

Prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska

Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych PIM MSWiA w Warszawie

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska

## Postępowanie w skurczowym bólu brzucha – praktyczny algorytm dla farmaceutów

---

### *Management of abdominal cramps – a practical algorithm for pharmacists*

#### **Summary**

Cramping abdominal pain is one of the most common complaints reported in community pharmacy practice and is frequently managed through self-medication. Due to its heterogeneous etiology, ranging from functional disorders to potentially organic diseases, appropriate patient assessment is essential. This article presents a practical management algorithm for pharmacists based on a structured medical interview, identification of alarm symptoms, and evaluation of pain characteristics. Particular emphasis is placed on differentiating irritable bowel syndrome (IBS)-related pain from non-IBS pain, as well as considering contributing factors such as diet, stress, and concomitant pharmacotherapy. Antispasmodic agents are recommended as first-line symptomatic treatment, while lack of improvement or presence of alarm features necessitates prompt medical referral. Implementation of a structured approach enhances patient safety and improves the quality of pharmaceutical care.

**Keywords:** abdominal pain, cramping pain, IBS, pharmacist, management algorithm, antispasmodics, self-medication, alarm symptoms

#### **Streszczenie**

Skurczowy ból brzucha stanowi jeden z najczęstszych powodów zgłaszania się pacjentów do apteki i często jest przedmiotem samoleczenia. Ze względu na różnicowaną etiologię – obejmującą zarówno zaburzenia czynnościowe, jak i potencjalnie choroby organiczne – kluczowe znaczenie ma właściwa kwalifikacja pacjenta. Artykuł przedstawia praktyczny algorytm postępowania dla farmaceutów, oparty na ukierunkowanym wywiadzie, identyfikacji objawów alarmowych oraz ocenie charakteru bólu. Szczególną uwagę zwrócono na konieczność różnicowania bólu związanego z zespołem jelita nadwrażliwego (IBS) i niezwiązanego z IBS, a także na znaczenie czynników takich jak dieta, stres czy stosowana farmakoterapia. W leczeniu objawowym pierwszą linię stanowią leki rozkurczowe, natomiast brak poprawy lub obecność objawów alarmowych wymaga pilnej konsultacji lekarskiej. Wdrożenie ustrukturyzowanego algorytmu zwiększa bezpieczeństwo terapii oraz poprawia jakość opieki farmaceutycznej.

**Słowa kluczowe:** ból brzucha, ból skurczowy, IBS, farmaceuta, algorytm postępowania, leki rozkurczowe, samoleczenie, objawy alarmowe

---

### **Wprowadzenie**

Ból brzucha jest jednym z najczęstszych objawów zgłaszanych przez pacjentów – jego częstość w populacji sięga nawet 81%. Z badań ankietowych wynika, że 61,5% pacjentów z bólem brzucha aktywnie poszukiwało pomocy medycznej, w tym 18,6% pacjentów oczekiwało tej pomocy od farmaceutów<sup>[1]</sup>.

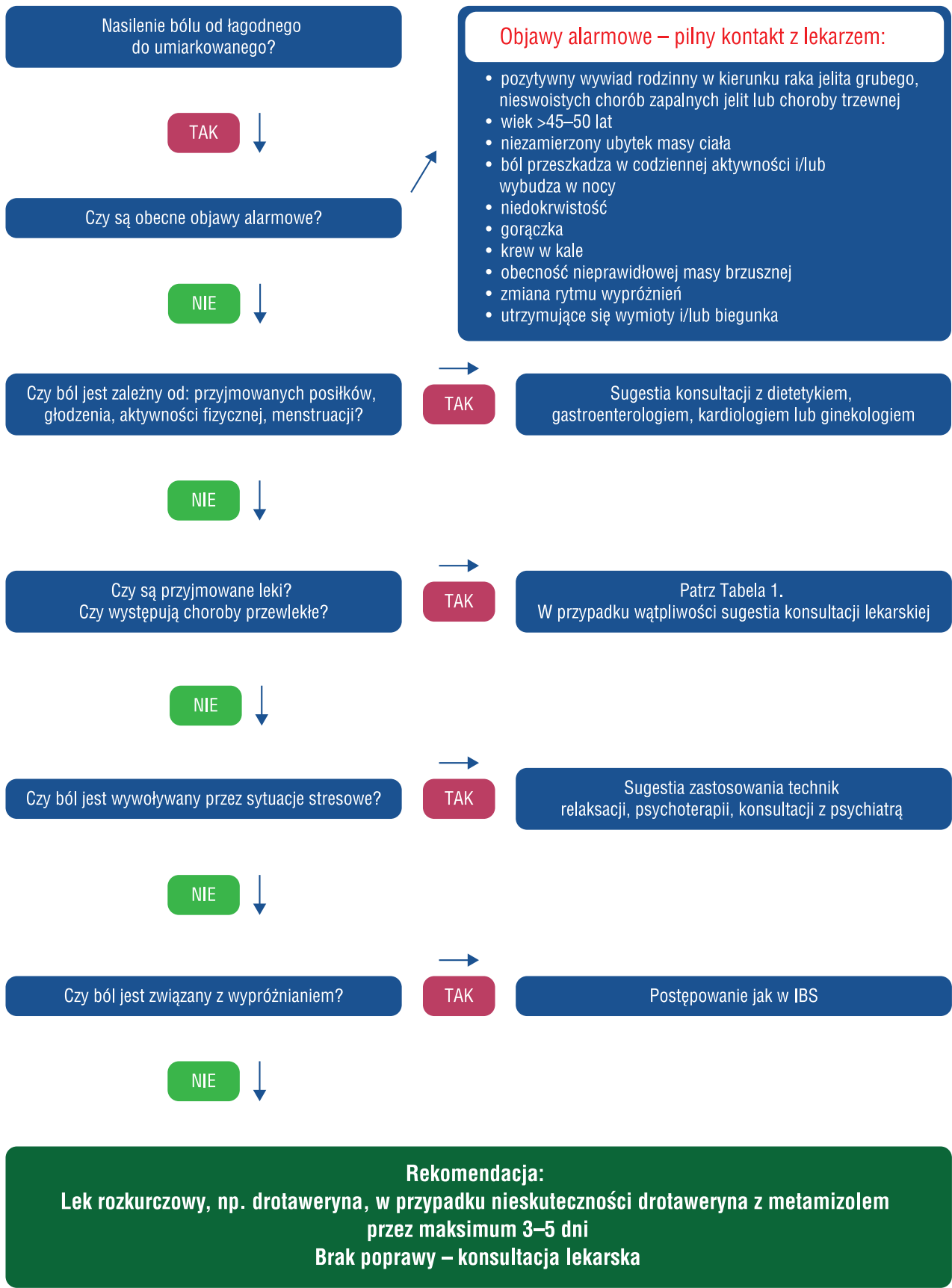
Ból brzucha jest problemem szerokim ze względu na złożoną etiologię – może mieć charakter zarówno czynno-

ściowy, jak i organiczny, co stanowi istotne wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne.

Szczególne znaczenie w praktyce aptecznej ma skurczowy ból brzucha o nasileniu łagodnym do umiarkowanego, który często jest przedmiotem samoleczenia<sup>[2]</sup>. Zgodnie z Polskim Stanowiskiem Ekspertów (2025) farmaceuci odgrywają kluczową rolę w kwalifikacji pacjenta do samoleczenia oraz identyfikacji objawów alarmowych wymagających pilnej konsultacji lekarskiej<sup>[3]</sup>.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie praktycznego algorytmu postępowania dla farmaceutów

Ryc. 1. Schemat praktyczny dla farmaceuty – pacjent z bólem brzucha



w przypadku pacjenta zgłaszającego skurczowy ból brzucha.

## Charakterystyka skurczowego bólu brzucha

Skurczowy ból brzucha najczęściej wynika ze zwiększonego napięcia mięśni gładkich przewodu pokarmowego. Może występować w przebiegu zespołu jelita nadwrażliwego (IBS), zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego, kolki jelitowej lub żółciowej, stresu i czynników psychogennych<sup>[3]</sup>.

Jednym z kluczowych opracowań dotyczących terapii czynnościowych bólów brzucha jest publikacja autorstwa Müller-Lissnera i wsp. z 2022 roku. Autorzy zwracają uwagę, że dolegliwości te mogą współwystępować z określonymi jednostkami chorobowymi, jednak nie zawsze odpowiadają pełnym kryteriom diagnostycznym konkretnych schorzeń. W pracy zaproponowano definicje oraz przedstawiono zalecany schemat postępowania terapeutycznego. Dodatkowo podkreślono znaczącą rolę farmaceutów, którzy często stanowią pierwszy punkt kontaktu dla pacjentów poszukujących leków dostępnych bez recepty stosowanych w ramach samoleczenia<sup>[4]</sup>.

## Proponowany algorytm postępowania w bólach brzucha związanych i niezwiązanych z zespołem jelita nadwrażliwego (IBS)

Polskie stanowisko ekspertów definiuje ból brzucha związany z IBS i niezwiązany z IBS w sposób zaprezentowany poniżej.

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). Obecnie od ponad miesiąca obowiązują Kryteria Rzymskie V, według których wystarczy, aby ból i/lub dyskomfort pojawiał się 3 razy w miesiącu, przy zachowaniu pozostałych ram czasowych<sup>[6]</sup>.

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<sup>[3]</sup>.

Podstawą decyzji terapeutycznej jest krótki, ale ukierunkowany wywiad farmaceutyczny. Należy zapytać o lokalizację, czas trwania (ostry czy przewlekły), nasilenie, związek z posiłkiem lub defekacją.

Istotne jest wykluczenie 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, gorączkę, niedokrwistość, utrzymującą się biegunkę.

Jeżeli dolegliwości bólowe są następstwem posiłków, głodzenia, aktywności fizycznej, a u kobiet są zależne od menstruacji, należy zasugerować pacjentowi wizytę u odpowiedniego specjalisty: gastroenterologa, dietetyka, kardiologa lub ginekologa.

Należy zebrać wywiad dotyczący aktualnie stosowanych przez pacjenta leków, ponieważ niektóre z nich mogą wywoływać ból trzewny jako działanie niepożądane i powinny być unikane w leczeniu bólu brzucha. Leki indukujące ból trzewny jako działanie niepożądane zawarto w tabeli 1<sup>[3,5]</sup>.

W przypadku gdy ból brzucha występujący u pacjenta odpowiada definicji bólu związanego z zespołem jelita nadwrażliwego (IBS), wskazane jest zasugerowanie wizyty u lekarza oraz rekomendacja leczenia objawowego, w tym leków o działaniu rozkurczowym. Gdy ból brzucha koreluje z sytuacjami stresowymi, warto zaproponować pacjentowi techniki relaksacyjne oraz konsultację psychologiczną i/lub psychiatryczną<sup>[3]</sup>.

## Leczenie farmakologiczne

### Lek pierwszego wyboru – lek rozkurczowy

Zgodnie z Polskim Stanowiskiem Ekspertów (2025) podstawą leczenia skurczowego bólu brzucha są leki rozkurczowe, które zmniejszają napięcie mięśni gładkich, redukują ból, działają przyczynowo w bólu spastycznym, np. drotaweryna. W przypadku nieskuteczności można rozważyć terapię skojarzoną drotaweryną z metamizolem przez maksimum 3–5 dni. Należy unikać rutynowego stosowania NLPZ w bólu brzucha bez rozpoznania przyczyny<sup>[3]</sup>.

## Podsumowanie

Skurczowy ból brzucha jest częstym problemem w praktyce aptecznej i w wielu przypadkach może być skutecznie

**Tabela 1.** Leki indukujące ból trzewny jako działanie niepożądane<sup>[3,5]</sup>

|                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| paracetamol, cetyryzyna, klarytromycyna, dekstrometorfan, flukonazol, itopryd, midodryna, nabumeton, norfloksacyna, okskarbazepina, bisfosfoniary (szczególnie stosowane doustnie), sulfasalazyna, walacyklowir, fentanyl |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

leczony po konsultacji z farmaceutą. Kluczowe znaczenie ma jednak prawidłowy wywiad, identyfikacja objawów alarmowych, właściwy dobór leczenia (w tym leki rozkurczowe jako I linia), edukacja pacjenta. Znajomość praktycznego algorytmu postępowania pozwala farmaceucie zwiększyć bezpieczeństwo terapii oraz poprawić jakość opieki nad pacjentem.

### Piśmiennictwo:

1. Lakhoo 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. Müller-Lissner S, Andresen V, Corsetti M i wsp. Functional abdominal cramping pain: expert practical guidance. J Clin Gastroenterol 2022; 56: 844–852.
3. Lewandowski K, Mastalerz-Migas A, Małecka-Wojcieszko E. i wsp. Diagnostyka i postępowanie w bólach brzucha – polskie stanowisko ekspertów. Lekarz POZ. 2025, 1: 9–19.
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. Woron J. Meandry współczesnej farmakoterapii. Medical Tribune Polska, Kraków 2023.
6. Corsetti M, Shin A, Lacy BE, Cash BD, Simren M, Schmulson MJ, Hou X, Lembo A, BOWEL DISORDERS, Gastroenterology 2026; 170: 1261–1282.