

**Elżbieta Waśniewska-Okupniak**

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

# Ból gardła

## Sore throat

---

### Streszczenie

Ból gardła to jedna z częstszych przyczyn wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza rodzinnego lub pediatry. Właściwa interpretacja bólu gardła powiązana ze znajomością algorytmów jego rozpoznawania pozwala na ustalenie właściwego rozpoznania i umożliwia wdrożenie optymalnego postępowania leczniczego. W pracy przedstawiono najczęstsze przyczyny ostrego i przewlekłego bólu gardła ze szczególnym uwzględnieniem diagnostyki różnicowej. Zwrócono uwagę na typowe objawy procesów zapalnych i ich powikłań w obrębie gardła, jak również na wczesne, często mało charakterystyczne symptomy choroby nowotworowej, definiowane przez chorego jako ból gardła.

### Słowa kluczowe

ostry ból gardła, przewlekły ból gardła, diagnostyka różnicowa

### Abstract

A sore throat is one the most common reasons to visit a general practitioner's office – either a family doctor or paediatrician. Correct interpretation of a sore throat in compliance with proper diagnostic algorithms allows for correct recognition and introduction of optimal therapeutic management. This paper presents the most frequent triggers of acute and chronic sore throat, with particular regard to its differential diagnosis. A special emphasis was placed on typical symptoms of inflammatory processes and complications around the pharynx, as well as the less typical symptoms for malignancy that are perceived by the patient as a sore throat.

### Key words

acute sore throat, chronic sore throat, differential diagnosis

## Wstęp

Ból gardła o różnym charakterze i nasileniu jest jedną z częstszych przyczyn zgłaszania się pacjentów do lekarzy pierwszego kontaktu – lekarzy rodzinnych i pediatrów, jak również otolaryngologów. Właściwa interpretacja bólu gardła w powiązaniu ze znajomością algorytmów jego rozpoznawania pozwala na ustalenie właściwego rozpoznania i umożliwia wdrożenie optymalnego leczenia.

Ból czy różnie opisywane przez pacjentów objawy nadwrażliwości czuciowej w gardle (np. drapanie, klucie, zaburzenia połykania – dysfagia, ból przy połykaniu czy wręcz uniemożliwiający połykanie – odynofagia) są związane z niezwykle bogatym unerwieniem czuciowym gardła przez podśluzówkowy splot włókien nerwowych – nerwu trójdzielnego (V), językowo-gardłowego (IX) i błędnego (X). Stąd często obserwowane u chorych promieniowanie bólu z gardła do ucha (otalgia). Podrażnienie zakończeń czuciowych w obrębie gardła jest silnym bodźcem wyzwalającym odruch kaszlu czy chrząkania, często towarzyszący bólowi gardła [1].

Etiologia bólu gardła jest wieloczynnikowa, zazwyczaj infekcyjna, ale dolegliwości mogą również wywoływać inne schorzenia. W celu ułatwienia klasyfikacji i zrozumienia mechanizmów jego powstawania przyjęto w pracy umowny podział bólów gardła na bóle o charakterze ostrym i przewlekłym.

## Ostry ból gardła

### Ostre procesy zapalne i ich powikłania

Najczęstszą przyczyną ostrego bólu gardła są infekcje o różnej etiologii. Wirusy stanowią główną przyczynę stanów zapalnych gardła (70–90%), a do najczęstszych patogenów zaliczamy: adenowirusy, rynowirusy, koronawirusy, a także wirusy grypy i paragrypy. Niewielki odsetek ostrych zapaleń gardła – od 5% do 37% – ma charakter bakteryjny. Są to głównie zakażenia paciorkowcem  $\beta$ -hemolizującym

grupy A (*group A of  $\beta$ -haemolytic streptococci – GABHS*), rzadziej *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* i inne szczepy [2]. Należy pamiętać, że przyczyną stanu zapalnego mogą być też bakterie atypowe: chlamydie, dwoinki rzeżączki czy mykoplazmy. Ostre zapalenie błony śluzowej gardła występuje najczęściej w miesiącach jesienno-zimowych i zimowo-wiosennych. Chorują głównie dzieci, nastolatki i młodzi dorośli, ale choroba może wystąpić u osoby w każdym wieku.

Różnicowanie wirusowego i bakteryjnego zapalenia gardła bywa trudne, a jest niezbędne do podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej. Za rozpoznaniem ostrego wirusowego zapalenia gardła przemawiają: 2–3-dniowy nieżyt nosa poprzedzający ból gardła, kaszel, niewielkie podwyższenie temperatury ciała, bóle mięśniowe, złe samopoczucie, zapalenie spojówek, przekrwienie całej błony śluzowej gardła, powiększenie węzłów chłonnych szyi (niewielkie). Natomiast na infekcję bakteryjną, najczęściej anginę paciorkowcową, wskazują: nagły i ostry początek choroby, wysoka gorączka z dreszczami, silny ból gardła, zwłaszcza przy połykaniu, znaczne przekrwienie migdałków, w 2.–3. dniu choroby naloty w kryptach, bolesne powiększenie węzłów chłonnych szyi. Pomocna w różnicowaniu bakteryjnego i wirusowego zapalenia gardła jest skala Centora/McIsaaca, która ocenia obecność następujących kryteriów: gorączki (powyżej 38°C), braku kaszlu, nalotu włóknikowego i obrzęku migdałków, powiększenia/bolesności węzłów chłonnych szyi, a także uwzględnia trzy przedziały wiekowe pacjentów (3–14 lat, 15–44 lat, > 44 lat) (tab. 1). Pozwala ona ocenić prawdopodobieństwo występowania paciorkowcowego zapalenia gardła i tym samym konieczność przepisania antybiotyku. Przy wyniku 0–1 pkt prawdopodobieństwo zakażenia bakteryjnego jest minimalne i nie ma konieczności podjęcia dalszych działań diagnostycznych (leczenie objawowe), przy wyniku 2–3 pkt zakażenie bakteryjne jest prawdopodobne i warto pobrać wymaz z gardła na posiew lub wykonać szybki test na obecność antygeny PBHA, a przy 4 pkt prawdopodobieństwo zakażenia bakteryjnego, z reguły paciorkowcowego, jest duże i w zależności od intensywności objawów rekomendowana jest antybiotykoterapia (fenoksymetylopenicylina przez 10 dni) lub oczekiwanie na ostateczny wynik wymazu [3].

Nagle wystąpienie bólu gardła jest często pierwszym objawem rozpoczynającej się choroby zakaźnej, np. odry, płonicy, ospy wietrznej czy mononukleozy zakaźnej. Szczególnie nasilone dolegliwości

Tabela 1. Skala punktowa Centora/McIsaaca

Objawy	Liczba punktów
temperatura > 38°C	1
brak kaszlu	1
powiększone węzły chłonne szyi	1
wysięk włóknikowy i obrzęk migdałków	1
wiek 3–14 lat	1
wiek 15–44 lat	0
wiek > 44 lat	-1

bólowe gardła utrudniające połykanie, a nawet oddech, spowodowane stanem zapalnym w obrębie pierścienia chłonnego Waldeyera i odczynowo powiększonymi węzłami chłonnymi, najczęściej w okolicy głowy i szyi, z towarzyszącą gorączką, ogólnym złym samopoczuciem, osłabieniem, powiększeniem wątroby i śledziona, przemawiają za rozpoznaniem mononukleozy zakaźnej.

Najczęstszym powikłaniem niewłaściwie leczonego ropnego zapalenia gardła jest ropień okołomigdałkowy. Wyraźne umiejscowienie bólu po jednej stronie, występujące kilka dni od początku bólu gardła z gorączką, znaczne utrudnienie połykania (dysfagia), ból gardła promieniujący do ucha (otalgia), szczękocisk, ślinotok, mowa kluskowata i odwodnienie mogą świadczyć o powstaniu powikłań miejscowych anginy, takich jak naciek czy ropień okołomigdałkowy. W badaniu przedmiotowym dominuje asymetria migdałków podniebnych z uwypukleniem i powiększeniem po stronie objętej ropniem, obrzęk i przesunięcie języka na stronę zdrową, powiększenie i bolesność węzłów chłonnych szyi, zwłaszcza po stronie objętej procesem chorobowym [4, 5]. Chory z podejrzeniem ropnia okołomigdałkowego wymaga pilnej konsultacji laryngologicznej i wdrożenia dalszego postępowania leczniczego – punkcji, nacięcia i drenażu ropnia.

W ropniu lub ropowicy dna jamy ustnej występuje bardzo silny ból umiejscowiony w dnie jamy ustnej, uniemożliwiający jedzenie, przebiegający z gwałtownymi objawami ogólnymi. W tych przypadkach na szyi, w okolicy podbródkowej wyczuwa się wyraźne nacieczenie zapalne. Stopniowo nasilający się ból, niezwykle dokuczliwy, początkowo jednostronny jest główną dolegliwością zgłaszaną przez chorych z tworzącym się ropniem języka. W miarę postępu choroby język stopniowo się powiększa i przestaje się mieścić w jamie ustnej. W obu tych przypadkach chory wymaga hospitalizacji i niezadko pilnej interwencji chirurgicznej w warunkach oddziału laryngologicznego.

#### Ciała obce i urazy

Ostry, nagły kłujący ból gardła, którego wystąpienie chory wiąże ze spożyciem pokarmu, może świadczyć o zatrzymaniu się ciała obcego w gardle lub przełyku. W wyniku skaleczenia błony śluzowej ślina jest czasem podbarwiona krwią. Ból nasila się podczas połykania, narasta jeszcze chwilę po przełknięciu i jest dobrze lokalizowany przez chorego. Przyczyną bólu o podobnym charakterze może być

również oparzenie (termiczne lub środkami chemicznymi) jamy ustnej i gardła.

## Przewlekły ból gardła

### Przewlekłe procesy zapalne

Oprócz ostrych infekcji ból gardła może być też skutkiem przewlekłych zakażeń i stanów zapalnych błony śluzowej gardła, przewlekłego zapalenia migdałków podniebnych czy przewlekłego zapalenia zatok przynosowych.

Przewlekły nieżyt gardła to liczna grupa stanów chorobowych o różnej przyczynie i zróżnicowanym obrazie. Etiologia tej jednostki chorobowej związana jest przede wszystkim z przedłużoną ekspozycją błony śluzowej gardła na czynniki szkodliwe, takie jak: nikotyna, alkohol, chemikalia oraz gazy i zmiany temperatury. Często przyczyną są również przewlekłe procesy zapalne w sąsiadujących rejonach anatomicznych, tj. przewlekłe zapalenie zatok przynosowych, przewlekłe zapalenie oskrzeli czy przewlekłe zapalenie migdałków podniebnych. W literaturze coraz częściej podkreślane jest znaczenie refluksu żołądkowo-przełykowego jako przyczyny przewlekłego drażnienia błony śluzowej gardła i w następstwie rozwoju przewlekłego nieżytu gardła. Na stan błony śluzowej gardła wpływają także zaburzenia gospodarki hormonalnej (w przebiegu menopauzy oraz hipotyreoza), choroby ogólne (choroby serca, nerek, przewodu pokarmowego, cukrzyca), alergia oraz nieprawidłowa czynność fonacyjna krtani u osób zawodowo posługujących się głosem [6]. Klasyfikacja kliniczna tej niejednorodnej grupy schorzeń dzieli je na:

- prosty przewlekły nieżyt gardła (*pharyngitis chronica simplex*),
- przewlekły przerostowy nieżyt gardła (*pharyngitis chronica hypertrophica*),
- przewlekły zanikowy nieżyt gardła (*pharyngitis chronica atrophica*).

Obraz kliniczny poszczególnych typów zapaleń gardła przedstawiono w tabeli 2.

Dolegliwości subiektywne we wszystkich typach przewlekłego nieżytu gardła są podobne i często nieproporcjonalne do obrazu błony śluzowej gardła stwierdzanego w badaniu przedmiotowym (tab. 2). Chorzy skarżą się na nawracający ból gardła o różnym stopniu nasilenia – czasami jedynie ból ranny, po przebudzeniu. Często określają ból gardła jako uporczywą nadwrażliwość czy parestezje czuciowe w obrębie tego narządu (drapanie, łaskotanie, zawadzanie czy poczucie ciała obcego w gardle, wrażenie spływania wydzieliny po tylnej ścianie),

Tabela 2. Obraz kliniczny poszczególnych typów zapaleń gardła

Typ zapalenia	Obraz kliniczny
prosty przewlekły nieżyt gardła	<ul style="list-style-type: none"> <li>• przekrwienie i rozpułchnienie błony śluzowej</li> <li>• obecność gęstej, lepkiej wydzieliny</li> <li>• poszerzenie naczyń krwionośnych tylnej ściany gardła</li> </ul>
przewlekły przerostowy nieżyt gardła	<ul style="list-style-type: none"> <li>• masywne pogrubienie i przekrwienie błony śluzowej</li> <li>• przerost grudek chłonnych tylnej ściany gardła i pasm bocznych</li> <li>• wiek średni</li> </ul>
przewlekły zanikowy nieżyt gardła	<ul style="list-style-type: none"> <li>• błona śluzowa zanikowa, podsuchająca</li> <li>• zaznaczone naczynia krwionośne na ścianie tylnej gardła</li> <li>• chory w starszym wieku, zwykle kobieta w okresie menopauzy</li> </ul>

które powodują nawykowe odchrząkiwanie czy próby odkasływania bądź połykania, najczęściej nieistniejącej „przeszkody” w gardle.

Leczenie bólu gardła spowodowanego przewlekłym nieżytem błony śluzowej gardła w pierwszej kolejności powinno się koncentrować na eliminacji czynników predysponujących (np. zakaz palenia tytoniu i picia alkoholu, leczenie przeciwalergiczne, leczenie refluksu żołądkowo-przełykowego) oraz towarzyszących ognisk zapalnych (np. leczenie przewlekłego zapalenia zatok, usunięcie migdałków podniebiennych z powodu ich przewlekłego zapalenia). Ponieważ objawy przewlekłego nieżyty gardła nierzadko mogą być maską wielu poważnych chorób ogólnoustrojowych, w tym guzów nowotworowych, w przypadkach wątpliwych zalecane jest skierowanie chorego na specjalistyczne badanie laryngologiczne.

#### Neuralgie

Nawracający, jednostronny ból gardła o rwącym charakterze, często lokalizowany w obrębie języka czy migdałków, niekiedy podniebienia miękkiego, wyzwalany przez podrażnienie części krtoniowej gardła, zazwyczaj świadczy o nerwobólu nerwu językowo-gardłowego. W niektórych przypadkach ból jest tak silny, że utrudnia normalne funkcjonowanie w ciągu dnia (zaburzenia połykania, żucia i artykulacji), a nawet spokojny sen. Bólowi towarzyszy wydzielanie lepkiej śliny. Choroba ta zwykle występuje u osób w starszym wieku. Etiologia schorzenia jest najczęściej wieloczynnikowa (infekcje, urazy, nadużywanie alkoholu, przebyte choroby itp.) i zawsze jest związana z uszkodzeniem, naruszeniem ciągłości bądź podrażnieniem nerwu. Często ból tego rodzaju jest wczesnym i pierwszym objawem choroby nowotworowej w obrębie gardła i przełyku. Chory z podejrzeniem neuralgii językowo-gardłowej wymaga w związku z tym specjalistycznego

badania laryngologicznego (wykluczenie procesu rozrostowego) i konsultacji neurologicznej.

#### Zmiany nowotworowe

Przewlekły samoistny ból gardła niezwiązany z infekcją, początkowo o stałym nasileniu, z czasem narastający, dokuczliwy, z towarzyszącymi trudnościami w połykaniu lub bólem podczas połykania, może być spowodowany chorobą nowotworową. Ból jest zazwyczaj jednostronny, często promieniuje do ucha. Przyczyną bólu gardła w tym przypadku może być nowotwór nasady języka, migdałków podniebiennych, części krtoniowej gardła czy krtoni. W zaawansowanym stadium choroby nowotworowej gardła dodatkowo obserwuje się ślinienie, cuchnienie z ust (*fetor ex ore*), szczykościsk, guz na szyi, a niekiedy także duszność [7].

#### Podsumowanie

Podstawowe znaczenie w diagnostyce bólu gardła w ramach praktyki lekarza rodzinnego czy pediatry ma skrupulatnie zebrany od pacjenta wywiad chorobowy, który w powiązaniu z podstawowym badaniem przedmiotowym (ocena jamy ustnej i gardła, badanie palpacyjne węzłów chłonnych szyi itp.) z dużym prawdopodobieństwem pozwala podejrzewać przyczynę dolegliwości. W razie wątpliwości lub podejrzenia zmian chorobowych zagrożających zdrowiu i życiu chorego (ciała obce, ropnie, procesy nowotworowe), omówionych w powyższym artykule, lekarz rodzinny zobowiązany jest skierować chorego do specjalisty otolaryngologa lub bezpośrednio na oddział laryngologiczny w celu wdrożenia natychmiastowego leczenia specjalistycznego.

#### Piśmiennictwo

1. Pietruszewska W, Kott K. Zapalenie gardła w codziennej praktyce lekarza rodzinnego i laryngologa. *Terapia* 2013; 11-12: 6-15.

2. Mielcarek-Kuchta D. Ostre zapalenia gardła i krtani. W: Laryngologia – wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani i okolic. Szyfter W (red.). Termedia, Poznań 2016; 111-133.
3. Waśniewska-Okupniak E. Angina – diagnostyka i leczenie. Przew Lek 2012; 2 (supl.): 37-39.
4. Pietruszewska W, Pieczykolan A. Angina i jej powikłania – problem nadal aktualny. Terapia 2013; 11-12: 16-22.
5. Kaczmarek J. Anginy – rozpoznawanie, różnicowanie, leczenie i powikłania. Przew Lek 2002; 10: 130-132.
6. Leszczyńska M. Przewlekłe zapalenie gardła i krtani. W: Laryngologia – wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani i okolic. Szyfter W (red.). Termedia, Poznań 2016; 135-141.
7. Bruzgielewicz A. Ból gardła. W: Otolaryngologia praktyczna. Janczewski G (red.). Via Medica, Gdańsk 2005; 374-376.

**Adres do korespondencji:**

dr n. med. Elżbieta Waśniewska-Okupniak  
Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu  
e-mail: elzbietaWasniewska7@gmail.com