

Konrad Lewandowski¹, Agnieszka Mastalerz-Migas², Ewa Matecka-Wojcieszko³, Jarosław Woron^{4,5}, Barbara Skrzydło-Radomańska⁶, Grażyna Rydzewska^{1,7}

¹Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie

²Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³Katedra Chorób Przewodu Pokarmowego, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

⁴Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum* w Krakowie

⁵Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

⁶Katedra Gastroenterologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁷Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Diagnostyka i postępowanie w bólach brzucha – polskie stanowisko ekspertów

Diagnosis and treatment of abdominal pain – Polish experts' position

Streszczenie

Ból brzucha jest jednym z najczęstszych objawów zgłaszanych w gabinetach lekarskich, a jego występowanie w populacji sięga nawet 81%. Ze względu na złożoną etiologię może mieć podłoże zarówno organiczne, jak i czynnościowe, co stanowi prawdziwe wyzwanie. Diagnostyka bólu brzucha powinna obejmować dokładny wywiad lekarski, badanie przedmiotowe oraz badania laboratoryjne i obrazowe w celu różnicowania potencjalnych przyczyn. Na szczególną uwagę zasługuje ból brzucha o nasileniu łagodnym do umiarkowanego, którego występowanie jest najczęstsze. Farmakoterapia takiego bólu brzucha stanowi kluczowy element leczenia i powinna być oparta przede wszystkim na zastosowaniu leków rozkurczowych, a w razie ich nieskuteczności – przeciwbólowych lub połączeniu obu. Ich dobry profil bezpieczeństwa umożliwia stosowanie w ramach samoleczenia, ale z pewnością wymaga poprawy edukacji pacjentów w kontekście obecności objawów alarmowych i konieczności zgłoszenia się do lekarza. Ponadto skuteczną opcją, szczególnie w przypadku przewlekłego bólu brzucha, mogą być leki przeciwdepresyjne z grupy inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny i noradrenaliny lub trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych. Celem artykułu jest opracowanie definicji i algorytmu

Abstract

Abdominal pain is one of the most common symptoms reported in medical offices, with its prevalence in the population reaching up to 81%. Due to its complex etiology, it can have both organic and functional origins, which represents a clinical challenge. The diagnosis of abdominal pain should include a thorough medical history, physical examination, and laboratory and imaging tests to differentiate potential causes. Special attention should be given to abdominal pain of mild to moderate intensity, which is the most frequent. Pharmacotherapy for such abdominal pain is a key element of treatment and should primarily rely on the use of antispasmodic medications, and in cases of ineffectiveness, pain relievers or a combination of both. Their high safety profile enables their use in self-treatment by patients, but certainly requires improvement in patient education regarding the presence of alarm symptoms and the necessity of medical consult. Additionally, an effective option, particularly in cases of chronic abdominal pain, may be antidepressants from the class of serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors or tricyclic antidepressants. The aim of this article is to develop definitions, a diagnostic and therapeutic management algorithm for physicians, and a self-treatment algorithm for patients.

postępowania diagnostyczno-leczniczego dla lekarzy oraz algorytmu samoleczenia dla pacjentów.

Słowa kluczowe

ból brzucha, zaburzenia czynnościowe, metamizol, drotaweryna

Key words

abdominal pain, functional disorders, metamizole, drotaverine

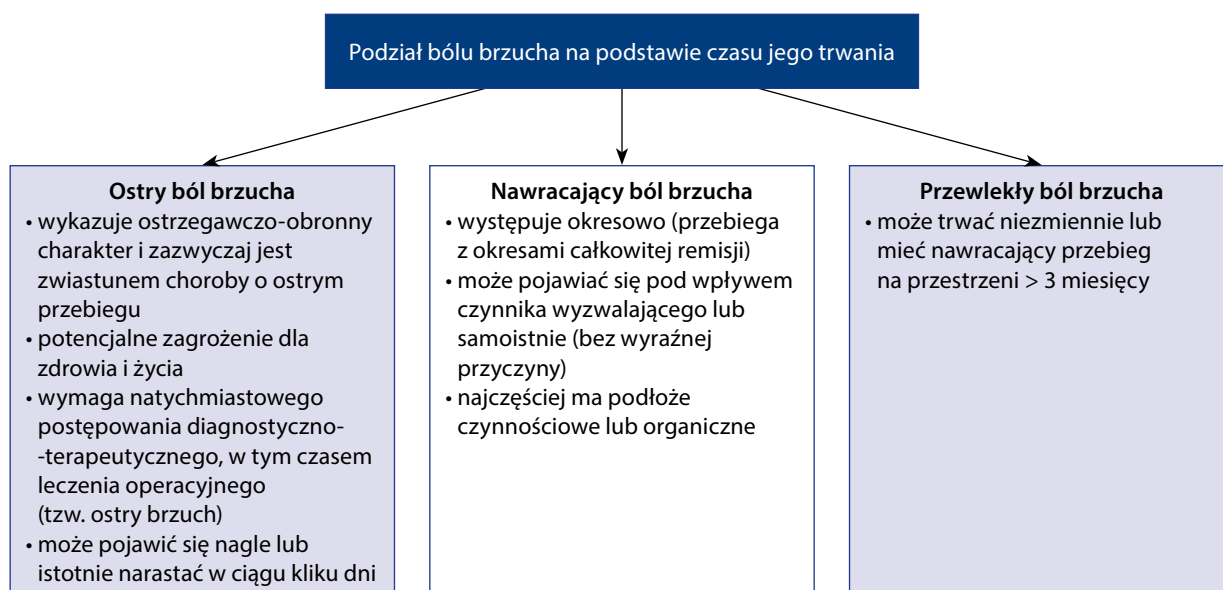
Epidemiologia i patofizjologia bólu brzucha

Ból brzucha jest jednym z najczęściej występujących objawów żołądkowo-jelitowych, będącym przyczyną wielu wizyt zarówno w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jak i gastroenterologa. W 2021 r. opublikowano wyniki badania epidemiologicznego dotyczącego m.in. cech klinicznych i zachowań zdrowotnych pacjentów z bólem brzucha [1]. Zbadano populację prawie 25 tys. pacjentów i na podstawie kwestionariusza stwierdzono, że obecność bólu brzucha w ciągu ostatniego tygodnia zgłosiło aż 81,0% respondentów. W związku z jego obecnością 61,5% pacjentów aktywnie poszukiwało pomocy medycznej, były to głównie osoby z wyższym wykształceniem, z chorobami współistniejącymi oraz te, które doświadczyły silniejszych dolegliwości. Osoby korzystające z opieki konsultowały się głównie z lekarzami POZ (84,5%) oraz gastroenterologami (39,2%), ale warto podkreślić, że adresatami poszukiwań pacjentów byli również farmaceuci (18,6%). Pośród innych specjalności lekarskich pacjenci oczekiwali pomocy ze strony ginekologów (8,3%) oraz chirurgów ogólnych (7,1%) [1]. Wyniki tego badania potwierdzają, że ból

brzucha jest objawem występującym powszechnie, przez co może stanowić istotne obciążenie systemu opieki zdrowotnej. Fakt, że pacjenci poszukiwali pomocy przede wszystkim w gabinecie lekarza POZ, sugeruje konieczność stworzenia algorytmu postępowania, którego nadrzędnym celem będzie usystematyzowanie postępowania diagnostyczno-leczniczego u pacjenta z bólem brzucha. Pomimo wystąpienia bólu brzucha dwie na pięć osób nie poszukiwały pomocy medycznej, zatem konieczna wydaje się również edukacja pacjentów w obszarze samoleczenia i określenie wskazań i momentu zgłoszenia się do lekarza lub placówki medycznej.

Ból brzucha jest wysoce nieswoistym objawem nie tylko chorób narządów jamy brzusznej, lecz także innych narządów, położonych poza nią. Może być spowodowany uszkodzeniem narządów wewnętrznych, zaburzeniami metabolicznymi lub chorobami osi trzewno-mózgowej (dawniej określanymi jako zaburzenia czynnościowe) [2–4]. Kluczowe pozostaje określenie czasu jego trwania i na tej podstawie możliwa jest klasyfikacja (ryc. 1) [5].

Poznanie patofizjologii bólu brzucha może być istotne dla poprawy zrozumienia tego powszechnego objawu, ale przede wszystkim może się prze-

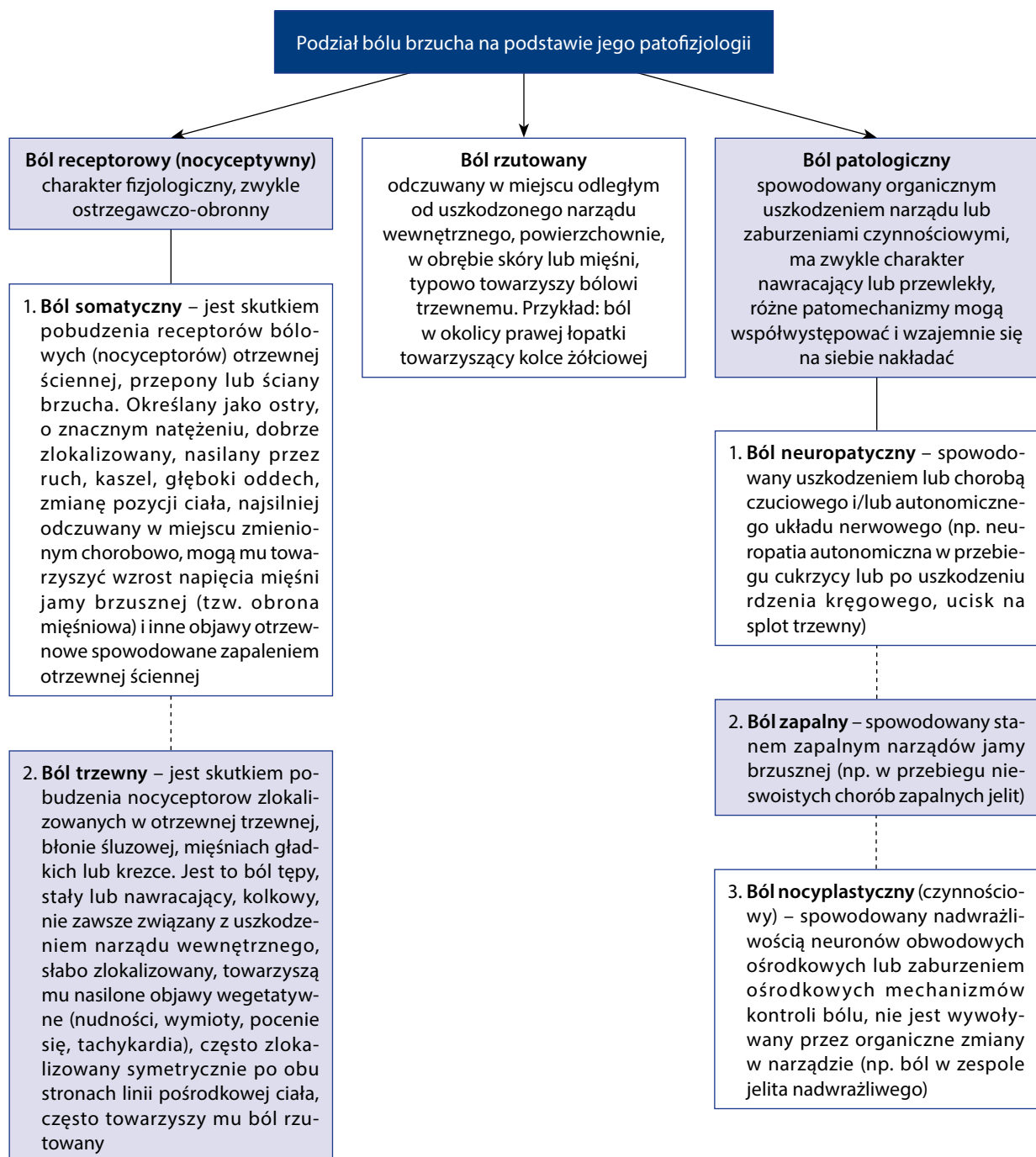


Rycina 1. Podział bólu brzucha na podstawie czasu jego trwania [5]

kładać na efektywniejszą strategię diagnostyczno-terapeutyczną [5, 6]. Podział bólu brzucha na podstawie jego patofizjologii przedstawiono na rycinie 2 [5].

Wieloczynnikowa etiologia bólu brzucha jest przyczyną licznych trudności diagnostyczno-terapeutycznych wśród lekarzy wielu różnych specjalności [6–8]. Na potrzeby tego artykułu dokonano podziału na ból brzucha związany z zespołem jelita nadwrażliwego (*irritable bowel syndrome* – IBS) oraz o innej etiologii. Wynika to przede wszystkim z faktu, że chorobowość IBS jest szacowana na 5–15%

w populacji, co czyni go jedną z najczęstszych przyczyn bólu brzucha [8–13]. Istotnym opracowaniem dotyczącym leczenia czynnościowych bólów brzucha jest publikacja, którą stworzyli Müller-Lissner i wsp. [4]. Autorzy podkreślają, że bóle te mogą być związane z określonymi schorzeniami, takimi jak IBS czy dyspepsja czynnościowa, ale nie zawsze spełniają kryteria diagnostyczne konkretnych chorób. Ekspertki opracowali definicje tych dolegliwości oraz schemat postępowania dla lekarzy POZ. Zwracają także uwagę, że algorytm ten powinien zostać zaadaptowany i rozpowszechniony wśród pacjentów,



Rycina 2. Podział bólu brzucha na podstawie jego patofizjologii [5]

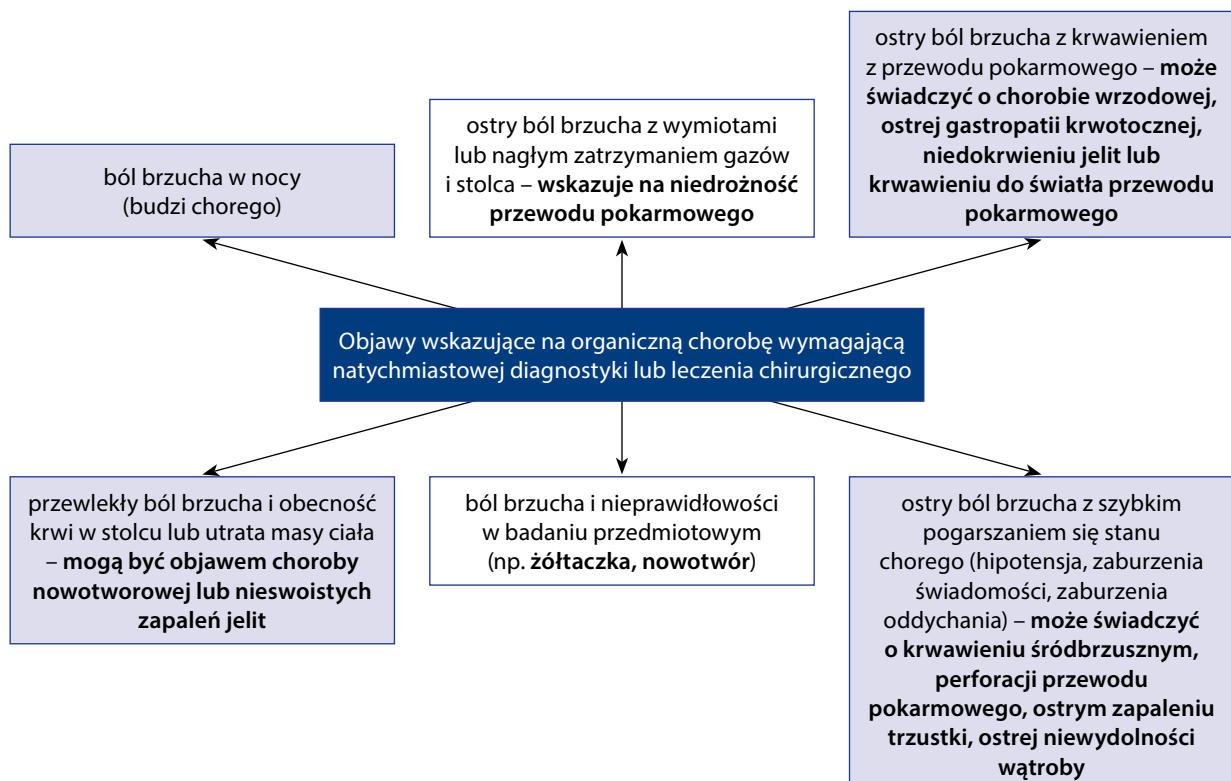
co mogłoby zwiększyć bezpieczeństwo samoleczenia i usprawnić dostęp do lekarza. Jednocześnie w artykule podkreślono rolę farmaceutów, do których bardzo często zgłaszają się pacjenci w celu wyboru leków dostępnych bez recepty stosowanych w samoleczeniu [4]. Znajomość takiego schematu umożliwiłaby pacjentom świadome stosowanie leków bez recepty w przypadkach, gdy nie występują tzw. objawy alarmowe, a krótkotrwałe samoleczenie może być bezpieczne i skuteczne.

Ból brzucha w gabinecie lekarza POZ

Ból brzucha jest jednym z najczęstszych objawów zgłaszanych w gabinetach lekarzy POZ i może dotyczyć nawet co dziesiątego pacjenta [3]. Może wynikać z wielu przyczyn – od łagodnych po poważne schorzenia wymagające natychmiastowej interwencji. Zrozumienie kontekstu, w jakim występuje ból, oraz przeprowadzenie odpowiednich badań są kluczowe dla efektywnej diagnostyki i leczenia [4, 14]. Zebranie wywiadu i badanie lekarskie należy uznać za kluczowy element każdej wizyty lekarskiej, a szczególnie w przypadku pacjentów z omawianymi dolegliwościami. Wywiad powinien zostać uzupełniony o następujące cechy bólu: lokalizacja, rodzaj (ostry, przewlekły), charakter (przeszywający, palący, tępy, gniotący, kolkowy, kurczowy), natężenie, czynniki wywołujące lub modyfikujące

ból (posiłki, napoje, wypróżnienie, pozycja ciała), przebieg bólu w czasie i obecność dolegliwości towarzyszących (nudności, wymioty) [14, 15]. Wywiad dotyczący stosowanych leków i suplementów oraz chorób towarzyszących i przebytych zabiegów operacyjnych jamy brzusznej należy określić jako podstawowy element, ponadto lekarz powinien wykluczyć występowanie objawów alarmowych [15]. Podczas badania fizykalnego należy ocenić przede wszystkim stan ogólny pacjenta i jego parametry życiowe (częstotliwość oddechów, tętno oraz ciśnienie tętnicze) [15, 16]. Ponadto konieczna jest ocena zabarwienia skóry oraz występowania nieprawidłowości powierzchni brzucha (blizn, przepuklin, powiększenia obwodu brzucha, obecności krążenia obocznego, objawu „stawiania się” jelit). Osluchiwanie brzucha może ujawnić nieprawidłowe tony perystaltyczne (metaliczna perystaltyka). W trakcie badania palpacyjnego można wykryć bolesność w określonej lokalizacji, ponadto występowanie obrony mięśniowej, objawu Blumberga, opór patologiczny (guz) oraz powiększenie narządów wewnętrznych [15, 16]. Na rycinie 3 zamieszczono objawy wskazujące na organiczną chorobę wymagającą natychmiastowej diagnostyki lub leczenia, w tym chirurgicznego [5].

W zależności od konkluzji wynikających z wywiadu i badania przedmiotowego konieczne mogą



Rycina 3. Objawy wskazujące na organiczną chorobę wymagającą natychmiastowej diagnostyki lub leczenia chirurgicznego [5]

się okazać badania laboratoryjne i obrazowe/endoskopowe [17]. Do badań laboratoryjnych mogących stanowić cenną wskazówkę w wypadku bólu brzucha należą: morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), elektrolity (sód, potas), białko C-reaktywne (CRP), bilirubina całkowita, aminotransferaza asparaginianowa (AST), aminotransferaza alaninowa (ALT), gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), fosfataza alkaliczna (ALP), przeciwciała anti-HCV, amylaza, ogólne badanie moczu i posiew moczu z antybiogramem oraz badania stolca (pasożyty, krew utajona – metodą immunochemiczną, antygen *Helicobacter pylori* w kale) [17, 18]. Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej odgrywa rolę uzupełniającą wobec wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego, więc jest uznawane za podstawowe badanie obrazowe [19, 20]. Dodatkowo, w razie podejrzenia niedrożności lub perforacji przewodu pokarmowego, lekarz POZ może zlecić zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej [18]. Troponina sercowa (TnI) i elektrokardiogram (EKG) również mogą być niezbędne w diagnostyce różnicowej bólu brzucha (maska brzuszna zawału serca) [18]. Lekarz POZ może wystawić skierowanie do pracowni endoskopowej w celu poszerzenia diagnostyki o badania endoskopowe górnego i/lub dolnego odcinka przewodu pokarmowego (gastroskopia i kolonoskopia) [18].

W podsumowaniu części poświęconej kompetencjom lekarza POZ w aspekcie diagnostyki bólu brzucha należy podkreślić, że nadrzędnym celem jest określenie jego etiologii. Kluczowa pozostaje jednak ocena wskazań do pilnej hospitalizacji z uwagi na możliwe w konsekwencji zagrożenie zdrowia lub życia.

Farmakoterapia bólu brzucha

Temat farmakologicznego podejścia do terapii bólu brzucha należy rozpocząć od kluczowej roli wywiadu dotyczącego stosowanych leków i/lub suplementów oraz chorób towarzyszących. W tabeli 1 przedstawiono leki mogące wpływać na przewod pokarmowy i prowadzić do dolegliwości bólowych jamy brzusznej lub powodować zaostrzenie już istniejącej choroby. Czasem wystarczającym postępowaniem okazuje się odstawienie leku lub jego zamiana na inny [21]. Lekami pierwszego wyboru, szczególnie w bólu brzucha o nasileniu łagodnym do umiarkowanego, powinny być leki spazmolityczne (rozkurczowe) [4]. Do najczęściej stosowanych leków rozkurczowych należą drotaweryna, hioscyna, alweryna oraz mebeweryna. Dobrym wyborem wydaje się drotaweryna, ponieważ na najniższy wskaźnik *number needed to treat* (NNT), wynoszący 2 [10, 11]. Przewaga drotaweryny jest związana z lepszym profilem bezpieczeństwa, gdyż butylobromek hioscyny może wywoływać objawy związane z efektem cholinergicznym (hamowanie wydzielania śliny, zmniejszenie ilości wydzieliny z drzewa oskrzelowego oraz przyspieszenie czynności serca). Co więcej, butylobromek hioscyny z uwagi na swój mechanizm działania generuje liczne interakcje farmakodynamiczne z innymi jednocześnie stosowanymi przez pacjentów lekami [10, 11]. Istnieje badanie wskazujące, że drotaweryna wykazuje wyższą skuteczność przeciwbólową niż mebeweryna [22]. Dużą popularnością cieszy się trimebutyna, która jest syntetycznym agonistą obwodowych receptorów opioidowych μ , δ i κ . Działa bezpośrednio na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego, regulując jego motorykę bez wpływu na ośrodkowy układ nerwowy. Dzięki jednoczesnemu oddziaływaniu na receptory pobudzające (μ i δ)

Tabela 1. Leki, które mogą powodować dolegliwości lub zaostrzenie istniejącej choroby przewodu pokarmowego [25]

Powikłania stosowania leków	Leki
biegunka	metformina, sole żelaza, fibraty, antybiotyki (amoksycylina + kwas klawulanowy), makrolidy, inhibitory konwertazy angiotensyny, leki β -adrenolityczne β -blokery, lit, karbamazepina, NLPZ, furosemid, IPP, SSRI
zaparcie	opioidy, leki antycholinergiczne (hydroksyzyna, cetyryzyna, doksyamina, difenhydramina, doksepina), sole żelaza, leki przeciwpsychotyczne (klozapina, neuroleptyki fenotiazynowe, chlorprotiksen), werapamil, furosemid, cholestyramina, lewotyroksyna
zaostrzenie nieswoistej choroby zapalnej jelit	antybiotyki, doustne leki antykoncepcyjne, mykofenolan mofetylu, etanercept, ipilimumab, rytuksymab
zaostrzenie mikroskopowego zapalenia jelita grubego	SSRI (szczególnie sertralina), NLPZ, tiklopidyna, IPP, karbamazepina

IPP – inhibitory pompy protonowej, NLPZ – niesteroidowe leki przeciwzapalne, SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor) – selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny

oraz hamujące (κ) normalizuje zaburzenia perystaltyki, dostosowując swoje działanie do aktualnego stanu czynnościowego przewodu pokarmowego, co może być szczególnie przydatne u pacjentów z IBS [23, 24]. Ponadto wykazuje działanie analgetyczne poprzez hamowanie neuroprzekaźnika, jakim jest glutaminian [23].

W razie nieskuteczności leków rozkurczowych kolejnym wyborem w leczeniu przeciwbólowym może być metamizol, nie zaś paracetamol [4]. Z uwagi na to, że paracetamol może potencjalnie nasilać trzewny ból brzucha, nie powinien być on rekomendowany u pacjentów z zaburzeniami osi trzewno-mózgowej [25]. Bardzo ważnym pojęciem w terapii bólu jest bowiem nadwrażliwość trzewna, która powstaje na skutek zaangażowania mechanizmów obwodowych i ośrodkowych, a czynnikiem inicjującym jest najczęściej bodziec działający w obrębie obwodowego układu nerwowego. Nadwrażliwość trzewna leży u podstaw wielu zespołów bólu czynnościowego (nocyplastycznego) występującego w zaburzeniach osi jelitowo-mózgowej, takich jak dyspepsja czynnościowa czy IBS. Jest to ból tępy, stały lub nawracający, kolkowy, nie zawsze związany z uszkodzeniem narządu wewnętrznego, trudny do zlokalizowania przez pacjenta, któremu często towarzyszą objawy vegetatywne (nudności). W tabeli 2 przedstawiono leki, których stosowanie może indukować ból trzewny jako działanie niepożądane i których należy unikać w terapii takiego bólu [25]. W wypadku kolkowych bólów brzucha dopuszczalne jest zastosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), ale z zastrzeżeniem, że wobec licznych działań na przewód pokarmowy nie powinny być przyjmowane długoterminowo [26, 27].

Rekomendowanym lekiem może być metamizol. Jest to znana od wielu lat pochodna pirazolonu wykazująca działanie przeciwbólowe, przeciwgorączkowe i spazmolityczne. Mechanizm działania nie został w pełni wyjaśniony, ale wyniki badań sugerują, że metamizol i jego główny metabolit

– 4-N-metyloaminoantypiryna (MAA) – działają prawdopodobnie zarówno przez ośrodkowy, jak i obwodowy układ nerwowy, poprzez stymulowanie uwalniania β -endorfin, zmniejszanie stężenia endogennych pirogenów i wywieranie bezpośredniego wpływu na ośrodek termoregulacji w podwzgórzu oraz hamowanie aktywności cyklooksygenazy i w konsekwencji syntezy prostaglandyn, a także hamowanie wychwytu zwrotnego adenylozyny w ośrodkowym układzie nerwowym [28]. Mocną stroną terapii metamizolem jest korzystny profil bezpieczeństwa, a ryzyko budzącej niepokój lekarzy agranulocytozy jest zbliżone do innych analgetyków (nie można go stosować jedynie u pacjentów pochodzenia skandynawskiego, co prawdopodobnie wynika z predyspozycji genetycznej i przedłużonego metabolizmu leku, zwiększającego dawkę akumulacyjną) [29]. Maksymalna dawka terapeutyczna wynosi 5 g na dobę [28, 30]. Korzystne działanie wykazuje połączenie metamizolu z drotaweryną. Drotaweryna jest pochodną papaweryny o działaniu spazmolitycznym na mięśnie gładkie [31]. Jest skuteczna w leczeniu skurczów mięśni gładkich zarówno pochodzenia nerwowego, jak i mięśniowego. Niezależnie od rodzaju unerwienia autonomicznego działa na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego, dróg żółciowych, układu moczowo-płciowego i układu krążenia [31, 32]. Wysoka skuteczność drotaweryny wiąże się przede wszystkim ze zmniejszeniem ryzyka sensytyzacji obwodowej i redukcją nadwrażliwości trzewnej [32]. Istotną zaletą drotaweryny jest bardzo niskie ryzyko interakcji z innymi jednocześnie stosowanymi przez pacjenta lekami.

Dobrym wyborem może się okazać połączenie metamizolu i drotaweryny z kofeiną, która również wykazuje działanie antynocyceptywne [27]. Synergistyczne działanie składników takiego preparatu wydaje się idealnie wpisywać w potrzeby pacjentów z dolegliwościami bólowymi (również bólami brzucha) przy zachowaniu profilu bezpieczeństwa [25]. Łączenie leków działających synergistycznie w terapii bólu trzewnego jest zalecane i umożliwia zmniejszenie dawek poszczególnych leków analgetycznych przy jednoczesnym zwiększeniu działania przeciwbólowego i rozkurczowego. Innymi przykładami wykorzystania takiego mechanizmu może być połączenie drotaweryny z NLPZ w przypadku szczególnie bolesnych bólów towarzyszących menstruacji oraz w wypadku kolki nerkowej połączenie drotaweryny, metamizolu i NLPZ (np. ketoprofenu lub deksketoprofenu) [27].

Tabela 2. Leki indukujące ból trzewny jako działanie niepożądane [25]

Leki indukujące ból trzewny jako działanie niepożądane

paracetamol, cetyryzyna, klarytromycyna, dekskloetorfan, flukonazol, itopryd, midodryna, nabumeton, norfloksacyna, okskarbamazepina, bisfosfoniany (szczególnie stosowane doustnie), sulfasalazyna, walacyklowir, fentanyl

Inną opcją terapeutyczną dla pacjentów z przewlekłym bólem brzucha o nasileniu łagodnym do umiarkowanego mogą być leki przeciwdepresyjne należące do grupy zwrotnych inhibitorów serotoniny i noradrenaliny (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitor* – SNRI) i trójpierścieniowych przeciwdepresyjnych (*tricyclic antidepressants* – TCA) [10, 12]. TCA wykazują skuteczność, ale ich stosowanie wiąże się z działaniami niepożądanymi (suchość w ustach, sedacja, zaparcia). W praktyce klinicznej preferowane są niższe dawki (amitryptylina 10 mg na noc), szczególnie w postaci biegunkowej IBS [10, 12]. SNRI mają silniejsze działanie przeciwbólowe, ponieważ działają na dwa kluczowe neuroprzekaźniki – serotoninę i noradrenalinę [10, 12]. Ich wpływ na hamowanie sygnałów bólowych, redukcję nadwrażliwości trzewnej i regulację układu nerwowego sprawia, że mogą być bardziej skuteczne w leczeniu bólu brzucha w IBS i innych przewlekłych zespołach bólowych. Selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI) nie wykazały znaczącej skuteczności w łagodzeniu takich dolegliwości, więc nie powinny być rekomendowane w tej grupie pacjentów. Co więcej – leki te z uwagi na swój mechanizm mogą indukować działanie probólowe [12].

Algorytm postępowania w bólach brzucha związanych i niezwiązanych z zespołem jelita nadwrażliwego

Panel ekspertów ustalił następujące definicje bólu brzucha związanego z IBS i niezwiązanego z IBS:

Ból brzucha związany z IBS odnosi się do bólu o nasileniu od łagodnego do umiarkowanego, występującego okresowo lub stale (minimum raz w tygodniu) przez minimum 3 miesiące, z początkiem objawów do 6 miesięcy wstecz, występującego w związku z defekacją, ze zmianą częstości i/lub uformowania stolca (kryteria rozpoznania IBS na podstawie kryteriów rzymskich IV).

Ból brzucha niezwiązany z IBS odnosi się do bólu o nasileniu od łagodnego do umiarkowanego, występującego okresowo lub stale bez związku z przyjmowanym pokarmem i/lub defekacją.

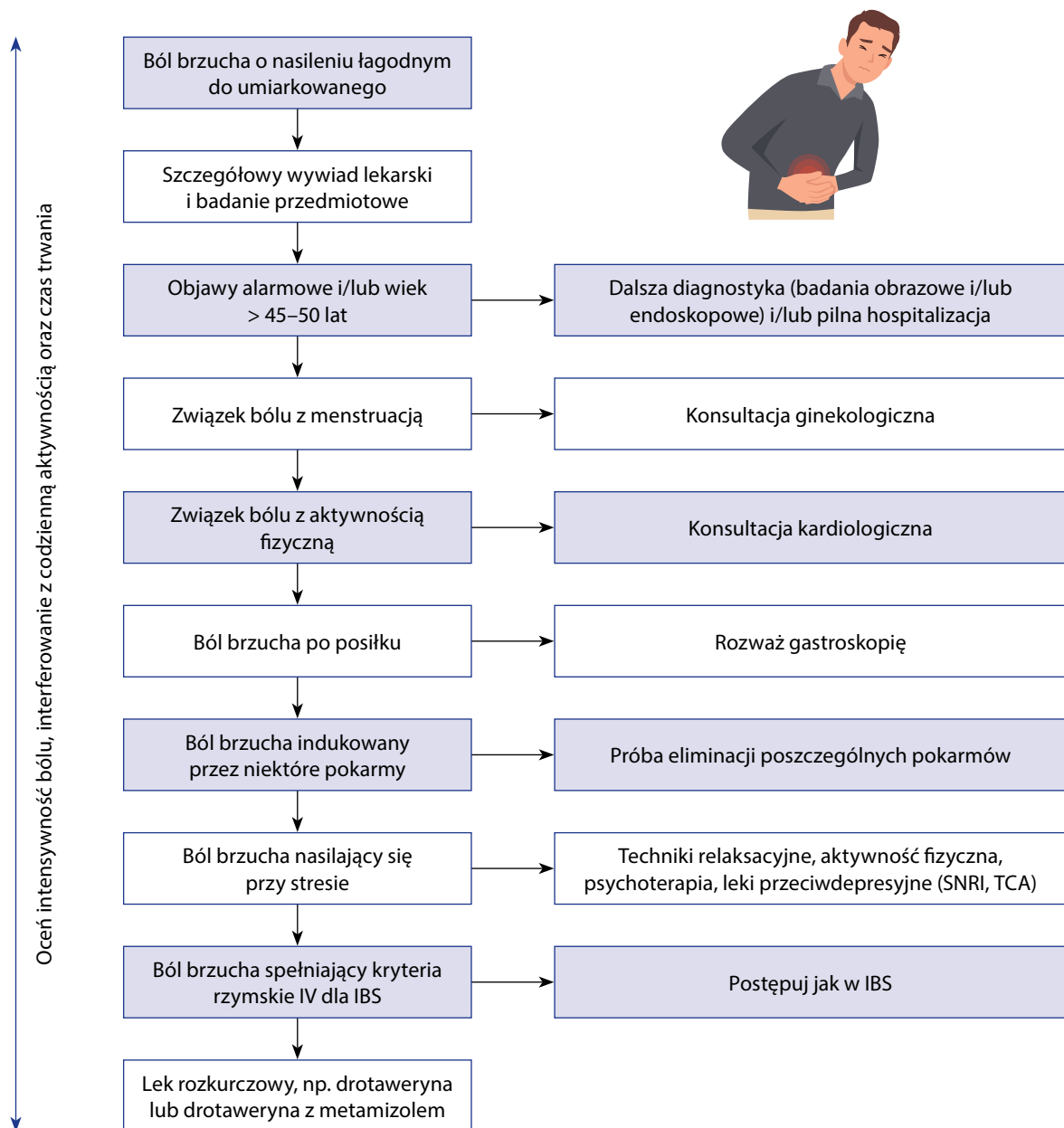
Jeśli obecny u pacjenta ból brzucha spełnia definicję bólu związanego z IBS, diagnostyka powinna zostać pogłębiona zawsze w wypadku, gdy podejrzewamy chorobę organiczną [4, 10–12]. Należy wtedy pogłębić diagnostykę o badania endoskopowe lub obrazowe [11]. Jeżeli u kobiety ból brzucha koreluje z krwawieniem miesięcznym, wymaga ona konsultacji ginekologicznej w celu przeprowadze-

nia diagnostyki w kierunku endometriozy. Jeśli ból ma związek z aktywnością fizyczną, konieczne jest wykluczenie dolegliwości stenokardialnych i co za tym idzie – konsultacja kardiologiczna [4]. Jeżeli dolegliwości bólowe są następstwem posiłków, lekarz powinien rozważyć wykonanie gastroscopii. Jeśli natomiast ból jest prowokowany określonymi składnikami pokarmowymi, to powinno się rozważyć dietę eliminacyjną [4]. W razie korelacji bólu brzucha z sytuacjami stresowymi należy zalecić pacjentowi techniki relaksacyjne, konsultację psychologiczną i/lub psychiatryczną [4, 10–12]. Rycina 4 przedstawia algorytm postępowania w bólach brzucha związanych z IBS i niezwiązanych z IBS.

Samoleczenie bólu brzucha przez pacjentów

W 2022 r. opublikowano wyniki badania oceniającego zastosowanie drotaweryny w samoleczeniu bólu brzucha o różnej etiologii. Analiza objęła profil pacjentów stosujących ten lek oraz wzorce jego przepisywania przez lekarzy POZ. Spośród 650 uczestników 74% stosowało drotawerynę w celu łagodzenia bólu, 67% na skurcze, a 19% w przypadku dyskomfortu brzucha, przy czym 83% kupiło lek bez konsultacji lekarskiej [33]. Częstsze stosowanie drotaweryny po konsultacji z lekarzem odnotowano wśród kobiet, osób starszych oraz pacjentów bez wyższego wykształcenia, co sugeruje potrzebę edukacji tych grup [33]. Skuteczność leczenia oceniono wysoko – 98% pacjentów uznało je za efektywne. Lekarze POZ wymieniali jako główne wskazania kamicę żółciową, kamicę nerkową oraz bóle menstruacyjne, rzadziej IBS, podkreślając przy tym wysoki profil bezpieczeństwa i dobrą tolerancję leku.

Samoleczenie stanowi istotny element postępowania terapeutycznego u pacjentów doświadczających łagodnych do umiarkowanych dolegliwości bólowych w obrębie jamy brzusznej [34]. Pozwala ono na redukcję nasilenia objawów i poprawę jakości życia poprzez stosowanie środków farmakologicznych dostępnych bez recepty (*over the counter* – OTC), jak również metod nefarmakologicznych [34]. Kluczową rolę w procesie samoleczenia odgrywa edukacja pacjentów w zakresie skutecznych strategii terapeutycznych oraz identyfikacji sytuacji wymagających interwencji lekarskiej [4, 34]. Szczególne znaczenie ma znajomość objawów alarmowych, które mogą wskazywać na obecność schorzeń organicznych i konieczność dalszej diagnostyki. W ramach samoleczenia można wyróżnić



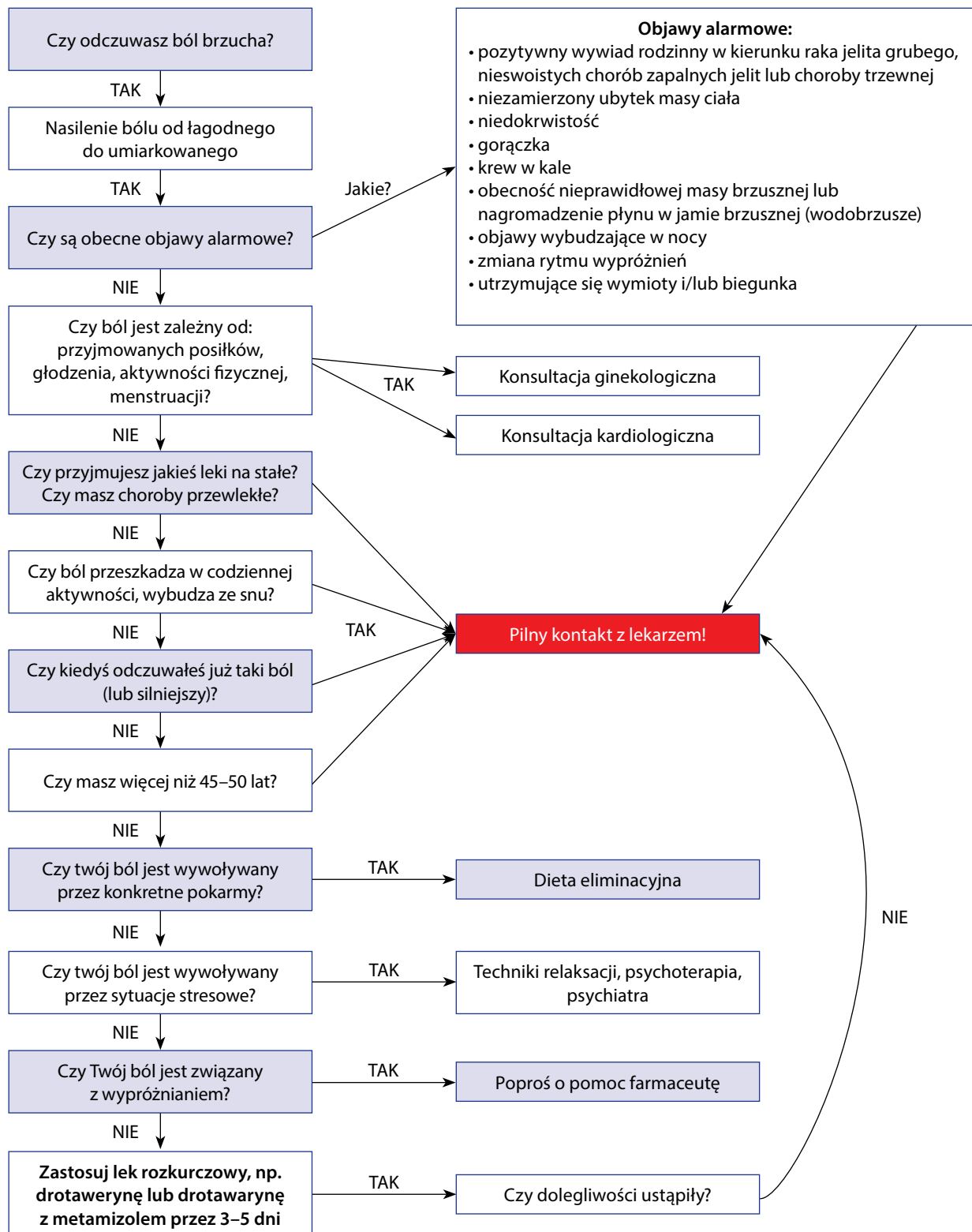
Rycina 4. Proponowany algorytm postępowania w bólach brzucha związanych zespołem jelita nadwrażliwego (*irritable bowel syndrome* – IBS) i niezwiązanych z IBS

dwa główne obszary interwencji: postępowanie farmakologiczne, obejmujące stosowanie leków OTC o potwierdzonej skuteczności w leczeniu bólu brzucha, oraz postępowanie nefarmakologiczne, w skład którego wchodzi techniki relaksacyjne, regularna aktywność fizyczna oraz psychoterapia [4, 34]. Dodatkowym, lecz niezbędnym elementem strategii samoleczenia jest zarządzanie objawami, polegające na monitorowaniu czynników wywołujących ból brzucha, takich jak stres czy określone składniki diety. Systematyczna samoobserwacja umożliwia pacjentom identyfikację potencjalnych przyczyn dolegliwości oraz wdrożenie odpowiednich działań prewencyjnych, co może się przyczynić do zmniejszenia nasilenia objawów oraz po-

prawy jakości życia. Bardzo istotna może się okazać rola farmaceutów, do których często zgłaszają się pacjenci w sprawie wyboru terapii OTC [34]. Proponowany algorytm postępowania w samoleczeniu dla pacjentów z bólem brzucha przedstawiono na rycinie 5.

Podsumowanie

Ból brzucha jest jednym z najczęściej występujących objawów w praktyce klinicznej, obejmującym szerokie spektrum przyczyn – zarówno organicznych, jak i czynnościowych [1–3]. Jego nieswoisty charakter oraz różnorodność potencjalnej etiologii stanowią istotne wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne, zwłaszcza w warunkach POZ [1–4].



Rycina 5. Proponowany algorytm postępowania w samoleczeniu dla pacjentów z bólem brzucha

W niniejszej pracy dokonano analizy dostępnej literatury oraz omówiono strategię diagnostyczno-lecznicze w kontekście bólu brzucha, uwzględniając zarówno aspekty farmakologiczne, jak i samoleczenie pacjentów.

Ze względu na dużą częstość występowania ból brzucha stanowi istotne obciążenie dla systemu

ochrony zdrowia. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że aż 81% pacjentów doświadczało epizodów bólowych w ciągu ostatniego tygodnia, a ponad 60% aktywnie poszukiwało pomocy medycznej [2]. Większość pacjentów zgłasza się do lekarzy POZ (84,5%), gastroenterologów (39,2%), ale również do farmaceutów (18,6%), co podkreśla istot-

ną rolę edukacji zarówno w zakresie samoleczenia, jak i postępowania w przypadku wystąpienia objawów alarmowych [2, 4].

W pracy podkreślono znaczenie objawów alarmowych, które mogą wskazywać na konieczność natychmiastowej interwencji medycznej. Obejmują one m.in. utrzymującą się lub narastającą intensywność bólu, nagły początek dolegliwości, ból w nocy, utratę masy ciała, krwawienie z przewodu pokarmowego, wymioty treścią żółciową lub fusowatą, gorączkę, niedokrwistość, wyczuwalne opory patologiczne w badaniu palpacyjnym [4, 11]. Ich obecność powinna skłonić do pilnej diagnostyki w celu wykluczenia stanów zagrażających życiu.

W kontekście samoleczenia bólów brzucha omówiono rolę leków OTC, w tym leków rozkurczowych (np. drotaweryna, butylobromek hioscyny) oraz analgetyków (metamizol, paracetamol) [33, 34]. Wyniki badań wskazują, że 98% pacjentów stosujących drotawerynę oceniło jej skuteczność pozytywnie, a większość (83%) kupiła lek bez konsultacji lekarskiej [33]. Istotnym elementem procesu terapeutycznego pozostaje zatem edukacja pacjentów w zakresie świadomego stosowania leków OTC, a także wyznaczenia granicy, po której dalsza samodzielna terapia staje się niebezpieczna i konieczna jest interwencja specjalistyczna.

Omówiono również rolę technik nefarmakologicznych, które mogą wspierać farmakoterapię. Wskazano na modyfikację stylu życia, techniki relaksacyjne, aktywność fizyczną oraz dietę eliminacyjną w przypadkach bólu trzewnego o podłożu czynnościowym [4]. Szczególną uwagę zwrócono na zaburzenia osi trzewno-mózgowej i ich znaczenie w bólu czynnościowym, podkreślając znaczenie psychoterapii oraz farmakoterapii opartej na lekach przeciwdepresyjnych [4, 10–13]. Wśród nich TCA oraz SNRI wykazują korzystne działanie w modulacji nadwrażliwości trzewnej i redukcji objawów bólowych u pacjentów z IBS [10–13].

W kontekście diagnostyki przedstawiono algorytm postępowania w bólu brzucha, który obejmuje zbieranie wywiadu, badanie fizykalne, ocenę parametrów życiowych, a także badania laboratoryjne i obrazowe [15–19]. Podkreślono znaczenie badań endoskopowych oraz obrazowych w przypadkach przewlekłych i nawracających dolegliwości, szczególnie u pacjentów z objawami alarmowymi. Omówiono również rolę farmaceutów, którzy stanowią istotne źródło informacji dla pacjentów poszukujących leczenia OTC i mogą wspierać proces eduka-

cyjny w zakresie bezpiecznego stosowania leków [4, 33, 34].

Podsumowując – ból brzucha jest objawem o złożonej etiologii, który wymaga interdyscyplinarnego podejścia diagnostycznego i terapeutycznego. Opracowanie ustrukturyzowanych algorytmów postępowania zarówno w praktyce lekarskiej, jak i w ramach samoleczenia może się przyczynić do poprawy skuteczności leczenia, redukcji liczby niepotrzebnych wizyt lekarskich oraz zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów. Kluczowe pozostaje rozróżnienie przypadków wymagających pilnej interwencji od możliwych do skutecznego leczenia w ramach samokontroli, co wymaga edukacji pacjentów i profesjonalistów medycznych.

Piśmiennictwo

1. Lakshoo K, Almario CV, Khalil C i wsp. Prevalence and characteristics of abdominal pain in the United States. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2021; 19: 1864-1872.e5.
2. Kay L, Jørgensen T, Jensen KH. Epidemiology of abdominal symptoms in a random population: prevalence, incidence, and natural history. *Eur J Epidemiol* 1994; 10: 559-566.
3. Ziolkowski BA, Pacholec A, Kudlicka M i wsp. Prevalence of abdominal symptoms in the Polish population. *Gastroenterol Rev* 2012; 1: 20-25.
4. Müller-Lissner S, Andresen V, Corsetti M i wsp. Functional abdominal cramping pain: expert practical guidance. *J Clin Gastroenterol* 2022; 56: 844-852.
5. Sherman R. Abdominal pain. W: Walker HK, Hall WD, Hurst JW (eds.). *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 3rd ed. Butterworths, Boston 1990.
6. Sabo CM, Grad S, Dumitrascu DL. Chronic abdominal pain in general practice. *Dig Dis* 2021; 39: 606-614.
7. Shian B, Larson ST. Abdominal wall pain: clinical evaluation, differential diagnosis, and treatment. *Am Fam Physician* 2018; 98: 429-436.
8. Minten L, Messiaen P, Van der Hilst J. Acute abdominal pain: a challenging diagnosis. *Acta Gastroenterol Belg* 2022; 85: 646-647.
9. Palmer J, Pontius E. Abdominal pain mimics. *Emerg Med Clin North Am* 2016; 34: 409-423.
10. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM i wsp. ACG Clinical Guideline: management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2021; 116: 17-44.
11. Pietrzak A, Skrzydło-Radomańska B, Mulak A i wsp. Guidelines on the management of irritable bowel syndrome: In memory of Professor Witold Bartnik. *Prz Gastroenterol* 2018; 13: 259-288.
12. Lembo A, Sultan S, Chang L i wsp. AGA Clinical Practice Guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with diarrhea. *Gastroenterology* 2022; 163: 137-151.
13. Huang KY, Wang FY, Lv M i wsp. Irritable bowel syndrome: epidemiology, overlap disorders, pathophysiology and treatment. *World J Gastroenterol* 2023; 29: 4120-4135.
14. Holtedahl K, Vedsted P, Borgquist L i wsp. Abdominal symptoms in general practice: frequency, cancer suspi-

- cions raised, and actions taken by GPs in six European countries. *Heliyon* 2017; 3: e00328.
15. Davis JL, Murray JF. History and physical examination. W: Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. Elsevier, Amsterdam 2016; 263-277.e2.
 16. Campbell EW Jr, Lynn CK. The physical examination. W: Walker HK, Hall WD, Hurst JW (eds.). Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd ed. Butterworths, Boston 1990.
 17. Natesan S, Werley EB. Laboratory tests in the patient with abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2021; 39: 733-744.
 18. Panebianco NL, Jahnes K, Mills AM. Imaging and laboratory testing in acute abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2011; 29: 175-193.
 19. Cartwright SL, Knudson MP. Diagnostic imaging of acute abdominal pain in adults. *Am Fam Physician* 2015; 91: 452-459.
 20. Genc A, Ryk M, Suwała M i wsp. Ultrasound imaging in the general practitioner's office – a literature review. *J Ultrason* 2016; 16: 78-86.
 21. Philpott HL, Nandurkar S, Lubel J i wsp. Drug-induced gastrointestinal disorders. *Frontline Gastroenterol* 2014; 5: 49-57.
 22. Rai RR, Nijhawan S. Comparative evaluation of efficacy and safety of drotaverine versus mebeverine in irritable bowel syndrome: a randomized double-blind controlled study. *Saudi J Gastroenterol* 2021; 27: 136-143.
 23. Fielding JF. Double blind trial of trimebutine in the irritable bowel syndrome. *Ir Med J* 1980; 73: 377-379.
 24. Ghidini O, Saponati G, Intrieri L. Single drug treatment for irritable colon: rociverine versus trimebutine maleate. *Curr Ther Res Clin Exp* 1986; 39: 541-548.
 25. Woron J. Meandry współczesnej farmakoterapii. *Medical Tribune Polska*, Kraków 2023.
 26. Anwar K. Pathophysiology of pain. *Dis Mon* 2016; 62: 324-329.
 27. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011; 152 (3 Suppl.): S2-S15.
 28. García-Martín E, Esguevillas G, Blanca-López N i wsp. Genetic determinants of metamizole metabolism modify the risk of developing anaphylaxis. *Pharmacogenet Genomics* 2015; 25: 462-464.
 29. Backstrom M, Hagg S, Mjorndal T i wsp. Utilization pattern of metamizole in northern Sweden and risk estimates of agranulocytosis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2002; 11: 239-245.
 30. Arellano F, Sacristán JA. Metamizole: reassessment of its therapeutic role. *Eur J Clin Pharmacol* 1990; 38: 617-619.
 31. Wang JK, Liu J. Neuromuscular electrical stimulation as an adjunctive therapy to drotaverine hydrochloride for treating patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: a retrospective study. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97: e11478.
 32. Xue XC, Qi XX, Wan XY. Randomized controlled study of efficacy and safety of drotaverine hydrochloride in patients with irritable bowel syndrome. *Medicine (Baltimore)* 2017; 96: e9235.
 33. Eder P, Kowalski P, Mastalerz-Migas A i wsp. Selfmedication with drotaverine among patients with common abdominal symptoms and treatment efficacy from the perspectives of patients and general practitioners an observational, retrospective, cross sectional study using realworld data. *J Clin Med* 2022; 11: 3156.
 34. Rydzewska G. Postępowanie w czynnościowych bólach brzucha w świetle aktualnych rekomendacji. *Lekarz POZ* 2023; 9: 1-4.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Konrad Lewandowski
 Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych
 Państwowy Instytut Medyczny MSWiA
 ul. Wołoska 137
 02-507 Warszawa
 e-mail: dr.k.lewandowski@icloud.com