στον οποίο όλοι αδρά συνεισφέρουμε, αποτελεί την καλύτερη τακτική σε κάθε πρόβλημα υγείας και ιδίως στα μικρά και καθημερινά.

**Σημείωση:** Ο ενδιαφερόμενος αναγνώστης μπορεί να αναζητήσει στο Διαδίκτυο το πολύ διαφωτιστικό κείμενο για τον βήχα του καθηγητή Αλγη Η. Morice, ενός από τους ειδικούς στο πρόβλημα, στη διεύθυνση:  
<http://www.issc.info/cough.html>.

*Εὐγνώμων ὁ μὴ λυπεόμενος ἐφ' οἷς ἔχει, ἀλλὰ χαίρων ἐφ' οἷς ἔχει*

*Λογικός είναι ὄχι αὐτός που λυπάται για ὅσα δεν ἔχει,  
ἀλλὰ ἐκεῖνος που χαίρεται για ὅσα ἔχει*

*Δημόκριτος*