

ARTYKUŁ REDAKCYJNY

EDITORIAL

Aleksandra Kaczka, Ewa Małecka-Panas

Received: 08.02.2011

Accepted: 10.02.2011

Published: 29.04.2011

Bóle brzucha

Abdominal pain

Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Panas
Adres do korespondencji: Dr n. med. Aleksandra Kaczka, Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego UM w Łodzi, 90-153 Łódź,
ul. Kopcińskiego 22, tel.: 42 677 66 64, e-mail: akaczka@wp.pl
Praca finansowana ze środków własnych

Streszczenie

Bóle brzucha są jednym z najpowszechniej zgłaszanych przez pacjentów objawów. Ostre bóle brzucha są objawem ostrzegawczym i często wymagają pilnych badań diagnostycznych dla ustalenia właściwego rozpoznania i włączenia leczenia. Istotne jest zidentyfikowanie chirurgicznych przyczyn ostrych dolegliwości, które niejednokrotnie wymagają leczenia operacyjnego, takich jak zapalenie wyrostka robaczkowego, ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, perforacji czy niedrożności przewodu pokarmowego, jak również ginekologicznych przyczyn ostrego brzucha, takich jak pęknięcie torbieli jajnika czy ciąży pozamacicznej. Przewlekłe bóle brzucha, trwające nieraz tygodniami, a nawet latami, są często spowodowane zaburzeniami czynnościowymi przewodu pokarmowego. W przypadku pacjenta z bólami brzucha kluczowe znaczenie dla ustalenia wstępnej diagnozy ma wnikliwe badanie podmiotowe i przedmiotowe. W szczególności należy zwrócić uwagę na cechy charakterystyczne zgłaszanych dolegliwości: lokalizację bólu i jego promieniowanie, charakter bólu, jego natężenie, objawy towarzyszące oraz czynniki nasilające lub łagodzące ból. Dla potwierdzenia rozpoznania zwykle niezbędne jest wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych, w szczególności w przypadku ostrych bólów brzucha lub obecności objawów alarmujących, takich jak krwawienie, niedokrwistość czy utrata masy ciała towarzyszące dolegliwościom bólowym. Jeżeli to tylko możliwe, najwłaściwszym postępowaniem jest wyeliminowanie przyczyny bólu. W leczeniu bólu wykorzystywane są różne rodzaje leków: typowe leki przeciwbólowe (od paracetamolu i niesteroidowych leków przeciwzapalnych do leków opioidowych), leki rozkurczowe czy czasem przeciwdepresyjne. W niektórych sytuacjach, jak w przypadku przewlekłego zapalenia trzustki, dla uzyskania zmniejszenia bólu konieczne jest przeprowadzenie procedur endoskopowych lub zabiegu chirurgicznego.

Słowa kluczowe: bóle brzucha, „ostry brzuch”, przewlekłe bóle brzucha, leczenie

Summary

Abdominal pain is one of the most frequent patients complaints. Acute pain serves as a warning of impending tissue injury and often requires diagnostic tests to establish the accurate diagnosis and start appropriate treatment. It is important to exclude surgical causes of abdominal pain, which require urgent surgery like appendicitis, acute cholecystitis, gastrointestinal perforation or obstruction or gynecological causes of acute abdomen like ruptured ovarian cyst or ruptured ectopic pregnancy. Chronic abdominal pain, usually with a duration of weeks or even years, is often connected with functional disorders of gastrointestinal tract. In the approach to the patient with abdominal pain a carefully taken history and an accurate physical examination are crucial to determine a preliminary diagnosis. It is important to evaluate essential features of pain: site, temporal characteristics, character and intensity, relieving and aggravating factors. To confirm the diagnosis additional tests are often needed, especially in case of acute pain or in presence of alarming symptoms like bleeding, anaemia, weight loss. Whenever possible, eliminating the cause of pain is the most satisfactory approach to control it. In treatment of abdominal pain different kind of medicines are used: analgesic (from paracetamol and non-steroidal anti-inflammatory drugs even to potent opiate drugs), antispasmodic or sometimes antidepressant. In some cases like chronic pancreatitis the special endoscopic or surgery procedures must be performed to obtain pain relief.

Key words: abdominal pain, “acute abdomen”, chronic abdominal pain, treatment

Ból jest złożonym, nieprzyjemnym odczuciem, powstającym na skutek działania silnych bodźców, zdolnych do uszkodzenia tkanek. Jest głównym objawem ostrzegawczym, a jednocześnie wyzwała reakcje odruchowe, motoryczne, autonomiczne i emocjonalne. Odczuwanie bólu jest subiektywne i zależy od okoliczności i osoby.

Ból brzucha jest nieswoistym objawem wielu chorób narządów jamy brzusznej, ale także zlokalizowanych poza nią. Jest częstą dolegliwością, a tym samym jedną z głównych przyczyn poszukiwania pomocy medycznej.

Receptorami odpowiedzialnymi za odbieranie bodźców bólowych są wyspecjalizowane czuciowe zakończenia nerwowe – nocycceptory. Są one zlokalizowane w błonie śluzowej, mięśniowej lub surowiczej i odbierają bodźce mechaniczne (rozciąganie, skurcz, ucisk, pociąganie), chemiczne (zapalenie, niedokrwienie) czy wzrost temperatury. Ze względu na patomechanizm powstawania bóle brzucha możemy podzielić na bóle trzewne, somatyczne i odniesione⁽¹⁻²⁾.

Ból trzewny odczuwany jest na skutek pobudzenia receptorów bólowych narządów wewnętrznych i otrzewnej trzewnej, przewodzony przez trzewne włókna czuciowe. Bóle trzewne są zwykle słabo zlokalizowane, tępe lub kolkowe, przemijające lub powoli narastające, nasilają się w spoczynku. Często towarzyszą im objawy vegetatywne, takie jak nudności, wymioty, poty.

Ból somatyczny to ból powstający na skutek pobudzenia receptorów bólowych otrzewnej ściennej i ściany brzucha, przewodzony przez somatyczne włókna czuciowe. Ból somatyczny to ból ostry, zwykle o nagłym początku, przedłużający się, dobrze zlokalizowany i najwyraźniej odczuwany w miejscu zmienionym chorobowo. Nasila się podczas ruchu i zmiany pozycji ciała, kaszlu, głębokiego oddychania. Może mu towarzyszyć obrona mięśniowa, czyli wzrost napięcia mięśni jamy brzusznej i inne objawy wskazujące na objęcie zapaleniem otrzewnej ściennej.

Ból odniesiony jest to ból odczuwany w miejscu odległym od zmienionego narządu, w obrębie skóry lub mięśni, w okolicy odpowiadającej dermatomom unerwianym przez ten sam segment rdzenia kręgowego, do którego dochodzą włókna trzewne unerwiające dany narząd.

PODZIAŁ BÓLÓW BRZUCHA

Bóle brzucha można ze względu na czas ich trwania podzielić na ostre i przewlekłe.

OSTRE BÓLE BRZUCHA

Ostry ból brzucha to silny ból o charakterze somatycznym, zwykle pojawiający się nagle lub szybko narastający. Najczęściej jest objawem chorób o ostrym przebiegu i wymaga pilnej diagnostyki i właściwego postępowania terapeutycznego.

Ostry ból brzucha może być spowodowany przyczynami chirurgicznymi („ostry brzuch chirurgiczny”) i internistycznymi („ostry brzuch internistyczny”). Wnikliwe badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta, badania laboratoryjne i obrazowe mają na celu wykrycie chirurgicznych przyczyn ostrego bólu brzucha, wymagających zwykle pilnego leczenia operacyjnego. Ze względu na dynamiczne zmiany stanu pacjenta w niektórych przypadkach badania te powinny być powtarzane w określonych odstępach czasowych⁽³⁾.

„Ostry brzuch chirurgiczny” wywołany jest najczęściej ograniczonym lub rozlanym zapaleniem otrzewnej. Do jego objawów należą: ból samoistny, bolesność uciskowa pojawiająca się już podczas powierzchownego badania palpacyjnego, obrona mięśniowa, obecny objaw Blumberga, zatrzymanie gazów i stolca oraz brak szmerów perystaltycznych spowodowany porażeniem jelit (tzw. „cisza w brzuchu”). Ponadto pacjenci z zapaleniem otrzewnej zwykle leżą spokojnie, unikają zmia-

Zapalenie otrzewnej (ograniczone lub rozlane)	jako następstwo: <ul style="list-style-type: none"> • perforacji wrzodu żołądka lub dwunastnicy • zapalenia uchyłków • zapalenia wyrostka robaczkowego • zapalenia pęcherzyka żółciowego • powikłanie niedrożności mechanicznej i niedokrwiennej jelit
Niedrożność mechaniczna jelit	<ul style="list-style-type: none"> • z zadziergnięcia (uwięźnięcie przepukliny, wgłobienie jelita, niedrożność spowodowana zrostami, skręt jelita wokół krezki) • z zatkania (nowotwory, kamienie żółciowe, kamienie kałowe, ucisk z zewnątrz przez guzy i zrosty)
Krwawienie	• krwawienie do jamy otrzewnej, przewodu pokarmowego lub przestrzeni pozaotrzewnowej
Przyczyny ginekologiczne i urologiczne	• pęknięcie ciąży pozamacicznej, skręt szypuły torbieli jajnika, skręt szypuły jądra
Przyczyny naczyniowe	<ul style="list-style-type: none"> • tętniak rozwarstwiający aorty • zator tętnic krezkowych

10 Tabela 1. Chirurgiczne przyczyny ostrych bólów brzucha

Choroby mięszu wątroby i dróg żółciowych	kolka żółciowa
Choroby żołądka, dwunastnicy i jelit	stany zapalne, owrzodzenia
Choroby trzustki	zapalenie trzustki (ostre i zaostrzenie przewlekłego zapalenia)
Choroby nerek i dróg moczowych	stany zapalne, kolka nerkowa
Przyczyny ginekologiczne	zapalenie narządu rodneho
Przyczyny kardiologiczne	zawał ściany dolnej mięśnia sercowego
Przyczyny metaboliczno-endokrynologiczne	• porfiria • kwasica ketonowa, kwasica mocznicowa • hiperlipidemia • hipokalcemia (postać brzuszna tężycki) • przełomy nadnerczowy, hiperkalcemiczny, tarczycowy • przełom nadciśnieniowy

Tabela 2. Internistyczne przyczyny ostrych bólów brzucha

ny pozycji ciała, gdyż ruch powoduje nasilenie bólu. Główne przyczyny „chirurgicznego ostrego brzucha” zawiera tabela 1⁽³⁾.

Ostre dolegliwości bólowe mogą być również spowodowane przyczynami internistycznymi. Są to zwykle bóle trzewne, o charakterze kolkowym lub tępy. Nie stwierdza się objawów otrzewnowych, a chorzy wykazują znaczny niepokój ruchowy. Odróżnienie ostrych bólów pochodzenia chirurgicznego od niechirurgicznego ma kluczowe znaczenie dla dalszego postępowania. W niektórych przypadkach konieczna jest hospitalizacja chorego z przedłużoną obserwacją i kontrolą badań dodatkowych, aby uniknąć nieuzasadnionego leczenia operacyjnego. Szczególnej wnikliwości wymagają pacjenci bardzo młodzi lub starsi oraz osoby z obniżoną odpornością, u których niektóre choroby mogą przebiegać mniej typowo.

Najczęstsze przyczyny „internistycznego” ostrego brzucha zawiera tabela 2⁽³⁾.

PRZEWLEKŁE BÓLE BRZUCHA

Przewlekłe bóle brzucha mają zwykle charakter bólu trzewnego, trwają często wiele dni, miesięcy, a nawet lat i mogą być spowodowane chorobami każdego narządu jamy brzusznej, jak również chorobami narządów klatki piersiowej, kręgosłupa, zaburzeniami endokrynologicznymi i metabolicznymi.

Przyczyny przewlekłych bólów brzucha zawiera tabela 3⁽¹⁾. Do najczęstszych przyczyn bólów brzucha należą: zapalenie i choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, kamica i zapalenie pęcherzyka żółciowego, przewlekłe zapalenie trzustki, nowotwory narządów jamy brzusznej. Rzadziej występują bóle brzucha pochodzenia „jelitowego”, spowodowane przez zapalenie, niedokrwienie ściany jelita. Przewlekłe bóle brzucha mogą być także związane z chorobami układu moczowo-płciowego – dolegliwości wykazują wówczas związek z mikcją, menstruacją czy owulacją⁽³⁾.

Częstą przyczyną przewlekłych bólów brzucha są również zaburzenia motoryki i choroby czynnościowe przewodu pokarmowego, takie jak dyspepsja czynnościowa czy zespół jelita drażliwego⁽⁴⁾.

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA BÓLÓW BRZUCHA

BADANIE PODMIOTOWE

Dokładny wywiad zebrany od pacjenta skarżącego się na bóle brzucha pozwala często postawić właściwą wstępną diagnozę i zaplanować odpowiednie badania dodatkowe.

W szczególności należy zwrócić uwagę na następujące cechy charakteryzujące zgłaszane dolegliwości:

- lokalizacja bólu i jego promieniowanie;
- charakter i natężenie bólu;
- przebieg bólu, czynniki nasilające i łagodzące ból;
- objawy towarzyszące;
- czynniki ryzyka.

Lokalizacja bólu i jego promieniowanie⁽²⁾

- Bóle zlokalizowane w nadbrzuszu – są najczęściej spowodowane chorobami przełyku, żołądka i dwunastnicy, dyspepsją czynnościową, mogą również występować w przypadku chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki.
- Bóle zlokalizowane w prawym górnym kwadrancie brzucha (okolica prawego podżebrza) – towarzyszą typowo chorobom wątroby, pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych.
- Bóle zlokalizowane w lewym górnym kwadrancie brzucha (okolica lewego podżebrza) – występują w przypadku chorób trzustki (często z promieniowaniem do pleców), chorób śledziony, okrężnicy (zagięcia śledzionowego), a także w przypadku wrzodów zlokalizowanych na krzywiznie większej żołądka.
- Bóle zlokalizowane w okolicy pępkowej są spowodowane przede wszystkim chorobami jelita cienkiego i grubego oraz chorobami trzustki.
- Bóle zlokalizowane w bocznych dolnych kwadrantach brzucha (okolica prawego i lewego dołu biodrowego) – najczęściej w przebiegu chorób jelita cienkiego i grubego, mogą występować obustronnie lub jednostronnie (po stronie prawej – zapalenie wyrostka robaczkowego, po stronie lewej – zapale-

nie uchyłków). Ponadto mogą towarzyszyć chorobom układu moczowo-płciowego, takim jak: kolka nerkowa (ból te często promieniują do jądra lub uda), zapalenie nerek, zapalenie przydatków, ciąża pozamaciczna.

- Bóle zlokalizowane w podbrzuszu – mogą występować w przypadku chorób jelita grubego i cienkiego, jak również chorób układu moczowo-płciowego (zapalenie narządów miednicy, zapalenie pęcherza moczowego).

Ból brzucha może przemieszczać się, zmieniając miejsce największego nasilenia. Typowo dzieje się tak w przypadku bólu związanego z zapaleniem wyrostka robaczkowego (ból rozpoczyna się w okolicy pośrodkowej ciała, a następnie migruje do punktu McBurneya w prawym dole biodrowym) oraz bólu w zapaleniu pęcherzyka żółciowego (początkowo ból w nadbrzuszu, przemieszczający się następnie do prawego podżebrza)⁽¹⁾.

Charakter i natężenie bólu

Bóle brzucha mogą mieć charakter piekący, palący (w chorobach przelyku) lub tępy i gniotący (ból w chorobie wrzodowej). Z kolei bóle kolkowe występują często w chorobach jelit (zapalenie, upośledzenie drożności, zespół jelita drażliwego). Kamica żółciowa i nerkowa mogą objawiać się zarówno bólami kolkowymi, jak i bólami o charakterze stałym. Bóle o charakterze przeszywającym, rozdzierającym świadczą zwykle o rozszerzaniu się procesu chorobowego lub wystąpieniu powikłań (np. perforacja wrzodu trawiennego) i wymagają pilnej diagnostyki i często leczenia operacyjnego.

Natężenie przewlekłych bólów brzucha jest trudniejsze do oceny, ponieważ odczucie bólu jest wrażeniem subiektywnym i w przypadku dolegliwości przewlekłych częściej zależy od dodatkowych czynników modyfikujących percepcję bólu, takich jak czynniki psychologiczne: poziom stresu, lęk czy stany depresyjne. O dużym nasi-

Bóle brzucha pochodzące z narządów jamy brzusznej	Zmiany organiczne	Zapalenie obejmujące błonę śluzową lub ścianę narządów <ul style="list-style-type: none"> • choroba refluksowa przełyku • zapalenie błony śluzowej żołądka i dwunastnicy • choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy • przewlekłe zapalenie trzustki • nieinfekcyjne zapalenia jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, popromienne zapalenie jelit) • zapalenie uchyłków jelita grubego • zapalenie narządów miednicy mniejszej
		Zmiany powodujące niedrożność <ul style="list-style-type: none"> • dróg żółciowych (kolka żółciowa) • dróg moczowych (kolka nerkowa) • jelit
		Nowotwory narządów jamy brzusznej
		Zmiany naczyniowe <ul style="list-style-type: none"> • niedokrwienie jelit • tętniak aorty brzusznej
		Choroby infekcyjne i pasożytnicze jelit <ul style="list-style-type: none"> • gruźlica, promienica • giardioza, tasiemczyca, glistnica, włośnica, schistosomoza
	Choroby czynnościowe	<ul style="list-style-type: none"> • zespół jelita drażliwego • dyspepsja czynnościowa • przewlekły czynnościowy ból brzucha
Przyczyny zlokalizowane poza jamą brzuszną	Choroby układu nerwowego	<ul style="list-style-type: none"> • zespoły korzeniowe • półpasiec
	Choroby układu kostno-mięśniowego	<ul style="list-style-type: none"> • urazy • fibromialgia
	Choroby układu oddechowego i układu krążenia	<ul style="list-style-type: none"> • zapalenie płuc • choroby opłucnej (odma opłucnowa, zapalenie opłucnej, ropniak opłucnej) • niewydolność krążenia
	Przyczyny toksyczno-metaboliczne	<ul style="list-style-type: none"> • mocznica, kwasica ketonowa, porfiria • zatrucie ołowiem • ukąszenia gadów, ukłucia przez owady

leniu dolegliwości bólowych świadczą zaburzenia snu i codziennej aktywności spowodowane bólem, podczas gdy bóle o niewielkim natężeniu zwykle wywołują jedynie dyskomfort w samopoczuciu pacjenta, bez upośledzenia jego normalnego funkcjonowania⁽¹⁾.

Przebieg bólu, czynniki nasilające i łagodzące ból

Przewlekłe bóle brzucha mają często charakter nawracający i zwykle pojawiają się w związku z określonymi okolicznościami. Bóle brzucha występujące na czczo (tzw. bóle głodowe) i zmniejszające się po zjedzeniu posiłku są charakterystyczne dla zapalenia błony śluzowej żołądka i wrzodów żołądka, podczas gdy bóle nasilające się po posiłku występują w przypadku wrzodów dwunastnicy. Jeśli ból przybiera charakter stały i ostry, należy wziąć pod uwagę perforację wrzodu lub drażnienie do okolicznych narządów. Bóle występujące w chorobie wrzodowej zmniejszają się po zastosowaniu środków alkalizujących i leków zmniejszających wydzielanie kwasu solnego⁽¹⁾.

Ostre bóle osiągające maksimum intensywności w ciągu kilku minut występują w przypadku perforacji wrzodu, pęknięcia tętniaka aorty brzusznej, przemieszczania się złożeń w moczowodzie i pęknięcia ciąży pozamacicznej, natomiast bóle zwiększające swoją intensywność w ciągu 10-60 minut od początku bólu są charakterystyczne dla niedrożności jelit, zapalenia pęcherzyka żółciowego, niedrożności tętnic kręgowych i ostrego zapalenia trzustki. Bóle stopniowo narastające w ciągu kilkunastu godzin występują w zapaleniu wyrostka robaczkowego i zapaleniu uchyłków⁽¹⁾.

W przypadku przewlekłego zapalenia trzustki silne bóle występują stale lub okresowo i mogą nasilać się po spożyciu posiłku, stąd obawa przed jedzeniem (sitofobia) i tendencja do unikania jedzenia, powodująca w konsekwencji chudnięcie chorego. Ponadto ból w przewlekłym zapaleniu trzustki nasila się w pozycji leżącej na plecach, a zmniejsza przy pochyleniu do przodu⁽¹⁾. Ból w przebiegu zespołu jelita drażliwego i innych zaburzeń czynnościowych ma charakter przewlekły, ulega nasileniu po posiłkach, natomiast zmniejsza się po oddaniu gazów i stolca. Dolegliwości zwiększają się także w warunkach napięcia emocjonalnego, zwykle jednak nie zakłócają snu⁽⁵⁾.

Zgodnie z Kryteriami rzymskimi III zespół jelita drażliwego definiuje się jako nawracający ból brzucha lub dyskomfort trwający co najmniej przez 3 dni w miesiącu przez 3 ostatnie miesiące i związany z 2 lub więcej cechami:

- 1) zmniejsza się po wypróżnieniu;
- 2) jego początek wiąże się ze zmianą częstości wypróżnień;
- 3) jego początek wiąże się ze zmianą konsystencji stolca⁽⁵⁻⁶⁾.

Z kolei zespół czynnościowego bólu brzucha może być rozpoznany, gdy spełnione są wszystkie poniższe kryteria:

- 1) obecność stałego lub prawie stałego bólu brzucha;
- 2) ból nie jest związany z czynnościami fizjologicznymi, takimi jak spożywanie posiłków, wypróżnienie, miesiączka;

- 3) ból ogranicza codzienną aktywność chorego;
- 4) nie jest symulowany;
- 5) nie spełnia kryteriów rozpoznania innej czynnościowej choroby przewodu pokarmowego⁽⁵⁻⁶⁾.

Stwierdzenie zwłaszcza u młodych chorych objawów spełniających kryteria zaburzeń czynnościowych, bez obecności objawów alarmujących i odchyień w wynikach podstawowych badań diagnostycznych pozwala uniknąć wykonywania bardziej inwazyjnych i kosztownych procedur⁽⁵⁾.

Bóle brzucha, których źródłem są choroby układu kostno-mięśniowego, są niezależne od przyjmowanych posiłków, natomiast mogą się nasilać przy poruszaniu lub podczas przyjmowania określonej pozycji ciała. U kobiet bóle pojawiające się cyklicznie co miesiąc sugerują związek z owulacją, menstruacją lub wskazują na endometriozę⁽¹⁾.

Objawy towarzyszące

Bólom brzucha mogą towarzyszyć różne objawy dodatkowe. Nudności i wymioty występujące po pojawieniu się dolegliwości bólowych, zatrzymanie gazów i stolca sugerują chirurgiczną przyczynę bólu. Z kolei nudności i wymioty poprzedzające ból brzucha czy biegunka związane są z zwykle chorobami niechirurgicznymi. Wysoka gorączka świadczy o ostrym stanie zapalnym, natomiast stany podgorączkowe towarzyszą częściej zapaleniom przewlekłym. W chorobach wątroby, dróg żółciowych i trzustki często występuje żółtaczka. Towarzyszące bólom brzucha objawy krwawienia z przewodu pokarmowego pod postacią smolistych lub krwistych stolców wskazują często na stan zapalny, owrzodzenia błony śluzowej lub nowotwór odpowiednio żołądka lub jelit⁽¹⁾.

Czynniki ryzyka

Rozmawiając z chorym zgłaszającym ból brzucha, należy zwrócić również uwagę na czynniki predysponujące do wystąpienia niektórych chorób i stanów. Przykładowo stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych zwiększa ryzyko powstania zapalenia i wrzodów żołądka i dwunastnicy. Przebyte operacje jamy brzusznej zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia niedrożności i podniedrożności przewodu pokarmowego. Wywiad nadużywania alkoholu może wskazywać na przewlekłe zapalenie trzustki jako przyczynę dolegliwości bólowych⁽¹⁾.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

W badaniu chorego zgłaszającego dolegliwości bólowe brzucha należy zwrócić uwagę w pierwszej kolejności na stan ogólny chorego. Pacjent cierpiący, bledy, spocony, niespokojny, z gorączką, tachykardią, niskim ciśnieniem tętniczym krwi wymaga szybkiej diagnostyki i wdrożenia odpowiedniego leczenia. Należy także pamiętać, że w przypadku pacjentów z ostrym bólem

brzucha przed wykonaniem bardziej specjalistycznych procedur diagnostycznych konieczna jest stabilizacja krążeniowo-oddechowa chorego, a u pacjentów bardzo cierpiących podanie leków przeciwbólowych, jednak ostrożne, żeby nie zamazać obrazu klinicznego i nie zamaskować objawów otrzewnowych⁽⁴⁾.

W badaniu brzucha wykorzystujemy wszystkie metody badania fizykalnego^(2,4):

- **oglądaniem** można stwierdzić asymetrię brzucha, powiększenie brzucha, obecność przepuklin, krążenia obocznego, blizn pooperacyjnych;
- **obmacywaniem** określamy miejsce największej bolesności, obecność oporów patologicznych, płynu w jamie brzusznej oraz występowanie obrony mięśniowej i objawu Blumberga charakterystycznych dla zapalenia otrzewnej;
- **opukiwaniem** stwierdza się obecność dużej ilości gazu w jamie brzusznej oraz zanik stłumienia wątrobowego w przypadku perforacji przewodu pokarmowego;
- **osłuchiwaniami** ocenia się obecność perystaltyki wzmożonej (zespół jelita drażliwego, infekcyjne zapalenia jelit, wczesna niedrożność mechaniczna), osłabionej lub jej braku (w niedrożności porażennej i późniejszej fazie niedrożności mechanicznej).

Ponadto u pacjenta zgłaszającego bóle brzucha ocena układu krążenia i oddechowego oraz badanie neurologiczne pozwalają wykryć przyczyny bólu brzucha mające swoje źródło poza narządami jamy brzusznej. Badanie ginekologiczne bywa istotne u kobiet zgłaszających bóle w podbrzuszu i dolnych kwadrantach brzucha.

BADANIA DODATKOWE

Do podstawowych badań pomocniczych wykonywanych u pacjenta zgłaszającego bóle brzucha należą⁽²⁾:

- morfologia krwi;
- badania biochemiczne krwi – stężenie elektrolitów, glukozy, mocznika i kreatyniny, próby wątrobowe (bilirubina, AST, ALT, fosfataza alkaliczna i GGTP), aktywność amylazy oraz enzymów sercowych: troponiny lub CK-MB;
- badanie ogólne i ewentualnie bakteriologiczne moczu;
- badanie stolca na obecność krwi utajonej;
- EKG;
- RTG przeglądowe jamy brzusznej;
- RTG klatki piersiowej;

Nazwa międzynarodowa	Standardowa dawka
omeprazol	20 mg
lanzoprazol	30 mg
pantoprazol	40 mg
esomeprazol	20 mg

14 Tabela 4. Standardowe dawki IPP

- USG jamy brzusznej;
- w uzasadnionych przypadkach test ciążowy.

Analiza wyników przeprowadzonych badań pozwala często ustalić wstępne rozpoznanie i wdrożyć odpowiednie leczenie w przypadku ostrych bólów brzucha, natomiast u pacjentów z przewlekłymi bólami brzucha – zawęzić i ukierunkować dalsze badania diagnostyczne. Często potwierdzenie lub wykluczenie zmian organicznych wymaga wykonania badań endoskopowych i obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny jamy brzusznej). W niektórych przypadkach konieczne może być przeprowadzenie laparoskopii lub laparotomii zwiadowczej.

LECZENIE BÓLÓW BRZUCHA

Leczenie bólów brzucha w pierwszej kolejności obejmuje postępowanie mające na celu wyeliminowanie przyczyny bólu. W przypadku pacjentów z „ostrym brzuchem chirurgicznym” leczeniem z wyboru jest zabieg operacyjny, którego zakres zależy przede wszystkim od choroby podstawowej i stanu ogólnego chorego. W wielu chorobach stosuje się terapię przyczynową, a jeśli nie jest to możliwe, zaleca się leczenie przeciwbólowe, mające na celu zmniejszenie dolegliwości i poprawę komfortu życia pacjenta⁽¹⁾. Poniżej omówiono leczenie przeciwbólowe najczęściej spotykanych chorób powodujących przewlekłe bóle brzucha z zakresu gastroenterologii.

CHOROBA WRZODOWA ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY

W leczeniu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy stosuje się leki zmniejszające wydzielanie kwasu solnego. Obecnie ze względu na ich skuteczność i bezpieczeństwo preferowane jest stosowanie przede wszystkim inhibitorów pompy protonowej (IPP), rzadziej zaleca się leki z grupy H₂-blokerów.

W przypadku stwierdzenia zakażenia *Helicobacter pylori* wskazane jest leczenie eradykacyjne. Proponowane obecnie schematy pierwszego rzutu zgodnie z zaleceniami Grupy Roboczej ds. zakażenia *H. pylori*^(7,8) to:

1. IPP* + amoksylicyna 1000 mg 2 ×/dobę + metronidazol 500 mg 2 ×/dobę;
2. IPP* + klarytromycyna 500 mg 2 ×/dobę + metronidazol 500 mg 2 ×/dobę;
3. IPP* + amoksylicyna 1000 mg 2 ×/dobę + klarytromycyna 500 mg 2 ×/dobę.

* IPP – inhibitor pompy protonowej w standardowej dawce 2 razy dziennie.

Obecnie zaleca się leczenie 10-14-dniowe, następnie kontynuację leczenia IPP w dawce standardowej 1 raz dziennie.

W przypadku chorych niezakażonych *H. pylori* zaleca się leczenie IPP lub H₂-blokerem przez 1-2 miesiące. IPP stosowane są w dawce standardowej 1 raz dziennie

rano, przed posiłkiem. W przypadku H₂-brokerów proponowane dawkowanie w chorobie wrzodowej to:

- ranitydyna – 300 mg/d 2 razy dziennie lub cała dawka na noc;
- famotydyna – 40 mg/d.

Dodatkowo w leczeniu przeciwbólowym w chorobie wrzodowej pomocniczo mogą być stosowane leki rozkurczowe (p. niżej). Należy unikać niesteroidowych leków przeciwzapalnych, które nie tylko mogą powodować uszkodzenie błony śluzowej, lecz także – przez swoje działanie przeciwbólowe – maskować objawy ostrzegawcze i w efekcie doprowadzać do wystąpienia powikłań choroby wrzodowej w postaci krwawienia lub przedziurawienia wrzodu^(2,7).

KAMICA ŻÓŁCIOWA

Objawowa kamica żółciowa i jej powikłania są wskazaniem do leczenia operacyjnego w trybie planowym lub pilnym.

W przypadku napadu kolki żółciowej stosuje się doraźnie **leki przeciwbólowe**^(2,4):

1. *paracetamol* (500 mg co 3-6 godz. doustnie lub doodbytniczo, maksymalna dawka dobową 4 g);
2. *niesteroidowe leki przeciwzapalne, np.:*
 - metamizol – jednorazowo 0,5-1,0 g doustnie lub 0,75 g doodbytniczo (dawka maksymalna 3 g/d),
 - ibuprofen – 200-400 mg 4-6 ×/dobę;
3. *opiodowe leki przeciwbólowe:*
 - petydyna (1-1,5 mg/kg domięśniowo lub podskórnie),
 - pentazocyna (30-60 mg domięśniowo)

oraz **leki rozkurczowe:**

1. *drotaweryna* – doustnie 40-80 mg 2-3 ×/dobę, 40-80 mg 1-3 ×/dobę domięśniowo lub podskórnie, w ostrym bólu 40-80 mg dożylnie w powolnym wstrzyknięciu lub wlewie;
2. *hioscyna* – doustnie 20 mg 4 ×/dobę, doodbytniczo 10 mg 3-5 ×/dobę, dożylnie i domięśniowo 20 mg (dawkę można powtórzyć po 30 min.);
3. *papaweryna* – domięśniowo i podskórnie 40-120 mg, dawkę można powtórzyć ponownie po 3 godz. do 4 ×/dobę, dożylnie 40 mg powoli, w preparatach złożonych z wyciągiem z pokrzyki lub metamizolem – doodbytniczo 1 czopek 1-3 ×/dobę.

Nieustąpienie dolegliwości bólowych lub krótkotrwały efekt może świadczyć o zapaleniu pęcherzyka żółciowego i jest wskazaniem do weryfikacji rozpoznania.

ZESPÓŁ JELITA DRAŻLIWEGO I CZYNNOŚCIOWE BÓLE BRZUCHA

Leczenie zaburzeń czynnościowych powinno się opierać na dobrej współpracy lekarza z pacjentem. Bardzo istotne jest wyjaśnienie choremu przyczyn jego dolegliwości, wskazanie czynników mogących je nasilać, wreszcie uspokojenie chorego o braku ryzyka po-

ważnych, odległych konsekwencji i powikłań zaburzeń czynnościowych⁽²⁾.

W przypadku nasilonych dolegliwości bólowych stosuje się leki rozkurczowe, takie jak:

- bromek oksyfenonium – 5-10 mg doustnie 4 × dz.;
- hioscyna – 10-20 mg przed posiłkami.

U pacjentów z przewlekłym bólem, zaburzeniami depresyjnymi i zaburzeniami snu skuteczne może być także włączenie amitryptyliny w dawce 10-25 mg 1 × dz. wieczorem.

Ponadto stosuje się odpowiednią terapię zaburzeń towarzyszących dolegliwościom bólowym: zapaść (suplementacja błonnika, laktuloza), biegunek, wzdęć (symetikon, dimetikon), preparaty probiotyków⁽²⁾.

W przypadku nieskuteczności standardowego leczenia pomocne może być zastosowanie psychoterapii i technik relaksacyjnych oraz leków przeciwdepresyjnych.

PRZEWLEKŁE ZAPALENIE TRZUSTKI

Ból jest najczęstszym objawem przewlekłego zapalenia trzustki (PZT). Patogeneza bólu w PZT jest złożona i nie do końca jasna. Jest on prawdopodobnie spowodowany naciekiem zapalnym okołotrzustkowych nerwów czuciowych, nasilonym włóknieniem, wzrostem ciśnienia w przewodach trzustkowych, niedokrwieniem trzustki i/lub powstaniem torbieli rzekomych⁽¹⁾.

W farmakoterapii PZT stosuje się suplementację enzymów trzustkowych, która – jak podkreślają niektórzy autorzy – może mieć również znaczenie w zmniejszeniu nasilenia dolegliwości bólowych poprzez obniżanie wydzielania trzustkowego (obniża się aktywność cholecystokininy) i tym samym zmniejszanie ciśnienia w przewodach trzustkowych⁽⁹⁾.

W leczeniu dolegliwości bólowych w przebiegu PZT stosuje się typowe leki przeciwbólowe w schemacie dawkowania dostosowanym do częstości występowania i stopnia nasilenia bólu.

Początkowo zalecane jest stosowanie preparatów paracetamolu i NLPZ, w przypadkach bardziej nasilonego bólu konieczne może być włączenie opiodowych leków przeciwbólowych. Optymalną sytuacją byłoby prowadzenie terapii przez współpracujących ze sobą lekarza rodzinnego, lekarza gastroenterologa oraz zespół poradni leczenia bólu, a celem takiego leczenia jest zapewnienie właściwej kontroli bólu przy jak najmniejszych skutkach niepożądanych (takich jak działania uboczne leków, uzależnienie). Włączenie opiodów do przewlekłego leczenia powinno ograniczać się do sytuacji, w której ból jest stały, trwa ponad 3 miesiące, ma duże natężenie (>5 pkt w skali 0-10), nie istnieją inne skuteczne metody leczenia, a pacjent ma negatywny wywiad odnośnie do uzależnień i chorób psychicznych. Zaleca się rozpoczynanie leczenia opiodami przez okres próbny, a następnie przeanalizowanie skuteczności i ewentualnych objawów niepożąda-

nych i ograniczeń dla chorego przed zastosowaniem w terapii przewlekłej. Początkowo stosuje się preparaty krótkodziałające w niewielkich, stopniowo zwiększanych dawkach⁽¹⁰⁾.

Leki stosowane w leczeniu bólu w przewlekłym zapaleniu trzustki⁽¹⁰⁾

1. *paracetamol* – doraźnie 500 mg doustnie lub doodbytniczo, w bólach przewlekłych 500-750 mg co 4-6 godz., maksymalna dawka przy dłuższym stosowaniu wynosi 2,5 g/d;

2. *niesteroidowe leki przeciwzapalne*:

- *ibuprofen* – przewlekle 200-400 mg 4-6 ×/dobę, w postaciach o przedłużonym uwalnianiu 300-600 mg 2 × dz., nie zaleca się stosowania dawek większych niż 2 g/d,
- *metamizol* – doraźnie 0,5-1 g doustnie lub 0,75 g doodbytniczo, w bólach przewlekłych 0,5-1,0 g doustnie 3 × dz. lub doodbytniczo 4 × 0,75 g (dawka maksymalna 3 g/d; obecnie nie zaleca się przyjmowania leku dłużej niż 5-6 dni),
- *ketoprofen* – w bólach ostrych 150-300 mg/d w 2-3 dawkach podzielonych, przewlekle 100-200 mg w 2-3 dawkach podzielonych, w postaciach o przedłużonym uwalnianiu 150-300 mg/d; stosować w trakcie posiłku;

3. *opiodowe leki przeciwbólowe*:

- *kodeina (Codeinum phosphoricum)* – tabletki 20 mg (recepta różowa) – w preparatach złożonych zawierających kodeinę i paracetamol (recepta biała);
- *dihydrokodeina* – tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu 60, 90 i 120 mg (recepta różowa);
- *tramadol* – krople, kapsułki 50 mg, tabletki i kapsułki o przedłużonym uwalnianiu 50, 100, 150, 200 mg, czopki 100 mg, ampulki 50, 100 mg (recepta biała) – preparat złożony zawierający tramadol i paracetamol (37,5 mg + 325 mg) – recepta biała;
- *buprenorfina (Transtec)* – system transdermalny 35, 52,5, 70 µg/h (recepta biała) – tabl. podjęzykowe 0,2 i 0,4 mg – recepta różowa.

W przypadku nieskuteczności farmakologicznego leczenia przeciwbólowego lub konieczności stosowania leków opiodowych należy rozważyć inwazyjne metody leczenia, indywidualnie dobrane do sytuacji klinicznej danego chorego. Stosuje się:

- **leczenie endoskopowe** – może obejmować sfinkterotomię brodawki Vatera, protezowanie przewodu Wirsunga, poszerzanie zwężeń przewodu trzustkowego, usunięcie złożeń, drenaż torbieli trzustki; za-

stosowanie leczenia endoskopowego wydaje się metodą skuteczną i bezpieczną – w większości doniesień podkreśla się natychmiastowe i późne zmniejszenie nasilenia bólu u ponad połowy chorych, z poprawą trwającą od kilku miesięcy do kilku lat;

- **blokadę splotu trzewnego** – neuroliza splotu trzewnego pod kontrolą EUS lub TK;
- **obustronne przecięcie współczulnych włókien nerwowych podczas torakoskopii** (videothoroscopic splanchnicotomy, VTS) – wykonywane rzadko i tylko w wybranych sytuacjach klinicznych;
- **leczenie chirurgiczne** – wskazane w uporczywym bólu, niereagującym na leczenie zachowawcze i endoskopowe, wykonywane są procedury drenażowe oraz resekcyjne⁽⁹⁾.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Yamada T.: Podręcznik gastroenterologii. Wydanie polskie pod redakcją Ewy Małeckiej-Panas. Wydawnictwo Czelej, 2006.
2. Szczeklik A. (red.): Choroby wewnętrzne. Med. Prakt. 2010.
3. Kokot F.: Bóle brzucha. W: Konturek S.J. (red.): Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2006.
4. Dąbrowski A. (red.): Gastroenterologia. Cz. I. W: Antczak A., Myśliwiec M., Pruszczyk P. (red.): Wielka Intern. Medical Tribune Polska, 2010.
5. Choroby czynnościowe przewodu pokarmowego. Wytuczne rzymskie III. Med. Prakt. 2007; 8 (wydanie specjalne).
6. Mulak A., Waško-Czapnik D., Paradowski L.: Choroby czynnościowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego i zespół czynnościowego bólu brzucha według Kryteriów Rzymskich III. Gastroenterol. Pol. 2006; 13: 473-478.
7. Dzieńszewski J., Jarosz M.; Grupa Robocza PTG-E do spraw Zakażenia *H. pylori*: Ustalenia Grupy roboczej PTG-E dotyczące postępowania w zakażeniu *Helicobacter pylori* – consensus 2008. Gastroenterol. Pol. 2008; 15: 323-331.
8. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. i wsp.: Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. Gut 2007; 56: 772-781.
9. Leksowski K., Tomaszewski S.: Treatment of pain due to chronic pancreatitis. Gastroenterol. Pol. 2007; 5: 372-375.
10. Małec-Milewska M.: Zasady stosowania opiodów w przewlekłym bólu nienowotworowym w Polsce. Med. Prakt. 2009; 7-8: 142-153.