

Sprawdzone metody leczenia bólu gardła

Proven methods of treating a sore throat

lek. med. Maciej Rygalski^{1,2,3}, prof. dr hab. n. med. Edward Zawisza²

¹ Prywatny Gabinet Alergologiczny, Warszawa

² Poradnia Chorób Zapalnych i Alergicznych, Szpital Bielański w Warszawie

³ Klinika Gastroenterologii i Żywienia Dzieci, Warszawski Uniwersytet Medyczny

PDF TEXT lekwpolisce.pl

Oddano do publikacji: 15.09.2015

Słowa kluczowe: ból gardła, pastylka, środek miejscowo znieczulający, przeziębienie, infekcja wirusowa, leczenie objawowe.

Streszczenie: Ból gardła jest jedną z najczęstszych dolegliwości, na jaką skarżą się pacjenci. Jego główną etiologię stanowią choroby infekcyjne z wirusami na czele. Dotyczyć on może każdej grupy wiekowej pacjentów. Terapia bólu gardła ma z założenia charakter objawowy. W czasie większości chorób, w tym przeziębień, stanowi ważny element leczenia wspomagającego. Rynek farmaceutyczny oferuje szeroką gamę preparatów o zróżnicowanym działaniu – zarówno miejscowo, jak i ogólnie działających. Skuteczna walka z bólem gardła stanowi dla pacjenta ulgę w cierpieniu, a lekarzowi niejednokrotnie pomaga zyskać czas konieczny na dalszą diagnostykę.

Key words: sore throat, lozenges, local anaesthetics, common cold, virus infection, symptomatic treatment.

Abstract: Sore throat is one of the most common symptoms which patients complain. Its main etiology are common colds mostly caused by viruses. It can affect any age group of patients. Therapy sore throat is assumed symptomatic. During most illnesses, including colds, it is an important element of supportive care/adjunctive treatment. Pharmaceutical market offers a wide range of drugs with different effect both locally and generally acting. The effective pain management for the patient's with sore throat is to relieve suffering and the doctor often helps to gain the time necessary for further investigation.

Wprowadzenie

Ból gardła należy do najczęstszych zespołów chorobowych atakujących człowieka. Występuje niezależnie od wieku zarówno u dzieci, w wieku młodzieńczym, jak i u dorosłych. Utożsamiany był kiedyś z infekcjami bakteryjnymi, wirusowymi lub zatruciami toksycznymi, w związku z tym w leczeniu tego bólu były stosowane antybiotyki, leki przeciwwirusowe i leki antytoksyczne.

Natomiast wraz z rozwojem fizjologii bólu i pojawieniem się klinik bólu, specjalizujących się głównie w jego terapii, zauważono, że część przypadków bólów gardła ma podłoże neurologiczne i niezależne od tego, czy ich przyczyną są wirusy, bakterie lub toksyny, to ból jest zawsze mediowany przez nocycyptory włókien C (tzw. niemielinowe receptory) oraz włókien mielinowych A δ , które pobudzane przez rozmaite czynniki generują ból. Umiejscowiony jest na błonach śluzo-

wych w okolicach migdałków, na łukach podniebiennych tylnych lub przednich. Wyjaśnienie fizjologii bólu pozwoliło lepiej zrozumieć go lekarzom, a tym samym przekazać tę wiedzę pacjentom i zastosować skuteczne środki farmakologiczne służące do jego zmniejszania.

Na rynku istnieje szereg preparatów działających miejscowo w postaci pastylek, tabletek do ssania oraz aerozoli, które zawierają leki miejscowo znieczulające i przeciwbólowe, przeciwzapalne i antyseptyczne oraz leki działające ogólnoustrojowo. Ból o charakterze infekcyjnym najczęściej ustępuje w ciągu 5-11 dni. Powoduje go drażnienie receptorów na tylnej ścianie gardła i w okolicy migdałków podniebiennych. Nasila się w trakcie picia, spożywania pokarmów i przy przełykaniu śliny. Sekwencja bólu gardła jest dobrze poznany zjawiskiem fizjologicznym, dlatego dobór odpowiedniego leku objawowego wydaje się być obecnie prostym zadaniem.

Dużo trudniejsze i wymagające w leczeniu są bóle gardła pochodzenia centralnego. Pacjent odczuwa ból zlokalizowany w okolicy zatok szczękowych, ból głowy. Nie pomagają tu miejscowo działające leki przeciwbólowe. W tych przypadkach najczęściej stosuje się paracetamol, niesteroidowe leki przeciwzapalne w połączeniu z lekami miejscowo działającymi, głównie w postaci aerozolu. W przypadku silnego bólu może być konieczne podanie pochodnych opioidowych. Paracetamol, jak i NLPZ-y stosowane w praktyce pediatrycznej w postaci syropów działają zawsze ogólnoustrojowo, nigdy miejscowo. Syrop jest jedynie formą farmaceutyczną.

Skuteczność zastosowanego ogólnoustrojowo leku przy braku reakcji na preparat miejscowo działający oznacza, że ból jest zlokalizowany centralnie (zatoki oboczne nosa, sito, ból ucha, głowy).

Natomiast w przypadku bólu obwodowego zauważa się większą skuteczność połączenia preparatów ogólnoustrojowych z miejscowo działającymi. Dobierając leki, należy kierować się zasadą podawania minimalnej skutecznej dawki leku, a w pierwszej kolejności można sięgać po lek działający miejscowo, jeśli jego skuteczność jest wystarczająca [1-4].

Postępowanie diagnostyczne w bólu gardła

Pojawienie się ostrego bólu najczęściej ma podłoże infekcyjne w postaci ostrego zapalenia nosogardła lub zaostrzenia przewlekłego zapalenia nosogardła.

W pierwszej kolejności objawy należy odnieść do skali Centora w modyfikacji McIsaaca, celem zróżnicowania etiologii między infekcją bakteryjną (zakażenie paciorkowcowe) a wirusową, aby wdrożyć odpowiednie leczenie.

W przypadku anginy oraz zakażeń bakteryjnych należy zastosować rekomendowany antybiotyk. Za zastosowaniem antybiotyku przemawia ogólnoustrojowa etiologia choroby oraz ryzyko powikłań. Ból gardła w anginie występuje rzadko, będąc jedynie elementem składowym szerszej choroby objawiającej się wysoką gorączką, stanem zapalnym tkanki limfatycznej gardła, migdałków.

W przypadku schorzeń przewlekłych (przewlekłe lub nawracające zapalenie migdałków, gardła) konieczne jest dłuższe leczenie przy czynowe oraz zintensyfikowane leczenie objawowe, nawet do 3 tygodni. Szczególnie uciążliwy ból gardła może wystąpić w opryszczkowym zapaleniu jamy ustnej oraz wyprysku opryszczkowym. Dotyczy to głównie małych dzieci, gdzie leczenie bólu powinno uwzględniać komfort pacjenta, jak i bezpieczeństwo terapii. Podobna sytuacja ma miejsce w innych wirusowych zapaleniach gardła, np. w mononukleozie zakaźnej [1-4].

Diagnostyka różnicowa

W diagnostyce różnicowej bólu gardła, poza wspomnianym podłożem infekcyjnym (wirusowym, bakteryjnym, grzybiczym) i urazowym, należy brać pod uwagę takie czynniki jak odwodnienie, zbyt suche, zanieczyszczone powietrze, szczególne warunki pracy, palenie tytoniu, nadwężenie gardła, a także schorzenia:

- laryngologiczne (przewlekłe zapalenie zatok, uszu)
- alergologiczne (zapalenie gardła)
- gastroenterologiczne (choroba refluksowa, eozynofilowe zapalenie przetyku)
- neurologiczne (przewlekłe zespoły bólowe, neuralgia nerwu językowo-gardłowego, zespół mięśniowo-powięziowy, zwyrodnienie kręgosłupa szyjnego)
- psychiatryczne (ból psychogeny)
- choroby weneryczne (rzeżączkowe zapalenie gardła)
- nowotwory (rak gardła, krtani, polipy, chłoniaki) [1,2].

Pozycja leków stosowanych miejscowo

Niezależnie od przyczyny bólu gardła można rozważyć miejscowe lub ogólnoustrojowe leczenie bólu. Ustąpienie bólu daje komfort pacjentowi w postaci lepszego samopoczucia, dzięki czemu chętniej realizuje zalecenia lekarza, skraca także czas niezdolności do pracy czy nauki. Zastosowane leczenie przyczynowe w postaci antybiotyków, leków przeciwwirusowych, przeciwgrzybiczych, zabiegu operacyjnego, usunięcia ciała obcego lub innego postępowania terapeutycznego daje efekt przeciwbólowy w dłuższej perspektywie czasowej. Podanie leku bądź kombinacji preparatów o działaniu przeciwbólowym pozwala natomiast doraźnie przynieść ulgę pacjentowi.

Pewnym zagrożeniem związanym ze zbyt szerokim stosowaniem leku przeciwbólowego może być opóźnienie rozpoczęcia szczegółowej diagnostyki, gdy czas działa na niekorzyść pacjenta. Zwalczanie bólu jako czynnika alarmowego wymaga od lekarza szczególnej uwagi. Umiejętne zastosowanie skutecznego leczenia objawowego w wybranych schorzeniach pozwala na uzyskanie dodatkowego czasu na szczegółową diagnostykę [2,4,5].

WYBRANE ZWIĄZKI W PREPARATACH ZŁOŻONYCH

ALKOHOL 2,4-DICHLOROBENZYLLOWY

I AMYLOMETAKREZOL

Obie substancje są środkami przeciwbakteryjnymi, przeciwgrzybiczymi i przeciwwirusowymi oraz miejscowo znieczulającymi w mechanizmie odwracalnej blokady kanałów jonowych. Badania podkreślają wysokie bezpieczeństwo obu substancji, a także ich skuteczność. Występują w formie tabletek do ssania zarejestrowanych od 6. r.ż. [25-31].

BENZOKAINA

Benzokaina znana jest głównie z anestezjologii i chirurgii. Należy do anestetyków miejscowo działających. Mechanizm działania polega na blokowaniu kanałów dla jonów Na⁺, uniemożliwiając powstanie potencjału czynnościowego w komórce nerwowej. W dostępnych preparatach złożonych (tabletki i aerozol) można ją bezpiecznie zastosować od 12 r.ż. Warto zwrócić uwagę na możliwe działania niepożądane w postaci reakcji nadwrażliwości [7,10-15].

BENZYDAMINA

Preparat należy do grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych o działaniu przeciwzapalnym i przeciwobrzękowym. Preparat dzięki formie aerozolu osiąga miejscowe wysokie stężenie w tkance objętej zapaleniem, można go

bezpiecznie zastosować u dzieci < 4. r.ż. Występuje też w postaci tabletek do ssania oraz roztworu do płukania jamy ustnej i gardła. Podobnie jak w przypadku flurbiprofenu zaleca się ostrożność i niełączenie go z innymi NLPZ [32-36].

CHLOREK BENZALKONIOWY

Chlorki benzalkoniowe należą do grupy preparatów działających powierzchniowo przeciwbakteryjnie i przeciwgrzybiczo, jednak ich działanie jest dość powolne. W sprzedaży istnieje w postaci preparatu złożonego – tabletek do ssania zawierających w swoim składzie mentol, miętę pieprzową, tymol oraz olejek eukaliptusowy, co ma za zadanie spotęgować efekt znieczulający i zmniejszyć podrażnienie śluzówek gardła. Można go stosować u dzieci już od 4 lat, co świadczy o dużym bezpieczeństwie preparatu [6-7].

CHLOREK CETYLOPIRYDYNIOWY

Podobnie do chlorku benzalkoniowego działa miejscowo bakteriobójczo i przeciwgrzybiczo. Na rynku farmaceutycznym spotykany jest w postaci preparatów złożonych, również do stosowania zewnętrznego nawet u niemowląt. W postaci tabletek do ssania można go podawać od 4. r.ż. W połączeniu z benzokainą w postaci aerozolu wywiera silniejszy efekt przeciwbólowy [6-9].

CHLORHEKSYDYNA

Jest syntetyczną pochodną biguanidu o działaniu bakteriobójczym i bakteriostatycznym. Należy do leków bezpiecznych m.in. dzięki brakowi wchłaniania z błon śluzowych przewodu pokarmowego. Jest zarejestrowana do stosowania u dzieci od 12. r.ż. W sprzedaży występuje w formie tabletek do ssania, często w połączeniu z kwasem askorbinowym pomocnym w regeneracji śluzówek oraz w posta-

ci płynów do płukania jamy ustnej, jak też do stosowania zewnętrznego [37-40].

FLURBIPROFEN

Należy do niesteroidowych leków przeciwzapalnych o silnym działaniu przeciwzapalnym i przeciwbólowym. Skutecznie usmierza ból, obrzęk i podrażnienie gardła. Jest bezpieczny, jeśli stosuje się go prawidłowo. Ewentualne zagrożenie dotyczy interakcji z innymi NLPZ, szczególnie u pacjentów przyjmujących kwas acetylosalicylowy z przyczyn kardiologicznych, z reakcjami nadwrażliwości i przedawkowaniem oraz możliwym zespołem Rey'a u dzieci poniżej 12. r.ż. Należy zwracać szczególną uwagę na inne NZPL-y, jakie przyjmuje pacjent, ponieważ wiele preparatów OTC zawiera je w swoim składzie. Sprzedawany jest w postaci tabletek do ssania od 12. r.ż. [20-22].

LIDOKAINA

Podobnie do benzokainy stosowana jest zazwyczaj w chirurgii. Jej mechanizm zbliżony jest do benzokainy. Lidokaina dostępna jest w pastylkach do ssania zarejestrowanych do stosowania po 12. r.ż. Zaleca się zażywanie jej w odstępie od jedzenia, ponieważ silne działanie znieczulające może spowodować zachłyśnięcie. W przypadku znacznych ubytków śluzówki w jamie ustnej istnieje ryzyko wchłaniania się do krwiobiegu, co może być niebezpieczne u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi [16-19].

NANOKOLID SREBRA

Srebro koloidalne jest substancją naturalną o efektywnym, łagodnym i nietoksycznym działaniu przeciwbakteryjnym, przeciwwirusowym i grzybobójczym. Służy do użytku wewnętrznego i zewnętrznego. Do stosowania w bólu gardła przeznaczony jest aerozol w postaci preparatu złożonego z mentolem, wycią-

giem z irlandzkich glonów morskich i solami mineralnymi. Na rynku medycznym srebro znane jest od wieków, natomiast w formie aerozolu występuje od niedawna. Wydaje się być bezpieczny dla dzieci, kobiet w ciąży oraz pacjentów obciążonych wieloma chorobami i przyjmujących dużo leków [41-44].

SALICYLAN CHOLINY

Salicylan choliny, podobnie do flurbiprofenu, należy do niesteroidowych leków przeciwpalnych. Prócz typowego działania dla NLPZ, wykazuje również działanie bakteriobójcze wobec *H. influenzae*, *S. aeruginosa*, *S. pyogenes*. Jednak nie jest zalecane stosowanie salicylanu choliny jako jedynego leku przeciwbakteryjnego. Występuje w formie tabletek do ssania zarejestrowanych do stosowania od 12. r.ż. [23,24].

SZCZEGÓLNE GRUPY PACJENTÓW

W przypadku ciężarnych zaleca się szczególną ostrożność w stosowaniu jakichkolwiek środków farmakologicznych. Z wymienionych preparatów bezpieczny jest paracetamol. Nie ma natomiast wystarczających dowodów dotyczących bezpieczeństwa chlorku benzalkoniowego, chlorku cetylopirydyniowego, benzydaminu, alkoholu 2,4-dichlorobenzylowego, amylo-metakrezolu, chlorheksydyny, licznych preparatów ziołowych. Nie zaleca się przyjmowania flurbiprofenu, salicylanu choliny, benzokainy, lidokainy.

Konieczna jest ostrożność w podawaniu mniejszym dzieciom tabletek do ssania ze względu na ryzyko ewentualnego zadławienia [6-10,14-15,18-20,24,28-31,34-36,38-40,44].

Podsumowanie

Skuteczne leczenie bólu gardła w obecnych czasach ułatwia szeroko rozwinięty rynek pre-

paratów. Lekarz ma do wyboru liczne produkty ogólnie i miejscowo działające. Leczenie ogólne wskazane jest głównie w sytuacjach pozainfekcyjnych oraz w przypadku bardzo silnego i niedającego się złagodzić preparatami miejscowo działającymi bólu. Lek miejscowo działający, po które niejednokrotnie sięga się w pierwszej kolejności, uważane są za bezpieczne, akceptowane społecznie, wygodne do zastosowania. W większości występują w formie OTC. Pacjenci zwykle posiadają je w swoich apteczkach, chętnie po nie sięgają jeszcze przed konsultacją z lekarzem. Stwarza to oczywiście pewne zagrożenia, głównie w postaci interakcji, zatruc i przedawkowania, jednak skład większości preparatów pozwala uznać je za bezpieczne, a ewentualne działania niepożądane, przy podaniu zgodnie z charakterystyką produktu, występują sporadycznie [1-5].



Piśmiennictwo:

1. Kenealy T. Sore throat. *BMJ Clin Evid.* 2014 Mar 4;2014. pii: 1509. - główne zalecenia.
2. Kukwa A, Sobczyk G, Kizler-Sobczyk K. Zapalenia błony śluzowej gardła, krtań i tchawicy. *Przew Lek* 2000;2:76-80.
3. ESCMID Sore Throat Guideline Group Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect.* 2012 Apr;18 Suppl 1:1-28.
4. Randel A. Infectious Disease Society of America. IDSA Updates Guideline for Managing Group A Streptococcal Pharyngitis. *Am Fam Physician.* 2013 Sep 1;88(5):338-40.
5. Wade AG, Morris C, Shephard A, Crawford GM, Goulder MA. A multicentre, randomised, double-blind, single-dose study assessing the efficacy of AMC/DCBA Warm lozenge or AMC/DCBA Cool lozenge in the relief of acute sore throat. *BMC Fam Pract.* 2011 Feb 18;12:6.
6. CHPL Septolete.
7. CHPL Septolete Plus.
8. CHPL Septolete Junior.
9. CHPL Asept.
10. <http://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/2337#section=Top> z dnia 14.09.2015 r.
11. Chrubasik S, Beime B, Magora F. Efficacy of a benzocaine lozenge in the treatment of uncomplicated sore throat. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2012 Feb;269(2):571-7.
12. Adriani J, Zepernick R (1964). Clinical effectiveness of drugs used for topical anesthesia. *JAMA* 188:711-716.
13. Weinstein S (1977). Effects of local anesthetics on tactile sensitivity thresholds for cutaneous and mucous membranes. *J Invest Dermatol* 69:136-145.
14. CHPL Dolo-Angin.
15. CHPL Orajel.
16. Wonnemann M1, Helm I, Stauss-Grabo M i wsp. Lidocaine 8 mg sore throat lozenges in the treatment of acute pharyngitis.

- A new therapeutic option investigated in comparison to placebo treatment. *Arzneimittelforschung*. 2007;57(11):689-97.
17. Adriani J, Zepernick R (1964). Clinical effectiveness of drugs used for topical anesthesia. *JAMA* 188:711-716.
 18. CHPL Orofar.
 19. CHPL Trachisan.
 20. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/meds/a687005.html> wersja z dnia 14.09.2015 r.
 21. Shephard A, Smith G, Aspley S, Schachtel BP. Randomised, double-blind, placebo-controlled studies on flurbiprofen 8.75 mg lozenges in patients with/without group A or C streptococcal throat infection, with an assessment of clinicians' prediction of 'strep throat'. *Int J Clin Pract*. 2015 Jan;69(1):59-71.
 22. CHPL Strepsils Intensive.
 23. Trajanovska M, Manias E, Cranswick N, Johnston L. Use of over-the-counter medicines for young children in Australia. *J Paediatr Child Health*. 2010 Jan;46(1-2):5-9.
 24. CHPL Cholinex.
 25. McNally D, Shephard A, Field E. Randomised, double-blind, placebo-controlled study of a single dose of an amylmetacresol/2,4-dichlorobenzyl alcohol plus lidocaine lozenge or a hexylresorcinol lozenge for the treatment of acute sore throat due to upper respiratory tract infection. *J Pharm Pharm Sci*. 2012;15(2):281-94.
 26. Thomas MJ. ACP Journal Club. Amylmetacresol and 2, 4-dichlorobenzyl alcohol lozenges were better than placebo lozenges for relief of acute sore throat. *Ann Intern Med*. 2010 Aug 17;153(4):JC2-6.
 27. McNally D, Simpson M, Morris C, Shephard A, Goulder M. Rapid relief of acute sore throat with AMC/DCBA throat lozenges: randomised controlled trial. *Int J Clin Pract*. 2010 Jan;64(2):194-207.
 28. CHPL Strepsils Cool Mint.
 29. CHPL Strepsils Junior.
 30. CHPL Strepsils z mentolem i eukaliptusem.
 31. CHPL Neo-angin.
 32. Chen CY, Kuo CJ, Lee YW, Lam F, Tam KW. Benzzydamine hydrochloride on postoperative sore throat: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Anaesth*. 2014 Mar;61(3):220-8.
 33. Turnbull RS. Benzzydamine Hydrochloride (Tantum) in the management of oral inflammatory conditions. *J Can Dent Assoc*. 1995 Feb;61(2):127-34.
 34. CHPL Uniben.
 35. CHPL Hascosept.
 36. CHPL Tantum Verde.
 37. Cingi C, Songu M, Ural A, Erdogan N, Yildirim M, Cakli H, Bal C. Effect of chlorhexidine gluconate and benzzydamine hydrochloride mouth spray on clinical signs and quality of life of patients with streptococcal tonsillopharyngitis: multicentre, prospective, randomised, double-blinded, placebo-controlled study. *J Laryngol Otol*. 2011 Jun;125(6):620-5.
 38. CHPL Sebidin.
 39. CHPL Manusan.
 40. CHPL Corsodyl 0,2%.
 41. Pokrowiecki R, Zareba T, Mielczarek A Evaluation of biocidal properties of silver nanoparticles against cariogenic bacteria *Med Dosw Mikrobiol*. 2013;65(3):197-206.
 42. Franci G, Falanga A, Galdiero S Silver nanoparticles as potential antibacterial agents. *Molecules*. 2015 May 18;20(5):8856-74.
 43. Markowska K, Grudniak AM, Wolska KI. Silver nanoparticles as an alternative strategy against bacterial biofilms. *Acta Biochim Pol*. 2013;60(4):523-30.
 44. CHPL Argentin T.

lek. med. Maciej Rygalski
maciekrzgalski@gmail.com