

616.12-009.17-079.4

III. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA NEUROCIRKULAČNÍ ASTENIE

Pplk. MUDr. Miloslav TRSEK,
vojenská nemocnice v Českých Budějovicích

V diferenciální diagnostice NCA jde o to, abychom nepřisoudili příznaky NCA organické choroby, abychom špatnou interpretací poslechového kardiálního nálezu a ekg křivky neoznačili srdeční obtíže u NCA běžné za myocarditis nebo chlopenní vadu či dechové potíže za chorobu plicní, průdušek nebo potíže cirkulační za Raynaudovu chorobu, obliterující arteriosklerózu či hypotenzi. Ještě závažnějšího omylu se dopouštíme, když neurastenické obtíže, které doprovázejí často organické choroby, např. srdeční chlopenní vady, tyreotoxikózu, chronické infekce, označíme pouze za neurocirkulační astenii. Podle Levandera-Lindgréna je častost syndromu NCA u organického postižení srdce v tomto pořadí: největší je u ischemické choroby srdeční a u infarktu myokardu nebo stavů po něm, u srdečních vad a nejméně často u endomyoperikarditid a arytmií.

Obyčejně už z vhodně získané anamnézy, doplněné klinickým vyšetřením, můžeme rozhodnout, zda nemocný trpí NCA nebo organickou chorobou. Bývá téměř pravidlem, že nemocný s organickou chorobou jednoduchým, přesným a krátkým sdělením dokáže vypovědět své obtíže, zatímco nemocný s funkčními obtížemi líčí své stesky dlouze, barvitě, s použitím silných výrazů a často nesouvisle. Časová tíseň v lékařské ordinaci nesmí být příčinou zanedbání komplexního vyšetření.

Chybuje ten lékař, který při zjištění bolesti u srdce odesílá nemocného ihned na ekg, aniž vezme podrobnou anamnézu. Zjistí-li na ekg abnormální či lehce patologickou křivku, zejména s necharakteristickými změnami v repolarizační části, pak bez dalšího pátrání nesprávně usuzuje na závažnou srdeční chorobu. Ze zkušeností dobře víme, že nám samotné ekg u různých srdečních chorob dělá diagnózu jen v menším počtu případů a že ho lze dobře hodnotit jen na podkladě dobré znalosti klinického obrazu včetně anamnézy.

Ekg nálezy u NCA jsou různými autory rozličně uváděny a interpretovány:

Někteří zjišťují deprese úseku ST-T v levém prekordiu — do 2 mm, tedy ještě tolerantní —, snížení či inverzi vln T, jiní uvádějí, že u NCA nejsou charakteristické známky v ekg obrazu. Např. Kannel nenašel větší změny na ekg u NCA ve srovnání se zdravou populací.

Fries a Haid prokázali, že výška vlny T ve II. standardním svodu je menší u lidí s NCA než u zdravých kontrol. Holmgrén popisuje změny v ekg po pracovním pokusu častěji u žen — ve 49 %, u mužů méně často — v 21 %.

Fejfar s Widimským provedli ortostatický a klinostatický záznam ekg u mnoha nemocných s NCA a našli: u 1/3 pacientů s NCA již v klidu v hrudních svodech denivelizaci ST úseků až elevaci do 2 mm a deprese do 1 mm. Ve vzpří-

mené poloze našli u všech nemocných. NCA změny v repolarizační fázi, zatímco u zdravých pouze ve 3/4 sledovaného souboru.

Musíme si být však vědomi toho, že úsek ST-T je velmi labilní, mění se vlivem organických poruch myokardu, ale též vlivem mnoha ekstrakardiálních činitelů, především nervových.

V našem souboru 20 nemocných s NCA z řad vojáků v základní službě jsme provedli ekg záznam v klidu, po námaze a ve vzpřímené poloze. U 17 z 20 vojáků, kteří měli NCA, bylo možno odečíst určité odchylky na křivce po námaze a ve vzpřímené poloze v úseku ST-T. Šlo o nepatrné denivelace v mezích tolerance úseku ST a snížení či zvýšení vln T ve standardních i v hrudních svodech. Stejně změny a přibližně ve stejném počtu jsme však zjišťovali i u zdravých kontrol.

Ekg křivka nám tudíž nepřispěje k diagnóze NCA. Změny, jež na ní zjistíme u nemocných NCA, se vyskytují též u zdravých jedinců. Přesto však u všech vojáků s NCA provádíme ekg vyšetření s cílem ne potvrdit NCA, ale vyloučit organické onemocnění myokardu, zejména ischemickou chorobu srdeční. Tato zásada platí dvojnásob pro vojáky z povolání středního věku, u kterých zjišťujeme ischemické změny častěji než v minulých letech.

V diferenciální diagnostice NCA přicházejí v úvahu tyto choroby:

Ischemická choroba srdeční — její bolestivá forma — angina pectoris:

Na rozdíl od NCA postihuje převážně starší nemocné, i když v posledních letech vidíme stále častější výskyt této choroby ve 3. a 4. dekadě. Nemocní s NCA jsou však ve své většině 18letí až 30letí.

Vznik bolestí u ischemické choroby srdeční (dále ICHS) je vázán na námahu, emoci, jídlo a jiné vlivy. Je krátkodobá, nejčastěji trvající 3—5 minut, za sternem, s typickou iradiací, bývá svíravá, palčivá, řezavá, intenzivní, doprovázená často brněním v levé paži, v prstech levé ruky a někdy palpační bolestivostí pažní nervové pleteně nad levým klíčkem. Bolest u NCA je dlouhodobá, píchavá, tlaková, snesitelná, lokalizovaná v krajině hrotu srdečního bez iradiace a především klidová. Fyzikální nález u obou nemocí může být fyziologický. U ICHS se však někdy zjišťuje zbytnění srdce, šelesty z relativní insuficience či stenózy srdečních ústí — nejčastěji mitrálního nebo aortálního, cvalový rytmus, pulsus alternans apod. U NCA tyto změny nejsou, ale zjišťujeme často labilní eretickou akci, respirační arytmii, III. fyziologickou ozvu, nevinné funkční šelesty, jejichž nejčastější příčinou je urychlení krevního proudu. Rovněž ekg křivka může být u obou chorob fyziologická. U ICHS však častěji vidíme patologické odchylky, jež souvisejí s ischemií a fibrózou myokardu, vznikající na podkladě insuficientních koronárních tepen. Projevují se především patologickými změnami v repolarizační části, denivelací ST, oploštěním

a inverzí vlny T, někdy typickými ischemickými změnami s koronárními vlnami T, dále fibrilací a jinými arytmiemi, blokem raménka, přetížéním levé komory apod. Námahový ekg záznam potvrzuje podle Prusíka ICHS tehdy, jestliže ve srovnání s klidovou křivkou je na pracovním ekg úplné oploštění vlny T, dále dvojfázové T s první částí negativní nebo úplná inverze vlny T a současně klesá úsek ST, a to nejméně 1 mm. Menší rozdíly než právě uvedené nás neopravňují k potvrzení ICHS pracovním ekg. Změny v ekg u NCA byly již výše uvedeny.

Laboratorní nález je u obou chorob fyziologický. V difer. diagnóze není zanedbatelný ani terapeutický test nitroglycerínem, po kterém anginózní bolest ustává za 1—2 minuty, zatímco bolest u NCA není nitroglycerínem vůbec ovlivněna.

U ICHS zjišťujeme vzácně známky neurovegetativní lability, u NCA je zjišťujeme téměř vždy. Jde o příznaky: Thomayerův, Erbenův, Vanýskův, Prusíkův, okulokardiální, výrazný dermatografismus a jiné.

Na druhém místě v difer. diagnostice přichází **myokarditis**, a to především revmatická, bez postižení kloubů. Diagnostické rozpaky mohou vzniknout v začátcích této choroby, kdy není ještě její symptomatologie tak vyhraněná. Podobné příznaky s NCA jsou: neurčitě srdeční obtíže nebo i bolest u srdce, jež může mít původ v revmatické koronaritis nebo perikarditis. Může imitovat srdeční bolest u NCA. Dalším podobným příznakem je celková slabost, únava, snížená výkonnost, dušnost, ekg změny v úseku ST-T a někdy subfebrilie. Neklamnou známkou myokarditidy je náhlá nebo postupná nedostatečnost srdeční, projevující se nálezem vlhkých, nepřizvukných chrupků při plicních bázích, zvýšenou náplní krčních žil, zvětšením jater, vznikem otoků, nápadně labilní akcí a dušností i při nepatrné námaze. Objevují se nově šelesty na srdci, rozšiřuje se stín srdeční, vzniká cval, arytmie, bloky. Potvrzují ji i laboratorní zkoušky (FW, mukoproteiny, Weltman, C reaktivní protein, ELFB a ASLO).

Také **Fiedlerova izolovaná myokarditis**, která může mít počáteční příznaky zcela shodné s NCA včetně fyziologických laboratorních nálezů, se pozná až v dalším průběhu, kdy je patrná progresse počátečních, zdánlivě nevinných příznaků, jež se stupňují přes stadium městnavé srdeční slabosti k fatálnímu konci.

Ostatní myokarditidy, jež doprovázejí infekční nemoce, jako např. diftérii, tyf, chřipku, spal, pneumonii, sepsi, angínu, se diagnostikují snáze pro přítomnost základního infekčního onemocnění.

Řekneme-li nemocnému s NCA, který má bolesti u srdce s palpitacemi a v ekg nespecifické změny v repolarizaci, že má **chronickou myokarditis**, poškodíme ho a zhoršíme jeho funkční obtíže. Pojem chronické myokarditis rezervujeme pro Libmanovu-Sachsovu myokarditis u lupus erythematosus disseminatus aj. kolagenos a pro revmatickou karditidu s častými atakami

a dlouhodobými známkami revmatické aktivity, potvrzené klinickým obrazem i laboratorně.

Při diagnóze NCA nás může zmýlit i **akutní benigní virová perikarditis**, která má typickou, dosti intenzivní píchavou bolest v prekordiu bez iradiace. Bolest může být vázána na dech, je-li postižena i přilehlá pleura. Vzniká v průběhu chřipkového onemocnění, někdy se vyskytne až po proběhlé chřipce. Ne vždy zachytíme v objektivním nálezu typický, ale prchavý třecí šelest perikardiální, vrzavý, zesilující se přitlačení fonendoskopu, vázaný na jednu nebo obě srdeční evolute, nejčastěji slyšitelný parasternálně vlevo při úponu 5. a 6. žebra. Laboratorní zkoušky bývají fyziologické. V ekg obrazu se mohou vyskytnout známky subepikardiální ischemie.

Také levostranná **suchá pleuritis** může imitovat píchavé bolesti u NCA. V rozlišení nám pomáhá charakteristická závislost bolesti na hlubším inspiriu, vymizení bolesti po léčení a neopakovatelnost tohoto příznaku. Poloha na levém boku či tlak na levou polovinu hrudníku a povrchní dýchání bolest zmírňují.

Těž nositelé **kompensovaných chlopenních srdečních vad** mívají často potíže, jak je vidíme u NCA. Jsou zapříčiněny především neurotizací nemocného v průběhu vyšetřování, léčení, příkazů a zákazů. Jde o palpitace, píchavé bolesti u srdce, zvláště v krajíně hrotu, vzdychavé dýchání, emoční dušnost, únavu apod. V těchto neurotických obtížích nesmíme přehlédnout organickou chorobu.

V klinické praxi musíme často odlišovat **neurózu** od NCA. Neurotici a nemocní NCA mohou mít příznaky podobné. Při pečlivějším anamnestickém pátrání zjistíme, že u neurotika jsou méně vyjádřené obtíže z oblasti srdce — palpitace, bolest, srdeční obtíže v klidu — dechové potíže a příznaky z labilní cirkulace. Více u nich zjistíme potíže ve sféře neuropsychické, rozladěnost, nesoustředěnost, ztíženou všípivost, poruchu paměti a spánku, neurotické pokašlávání při rozčilení, zívání apod.

I **syndrom přední stěny hrudní** může být diagnostickým oříškem. Projevuje se bolestí a tlakovou citlivostí hrudní stěny v oblasti srdce. Vyskytuje se po infarktu myokardu a při zánětech a myogelózách prsního svalu. Tato skutečnost nás nutí provádět palpaci krajiny srdeční zvláště pečlivě u ne zcela jasného příznakového souboru NCA.

U **tyreotoxikózy** je rovněž celá řada příznaků shodných s NCA, z nichž si připomeňme aspoň nejnapadnější: pocit únavy a slabosti, neklid,

třes, palpitace. U vyhraněné tyreotoxikózy dominuje však komplex příznaků, který vede snadno k diagnóze. Mezi ně patří klidová tachykardie, velká tlaková amplituda, struma, oční příznaky, vlhká, teplá kůže, tyreotoxická myopatie s Plummerovým příznakem, z laboratorních nálezu zvýšení plazmatického jódu, nízká cholesterolémie a pozitivní radioizotopové vyšetření. Těžší situace vzniká u hraničních nebo oligosymptomatických forem, u kterých nemusí být přítomny výše uvedené příznaky, nemocný má příznaky podobné NCA a někdy i chladná akra. Vodítkem správné diagnózy tu pak bývá klidová tachykardie, která u tyreotoxikózy nechybí, a radioizotopové vyšetření. Není-li dostupné, pak někdy léčebný výsledek tyreostatiky s konečnou platností potvrzuje diagnózu.

Hypodynamický cirkulační typ NCA může být zaměněn za choroby s podobnou symptomatologií — **Adissonovu nemoc** nebo **anémii**. Společným symptomem je únava, slabost, sklon ke kolapsům. U Adissonovy nemoci zjišťujeme dále hypotenzi, hyperpigmentaci kůže, patologický mineralogram, adizonské krize a příznivý efekt substituční léčby kortikoidy. U anémie je bledý kolorit obličeje, bledé sliznice, námahová dušnost, cheilitis, glosodynie, lomivé nehty. Tyto příznaky nás vedou k vyšetření krevního obrazu, jenž pak diagnózu potvrzuje.

Ostatní nemoci a stavy přicházejí v diferenciálně diagnostické rozvaze méně v úvahu — jsou to chronické infekce (tbc, brucelóza), cholecystopatie, adnexitis, stavy rekonvalescence, hyperurikemický syndrom, simulace apod.

Závěrem k diferenciální diagnostice NCA je třeba znovu zdůraznit, že je to velmi častá choroba mladých lidí, zejména vojáků. Její příznaky mohou maskovat organickou chorobu, po které musíme vždy pátrat. Proto provádíme komplexní vyšetření i tehdy, je-li anamnestický syndrom pro NCA příznačný.

Souhrn

Bylo poukázáno na nejčastější choroby, jež přicházejí v úvahu při diferenciální diagnostice NCA. Z nich největší význam má bolestivá forma ischemické choroby srdeční, a proto byla podrobněji probírána. Pečlivá anamnéza, komplexní vyšetření a uvážlivý výklad ekg křivky vedou ke správné diagnóze a mají se provést u každého příznakového syndromu, který připomíná NCA. Tak se lze vystríhat diagnostického omylu, který by mohl v některých případech nemocného vážně poškodit.