

Czy przewlekły kaszel u osoby dorosłej może nie mieć podłoża organicznego?

Kaszel na tle psychogennym

STRESZCZENIE

Kaszel jest naturalnym odruchem obronnym organizmu pozwalającym na usunięcie z dróg oddechowych drażniących substancji i ciał obcych. Kiedy trwa przewlekle, staje się znaczącym problemem dla chorego i częstą przyczyną wizyt w gabinecie lekarskim. Intensywny i uporczywy kaszel powoduje silny dyskomfort i wyraźnie obniża jakość życia, a jego powikłania mogą poważnie zaburzyć funkcjonowanie organizmu.

Etiopatogeneza bywa złożona, stąd często trudno wykryć przyczynę przewlekłego kaszlu. Dokładna analiza źródeł jest jednak konieczna i wymaga szczegółowych badań. Niepowodzenia w leczeniu przewlekłego kaszlu mogą wywoływać u lekarza poczucie bezradności i skłaniać ku przedwczesnej diagnozie kaszlu o podłożu funkcjonalnym lub psychogennym. Przewlekły kaszel w zaburzeniach organicznych pojawia się w chorobach układu oddechowego, układu pokarmowego, układu krążenia i układu nerwowego, jak również chorobach nowotworowych oraz w wyniku pojawienia się skutków ubocznych stosowanych leków. Może mieć również podłoża nieorganiczne. Wynika wówczas z doświadczanego przez chorego silnego wewnętrznego napięcia w sferze ciała i psychiki.

Czynniki emocjonalne wywołujące kaszel zwykle nie są przez chorego uświadomione, jednocześnie przeżywanie bólu i innych dolegliwości związanych z przewlekłym kaszlem jest realnym doświadczeniem dla chorego. Bywa, że kaszel jest jedynym dla pacjenta, dostępnym i skutecznym sposobem zwrócenia na siebie uwagi otoczenia. Jest oznaką protestu lub — nie wprost — wołaniem o pomoc i opiekę. Zlekceważenie pacjenta, czy przypisanie mu chęci manipulacji otoczeniem w konsekwencji stygmatyzuje go i pozostawia w samotności z dodatkowym poczuciem winy.

Lekarz zmotywowany by w atmosferze wsparcia i zrozumienia pomóc pacjentowi w szerszym spojrzeniu na chorobę, może odkryć wiele emocjonalnych przyczyn kaszlu, a tym samym ułatwić pacjentowi proces zdrowienia poprzez nacisk na leczenie przyczynowe.

Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom 2, nr 4, 319–325

słowa kluczowe: kaszel przewlekły, kaszel psychogeny, kontakt lekarz–pacjent

Nadia Bryl,
Wanda Horst-Sikorska

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. Wanda Horst-Sikorska
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Przybyszewskiego 49, 60–365 Poznań
tel.: (061) 869–11–44; faks: (061) 869–11–43
e-mail: nbryl@ump.edu.pl



Kaszel pozostały po przebytej wirusowej infekcji górnych dróg oddechowych, który może trwać 3 tygodnie lub dłużej, jest kaszlem poinfekcyjnym



Zaburzenia snu, bóle mięśni klatki piersiowej i brzucha, bóle głowy czy bezgłos to częste następstwa przewlekłego kaszlu

Kaszel, mimo iż często uważany za objaw patologiczny, jest naturalnym odruchem obronnym organizmu [1]. Pojawia się zarówno u osób zdrowych, jak i w stanach chorobowych. Ma na celu mechaniczne uwolnienie dróg oddechowych od zalegających substancji i drażniących czynników, takich jak złuszczone nabłonek, wydzieliny czy zaaspirowane ciała obce, w tym również drobnoustroje [2]. Zwykle bodźcami wywołującymi kaszel są szkodliwe czynniki drażniące błonę śluzową dróg oddechowych, ale odruch ten może być także sprowokowany przez receptory błony przewodu pokarmowego [1]. Mimo iż należy do zachowań odruchowych, to w większości przypadków może być wywołany bądź wstrzymywany wolicjonalnie.

Podczas kaszlu powietrze uchodzi z płuc z wielką siłą, dzięki uprzedniemu wzrostowi ciśnienia w dolnym odcinku dróg oddechowych, co chwilowo upośledza lub wręcz zatrzymuje przepływ krwi w płucach (efektem może być niekiedy utrata przytomności po napadzie kaszlu) [3].

Biorąc pod uwagę czas trwania, wyróżnia się kaszel ostry, który trwa do 3 tygodni, podostry, jeśli utrzymuje się 3–8 tygodni, oraz przewlekły, który trwa powyżej 8 tygodni [4].

Uporczywy, długotrwały kaszel stanowi częstą przyczynę wizyt w gabinecie lekarskim. Jest źródłem wyraźnego stresu i obniżenia jakości życia chorych [4–7]. Pacjenci cierpią fizycznie, a dodatkowo czują się zawstyżeni, nie mogąc powstrzymać ataków kaszlu w miejscach publicznych. Zmęczenie i rozdrażnienie spowodowane kaszlem może u pacjenta i jego otoczenia wywoływać napięcia, które wtórnie negatywnie wpływają na relacje z pracownikami czy domownikami. Zaburzenia snu, bóle mięśni klatki piersiowej i brzucha, bóle głowy czy bezgłos to częste następstwa przewlekłego kaszlu. Jeszcze bardziej poważne, choć mniej częste komplikacje to: wyczerpanie, wymioty lub wytworzenie przepukliny [5, 6].

Przyczyn kaszlu jest wiele i nie zawsze łatwo je wykryć. Przewlekły kaszel może być efektem kilku jednocześnie działających czynników. Nigdy nie wolno lekceważyć tego objawu. Każdorazowo niezbędne jest szczegółowe badanie i dokładna analiza źródeł, które stanowią jego przyczynę.

Niepowodzenia w leczeniu przewlekłego kaszlu mogą wywoływać u lekarza poczucie bezradności i skłaniać ku przedwczesnej diagnozie kaszlu o podłożu funkcjonalnym lub psychogennym [6]. Po to, by do minimum ograniczyć stygmatyzację pacjenta wywołaną diagnozą zawierającą powyższe określenia, należy dołożyć starań, by w miarę możliwości wykluczyć wszystkie zaburzenia na tle organicznym, których objawem może być kaszel, oraz zweryfikować szkodliwy wpływ otoczenia (wyziewy wentylacyjne, nieprawidłowo klimatyzowane pomieszczenia, zanieczyszczenia środowiska). Na rycinie 1 zamieszczono schemat najczęściej występujących przyczyn kaszlu przewlekłego.

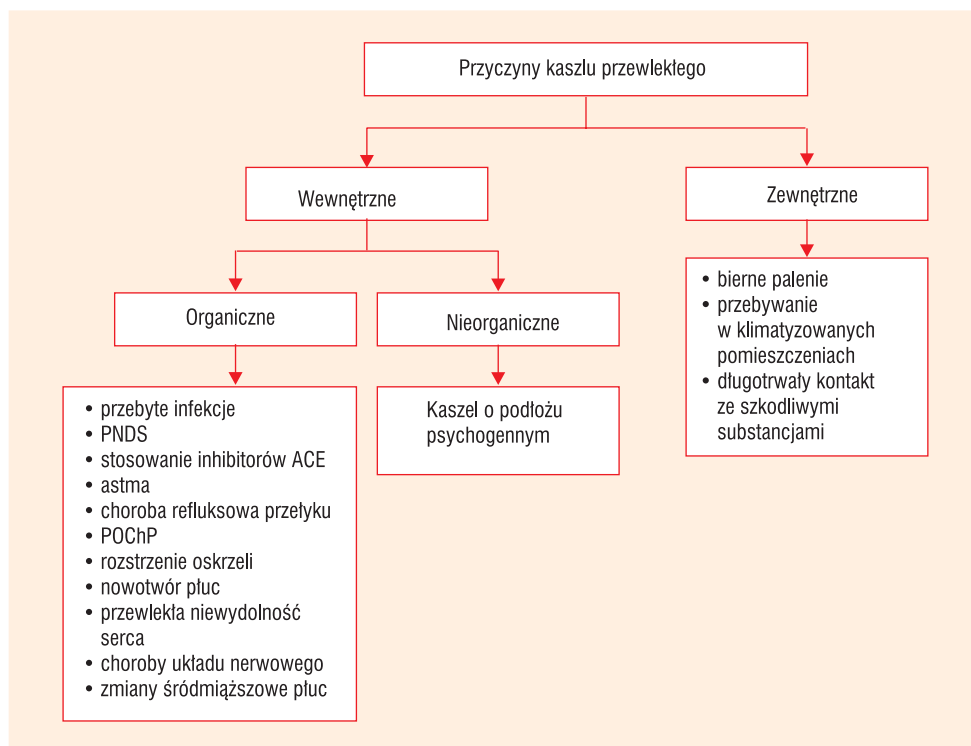
Przewlekły kaszel, który występuje w zaburzeniach organicznych może mieć różne źródła. Najczęstsze jego przyczyny mogą być zaburzeniami ze strony różnych układów.

KASZEL W CHOROBAH UKŁADU ODDECHOWEGO

■ Kaszel poinfekcyjny

Przyjmuje się, iż kaszel pozostały po przebytej wirusowej infekcji górnych dróg oddechowych, który może trwać 3 tygodnie lub dłużej, jest kaszlem poinfekcyjnym [8]. Z reguły zanika samoczynnie, a leki przeciwkaszlowe nie zawsze są w stanie zmienić jego naturalny przebieg, a jedynie łagodzą dyskomfort chorego [6, 8].

Jest on spowodowany najprawdopodobniej przejściową nadwrażliwością receptorów kaszlu na skutek działania wirusów [6, 9]. Przy kaszlu poinfekcyjnym, podobnie jak w astmie, napady kaszlu nasilają się przy znacznych zmianach temperatury.



Rycina 1. Schemat najczęściej występujących przyczyn kaszlu przewlekłego
Źródło: opracowanie własne na podstawie [7]

■ Zespół ściekania po tylnej ścianie gardła (PNDS)

Zespół ściekania po tylnej ścianie gardła (PNDS, *post nasal drop syndrome*) jest bardzo częstą przyczyną zarówno ostrego, jak i przewlekłego kaszlu. Może też wywoływać przewlekły kaszel w połączeniu z innymi czynnikami, na przykład chorobą refluksową. Pacjenci z PNDS opisują uczucie spływania czegoś po tylnej ścianie gardła, mają potrzebę ciągłego odkrztuszania i odchrząkiwania, skarżą się na zaleganie wydzieliny w gardle i chrypkę. Zespół PNDS rozpoznaje się zwykle po przebytych przeziębieniu, przy zapaleniu zatok (ostrym i przewlekłym) oraz alergicznym nieżycie nosa [8].

■ Astma oskrzelowa

Zdarza się, że kaszel jest jedynym objawem u chorujących na astmę [8]. Po ataku duszności występuje kaszel, podczas którego chory wykrztusza niewielką ilość lepkiej, zbitej płwociny [10].

■ Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest bardzo częstą przyczyną chronicznego kaszlu, zwłaszcza u nałogowych palaczy. Kaszel ma z reguły postać produktywną, nasila się nad ranem [10]. Dym papierosowy wywołuje stan zapalny dróg oddechowych, zwiększoną sekrecję śluzu o zmniejszonej przejrzystości.

■ Zmiany śródmiąższowe w obrębie płuc

Grupa schorzeń obejmująca zmiany śródmiąższowe w obrębie płuc kojarzona jest z kaszlem połączonym z dusznością i trudnością w oddychaniu, czasem występuje również kaszel o charakterze produktywnym [8, 11].

■ Rozstrzenie oskrzeli

W przypadku rozstrzeni oskrzeli występuje kaszel obfity, częste odkrztuszanie ropnej wydzieliny i/lub podbarwionej krwią.

”
Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest bardzo częstą przyczyną chronicznego kaszlu, zwłaszcza u nałogowych palaczy



**Kaszel jest częstym
objawem niewydolności
serca niezależnie od
przyczyn jej powstania**

KASZEL W CHOROBAH UKŁADU POKARMOWEGO

■ Choroba refluksowa przełyku

W refluksowej chorobie przełyku kaszel pojawia się najczęściej wieczorem, gdy chory, po obfitym posiłku, przyjmuje pozycję leżącą. Typowy jest także kaszel po obfitych posiłkach, co ma związek z ruchami żołądka i drażnieniem śluzówki przełyku będącej w stanie zapalnym. Ponieważ odruch kaszlowy we śnie jest w zaniku, kaszel ustępuje po zaśnięciu, ale może też wybudzać ze snu, zwłaszcza gdy chory śpi na płaskiej poduszce [4]. Nie jest to jednak cecha definitywnie różnicująca, gdyż może wystąpić także w innych chorobach (np. astma, zapalenie oskrzeli). Kaszel pojawia się też rano, kiedy chory wstaje z łóżka (dla odróżnienia, chory na astmę zaczyna zwykle kaszleć po przebudzeniu, ale jeszcze zanim zmieni pozycję na pionową [12]). Spożywanie alkoholu nasila refluks, co wtórnie wpływa na intensywność odruchu kaszlu [4].

KASZEL W PRZEBIEGU CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA

Kaszel jest częstym objawem niewydolności serca niezależnie od przyczyn jej powstania (choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, wada zastawkowa, kardiomiopatia rozstrzeniowa lub przerostowa, infekcje obejmujące mięsień serca). Kaszel może być suchy (występuje często w nocy) lub chory odkrztusza różową, pienistą wydzielinę [11].

KASZEL W CHOROBAH NOWOTWOROWYCH

Kaszel w przebiegu nowotworów płuc występuje u około 50–75% pacjentów. Szczególną uwagę powinna zwrócić zmiana jego charakteru. Ponieważ u palaczy często występuje stały kaszel, istnieje ryzyko, że stan ten zostanie zbagatelizowany [13]. Pacjenci regularnie palący tytoń wiążą kaszel z nikotynizmem, w związku z czym nie szukają pomocy medycznej.

KASZEL SPOWODOWANY STOSOWANIEM LEKÓW

Przewlekły kaszel, najczęściej występuje przy przyjmowaniu leków z grupy inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I). Pojawia się u około 10% pacjentów stosujących opisane leki [8, 11]. Kaszel jest suchy, zwykle ustępuje w ciągu miesiąca od zaprzestania stosowania leku.

KASZEL W PRZEBIEGU CHOROÓB UKŁADU NERWOWEGO

■ Tiki nerwowe

Tiki nerwowe występujące w formie kaszlu dotyczą w głównej mierze dzieci. Spotyka się je u 4–24% uczniów szkół podstawowych [7]. Tego typu tiki mijają zwykle samoistnie, z reguły w przeciągu roku. Tiki wokalne prócz kaszlu mogą przybierać formę odchrząkiwania, pociągania nosem, charczenia, pisiku, krzyku, mlaskania lub innych. Występują nagle i sporadycznie, trwają krótko i są w pełni lub częściowo niezależne od woli.

■ Kaszel w zespole Tourette'a

Zespół Tourette'a — relatywnie często występująca choroba genetyczna — na 10 000 dzieci występuje u około 5–30, dziesięciokrotnie częściej u chłopców niż dziewczynek. W niektórych przypadkach trwa do okresu dorosłości bądź ujawnia się dopiero u osób dorosłych. Prócz charakterystycznych tików, zespół Tourette'a przejawia się zaburzeniami uwagi i koncentracji oraz obsesyjno-kompulsywnymi. Prócz zespołu Tourette'a i przejściowych tików u dzieci, kaszel w formie tików może pojawić się również u pacjentów z innymi chorobami genetycznymi (np. choroba Hallervordena-Spatza) lub pacjentów autystycznych i z zespołem Aspergera [7].

PRZEWLEKŁY KASZEL O PODŁOŻU NIEORGANICZNYM

Kaszel nawykowy utożsamiany jest często z kaszlem na tle psychogennym. Źródła medyczne nie podają jasnych kryteriów jego

różnicowania. Kojarzony jest bardziej z odchrząkiwaniem, w związku z czym często trudno go odróżnić od PNDS. Diagnoza wymaga szczególnej ostrożności. Ponieważ u dzieci wykluczenie przyczyn biologicznych i genetycznych wiąże się niekiedy z nieprzyjemnymi, często ingerencyjnymi zabiegami (np. wymagane jest pełne znieczulenie), niektórzy autorzy podają, że największy odsetek przypadków kaszlu nawykowego ma podłoże jatrogenne, wynikające z pomyłek diagnostycznych oraz zabiegów obciążających pacjenta.

Kaszel psychogeny rozpoznaje się poprzez wykluczenie. Określany jest jako kaszel uporczywy, suchy, szczekający, nasilający się pod wpływem czynników emocjonalnych, ale nie pojawiający się, gdy pacjent śpi [7, 10]. Według danych z badań (op. cit.), nieobecność kaszlu w godzinach snu nie stanowi wystarczającego kryterium diagnostycznego dla rozpoznania kaszlu psychogenego. Przy chronicznym zapaleniu oskrzeli czy chorobie refluksowej, kaszel również słabnie lub zanika, gdy pacjent zasypia. Podobnie kaszel szczekający może pojawić się przy różnych stanach chorobowych (przykładem jest choroba refluksowa przełyku, PNDS czy rozstrzenie oskrzeli).

Jak zatem lekarz może rozpoznać psychiczne podłoże kaszlu u pacjenta?

Człowiek będący pod wpływem silnych czynników stresogennych, a więc przekraczających jego naturalne zasoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach, doświadcza silnego napięcia zarówno w sferze psychiki, jak i ciała. Jednym z objawów takiego wewnętrznego napięcia na poziomie wegetatywnym, może być utrzymujący się kaszel bez odkrztuszania. Zauważono związek między doświadczaniem sytuacji stresujących a występowaniem kaszlu. Stres może nasilać wydzielanie gruczołów oskrzelowych. Napad kaszlu przynosi wówczas pacjentowi ulgę, zmniejszając jednocześnie napięcie emocjonalne [14].

Kaszel bywa odzwierciedleniem przeżywanego przez pacjenta emocji, na przykład złości, której pacjent nie jest w stanie świadomie zwerbalizować i wyrazić.

Kaszel taki porównuje się do protestu (op. cit.). Tak zwany „kaszel protestu” jest zwykle kierowany przeciw konkretnej osobie/ osobom w otoczeniu lub świadomości pacjenta. Dopiero zwerbalizowanie przyczyny gniewu, uświadomienie emocji i pragnień, których pacjent chce się poprzez kaszel pozbyć, pozwala na jego efektywne leczenie.

Należy koniecznie podkreślić, że jeżeli kaszel jest psychogeny, nie oznacza to, iż pacjent symuluje chorobę!

Nawet jeśli kaszel jest manifestacją nieświadomionych emocji czy potrzeb, to przeżywanie bólu i innych omawianych wyżej dolegliwości jest realnym doświadczeniem dla kaszlącego chorego. Z tego właśnie powodu, tym bardziej powinien on być otoczony szczególną troską lekarza.

Bywa, że kaszel jest jedynym dla pacjenta, dostępnym i skutecznym sposobem zwrócenia na siebie uwagi otoczenia. Warto, aby rozważając taką możliwość, lekarz nie pozostawał jedynie przy powierzchownym rozumieniu tego symptomu. Za potrzebą uwagi kryje się często niewyrażona wprost potrzeba opieki, pomocy, jak i strach przed odrzuceniem. W rzeczywistości chory cierpi w dwójnasób — nie umie poradzić sobie z jakąś trudną dla niego sytuacją, a dodatkowo odczuwa fizyczne skutki przewlekłego kaszlu. Zlekceważenie pacjenta czy przypisanie mu chęci manipulacji otoczeniem, wywołuje również podwójne konsekwencje. Z jednej strony, długotrwały kaszel podrażnia błonę śluzową, prowadząc do jej przewlekłego stanu zapalnego i wtórnie nawet do atrofii. Z drugiej zaś, pacjent oczekujący pomocy, nie tylko nie otrzymuje jej, ale też pozostaje osamotniony, nierzadko z poczuciem winy, co go dodatkowo obciąża.

Jeżeli lekarz podejrzewa istnienie psychicznego (emocjonalnego) tła omawianego



Nieobecność kaszlu w godzinach snu nie stanowi wystarczającego kryterium diagnostycznego dla rozpoznania kaszlu psychogenego

Jeżeli lekarz podejrzewa istnienie psychicznego (emocjonalnego) tła omawianego problemu, najskuteczniejszym i najbardziej dostępnym narzędziem diagnostycznym jest w takiej sytuacji rozmowa z pacjentem

problemu, najskuteczniejszym i najbardziej dostępnym narzędziem diagnostycznym jest w takiej sytuacji rozmowa z pacjentem.

W rozmowie lekarz powinien okazać choremu akceptację i wyrozumiałość. Kaszel może być ważnym sygnałem oznaczającym dla lekarza, że chory przeżywa coś trudnego. Lekarz, który jest wystarczająco zmotywowany, by w atmosferze wsparcia i zrozumienia pomóc pacjentowi w szerszym spojrzeniu na chorobę, może odkryć wiele emocjonalnych przyczyn kaszlu, a tym samym ułatwić pacjentowi proces zdrowienia, poprzez nacisk na leczenie przyczynowe.

Rozpoznanie kaszlu psychogennego nie oznacza konieczności podjęcia przez lekarza psychoterapii pacjenta!

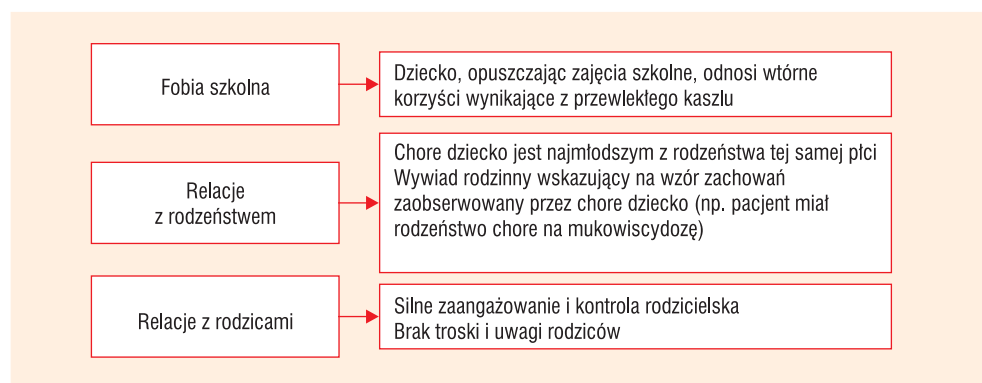
W wielu przypadkach pomoc choremu może przynieść nieoceniająca, szczerza rozmowa, dzięki której dochodzi do uświadomienia występowania równoległego problemu, wówczas symptom, jakim dotychczas był kaszel, przestaje odgrywać główną rolę. Stąd niezwykle pomocne będą pytania o obecną sytuację życiową, ważne zmiany, trudne decyzje, przeżycia niezwiązane bezpośrednio z sytuacjami, w których pojawia się kaszel.

Zdarza się, że omawiany objaw może ograniczać lub uniemożliwiać normalną aktywność chorego przez cały czas albo nasilać się tylko w określonych sytuacjach. Często występuje w obecności konkretnych osób:

nauczycieli, rodziców, partnera bądź pracowników opieki zdrowotnej. Intensywność i częstość kaszlu może zmniejszać się z kolei podczas wykonywania czynności sprawiających przyjemność. Warto dowiedzieć się, czy kaszel nasila się wraz z pobudzeniem emocjonalnym pacjenta, czy chory jest osobą samotną [7]. Może to wskazywać na konflikt, trudności w relacjach interpersonalnych, potrzeby, których chory nie potrafi inaczej rozwiązać. Choroba, w tym wypadku kaszel, może również maskować inne dolegliwości pacjenta, takie jak na przykład zaburzenia funkcji seksualnych. Dlatego ujawnienie towarzyszących okoliczności, zwerbalizowanie tłumionych bądź nieuświadomionych wcześniej emocji, to znaczące czynniki terapeutyczne. Ich wykorzystanie staje się możliwe tylko i wyłącznie wtedy, gdy chory ma pewność, że może pokładać w lekarzu zaufanie, jest obdarzony szacunkiem i zrozumieniem.

Zdarza się, że mimo znacznego nasilenia i ewentualnych zmian osłuchowych, pacjent wydaje się nie postrzegać kaszlu jako problemu. Wykazywanie postawy zwanej *la belle indifference* również powinno skłonić lekarza do rozważenia diagnozy psychicznego podłoża kaszlu.

Kaszel psychosomatyczny występuje również u dzieci. Wybrane przyczyny kaszlu psychogennego u dzieci umieszczono na rycinie 2.



Rycina 2. Wybrane źródła kaszlu psychogennego u dzieci
Źródło: opracowanie własne na podstawie: [7]

Chorzy obawiają się określenia „psychosomatyczny”. Kojarzą je z chorobą psychiczną i wywołuje w nich poczucie, że sami zawinili swojej chorobie. Obciążająca dla pacjenta byłaby świadomość, że sam powoduje swój kaszel.

Dopóki w rzetelnych badaniach nie zostanie wykazane bezsprzecznie istnienie profilu psychologicznego predestynującego do psychogenego kaszlu u dorosłych, uznaje się [7], iż powinno się pozostać przy nazwie — kaszel o niezidentyfikowanej przyczynie (*unexplained*) — unikając określenia psychogeny.

WNIOSKI

1. Psychogeny kaszel nie jest rzadkim problemem w praktyce lekarskiej; rozpoznawanie kaszlu psychogenego wymaga rozpatrywania sytuacji chorego w szerokim aspekcie, gdyż może on być sygnałem o współwystępowaniu problemów emocjonalnych pacjenta;
2. Lekarz powinien do minimum ograniczyć ryzyko stygmatyzacji pacjenta podczas diagnozowania psychicznego podłoża kaszlu.

PIŚMIENNICTWO

1. Bręborowicz A. Przewlekły kaszel u dzieci przyczyny i postępowanie. *Przew. Lek.* 2001; 4 (6): 125–128.
2. Suppression of cough. *Br. Med. J.* 1961; 2 (5266): 1549–1551.
3. Droszcz W. Kaszel ma różne oblicza. <http://www.alergia.org.pl/pacjent/objawy/kaszel.htm>
4. Zieliński J. Choroba refluksowa przełyku jako częsta przyczyna przewlekłego kaszlu. *Przew. Lek.* 2005; 8: 58–62.
5. Boushey H.A. Evaluating and treating intractable cough. *W. J. Med.* 1985; 143 (2): 223–228.
6. Mc Garvey L.P.A. Idiopathic chronic cough: a real disease or a failure of diagnosis. *Cough* 2005; 1:9.
7. Irvin R.S., Glomb, W.B., Chang A.B. Habit Cough, Tic Cough and Psychogenic Cough in Adult and Pediatric Populations: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006; 129: 174S–179S.
8. <http://www.chestnet.org/patients/guides/cough/p8.php>
9. Piedimonte G., Hegele R.G., Auais A. Persistent airway inflammation after resolution of respiratory syncytial virus infection in rats. *Pediatr. Res.* 2004 55: 657–65.
10. Kokot F. (red.). Diagnostyka różnicowa objawów chorobowych 2. PZWL, Warszawa 1990.
11. Zieliński J., Górecka D., Śliwiński P. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP). PZWL, Warszawa 1999.
12. Kavuru M.S., Richter J.E. Medical treatment of gastroesophageal reflux disease and airway disease. W: Stein M. (red.). *Gastroesophageal reflux disease and airway disease*. New York, Marcel Dekker 1999; 179–207.
13. Romantowska-Dziób H., Kiss B. Rola lekarzy rodzinnych we wczesnej diagnostyce nowotworów płuc. *Przew. Lek.* 2005; 8: 70–74.
14. Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F., Wasilewski B. Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. PZWL, Warszawa 1996; 45–52.