

Kaszel – trudny problem kliniczny

*Halina Batura-Gabryel

Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. Halina Batura-Gabryel

COUGH AS THE DIFFICULT CLINICAL PROBLEM

Summary

In this paper there is presented cough as an important clinical problem, which is often connected with difficulties during differential diagnosis and treatment. Cough is one of the commonest new presentations to primary care and to the respiratory physicians. Cough is the cause of 10% visits in primary care. It has been traditional to divide this group of patients who have acute, subacute and chronic cough (according the duration of cough) and with productive and non-productive cough (according the amount of expectorated sputum). 12% of normal population complain of chronic cough, and 7% of thought in interfered with activities of daily living. To the most common causes of acute cough in the general population belong viral infections (80%), especially in upper or lower respiratory tract, asthma, exacerbation of COPD. The most common causes of chronic cough in the general population are: post-nasal drip syndrome (25-30%), asthma (20-25%), GERD, bronchial hyperreactivity, (especially post infection), chronic bronchitis. The reasons of chronic cough depends on individually clinical situation of patient. In smoking persons with or without changes in chest X-ray very often cause of cough are nicotin-dependent respiratory system diseases (COPD, chronic bronchitis, lung cancer) and treatment with ACE inhibitors. Chronic cough of unknow etiology is diagnosed in 20% patients with chronic cough. Treatment of cough depends on the reason of this symptom, and sometimes is very difficult.

Key words: cough, classification, reasons, treatment

Kaszel jest jednym z najczęstszych objawów chorobowych wymagających porady lekarskiej. Diagnostyka różnicowa kaszlu, szczególnie przewlekłego bywa bardzo trudna (1). Chorzy z tym problemem stanowią 10% wizyt u lekarzy rodzinnych (2).

PATOGENEZA KASZLU

Kaszel jest jednym z podstawowych lokalnych mechanizmów obronnych układu oddechowego umożliwiających oczyszczenie z wydzieliny oraz usuwanie ciał obcych z dróg oddechowych. Objaw ten może być skutkiem stymulacji zapalnej, mechanicznej (pyły, pary, gazy, dym tytoniowy), chemicznej, termicznej bądź czynników psychicznych. Może być zależny od woli chorego lub od stymulacji ośrodkowej. Kaszel, jako łuk odruchowy zapoczątkowany jest stymulacją receptorów kaszlowych typu RAR-s, C, SAR. Receptory kaszlowe usytuowane są w drogach oddechowych i pozapłucnie (opłucna, przepona, osierdzie, przełyk i żołądek, błędnik, błona bębenkowa, przewód słuchowy zewnętrzny, gardło) (3, 4).

Podziały kaszlu

A. Pod względem czasu trwania:

- ostry, nagły (do 3 tygodni),
- przewlekający się (> 3-8 tygodni), w 90% poinfekcyjny,
- przewlekły (> 8 tygodni) u około 12% populacji.

B. Pod względem charakteru kaszlu:

- kaszel produktywny (wilgotny, z odkrztuszeniem), np. w POChP, rozstrzeniach oskrzeli, mukowiscydozie,
- kaszel nieproduktywny (suchy), np. w astmie, reflukście żołądkowo-przełykowym (GERD), chorobach śródmiąższowych płuc, polekowy.

PRZYCZYNY KASZLU

Niejednokrotnie w patogenezie kaszlu może brać udział kilka niezależnych czynników. Przyczyny kaszlu mają pochodzenie płucne i pozapłucne. Za wystąpienie kaszlu u 38% do 82% chorych odpowiedzialna jest więcej niż jedna przyczyna, a u 42% chorych odpowiedzialne są trzy przyczyny. Pomiędzy określonymi zespołami chorobowymi występują nierzadko powiązania przyczynowo-skutkowe, a pierwotny mechanizm kaszlu indukuje następne (1, 5-7).

Przyczyny kaszlu ostrego

Najczęstszymi przyczynami kaszlu ostrego są:

- zakażenia wirusowe (80%), w większości infekcja górnych lub dolnych dróg oddechowych,
- astma, zaostrzenie POChP,
- zatorowość płucna,
- aspiracja ciała obcego,
- inne: niewydolność krążenia, zaburzenia krtaniowe, niektóre zaburzenia rytmu serca.

Przyczyny kaszlu przewlekłego

Do rzadszych przyczyn należą: przerost migdałka gardłowego, chrapanie, zespół obturacyjnego bezdechu śródśennego, zaleganie woskowiny czy ciała obce w przewodzie słuchowym zewnętrznym, niedoczynność tarczycy, przedwczesne skurcze komorowe, przewlekłe zakażenie grzybami, mukowiscydoza, choroby układu krążenia (tętniak aorty, niewydolność krążenia) (4). Przyczyny kaszlu przewlekłego u dorosłych różnią się także w zależności od indywidualnej sytuacji klinicznej chorych. Sytuacje te przedstawiono w tabeli 1 i 2.

W grupie A każda z wymienionych wyżej przyczyn może występować samodzielnie lub w kombinacji z pozostałymi, a ich jedynym objawem klinicznym może być kaszel. U tych chorych zazwyczaj rozpoznanie na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego jest stosunkowo proste i w bardzo znacznym odsetku (do 98% leczonych) kaszel ustępuje. W grupie B niezwykle ważne jest badanie podmiotowe ze zwróceniem uwagi na wywiad nowotworowy, gruźliczy, AIDS, szczególnie gdy występują objawy ogólne (podwyższona ciepłota ciała, poty, utrata masy ciała), przewlekłe choroby układu oddechowego, np. POChP, choroby śródmiąższowe płuc i inne. U tych chorych diagnostyka kaszlu jest utrudniona, a wyniki leczenia znacznie gorsze niż w grupie pierwszej.

Tabela 1. Najważniejsze przyczyny kaszlu przewlekłego (8) (modyfikacja własna).

Przyczyna	Odsetek (%)
Zespół kaszlowy górnych dróg oddechowych	25-30
Astma/eozynofilowe zapalenie oskrzeli	20-25
GERD	15-20
Nadwrażliwość poinfekcyjna	5-10
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	5-10
Rozstrzenie oskrzeli	5-10
Polekowy (inhibitory ACE)	5-10
Niewyjaśnione	5-20

ROZPOZNIANIE PRZYCZYNY KASZLU WG ACCP (9)

W diagnostyce różnicowej kaszlu przydatne są szczegółowe dane z uwzględnieniem wieku chorego, czynników ryzyka, kontaktów. Wnikliwa ocena sytuacji klinicznej i stanu przedmiotowego wyznaczają kolejne etapy procesu diagnostycznego. W każdym przypadku przewlekłego kaszlu badaniem podstawowym jest RTG klatki piersiowej, ocena laryngologiczna, spirometria z próbą odwracalności. Kaszel przewlekły o nieustalonej przyczynie jest wskazaniem do wykonania bronchofiberoskopii. Badania bakteriologiczne i serologiczne potwierdzają bądź wykluczają tło infekcyjne. Jeśli kaszel u osoby po ostrej infekcji dróg oddechowych utrzymuje się >8 tygodni, należy rozważyć przyczyny inne niż wyłącznie ostra infekcja oddechowa.

KASZEL PRZEWLEKŁY O NIEUSTALONEJ ETIOLOGII

Kaszel przewlekły o nieustalonej etiologii stanowi do 20% przypadków. Występuje głównie u otyłych kobiet w wieku średnim z obiektywnymi cechami zaburzeń dotyczących dróg oddechowych, w tym nadwrażliwością kaszlową i procesem zapalnym. Często stwierdza się u nich choroby autoimmunologiczne, co może sugerować autoimmunologiczne tło zmian w drogach oddechowych. U części osób z kaszlem o nieznanym przyczynie podejrzewa się tło psychogenne, lecz dotychczas nie określono częstości występowania i patomechanizmu tego zjawiska (7).

LECZENIE KASZLU

Leczenie kaszlu jest zależne od jego przyczyny (3, 7):

- rhinitis: kortkosteroidy (GKS) donosowe, u wybranych chorych bromek ipratropium, doustne antyhistaminiki,
- astma: wg GINA wziewne GKS, bronchodilatory, antagoniści leukotrienów,
- eozynofilowe zapalenie oskrzeli: wziewne GKS, u wybranych chorych doustne GKS,
- GERD: zmiana stylu życia (spadek masy ciała, rzucenie palenia, zakaz jedzenia w ciągu 2 godz. przed snem, < alkoholu; leki: inhibitory pompy protonowej, prokinetyki (metoklopramid u wybranych chorych),
- przewlekłe zapalenie oskrzeli: rzucenie palenia,

Tabela 2. Przyczyny kaszlu przewlekłego u dorosłych różnią się w zależności od sytuacji klinicznej chorych.

A. Osoby niepalące bez zmian radiologicznych w płucach, nieotrzymujące leczenia ACE	B. Osoby palące zze zmianami radiologicznymi lub bez zmian
zespół sptywania wydzieliny z nozdrzy tylnych po tylnej ścianie gardła w niezycie nosa czy zapaleniu zatok przynosowych (ang. <i>upper airway cough syndrome</i> – UACS) astma eozynofilowe zapalenie oskrzeli (ang. <i>nonastmatic eosinophilic bronchitis</i> – NAEB) choroba refluksowa	choroby tytoniowozależne układu oddechowego (POChP, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rak płuca) leczenie inhibitorami ACE zamieszkanie lub pobyt w terenach endemicznych gruźlicy, zakażeń grzybiczych czy pasożytniczych

- polekowy (ACE): odstawienie leku, zastąpienie lekiem alternatywnym,
- rozstrzenia oskrzeli: fizjoterapia i drenaż złożeniowy, antybiotykoterapia,
- kaszel polekowy: odstawienie leku prawdopodobnie wywołującego kaszel,
- kaszel poinfekcyjny: nie ma przyczynowego leczenia kaszlu poinfekcyjnego. Antybiotykoterapia jest ograniczona do podejrzenia tła bakteryjnego. Kaszel może łagodzić wziewny bromek ipratropium czy wziewne GKS, gdy kaszel niekorzystnie wpływa na jakość życia chorego, mimo stosowania ipratropium. U chorych z ciężkimi napadami kaszlu poinfekcyjnego sugeruje się krótkotrwałe, doustne GKS (30-40 mg prednizonu/dzień) po wykluczeniu innych przyczyn długotrwałego kaszlu. Gdy brak poprawy, podać leki przeciwkaszlowe o działaniu centralnym, takie jak: deksametofan, kodeina, klobutynol, okseladyna. Niektórzy proponują w razie konieczności inne leki o słabym, nieokreślonym mechanizmie działania, np. baklofen czy wziewnie lidokaina lub mepiwakaina (9).
- kaszel idiopatyczny: leczenie idiopatycznego kaszlu przewlekłego często jest nieskuteczne. Stosuje się ww. leki przeciwkaszlowe. Przy nieokreślonej przyczynie kaszlu, po wykluczeniu ewidentnych cech patologii można próbnie podać przez 10-14 dni wziewne GKS dla zahamowania kaszlu związanego z nadwrażliwością oskrzeli, względnie wariantem kaszlowym astmy (3, 7).

PRZYCZYNY NIEPOWODZEŃ W PROWADZENIU CHORYCH Z KASZLEM PRZEWLEKŁYM

Należy pamiętać o najczęstszych pułapkach, leżących u źródeł niepowodzeń terapeutycznych. Należą do nich (7):

- nieprawidłowa diagnoza przyczyny,
- pomijanie możliwości występowania kilku przyczyn kaszlu jednocześnie,
- trudności z rozpoznawaniem astmy,
- mało agresywne i zbyt krótkie leczenie kaszlu, szczególnie po infekcji wirusowej czy w GERD,
- niestosowanie się chorych do zaleceń,
- zbyt często nieuzasadniona diagnoza kaszlu psychogenego,
- nieprawidłowa ocena wpływu kaszlu przewlekłego na jakość życia chorych. □

Piśmiennictwo

1. Morice AH et al.: The diagnosis and management of chronic cough. *Eur Respir J* 2004; 24: 481-492.
2. Jones BF, Stewart MA: Duration of cough in acute upper respiratory tract infections. *Aust Fam Physicians* 2002; 31 (10): 971-973.
3. Cofta S, Młynarczyk W: Kaszel. [W:] Batura-Gabryel H, Młynarczyk W (red.): *Zarys pulmonologii z elementami alergologii*. Wyd. Uczelniane AM w Poznaniu, 2004; 35-38.
4. Pawliczak R: Kaszel u dorosłych – diagnostyka i postępowanie. *Terapia* 2011; 12 (266): 23-27.
5. Pinis G, Adamek Ł, Niżankowska E: Diagnostyka i leczenie przewlekłego kaszlu. *Pneumonol Alergol Pol* 1996; 64: 115-122.
6. Irwin RS, Madison JM: The diagnosis and treatment of cough. *N Engl J Med* 2000; 343: 1715-1721.
7. Irwin RS, Corrao WM, Pratter MR: Chronic persistent cough In the adult: the spectrum and frequency of causes and successful outcome of specific therapy. *Am Rev Resp Dis* 1981; 123: 413-417.
8. Birring SS, Pavord ID: Cough. [In:] *Clinical respiratory medicine*. Albert RK, Spiro SG, Jett JR (ed.). Elsevier 2008; 285-91.
9. Prater MR: Overview of Common Causes of Chronic Cough. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006; 129: 59-62.

otrzymano/received: 03.01.2012
zaakceptowano/accepted: 26.01.2012

Adres do korespondencji:
*Halina Batura-Gabryel
Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii
Pulmonologicznej UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań
tel./fax: +48 (61) 841-70-61
e-mail: halinagabryel@wp.pl