proLékaře.cz | 12.11.2026

Dráždivý tračník – diagnostika a léčba

J. Ehrmann[1], K. Urbánek[2]

[1] *II. interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická LF UP a FN Olomouc*
[2] *Ústav farmakologie, LF UP a FN Olomouc*

Souhrn

Dráždivý tračník (IBS) spolu s funkční dyspepsií jsou nejčastějšími funkčními poruchami trávicího traktu. Předmětem článku je souhrnný pohled na etiologii a patogenezi této choroby, diagnostiku a léčbu. Dráždivý tračník je charakterizován zejména bolestmi břicha a změnou tvaru a frekvence stolice. Je doporučováno definovat a klasifikovat jej podle „římských kritérií III". Současný výzkum je zaměřen zejména na studium viscerální hypersenzitivity a na teorii tzv. minimálního zánětu a neuroimunní interakce. Etiologe a patogeneze jsou však stále neobjasněné a v klinické praxi zůstává farmakologická léčba dráždivého tračníku na úrovni léčby symptomatické, tj. zmírnění nebo odstranění bolesti, průjmu nebo zácpy, a v podávaní farmak s antianxiózním, event. antidepresivním účinkem. Lékem první volby by dnes měl být sulprid, antagonista D1 a D3 receptorů, který je u nemocných s IBS předepisován v dávce třikrát denně 50–100 mg, a sice pro anxiolytický a bolest potlačující účinek. V poslední části článku jsou diskutovány vedlejší účinky léků IBS na kardiovaskulární systém

Klíčová slova

dráždivý tračník – klasifikace – diagnostika – léčba

Irritable bowel syndrome – diagnosis and treatment

Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) and functional dyspepsia are the most common functional gut disorders. The main topic of the article is a summary review of the aetiology and pathogenesis of this disease as well as its diagnostic procedures and treatment. Irritable bowel syndrome is characterized by abdomen pain with altered stool frequency or consistency. It is recommended that it be defined and classified according to the Rome III classification. The symptoms are induced by physiological aberrations (like dysmotility and visceral hypersensitivity) or by the mechanisms of the initial inflammation and neuro-immune interaction. This is also the focus of contemporary research. The aetiology and pathogenesis, however, remain unclear and the therapy of the day remains at the level of decreasing the main symptoms: abdominal pain, constipation, diarrhoea and psychological factors. Sulpiride, an antagonist of the D1 and D3 receptors, at a dose of 50 or 100 mg 3 times daily should be a first–choice treatment of IBS due to its anxiolytic and analgesic effects. The adverse effects of drugs for the treatment of IBS on the cardiovascular system are discussed in the last part of the article.

Keywords

irritable bowel syndrome – classification – diagnosis – treatment

Úvod

Dráždivý tračník (Irritable bowel syndrome – IBS) není, jak se někdy uvádí, hlavně onemocněním civilizačním. Již téměř před 100 lety píše prof. Josef Thomayer ve své monografii z roku 1921 „Pathologie a Therapie nemocí vnitřních" o IBS následující: „Onemocnění toto znal prý již Celsus, avšak teprve v nynější době se stalo předmětem hojných literárních prací. Onemocnění toto nazývané také pablánový zánět střevní nebo enteritis pseudomembranacea nebo colitis mucosa vyskytuje se po výtce u lidí nervózních, hysterických a zdá se, že kromě této dispozice je zapotřebí ještě nahodilé další příčiny. Jest pravdě podobno, že při onemocnění tomto běží jen o jakousi sekretorickou neurosu. Pro to navržen pro onemocnění také název myxoneurosis intestinalis. Průběh onemocnění je chronický s nepravidelností stolice, nemocní naříkají na bolesti v životě a čas od času odchází stolicí cárovité hlenovité hmoty, po jejich odchodu nastává úleva. Chronický průběh a četné nervové stesky diagnózu potvrzují." [1].

Klinický popis choroby prof. Thomayerem je tak výstižný, že ani po téměř 100 letech není třeba k němu nic moc dodávat. Nicméně, i v dnešní době platí to, co Thomayer uvedl v jiné části monografie, že „léčba takových nemocných bývá nevděčná". Stále neznáme příčinu tohoto funkčního onemocnění trávicího traktu, diagnostikujeme je většinou per exklusionem a léčba s větším či menším úspěchem je zaměřena především na zmírnění symptomů.

Definice

Podle „římských kritérií" definujeme IBS jako funkční střevní poruchu, u které jsou **břišní bolesti** nebo abdominální dyskomfort spojovány s defekací nebo **změnami vyprazdňování stolice** a se známkami poruch defekace. Podle charakteru stolice rozlišujeme IBS se zácpou – ve více než 25 % je stolice tuhá nebo bobkovitá, IBS s průjmem – ve více než 25 % je stolice kašovitá nebo vodnatá a za třetí smíšený typ dráždivého tračníku. Vzhled stolice můžeme klasifikovat do sedmi stupňů podle Bristolské škály forem stolice (obr. 1) [2]. Mimo tyto hlavní potíže mohou nemocní trpět meteorizmem a občas mívají ve stolici hlen nebo je dokonce stolice cáry hlenu jakoby obalená. Tak jako u všech ostatních funkčních poruch trávicího traktu musí být i pro diagnózu IBS splněny další dvě podmínky.

Za prvé musí být splněny **podmínky časové**, tj. obtíže musí trvat nejméně šest měsíců, příznaky musí být nejméně tři dny

proLékaře.cz | 12.11.2026



Obr. 1. Bristolská škála forem stolice – pomůcka při diagnostice syndromu dráždivého tračníku [18].

v měsíci, a to po dobu nejméně tří měsíců, které však nemusí jít po sobě. Za druhé musí být splněny **podmínky diagnostické**, tj. musí být vyloučeny strukturální anebo jinak objektivizovatelné poruchy zjistitelné fyzikálním vyšetřením, vyšetřením laboratorním nebo pomocnými vyšetřovacími metodami, jako jsou ultrasonografie, RTG vyšetření, endoskopické vyšetření a další [3,4]. Je třeba říci, že u nás, zejména v klinické praxi, je určitý odpor k diagnostice IBS podle „římských kritérií" hlavně pro jejich komplikovanost [5]. Nicméně hlavním cílem těchto kritérií je konsenzus diagnostických kritérií všech funkčních poruch GIT, včetně IBS. Myšlenka na jednotnou formulaci příznaků a stanovení diagnostických kritérií funkčních poruch trávicího traktu vznikla v druhé polovině 20. století, ale až zásluhou A. Torsolia a D. A. Drossmana a jejich spolupracovníků byla v průběhu Mezinárodního gastroenterologického kongresu v Římě (1988) „delfskou" metodou vytvořena. „Římská kritéria" byla opakovaně revidována a inovována, poslední jsou z roku 2006 s názvem: The functional gastrointestional disorders Rome III [6]. Bez jednoznačných kritérií nelze provádět multicentrické lékové studie, ztrácí se zájem farmakologického, ale i jiného výzkumu o oblast funkčních poruch GIT a terapeutický nihilizmus může nemocné uvést do náruče „léčitelů" se všemi důsledky. V neposlední řadě římská klasifikace umožňuje pozitivní diagnostiku funkčních poruch trávicího traktu a svým způsobem chrání lékaře ve forenzních sporech. V tab. 1. je uveden seznam všech funkčních poruch trávicího traktu podle „římských kritérií". Funkční střevní poruchy, mezi které IBS patří, jsou označeny C.

Epidemiologie

Zjistit skutečnou prevalenci IBS byl a je stále problém. „Římská kritéria", která pozitivní diagnostikou mohou stav zlepšit, nejsou ještě všeobecně přijímána a nemocní s lehkými formami IBS nenavštíví lékaře, ale uchylují se často k alternativním formám terapie [7]. Odhaduje se však, že chorobou trpí kolem 10 % dospělých osob navštěvujících lékaře, u žen je to asi dvakrát více [8]. Patrná je rovněž závislost na věku a některé studie prokazují závislost na stupni civilizace. Obtíže nejčastěji vznikají ve druhém až čtvrtém decenniu, ale mohou se poprvé objevit i po 70. roce věku. V takových případech musíme být velmi opatrní s vyslovením diagnózy IBS a zvlášť pečlivě vyloučit organickou příčinu potíží.

Etiologie, patogeneze a zaměření výzkumu

Výzkum je určován dvěma požadavky. Za prvé hledání příčin a patogeneze IBS a za druhé hledání účinné a pro nemocného přijatelné formy léčby.

Změny v gastrointestinální motilitě. Již tradičně je IBS považován za motorickou poruchu, nicméně důkazy na úrovni EBM chybí.

Tab. 1. Funkční gastrointestinální poruchy – Římská kritéria III.

A. Funkční poruchy jícnu
B. Funkční gastroduodenální poruchy
C. Funkční střevní poruchy
D. Funkční břišní bolestivý syndrom
E. Funkční poruchy žlučníku a Oddiho svěrače
F. Funkční anorektální poruchy
G. Funkční poruchy novorozenců a batolat
H. Funkční poruchy dětí a dospívajících

I u zdravých osob lze prokázat podobné motorické změny, aniž by měly symptomatologii IBS. Spíše se ukazuje odlišné vnímání kvantitativních rozdílů motorické poruchy u zdravých osob a nemocných IBS.

Viscerální hypersenzitivita. Selhání komplexu interakcí mezi enterocyty, zánětlivými buňkami, neurony a protektivní luminální antigenní bariérou se jeví jako příčina viscerální hypersenzitivity. V takovém terénu za podpory psychosociálních faktorů vznikají příznaky typické pro IBS, tj. bolest, nadýmání a porušená konstituce tlustého střeva [9]. Již v 70. letech minulého století byla popsána nedostatečná tolerance balonové distenze rekta a anorektální manometre je považovaná za biologický marker průkazu IBS s 95%, 72% a 85% senzitivitou, resp. specificitou a prediktivitou [10].

Abnormální chování střevních plynů. Nejsou důkazy pro jejich zvýšené množství nebo složení u nemocných IBS, ale důkazy jsou pro jejich abnormální pasáž a pro nižší toleranci například infundovaného vzduchu [11].

Psychosociální faktory. Anxieta, sklon k somatizaci obtíží, fobie, hostilita, to vše a další pozorujeme u nemocných IBS. Na druhé straně v obdobné prevalenci se některé stejné potíže vyskytují i u nemocných s organickými chorobami trávicího traktu anebo i u jinak zdravých osob. U pacientů s IBS se však k nim upíná větší pozornost [12].

Gastrointestinální infekce. Již v roce 1962 Chaudhary a Truelove uvádějí ve své studii 25% incidenci IBS po proběhlé akutní infekci GIT [13]. Mezi rizikové faktory jsou uváděny virulence patogenu, mladší věk nemocného, spíše ženské pohlaví, delší průběh infekce, psychosomatický terén a studuje se případný vliv léčby antibiotiky. V této souvislosti je zvažován i perzistující minimální nespe-

proLékaře.cz | 12.11.2026

cifický zánět coby terén pro vznik IBS. Hovoří se o „IBS like syndromu v remisi IBD" (Inflammatory Bowel Disease), zejména ulcerózní kolitidy nebo i celiakie [14–16].

Genetické faktory. Některé studie prokazují častější rodinný výskyt IBS, například dvakrát vyšší výskyt u monozygotních než dizygotních dvojčat. Na druhé straně se ale zdá, že se spíše „dědí" rodinné zvyklosti.

Diagnostika a diferenciální diagnostika

U nás se diagnóza dráždivého tračníku nejčastěji stanoví metodou per exclusionem, tj. vyloučením všech možných příčin, a teprve když se „nic nenajde", jsou obtíže přisouzeny IBS. Mnozí u nás o římské klasifikaci funkčních poruch trávicího traktu, a tedy i o IBS ani neví.

Jaké jsou chyby a nedostatky při diagnostice IBS?

Pokud obtíže vzniknou poprvé, může se lékař dopustit omylu, když po vyloučení organických příčin potíží stanoví diagnózu IBS, aniž by **vyčkal splnění časového kritéria**, tj. že obtíže musí trvat nejméně šest měsíců, jak je stanoveno „římskými kritérii".

Další chybou bývá, že se klade **rovnítko mezi funkční dolní dyspeptický syndrom**, tedy mezi funkční střevní poruchy **a dráždivý tračník**. V tab. 2 je uvedena klasifikace všech funkčních střevních poruch podle římských kritérií. Na rekurentní pocit břišního nadmutí si stěžuje většina nemocných s IBS, nicméně tento příznak může být funkčního původu, aniž by nemocní trpěli dráždivým tračníkem. Totéž platí o funkčním průjmu nebo o funkční zácpě. K základní symptomatologii dráždivého tračníku sice patří změna konzistence a tvaru stolice, jak je uvedeno v definici IBS, ale dalším nutným příznakem IBS je bolest břicha zlepšující se po defekaci. Pokud tedy nemocný trpí nadýmáním nebo má změnu ve frekvenci vyprazdňování stolice, event. změnu konzistence a tvaru stolice i po vyloučení organické příčiny těchto příznaků, nemůžeme ještě hovořit o dráždivém tračníku, pokud nejsou splněna další kritéria, která jsou uvedena v římské klasifikaci.

Nemocní trpící IBS mohou mít příznaky případných komorbidit a také v závislosti na zevních okolnostech, jakými jsou úroveň vzdělání, pracovní a společenské zařazení, rodinné zázemí, stravovací návyky, abúzus alkoholu, drog, kouření, užívání léků a dalších okolností. Diagnostika a léčba IBS vyžaduje trpělivost, porozumění a zodpovědný přístup. Je také třeba mít na paměti, že nemocný s IBS může kdykoli onemocnět organickou chorobou. Vždy je podezřelá krátká anamnéza zejména u starších osob. U dlouhodobě nemocných IBS musí lékař znovu a opakovaně pečlivě odebírat anamnézu a provést fyzikální vyšetření, aby vyloučil, že případné potíže nejsou jiného původu.

V případě dráždivého tračníku je třeba vyloučit zejména:

a. nespecifické střevní záněty, tj. ulcerózní kolitidu a Crohnovu chorobu,
b. kolorektální maligní a benigní nádory,
c. divertikulární nemoc tlustého střeva,
d. chronickou ischemickou kolitidu,
e. chronickou radiační proktitidu či kolitidu,
f. střevní protozoonózy – u nás například giardiózu-lambliózu,
g. helmintózy – u nás například tasemnice,
h. malabsorpční syndrom primární (glutenová enteropatie a deficit disacharidáz),
i. malabsorpční syndrom sekundární (Whippleova choroba, syndrom slepé kličky, syndrom krátkého střeva, neuroendokrinní tumory – zejména gastro-entero-pankreatické endokrinní tumory),
j. symptomatologie dráždivého tračníku může provázet chronické onemocnění hepatobiliárního systému a pankreatu,
k. záněty střevní při celkovém onemocnění, např. při portální hypertenzi, kardiopulmonální insuficienci a imunodeficientních stavech,
l. endokrinopatie, např. hyperfunkci štítné žlázy,
m. renální insuficienci, i když dnes tzv. Treitzova kolitida je spíše vzácná,
n. další druhy kolitid, jako jsou mikroskopické kolitidy (při kolagenózách nebo nodulární lymfoidní proktokolitida), neutropenické kolitidy, eozinofilní kolitidy, alergické kolitidy, polékové kolitidy a poškození střeva chemickými a fyzikálními vlivy,
o. neměli bychom uvažovat o dráždivém tračníku, když má nemocný krev ve stolici, je prokázané hubnutí, nemocný má teploty, potíže jej budí ze spánku a při vyšetření nacházíme patologický fyzikální nález.

Okolnost, že IBS je onemocněním chronickým, staví ošetřujícího lékaře do dvou nebezpečí. Na jedné straně může nemocného opakovanými vyšetřeními traumatizovat a utvrzovat v pocitu vážného stavu, na druhé straně bagatelizací zdánlivě stále těch stejných obtíží přehlédnout vážné onemocnění organické.

Tab. 2. Římská klasifikace III. funkčních poruch střevních.

C. Funkční střevní poruchy
- C1. Dráždivý tračník
- C2. Funkční nadýmání
- C3. Funkční zácpa
- C4. Funkční průjem
- C5. Nespecifikovaná funkční střevní porucha

Jaká nezbytná vyšetření jsou nutná k diagnostice dráždivého tračníku?

1. Pečlivá anamnéza zohledňující „římská kritéria III" funkčních poruch střevních.
2. Fyzikální vyšetření objektivního nálezu. Z patologického je kompatibilní s IBS bolestivý stažený levý tračník.
3. Základní laboratorní vyšetření hematologické, biochemické (CRP, jaterní testy, lipidy, železo, glykemie, amyláza séra, močovina, kreatinin, kyselina močová, albumin, AtTGA, TSH), bakteriologické, případně parazitologické vyšetření stolice, sérologické vyšetření (k vyloučení infekčního původu průjmu).
4. Zobrazovací vyšetřovací metody: abdominální USG, koloskopie, event. gastroskopie – viz níže.
5. U středně těžkých nebo těžkých forem IBS vyšetření psychiatrické, případně psychologické.

Klinický průběh

Jde o onemocnění chronické, které nemocného obtěžuje prakticky celý život. Střídají se delší či kratší období relapsů a remisí. Navíc se někdy příznaky IBS překrývají s příznaky funkční dyspepsie. Cremonini et al uvádí 54% koexistenci těchto dvou hlavních typů funkčních poruch trávicího traktu. Hovoří se někdy o „overlap syndrome" [17]. Choroba postihuje osoby prosté, bez většího vzdělání, stejně tak jako muže i ženy vzdělané, mnohdy dokonce uznávané pro svou moudrost a společenské postavení. Někdy o chorobě ví jen ošetřující lékař, poněvadž nemocný se stydí za svou „chorobu se stolicí". Jindy naopak je IBS ústředním zájmem nemocného, který chorobou jak vnitřně, tak i v zevních projevech téměř stále žije. Někteří jakoby se s nemocí tak sžili, že pří-

proLékaře.cz | 12.11.2026

padnou léčbu ani nechtějí. Proto možná, jak je uvedeno v začátku tohoto článku, vyslovil již téměř před 100 lety prof. Thomayer větu, že „léčba takových nemocných je nevděčná".

V poslední době je i v odborných lékařských periodicích stále více prostoru věnováno ekonomickým otázkám. Je pozoruhodné, že IBS, ačkoli není spojován se signifikantní mortalitou, je například v USA na desátém místě ze všech onemocnění gastrointestinálního systému v přímých a nepřímých finančních nákladech, které na diagnostiku a léčbu jednoho nemocného činily ročně 619 USD, tj. 1,56 miliard USD na všechny nemocné (ve srovnání s jinými chorobami trávicího traktu: GERD 9,8, choroby žlučníku 6 a kolorektální karcinom 5 miliard USD). To je jedním z důvodů hledání racionálních diagnostických postupů a výzkumu kauzální terapie IBS ke zlepšení prognózy této choroby, na kterou mnozí, a dokonce i lékaři pohlížejí s určitým despektem [18].

Léčba

U většiny, tj. asi u 70 % nemocných, jde o lehkou nebo středně těžkou formu IBS. Intermitentně v závislosti na aktuálním stavu jim podáváme farmaka zmírňující abdominální obtíže. K dalším 25 % patří ti, kteří trpí mimo senzorickomotorické poruchy funkce tračníku také psychologicko-psychiatrickými problémy. U nich je potřebná podpora psychiatra, event. psychologa. Asi 5 % nemocných trpí těžkou formou IBS, léčba takových je obtížná a měla by být ve speciálních centrech [19]. Obecně lze dělit léčbu IBS na nefarmakologickou a farmakologickou.

Nefarmakologická léčba

Dnes, v době sofistikované medicíny, se často zapomíná na anamnézu – rozhovor s nemocným. Tak tomu u pacientů s IBS být nesmí. Vstupní rozhovor je jednak klíčovým diagnostickým prvkem, ale také vytváří optimální vztah lékař/pacient, který je základem pro úspěšnou léčbu. Trpělivosti, dostatku empatie a dalších zásad správného etického myšlení a chování musí mít lékař pečující o nemocné s IBS nadbytek. V opačném případě bude v léčbě neúspěšný. Každý to nedovede, pak je ale lepší svěřit nemocného do péče jiného lékaře.

Dieta

Někteří nemocní jí připisují nepřiměřený význam. Obvykle jsou to ti, kteří si chorobu adoptovali a s dietou se tak sžili, že nemá smysl jim cokoli radit, a to i v případě zjevné iracionality jejich stravovacího režimu. Na druhé straně zcela pravidelná nesnášenlivost některých jídel by měla být důvodem k hledání organické příčiny postprandiálních obtíží (choroby žlučníku, deficit střevních disacharidáz, potravinová alergie a další). Obecně u nemocných s IBS doporučujeme omezení mléčných výrobků, sladkých a zejména šumivých nápojů, kávy a potravin vyvolávajících nadýmání – luštěniny, některé druhy ovoce a další. Suplementace vlákniny je indikována u IBS s predominancí zácpy. Poněvadž někteří pacienti špatně vlákninu v potravě tolerují, doporučujeme ji podávat v tekuté podobě. Například PHGG (partially hydrolyzed guar gum) nejenže upravuje zácpu, ale její fermentace vede k tvorbě mastných kyselin s krátkým řetězcem, které mají příznivý vliv na střevní funkci včetně snížené resorpce cholesterolu a TG.

Psychologická podpora

Ačkoli je dráždivý tračník tradičně řazen mezi tzv. psychosomatická onemocnění, zkušenost ukazuje, že u nás, na rozdíl od jiných zemí, spolupráce s klinickým psychologem, event. psychiatrem je na nízké úrovni. Každý nemocný se středně těžkou nebo těžkou formou IBS by měl být vyšetřen psychiatrem nebo psychologem, aby mimo ostatní byla vyloučena endogenní či exogenní deprese. Hypnoterapie, dnes již vědecky podložená a standardně klinickými psychology prováděná a zdravotními pojišťovnami hrazená léčebná metoda, se v oblasti funkčních poruch GIT u nás vůbec neprovádí. Ve Velké Británii je touto metodou léčeno až 25 % pacientů s těžkou formou IBS [20–22].

Farmakologická léčba

Medikamentózní léčba nemá být základem léčebné strategie IBS. Vždy musí předcházet podrobná úvaha o nefarmakologických možnostech. Základem medikamentózní léčby jsou spazmolytika, psychofarmaka, laxativa a antidiaroika. Farmakologická léčba je tedy symptomatická, nikoli kauzální, a je indikována jen v období obtíží. Musí být individuální v závislosti na tíži choroby a predominanci příznaků, tj. bolesti, zácpy či průjmu. Lékař se nemusí obávat střídání jednotlivých preparátů, zejména když účinnost podaných není optimální.

Spazmoanalgetika

Upřednostňujeme spazmoanalgetika muskulotropní, tj. alverin, drotaverin, mebeverin, papaverin, pitofenon, pinaverin nebo parasympatolytika s kvarterním dusíkem, tj. butylskopolamin nebo otilonium. Muskulotropní spazmolytika mají přímý účinek na hladkou svalovinu blokádou Ca^{2+} kanálů. Jsou sice slabší než parasympatolytika s kvarterním dusíkem, mají však méně vedlejších účinků a mezi jejich hlavní indikace patří IBS. Parasympatolytika s kvarterním dusíkem mají oproti parasympatolytikům s terciárním dusíkem tu výhodu, že mají malý průnik do CNS s praktickou absencí centrálních příznaků tak typických pro například atropin představující parasympatolytikum s terciárním dusíkem.

Antagonisté a agonisté serotoninu

Racionální důvody podávání antagonistů nebo agonistů receptorů pro serotonin (5-hydroxytriptamin) vychází ze skutečnosti, že tento biogenní amin je nejvýznamnějším nepeptidickým neurotransmiterem produkovaným z 90 % enterochromafinními buňkami trávicího traktu. Je ale třeba říci, že po počátečním nadšení pozdější klinické zkušenosti tento optimizmus nesdílejí.

Sulpirid

Průlomovým lékem funkčních poruch trávicího traktu a v případě IBS lékem první volby je sulpirid – Prosulpin 50 mg®. Snižuje viscerální hyperalgezii, příznivě ovlivňuje střevní motilitu a působí anxiolyticky. Jde o derivát benzodiazepinu s antagonistickými účinky na dopaminové receptory D2 a D3.

Laxativa a antidiaroika

Lékař si musí ověřit, zda nemocný již neužívá volně prodejná laxativa či antidiaroika, kterých je dnes již většina. Právě tato okolnost nesmí u nemocného vzbudit zdání jejich neškodnosti a malé kauzální významnosti v léčbě IBS. To je sice částečně pravda, nicméně i laxativa a antidiaroika jsou součástí komplexního léčebného arzenálu IBS a lékař by neměl nad ním ztratit kontrolu. Doporučujeme kontaktní přírodní nebo syntetická projímadla, osmoticky působící laxativa jen v případě jednoznačné predominance zácpy.

Psychofarmaka

Nemocným s lehkou formou IBS psychofarmaka nepodáváme. Na druhé straně však například anxiolytika, většinou jde o benzodiazepinové přípravky, jsou nemocným v klinické praxi běžně ordinována, a to i u lehkých forem IBS. Je to často na úkor sice časově náročnější, ale o to zodpovědnější nefarmakologické péče o nemocné s IBS. Pokud se ale jedná o středně těžkou nebo dokonce těžkou formu IBS, měli

proLékaře.cz | 12.11.2026

bychom léčebnou strategii konzultovat s psychologem a psychiatrem, zejména u nemocných s podezřením na depresi.

Další léčebné možnosti

Jde zejména o probiotika a orální cestou nevstřebatelná antibiotika. Intenzivně se studují další medikamentózní možnosti. Jedná se například o antagonisty receptorů pro cholecystokinin, tachykinin, muskarin, somatostatin či agonisty receptorů pro opiáty či alfa 2-adrenergní receptory. Nicméně vše zmíněné je zatím ve stadiu výzkumu. U některých nemocných může být efektivní lázeňská léčba, zejména pro roborující účinek.

Nežádoucí účinky léků IBS na kardiovaskulární systém

Účinek léků používaných v terapii IBS je zaměřen na střevo, případně centrální nervovou regulaci, proto by měly ostatní systémy ovlivňovat jen minimálně. Nicméně v případě vyšších dávek nebo při podávání více léčiv s podobným mechanizmem účinku může dojít i k takovým nežádoucím efektům.

U pacientů užívajících laxativa je třeba věnovat pozornost zejména jejich možnému hypokalemizujícímu účinku. Jiné hypokalemizující léky jako glukokortikoidy nebo diuretika mohou tento nežádoucí účinek samozřejmě potencovat.

Při podávání spazmoanalgetik je třeba mít na paměti, že prakticky všechny léky této skupiny mají parasympatolytický účinek. Tachykardie, která je jedním z jeho projevů, se vyskytuje velmi vzácně a je obvykle projevem předávkování nebo lékové interakce. Je třeba mít se na pozoru zejména u pacientů, kteří mají častější projevy parasympatolytického syndromu, tedy sucho v ústech, poruchu vidění nebo retenci moči. Je vhodné připomenout, že parasympatolytické účinky má i většina antidepresiv i jiných psychofarmak včetně anxiolytik, antihistaminik i antiemetik. Kombinace více takových léků může zvyšovat riziko výskytu tachyarytmií.

Také u sulpiridu je možný výskyt parasympatolytických nežádoucích účinků včetně tachykardie. Nicméně tento lék stejně jako mnoho jiných antipsychotik vykazuje i proarytmogenní potenciál, tedy riziko long-QT syndromu a případně i vznik maligní komorové tachyarytmie typu torsades-de-pointes. Riziko je významně zvýšeno při kombinaci s jinými léky:

- bradykardizujícími léčivy, jako jsou β-blokátory, Ca blokátory verapamilového a diltiazemového typu, digoxin a klonidin,
- léky vyvolávající hypokalemii, jako diuretika, stimulační laxativa, amfotericin B, glukokortikoidy,
- antiarytmika třídy Ia a třídy III (amiodaron, sotalol),
- haloperidol, tricyklická antidepresiva a některé další, méně používané léky.

Ostatní uváděné nežádoucí kardiovaskulární účinky sulpiridu jsou spíše skupinové efekty antipsychotik, které se vyskytují při podávání vyšších dávek u starších pacientů. Jde zejména o žilní trombembolie a cévní mozkové příhody. Jejich zvýšený výskyt při nízkém dávkování v gastroenterologii je však velmi nepravděpodobný.

Lze tedy konstatovat, že léčba IBS je z hlediska kardiovaskulárních rizik velmi bezpečná, nicméně pokud pacient užívá více léků, zejména těch s možným účinkem na převodní systém srdeční, je třeba zvýšené opatrnosti [23–25].

Literatura

1. Thomayer J. Pathologie a Therapie Nemocí Vnitřních. Praha: Bursík & Kohout 1921; 831–832.
2. Thompson WG, Longstreth G, Drossman DA et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gut 1999; 45 (Suppl 2): II43–II47.
3. Thompson WG. Irritable Bowel Syndrome. In: Drossman DA (ed). The Functional Gastrointestinal Disorders Rome II. 2nd ed. Virginia USA: Denon Associates McLean 2000; 355–375.
4. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology 2006; 130: 1337–1390.
5. Bureš J. Neměli bychom léčit Římská kriteria ale pacienta. Čes a Slov Gastroent a Hepatol 2008; 62: 139–141.
6. Torsoli A et. al. Working Team Reports. Gastroenterol Internat 1991; 4: 189–190.
7. Almy TP. Digestive disease as a national problem. II. A white paper by the American Gastroenterological Association. Gastroenterology 1967; 53: 821–833.
8. Thompson WG. Gender differences in irritable bowel symptoms. Eur J Gastroenterol Hepatol 1997; 9: 299–302.
9. Akbar A, Walter JR, Ghosh S. Review artical: visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome: molecular mechanisms and therapeutic agens. Aliment Pharmacol Ther 2009; 30: 423–435. doi: 10.1111/j.1365-2036.2009.04056.x.
10. Ritchie J. Pain from distension of the colon by inflanting a balloon in the irritable colon syndrome. Gut 1973; 14: 125–132.
11. Serra J, Azpiroz F, Malagelada JR. Impaired transit and tolerance of intestina gas in the irritable bowel syndrome. Gut 2001; 48: 14–19.
12. Herschbach P, Henrich G, von Rad M. Psychological factors in functional gastrointestinal disorders: characteristic of the disorder or of the illness behaviour? Psychosom Med 199; 61: 148–153.
13. Chaudhary NA, Truelove SC. The irritable colon syndrome. A study of the clinical features, predisponsing causes and prognosis in 130 causes. Q J Med 1962; 31: 307–322.
14. Barbara G, De Giorgio R, Deng Y et al. Role of immunologic factors and cyclooxygenase 2 in persistent postinfective enteric muscle dysfunction in mice. Gastroenterology 2001; 120: 1729–1736.
15. Isgar B, Harman M, Kaye MD et al. Symptoms of irritable bowel syndrome in ulcerative colitis in remission. Gut 1983; 24: 190–192.
16. Dunlop SP, Jenkins D, Spiller RC. Distinctive clinical, psychological, and histological feature of postinfective irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterology 2003; 98: 1578–1583.
17. Cremonini F, Talley NJ. Review article: the owerlap between functional irritable bowel syndrome – a tale of one or two disorders? Aliment Pharmacol Ther 2004; 20 (Suppl 7): 40–49.
18. Inadomi JM, Fennerty MB, Björkman D. Systematic review: the ecomomic impact of irritable bovel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 2003; 18: 671–682.
19. Lucini D, Pagani M. From stress to functional syndromes: an internist's point of view. Eur J Intern Med 2012; 23: 295–301. doi: 10.1016/j.ejim.2011.11.016.
20. Hilgard ER. Hypnotic Susceptibility. NY USA: Brace & World. Inc. 1965.
21. Kratochvíl S. Gastrointestinální poruchy. In: Kratochvíl S. (ed) Klinická hypnóza. 2. vyd.; Praha: Grada Publishing 2001: 186–192.
22. Honzák R. Pohled psychiatra na funkční poruchy trávicího systému. In: Lukáš K et al. (eds). Funkční poruchy trávicího trakt. Praha: Grada Publishing 2003: 174–192.
23. Sweetman SC (ed). Martindale: The Complete Drug Reference. 37th ed. London: Pharmaceutical Press 2011.
24. Stöllberger C, Huber JO, Finsterer J. Antipsychotic drugs and QT prolongation. Int Clin Psychopharmacol 2005; 20: 243–251.
25. Tisdale JE, Miler DA. Drug-Induced Diseases: Prevention, Detection, and Management (2nd Ed) Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists 2010.

Doručeno do redakce: 15. 5. 2014
Přijato po recenzi: 27. 5. 2014

prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc.
www.fnol.cz
jiri.ehrmann@fnol.cz