

Urszula Grata-Borkowska, Dagmara Pokorna-Katwak, Agnieszka Mastalerz-Migas

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Bóle brzucha u dzieci – diagnostyka różnicowa i postępowanie terapeutyczne w POZ

Streszczenie

Bóle brzucha należą do najczęstszych przyczyn zgłaszania się dzieci na pediatryczne oddziały ratunkowe, a także do przychodni POZ. Bóle brzucha u dzieci można podzielić na ostre i przewlekłe oraz organiczne, czynnościowe i psychogenne. Mogą one mieć charakter stały lub napadowy. Większość bólów brzucha u dzieci ma charakter czynnościowy. Etiologia zależy m.in. od wieku dziecka. U dzieci po 12. roku życia najczęstszą przyczyną ostrego bólu brzucha jest zapalenie wyrostka robaczkowego.

Każde dziecko z ostrym bólem brzucha powinno być niezwłocznie przyjęte oraz zbadane przez lekarza. W razie podejrzenia objawów „ostrego brzucha” pacjent powinien zostać skierowany na chirurgiczny oddział szpitalny.

Słowa kluczowe

bóle brzucha, dzieci, diagnostyka, terapia, lekarz rodzinny

Abstract

Abdominal pain is among the most common reasons for pediatric emergency department visits, and for the family practice visits, too. There are acute and chronic abdominal symptoms and organic, functional and psychogenic abdominal pain. There is continuous and paroxysmal abdominal pain. The most often abdominal pain by children we can distinguish functional abdominal pain. The causes depend on age of children; appendicitis is the most often abdominal acute pain in children above 12 years. Each child with acute abdominal pain should be examined immediately by general practitioner. Acute abdominal pain is almost always a symptom of a serious disease and it may be indicator of the need for surgery.

Key words

abdominal pain, children, diagnosis, treatment, general practitioner

Wprowadzenie

Bóle brzucha należą do najczęstszych przyczyn zgłaszania się dzieci na pediatryczne oddziały ratunkowe, a także do przychodni POZ. Bóle brzucha u dzieci można podzielić na ostre i przewlekłe oraz organiczne, czynnościowe i psychogenne. Mogą one być stałe lub napadowe. Większość ma charakter czynnościowy. Etiologia zależy m.in. od wieku dziecka [1–3].

U dziecka zgłaszającego się do lekarza rodzinnego z bólem brzucha, który pojawił się nagle, bardzo istotne jest wykluczenie „ostrego brzucha” [6]. Należy pamiętać, że u dzieci powyżej 12. roku życia najczęstszą przyczyną ostrego bólu brzucha jest zapalenie wyrostka robaczkowego [4]. W wieku dorastania częste są również bóle czynnościowe.

Klasycznie u dzieci przy rozwijającym się ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego ból okołopępkowy migruje do prawego dolnego kwadrantu, wzrasta temperatura, obecne są również wymioty, przy czym należy pamiętać, że takie objawy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego występują jedynie u 40% pacjentów pediatrycznych poniżej 12. roku życia, u których stwierdzono to schorzenie [7]. Sposób reakcji na ból jest różny w zależności od wieku dziecka. Małe dzieci zwykle reagują na ból brzucha płaczem i krzykiem, zmianą wyrazu twarzy oraz zblednięciem lub zaczerwienieniem twarzy. Często też są bardziej drażliwe, niespokojne, budzą się, niechętnie jedzą. Dziecko w wieku przedszkolnym zapytane o ból wskazuje intuicyjnie okolicę pępka, nie potrafi go dokładnie zlokalizować. Dopiero dziecko w wieku szkolnym podaje rodzicom i lekarzowi dokładne informacje dotyczące lokalizacji i charakteru bólu brzucha [1]. Czynniki wyzwalające bóle brzucha mogą być odmienne u różnych pacjentów.

Badanie przedmiotowe i podmiotowe dzieci z bólem brzucha

Każde dziecko z ostrym bólem brzucha powinno być przyjęte przez lekarza rodzinnego lub pediatrę

w ten sam dzień, w który zgłosi się do przychodni. Jeżeli lekarz w przychodni stwierdzi, że dziecko ma objawy „ostrego brzucha”, powinien niezwłocznie skierować je do szpitala. Powikłania ostrego zapalenia otrzewnej obarczone są dużą śmiertelnością. Istotną rzeczą jest nie tylko stwierdzenie objawu występującego podczas badania jamy brzusznej, lecz także ocena czynników nasilających dany symptom, np.:

- czy poruszanie lub kaszel nasila ból,
- jak pacjent reaguje na zmianę pozycji ciała,
- czy spożycie posiłku wzmacnia ból,
- czy oddanie stolca lub gazów łagodzi ból [4].

W badaniu przedmiotowym dziecka należy zwrócić uwagę m.in. na kształt brzucha, skórę, tkankę podskórną, pępek, obecność tzw. pajęczków naczyńowych, symetryczność okolic w poszczególnych kwadrantach. Cechy te powinno się oceniać w pozycji leżącej (na wznak), a jeżeli jest to możliwe, również w pozycji stojącej [4].

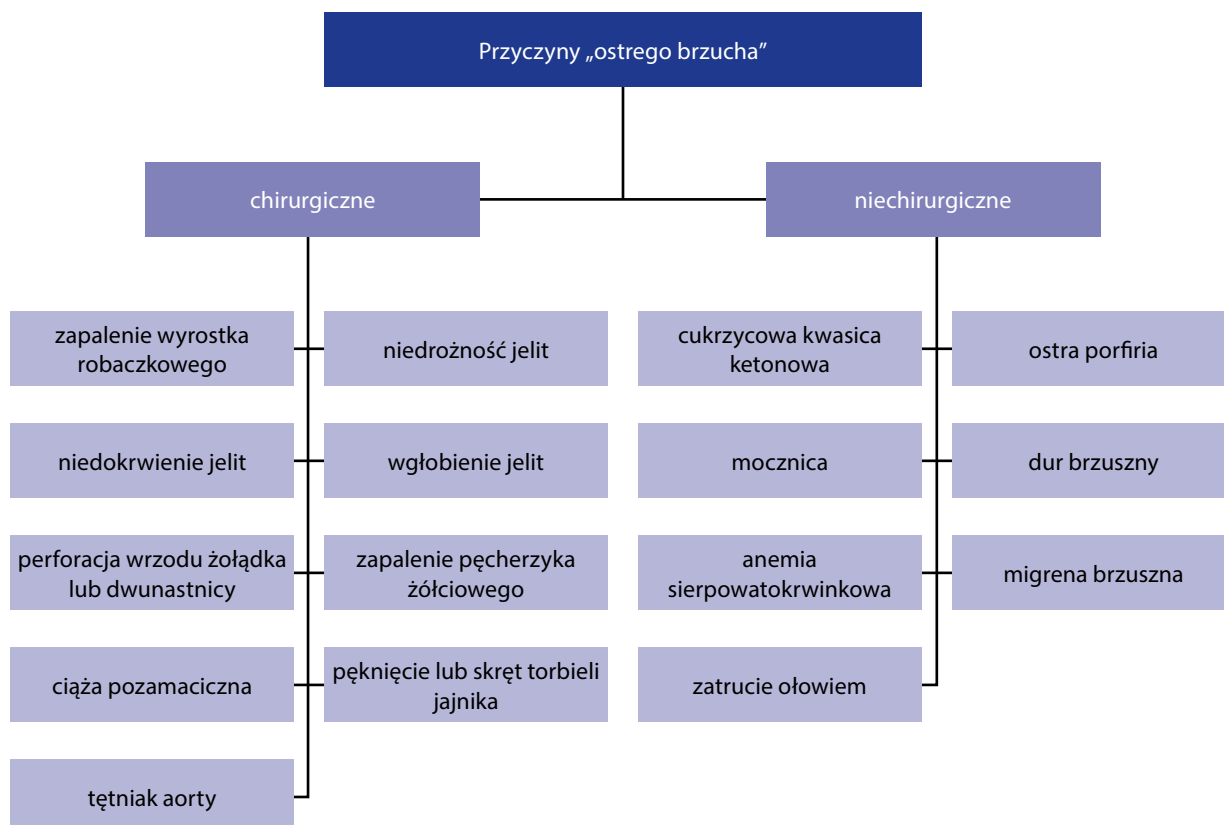
Przyczyny ostrego brzucha mogą mieć charakter brzuszny (np. zapalenie wyrostka robaczkowego, perforacja wrzodu żołądka lub dwunastnicy, niedrożność jelit lub ich perforacja), mogą wynikać z takich schorzeń, jak kwasica ketonowa, ostra porfria, przełom w chorobie Addisona, ale „ostri brzuch” mogą też naśladować choroby spoza jamy brzusznej (zawał serca, zawał płuca, które u dzieci jednak raczej nie występują) [6].

Objawy ostrego zapalenia otrzewnej obecne w badaniu przedmiotowym u dziecka:

- silne bóle brzucha,
- narastająca bolesność uciskowa,
- deskowate napięcie powłok brzusznych,
- wzdęcia brzucha,
- wysoka temperatura ciała,
- mogą wystąpić wymioty żółciowe,
- brak stolca,
- czasem brak ruchów perystaltycznych,
- zaleźniony wyraz twarzy,

Tabela 1. Najczęstsze przyczyny bólów brzucha u dzieci w zależności od wieku [1, 4, 5]

Noworodki i niemowlęta	Dzieci w wieku przedszkolnym (2–5 lat)	Dzieci w wieku szkolnym
<ul style="list-style-type: none"> • kolki • wady wrodzone: <ul style="list-style-type: none"> – niedokonany zwrot jelit – zdwojenie jelit – przepukliny sznura pępowinowego • wgłobienia • choroba Hirschsprunga • zaparcia • zakażenia układu moczowego 	<ul style="list-style-type: none"> • zapalenie błony śluzowej jelit • zapalenie wyrostka robaczkowego • zaparcia • zakażenie układu moczowego • urazy 	<ul style="list-style-type: none"> • zapalenie błony śluzowej żołądka i jelit • zapalenie wyrostka robaczkowego • zaparcia • bóle czynnościowe • zakażenia układu moczowego • urazy



Rycina 1. Przyczyny „ostrego brzucha”

- ostrożny oddech piersiowy, tak aby nie poruszać mięśniami brzucha,
- bladość twarzy,
- szybkie i słabe tętno,
- język suchy i obłożony [6, 8],
- może być obecny objaw Blumberga, Rovsinga lub Chełmońskiego [6, 8, 9].

Objaw Blumberga można wywołać poprzez powolne i ostrożne uciskanie powłok brzusznych, a następnie nagle cofnięcie ręki badającego. Krótkotrwały ból ma większe nasilenie podczas cofania ręki niż podczas uciskania brzucha (na twarzy dziecka widać wtedy reakcję bólową) [9]. W rozlanym zapaleniu otrzewnej objaw Blumberga jest dodatni na całej ścianie brzucha. W zapaleniu wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego i innych chorobach, które powodują miejscowe zapalenie otrzewnej, objaw ten można wywołać tylko w obszarze, który odpowiada zapaleniu otrzewnej [9].

Objaw Rovsinga jest ważny dla rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego. Badanie wykonuje się, używając obu rąk. Badający układa płasko lewą dłoń na lewym dole biodrowym chorego. Następnie na tę rękę i na znajdującą się pod nią część zstępującą okrężnicy wywiera równomierny ucisk prawą dłoń w kierunku antyperystaltycznym, przesuwając dłonie do lewego zgięcia okrężnicy. Zwiększone ciśnienie gazów w jelicie grubym roz-

ciąga kątnicę i wyrostek robaczkowy, co wywołuje ból w prawym dole biodrowym. Objaw ten pomaga odróżnić zapalenie wyrostka robaczkowego od niektórych chorób nerek, kamicy moczowodowej oraz zapalenia przydatków [9].

Objaw Chełmońskiego występuje w zapaleniu pęcherzyka żółciowego i polega na odczuwaniu krótkotrwałego bólu w prawym podżebrzu podczas uderzenia ręką tej okolicy [9].

Objawy alarmujące w diagnostyce bólów brzucha:

- nagły początek bólu,
- ból wybudzający w nocy,
- ból promieniujący,
- dyzuria,
- cechy krwawienia z przewodu pokarmowego (np. czarny stolec),
- wymioty [4],
- objawy odwodnienia (np. zapadnięte ciemiączko, zapadnięte gałki oczne, powolne wyrównywanie się uniesionego fałdu skórznego, suchość śluzówki jamy ustnej, tachykardia itd.) [8],
- niedokrwistość,
- zahamowanie wzrostu,
- przetoki i zmiany okołodbytnicze,
- powiększenie narządów jamy brzusznej,
- gorączka i objawy ogólne,
- przepuklina powłok brzusznych,
- obrzęki i bolesność stawowa,

- objawy oczne niektórych chorób uwarunkowanych genetycznie (np. czasem występujące przebarwienia oczne w rodzinnej polipowatości jelita grubego, odkładanie się złogów w rogówce w postaci pierścieni Kaysera-Fleischera w chorobie Wilsona),
- obciążający wywiad rodzinny.

Diagnostyka różnicowa u dzieci zgłaszających się do pediatry lub lekarza rodzinnego zależy również od objawów współistniejących oraz ich charakteru, np. krwistej biegunki [10], wymiotów (czy są to wymioty tylko treścią pokarmową strawioną lub nie, czy też przypominają żółć, fusy kawowe, czy są to wymioty żywą krwią czy treścią kałową) [2], obecności i charakteru wypróżnień (biegunka, zaparcia, kał z domieszką krwi, smolisty, z domieszką śluzu) [2].

Pytania pomocne w badaniu podmiotowym dziecka z bólem brzucha:

- od kiedy trwa ból brzucha,
- czy ma on charakter stały czy nawrotowy,
- jakie jest umiejscowienie bólu brzucha,
- kiedy był oddany ostatni stolec,
- jaki jest kolor stolca, czy np. nie jest on smolisty,
- czy w stolcu nie było domieszki śluzu albo krwi,
- czy odchodzą gazy,
- czy są obecne wymioty, czy są to wymioty treścią pokarmową, żółcią, czy np. mają charakter fusowaty,
- czy temperatura jest podwyższona,
- czy bólowi brzucha towarzyszy spadek masy ciała,
- czy moc jest normalnego koloru czy też ma zmieniony kolor lub zapach,
- czy są obecne objawy dyzuryczne,
- jak wyglądało przyjmowanie ostatnich posiłków, czy np. bóle brzucha nie są następstwem błędów dietetycznych,
- czy posiłek łagodzi ból,
- jakie czynniki łagodzą ból,
- jakie czynniki nasilają ból (np. czy zmiana pozycji ciała albo jedzenie wzmagają dolegliwości bólowe),
- czy w rodzinie występowały schorzenia lub wady układu pokarmowego.

Badania dodatkowe w diagnostyce bólu brzucha:

- badania laboratoryjne (krwi, moczu),
- badanie ultrasonograficzne,
- radiogram przeglądowy jamy brzusznej – przy podejrzeniu niedrożności jelit wykonuje się co najmniej dwa radiogramy: w pozycji stojącej i leżącej na plecach (u pacjentów ciężko chorych zamiast na stojąco wykonuje się radiogram

w ułożeniu na lewym i prawym boku [11] – celem tych zdjęć jest uwidocznienie poziomów płynu występujących pomiędzy gazami jelitowymi a płynem, gdyż jest to jeden z objawów niedrożności), w przypadku podejrzenia perforacji przewodu pokarmowego wskazane jest RTG w pozycji stojącej, obejmujące kopuły przepony [11],

- badania endoskopowe,
- tomografia komputerowa jamy brzusznej,
- rezonans jamy brzusznej.

Bóle brzucha trwające ponad 3 tygodnie definiuje się jako przewlekłe. Należy pamiętać, że wiele dzieci w wieku szkolnym, a nawet przedszkolnym cierpi na zaparcia nawykowe nasilane przez szybkie tempo życia i stres. Trzeba zastanowić się wspólnie z rodzicami lub opiekunami dziecka, czy w życiu całej rodziny nie ma jakiś elementów dysfunkcyjnych, które mogą wpływać na to, że dziecko zgłasza taką dolegliwość. Oczywiście nie można bagatelizować istnienia organicznej przyczyny bólów brzucha i w pierwszej kolejności taką przyczynę należy wykluczyć. Ważny jest dokładnie zebrany przez lekarza wywiad dotyczący obciążeń rodzinnych chorobami, wywiad dotyczący alergii i ewentualnych czynników, które ją nasilają u dziecka.

W III klasyfikacji rzymskiej z 2006 r. wyodrębniono grupę zaburzeń u dzieci od 4. roku życia i młodzieży. Zaburzenia te są uporządkowane wg dominujących objawów (wymioty, bóle brzucha, zaparcia stolca). Czas niezbędny do ustalenia rozpoznania wynosi 2 miesiące [12]. Jeżeli lekarz POZ podejrzewa organiczną przyczynę bólów brzucha u danego dziecka, powinien skierować je do specjalisty w celu dalszej dokładnej diagnostyki.

Leczenie przewlekłych bólów brzucha jest procesem złożonym, często koordynowanym przez lekarza rodzinnego z okresowymi konsultacjami gastroenterologa dziecięcego.

Na częstość występowania czynnościowych bólów brzucha wpływa szybkie tempo życia, nieregularne odżywianie dzieci, szybkie, łapczywe jedzenie, złe nawyki żywieniowe, stresujące bądź konfliktowe sytuacje w szkole i w domu. Towarzyszą one również problemom dzieci i młodzieży z oddaniem stolca na tle psychogenym. W pierwszej kolejności należy wykluczyć podłoże organiczne tych symptomów, a następnie oprócz podawania leków objawowych – spojrzeć na dziecko i jego sytuację holistycznie. W diagnostyce i leczeniu czynnościowych bólów brzucha powinno się wziąć pod uwagę ich złożoność i wiele czynników, które mogą uczestniczyć w patogenezie tego schorzenia [13].

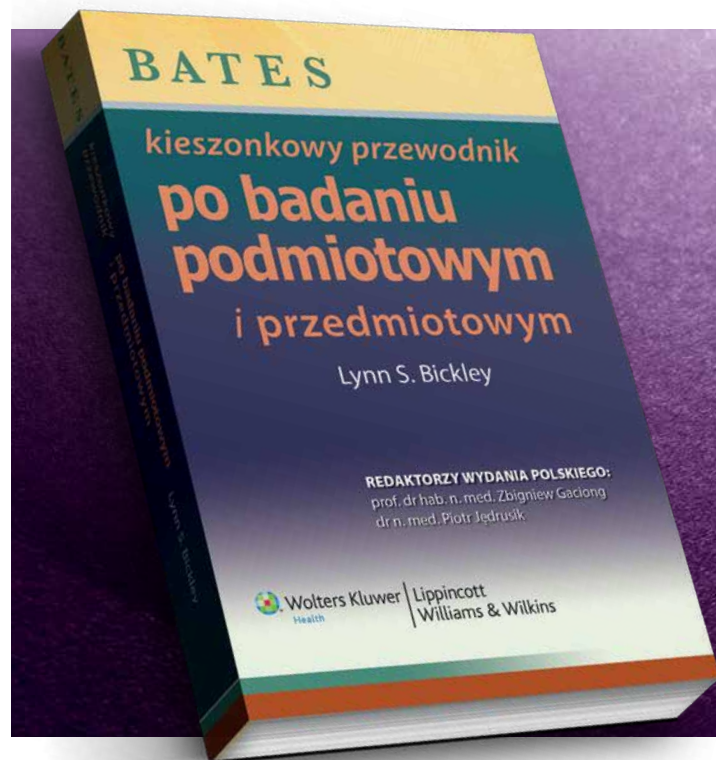
BATES KIESZONKOWY PRZEWODNIK PO BADANIU PODMIOTOWYM I PRZEDMIOTOWYM

Piśmiennictwo

1. Iwańczak B. Trudności diagnostyczne w dolegliwościach brzusznych u dzieci. *Przegląd Lekarski* 2007; 64, supl. 3: 48-52.
2. Albrecht P, Kotowska M. Nawracające bóle brzucha u dzieci – co z nimi począć? *Pediatr Dypl* 2013; 17: 38-46.
3. Coca Robinot D, Liebana de Rojas C, Aquirre Pascual E. Abdominal emergencies in pediatrics. *Radiologia* 2016; pii: S0033-83-38(16)00055-2.
4. Pietrzak J. Bóle brzucha u dzieci, młodzieży i dorosłych – ważny objaw w gabinecie lekarza rodzinnego z uwzględnieniem rzadziej rozpoznawanych jednostek chorobowych. Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu. Praca specjalizacyjna. Wrocław 2011.
5. Kiliś-Pstrusińska K. Zakażenia układu moczowego u dzieci i młodzieży w praktyce lekarza POZ. *Lekarz POZ* 2016; 1: 77-82.
6. Kotarski P. Zastosowanie leków rozkurczowych w leczeniu bólów brzucha. *Terapia* 2014; 2: 43-46.
7. Goldberg LC, Prior J, Woolridge D. Appendicitis in the Infant Population: A Case Report and Review of a Four-Month Old With Appendicitis. *J Emerg Med* 2016; S0736-4679(16)00031-7.
8. Lust F, Pfaundler G. Diagnostyka i terapia w pediatrii. *Norska-Borówka I (red. wyd. pol.)*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 1999.
9. Bolechowski F. Podstawy ogólnej diagnostyki klinicznej. Wyd. IV uzupełnione, Warszawa 1985; 387-388.
10. Strzeszyński Ł. Postępowanie w niedokrwieniu okrężnicy: podsumowanie wytycznych American College of Gastroenterology 2015. *Med Prakt* 2015; 5: 28-36.
11. Gajewski P, Szczeklik A. *Interna Szczeklika*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2013; 851.
12. Ryżko J. III klasyfikacja rzymska zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego okresu dziecięcego i młodzieńczego. *Prz Gastroenterol* 2008; 3: 79-86.
13. Bartnik W. Choroby przewodu pokarmowego – postępy 2013/2014. *Med Prakt* 2014; 9: 12-21.
14. Kurzeja M, Słomka M, Celiński K i wsp. Podstawy diagnostyki różnicowej bólów brzucha. *Borgis – Medycyna Rodzinna* 2004; 1: 29-32.
15. American College of Gastroenterology. *Functional Abdominal Pain*. Khan S, DC-Published, 2006; update 2012. *Functional Abdominal Pain in Children*.
16. Ryżko J. Przewlekłe bóle brzucha u dzieci. *Gastroenterologia Praktyczna* 2011; 1: 20-28.
17. www.przypadki.medyczne.pl; dostęp z dnia: 24.04.2016.

Adres do korespondencji

dr n. med. Urszula Grata-Borkowska
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
tel. +48 71 326 68 78
e-mail: ugratka@op.pl



AUTOR: LYNN S. BICKLEY

Redaktorzy wydania polskiego:
prof. dr hab. n. med. Zbigniew GACIONG,
dr n. med. Piotr JĘDRUSIK

FORMAT: 108 x 180 mm

LICZBA STRON: 432

OPRAWA: miękka

ISBN: 978-83-7988-021-8

ROK WYDANIA: 2014

CENA: 129,00 zł

(w tym VAT 5%) + koszty wysyłki

BATES – KIESZONKOWY PRZEWODNIK PO BADANIU PODMIOTOWYM I PRZEDMIOTOWYM jest zwięzłym tekstem wydanym w poręcznej formie, w którym m.in. opisano, w jaki sposób rozmawiać z pacjentem i zbierać wywiady, zawarto ilustrowany przegląd badania przedmiotowego oraz zestawiono prawidłowe i nieprawidłowe wyniki takiego badania. Przybliży specjalne techniki badania, które mogą być potrzebne w szczególnych sytuacjach, i zwięźle przedstawia interpretację wybranych objawów przedmiotowych. Zaplanowany został jako materiał pomocniczy ułatwiający studentom przypominanie sobie i powtarzanie tej tematyki, a także jako wygodne, zwięzłe i poręczne źródło o charakterze referencyjnym.

Nawet współcześnie, w czasach niebywałego rozwoju technologii medycznej, wywiad i badanie fizykalne pozwalają na właściwe ukierunkowanie procesu diagnostycznego u prawie 90% pacjentów. Badanie kliniczne nie tylko pozostaje podstawą uprawiania medycyny, lecz także pozwala na wytworzenie szczególnej więzi między pacjentem i lekarzem, która niejednokrotnie decyduje o prawidłowym rozpoznaniu czy skuteczności terapii.