

Grażyna Rydzewska

Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA, Warszawa

Postępowanie w czynnościowych bólach brzucha w świetle aktualnych rekomendacji

Wstęp

Bóle i skurcze brzucha to jedne z najczęściej zgłaszanych dolegliwości przez pacjentów, nie tylko w praktyce gastroenterologicznej, lecz także w gabinecie lekarza rodzinnego czy na szpitalnych oddziałach ratunkowych, to również najczęstszy objaw, w przypadku którego pacjenci sięgają po leki samodzielnie. Według niektórych danych ponad 50% populacji cierpi okresowo z powodu bólów brzucha. Co 10. pacjent w gabinecie lekarza POZ i prawie każdy u gastroenterologa zgłasza się z tego właśnie powodu. Dolegliwość jest więc bardzo powszechna, natomiast przyczyny mogą być różne – od bólów somatycznych, które są na ogół dobrze zlokalizowane, wiążą się często z podrażnieniem otrzewnej i wymagają dokładnej diagnostyki i często terapii celowanej z leczeniem chirurgicznym włącznie, po bóle trzewne, rozlane, lokalizujące się w różnych częściach jamy brzusznej. Bóle trzewne mogą przebiegać jako bóle skurczowe, związane z chorobami czynnościowymi, takimi jak zespół jelita nadwrażliwego czy dyspepsja czynnościowa, ale mogą to być również dolegliwości bólowe, często w postaci bólów skurczowych, które nie spełniają kryteriów rozpoznania chorób czynnościowych [1–4].

Bóle brzucha – rozpoznanie

Najczęściej bóle skurczowe w obrębie jamy brzusznej są związane z bólami menstruacyjnymi, kolką nerkową, kolką żółciową lub są to bóle skurczowe krótkotrwałe, tzw. kolki jelitowe, w przypadku których ustalenie przyczyny czy konkretnego rozpoznania czasami nie jest możliwe. Postępowanie w bólach brzucha zmierza jednak zawsze do przybliżenia rozpoznania, gdyż tylko wtedy terapia będzie bezpieczna i skuteczna. Podstawowym obowiązkiem lekarza jest dokładne zebranie wywiadu, który często może zasugerować właściwe rozpoznanie, oraz zbadanie brzucha, aby wykluczyć podrażnienie otrzewnej czy obecność masy guzowatej w jamie brzusznej. Dobrze zebrany wywiad powinien uwzględniać lokalizację bólu, promieniowanie do innych okolic (choćby pod prawą łopatkę w kolce żółciowej czy do pachwiny w kolce nerkowej), sezonowość bólu (typową w chorobie wrzodowej), okresowość, zależność od posiłku lub specyficznych pokarmów, natężenie, występowanie objawów towarzyszących.

Bardzo ważnym elementem postępowania w bólach brzucha jest identyfikacja chorych, którzy wymagają dalszej diagnostyki. Służy temu między innymi rozpoznanie tzw. objawów alarmowych.

Wszyscy pacjenci z objawami alarmowymi powinni być diagnozowani w celu wykluczenia poważnych patologii organicznych. Objawy alarmowe mogą być różne, zaliczamy do nich nawet wiek pacjenta – chorzy po 40.–45. roku życia w przypadku objawów ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego i powyżej 50. roku życia w przypadku objawów jelitowych powinni być skierowani do wykonania gastroskopii, badania ultrasonograficznego jamy brzusznej czy kolonoskopii. Do objawów alarmowych należą także: niezamierzona utrata masy ciała, niedokrwistość, obecność krwi w stolcu, przedłużające się wymioty, gorączka, duszność, przedłużająca się biegunka, objawy nocne, wywiad rodzinny chorób nowotworowych przewodu pokarmowego i innych chorób przewodu pokarmowego, zaburzenia połykania, niemożność oddania stolca czy moczu, jak również znaczące nasilanie się bólu interferujące z codzienną aktywnością. Wszyscy tacy pacjenci wymagają dalszej diagnostyki, zależnej od rodzaju objawów.

Czynnościowe bóle brzucha – stosowanie leków rozkurczowych

Największa grupa pacjentów to osoby zgłaszające łagodne lub średnie, napadowe bóle brzucha, trwające od sekund do minut, zlokalizowane w jakiegokolwiek części jamy brzusznej, rzadziej lub częściej nawracające, przy nieobecności objawów alarmowych oraz bez związku z przyjmowanym pokarmem i defekacją. Takie objawy nie tylko nie wymagają pogłębiania diagnostyki, lecz także nie spełniają kryteriów diagnostycznych chorób czynnościowych. Te czynnościowe bóle brzucha wymagają jednak odpowiedniego, bezpiecznego i skutecznego postępowania, a o tym mówi się stosunkowo rzadko [5–7].

W łagodzeniu dolegliwości bólowych w tej grupie pacjentów lekarze rodzinni i gastroenterolodzy często stosują bezpieczne i na ogół skuteczne leki rozkurczowe. Preparaty rozkurczowe zalecane są także przez farmaceutów, ponieważ część z nich jest dostępna w wielu krajach, także w Polsce, bez recepty. Do najczęściej stosowanych leków rozkurczowych należą drotaweryna, hioscyna, alwearyna, skopolamina, mebeweryna, papaweryna. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę, że większość leków rozkurczowych, ale także typowo przeciwbólowych, np. z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych, jest dostępna bez recepty nie tylko w aptekach i może być stosowana w procesie samoleczenia.

Wiedza dotycząca skuteczności i bezpieczeństwa preparatów rozkurczowych w bólach brzucha jest dość powszechna w środowisku lekarskim, natomiast nie zawsze wśród pacjentów. Działanie przeciwbólowe łączone jest często z niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi, również dostępnymi powszechnie bez recepty, których bezpieczeństwo w przypadku objawów bólowych ze strony jamy brzusznej jest znacznie niższe. Pacjenci rzadko kierują się wskazaniami rejestracyjnymi leków dostępnych w sprzedaży otwartej, a często posługują się po prostu pewnymi schematami. Niejednokrotnie w praktyce klinicznej spotykamy się z samodzielnym stosowaniem w bólach brzucha leków przeciwbólowych, a nie tylko rozkurczowych. Dlatego też bardzo ważne jest propagowanie zasad leczenia bólów brzucha wśród lekarzy rodzinnych, ale przede wszystkim wśród pacjentów.

Najnowsze zalecenia

W ubiegłym roku ukazały się dwie publikacje nawiązujące do tego zagadnienia, warte omówienia i skomentowania. Jedną z nich to praca ekspertów europejskich w dziedzinie zaburzeń czynnościowych, spełniająca niejako rolę rekomendacji dotyczących leczenia czynnościowych bólów brzucha: *Functional abdominal cramping pain expert practical guidance* [8]. Jej autorzy podkreślają, że czynnościowe skurczowe bóle brzucha mogą być związane ze znanymi chorobami czynnościowymi, takimi jak zespół jelita nadwrażliwego lub dyspepsja czynnościowa, ale mogą również nie spełniać kryteriów diagnostycznych chorób czynnościowych. Panel ekspertów opracował definicję czynnościowych bólów brzucha oraz algorytm postępowania dla lekarza rodzinnego. Eksperti zaznaczają, że algorytm ten powinien być zmodyfikowany i rozpowszechniony wśród farmaceutów oraz przede wszystkim wśród pacjentów, co może zwiększyć bezpieczeństwo samoleczenia oraz poprawić dostęp do lekarza rodzinnego. Pacjent znający taki algorytm może świadomie sięgać po leki rozkurczowe w sytuacjach braku objawów alarmowych, czyli wówczas, gdy krótkotrwałe samoleczenie może być bezpieczne i skuteczne.

Wypracowana przez ekspertów definicja nie różni się od przytaczanej powyżej przy charakterystyce czynnościowych skurczowych bólów brzucha i brzmi następująco: „Czynnościowe skurczowe bóle brzucha to nagłe wystąpienie łagodnego do umiarkowanego, przerywanego i nawracającego bólu skurczowego w dowolnej części brzucha, trwa-

jącego od sekund do minut lub do kilku godzin, przy braku jakichkolwiek oznak/objawów *czerwonej flagi* oraz przy braku objawów choroby organicznej lub jakiegokolwiek silnego związku z wypróżnieniem (co może wskazywać na zespół jelita drażliwego) i zazwyczaj niezakłócającego znacząco codziennych czynności”.

Autorzy omawianego opracowania podkreślają, że przyczyny takich objawów nie zawsze są znane i mogą być wieloczynnikowe. Podstawowym elementem rozpoznania powinno być wykluczenie objawów alarmowych i chorób organicznych wymagających dalszej diagnostyki. Ważne są szczególnie ocena wywiadu rodzinnego, analiza przyjmowanych leków, określenie cech bólu, nawyków żywieniowych pacjenta, prawidłowości wypróżnień. Autorzy piszą też: „W wybranych przypadkach i według uznania lekarza właściwe mogą być również badanie fizykalne (w tym badanie *per rectum*), badania laboratoryjne i ocena psychospołeczna. Pomocne mogą być badania USG jamy brzusznej”. Wydaje się jednak, że badanie fizykalne powinno być zawsze elementem postępowania lekarskiego u pacjenta, który zgłasza się do lekarza. Być może stworzenie takiej możliwości w rekomendacjach dotyczy teleporad, które ciągle jeszcze bywają pomocne w wybranych przypadkach.

Zdaniem autorów omawianej pracy łagodne, rzadkie epizody bólów skurczowych mogą wymagać tylko uspokojenia i porady (w tym zalecenia unikania pokarmów wyzwalających), podczas gdy bardziej intensywne i/lub częstsze zwykle wymagają interwencji terapeutycznej. Wielu pacjentów z tymi objawami zgłaszających się do lekarza może potrzebować empirycznego leczenia przeciwskurczowego, którego wybór będzie zależał od lokalnej dostępności i indywidualnych preferencji. Jeśli pierwszy lek nie zapewnia odpowiedniego złagodzenia objawów, warto spróbować alternatywnego leku przeciwskurczowego.

Pacjenci, którzy po zastosowaniu środka przeciwskurczowego uzyskują niewielką ulgę lub nie odczuwają żadnej, mogą odnieść korzyść z dodatkowej analgezji, na przykład z paracetamolu. Pacjenci z zespołem bólu brzucha pochodzenia ośrodkowego mogą reagować na małe dawki trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych lub selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny albo na neuromodulator pregabalinę. Autorzy podkreślają korzystny wpływ treningu relaksacyjnego i ukierunkowanych interwencji psychologicznych. Dopuszczają także samoleczenie w skurczowych

bólach brzucha, zwracając uwagę na konieczność edukacji pacjentów w tym zakresie. Na koniec opracowania zbierają powyższe rekomendacje w czytelny algorytm postępowania dla lekarzy rodzinnych, farmaceutów i samych pacjentów [8].

Samoleczenie – dane z codziennej praktyki

W wielu krajach na całym świecie diagnostyka kliniczna i leczenie pacjentów ze skurczowymi bólami brzucha są zwykle podejmowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Samoopieka, w razie potrzeby z pomocą farmaceutów, może jednak również być skutecznym podejściem u pacjentów, których stan pozwala na leczenie za pomocą środków farmaceutycznych dostępnych bez recepty i/lub metod nefarmakologicznych. Edukacja w tym zakresie zarówno pacjentów, jak i farmaceutów może być niezwykle istotna z punktu widzenia poprawy dostępności opieki zdrowotnej. Warto takie algorytmy postępowania wdrożyć w wielu krajach. W literaturze brakuje badań dotyczących rzeczywistego stosowania leków bez recepty w procesie samoleczenia, dlatego warto zwrócić uwagę na pracę Edera i wsp. [9], która dostarcza danych na temat codziennej praktyki lekarzy, a przede wszystkim realnego postępowania pacjentów z bólami brzucha. Przeprowadzone przez autorów retrospektywne badanie ankietowe objęło 650 pacjentów oraz 210 lekarzy rodzinnych z dużym doświadczeniem klinicznym. Uwzględniono dane dotyczące stosowania jednego z najbardziej znanych i popularnych w naszym kraju środków rozkurczowych, jakim jest drotaweryna.

Przeprowadzona wśród pacjentów ankieta wskazała, że większość z nich (83%) stosowała ten lek bez zalecenia lekarskiego, w coraz bardziej powszechnym procesie samoleczenia. Większość pacjentów przyjmowała drotawerynę z powodu dolegliwości bólowych, 67% z powodu objawów skurczowych, a 19% z powodu dyskomfortu w jamie brzusznej. Co ciekawe, zanotowano także znacznie mniej uzasadnione wskazania, jak choćby wzdęcia, bóle żołądka, migrenowe bóle głowy czy bóle kręgosłupa, aczkolwiek łącznie te kontrowersyjne wskazania stanowiły mniej niż 6%. Skuteczność drotaweryny w ankietowanej grupie oceniana była wysoko – 98% pacjentów deklarowało zadowolenie z efektu wybranego leczenia.

Lekarze rodzinni z kolei deklarowali przepisywanie drotaweryny głównie z powodu zespołu jelita nadwrażliwego, kamicy żółciowej, w leczeniu wspoma-

gającym zakażeń układu moczowego, z powodu kamicy nerkowej oraz z powodu bólu menstruacyjnego. Lekarze POZ uznawali drotawerynę za użyteczniejszą, skuteczniejszą i lepiej tolerowaną niż inne leki stosowane w bólach i skurczach brzucha. Praca Edera i wsp. pokazuje po raz pierwszy w populacji Polski oraz środkowej i wschodniej Europy dane dotyczące stosowania drotaweryny w rzeczywistej praktyce lekarza rodzinnego oraz w procesie samoleczenia. Dostarcza informacji na temat skuteczności i bezpieczeństwa tego leczenia i jest niewątpliwie bardzo ważnym krokiem do poznania preferencji pacjentów. Jak piszą sami autorzy, przeprowadzone badanie ma pewne ograniczenia, wśród których wymieniają przede wszystkim jego retrospektywny charakter, co mogło wpłynąć na ogólną ocenę skuteczności, szczególnie w oczach pacjentów (*recollection bias*) [9].

Przedstawione dane nie pozwalają także na analizę stosowania innych leków w bólach i skurczach brzucha, co byłoby niewątpliwie cennym uzupełnieniem naszej wiedzy na temat samoleczenia oraz idących za możliwościami potrzeb edukacji w tym zakresie. W aspekcie przedstawionej pracy to raczej kolejna inspiracja niż uwaga do celów, które postawili sobie autorzy. Wydaje się, że powinien to być następny cel badań, szczególnie stosowanie niesteroidowych leków przeciwbólowych.

Kolejnym elementem, który w mojej opinii wymagałby dalszej analizy, jest czas leczenia lekami rozkurczowymi, w tym przypadku drotaweryną. Bezpieczne leki rozkurczowe w procesie samoleczenia powinny być stosowane doraźnie lub nie dłużej niż 3 dni. Bóle utrzymujące się dłużej lub nasilające się pomimo leczenia powinny być wskazaniem do kontaktu z lekarzem.

Podsumowanie

Obie przedstawione publikacje – zarówno badanie dotyczące stosowania leków rozkurczowych, głównie drotaweryny, w populacji polskiej, jak i praca omawiająca podstawowe rekomendacje postępowania w praktyce lekarza POZ, farmaceuty i wska-

zówki dla pacjenta – to niezwykle cenne opracowania dostarczające informacji na temat procesu samoleczenia w aspekcie stosowania bezpiecznego i skutecznego leku rozkurczowego, ale stanowiące także inspirację do szerszych badań oraz działalności edukacyjnej skierowanej głównie do pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Shivaji UN, Ford AC. Prevalence of functional gastrointestinal disorders among consecutive new patient referrals to a gastro- enterology clinic. *Frontline Gastroenterol* 2014; 5: 266-271.
2. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, i wsp. ACG Clinical Guideline: management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2021; 116: 17-44.
3. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management. Clinical guideline [CG61]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg61>. Dostęp: 8.09.2022.
4. Black CJ, Drossman DA, Talley NJ i wsp. Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management. *Lancet* 2020; 396: 1664-1674.
5. Stemboroski L, Schey R. Treating chronic abdominal pain in patients with chronic abdominal pain and/or irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am* 2020; 49: 607-621.
6. Mueller-Lissner S, Tytgat GN, Paulo LG i wsp. Placebo- and paracetamol-controlled study on the efficacy and tolerability of hyoscine butylbromide in the treatment of patients with recurrent crampy abdominal pain. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 1741-1748
7. Mueller-Lissner S, Quigley EM, Helfrich I i wsp. Drug treatment of chronic-intermittent abdominal cramping and pain: a multi-national survey on usage and attitudes. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32: 472-477.
8. Müller-Lissner S, Andresen V, Corsetti M i wsp. Functional abdominal cramping pain: expert practical guidance. *J Clin Gastroenterol* 2022; 56: 844-852.
9. Eder P, Kowalski P, Mastalerz-Migas A i wsp. Self-medication 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 real-world data. *J Clin Med* 2022; 11: 3156.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska
Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii
Państwowy Instytut Medyczny MSWiA
ul. Wołoska 137
02-507 Warszawa
tel.: +477221240
e-mail: grazyna.rydzewska@cskmswia.gov.pl