Check for updates

DOI: 10.1111/tog.70025
The Obstetrician & Gynaecologist
http://onlinetog.org

2026;28:16–29

Przegląd

Postępowanie w przypadku przewlekłego bólu w ciąży

Lawrence Hutchinson BSc, MBBS, FRCA, PGCert,*[a] Chiara Petrosellini BSc, MBBS, MRCOG,[b]
Dermot McGuckin MB, BCh, BAO, MSc, FRCA, FFPMRCA,[c] James O'Carroll MBBS, FRCA,[d]
Dimitrios Siassakos MBBS, MDRes, MSc(HSM), PgDip.MedEd, DLSHTM, FRCOG,[e] Sohail Bampoe BSc, MBBS, MSc, FRCA[f]

[a] Rejestrator ST5 w dziedzinie anestezjologii, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, Londyn WC1E 6AU, Wielka Brytania
[b] Honorowy pracownik naukowy ds. badań klinicznych, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, Londyn WC1E 6AU, Wielka Brytania [c] Konsultant w dziedzinie medycyny bólu i anestezjologii, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, Londyn WC1E 6AU, Wielka Brytania [d] Konsultant w dziedzinie anestezjologii, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, Londyn WC1E 6AU, Wielka Brytania
[e] Profesor i honorowy konsultant w dziedzinie położnictwa, University College London/University College London Hospital, Londyn WC1E 6AU, Wielka Brytania [f] Profesor i konsultant w dziedzinie anestezjologii i medycyny okołooperacyjnej, University College London/University College London Hospitals NHS Foundation Trust, Londyn WC1E 6AU, Wielka Brytania
Korespondencja: Lawrence Hutchinson. E-mail: l.hutchinson4@nhs.net

Przyjęto 27 września 2025 r.

Najważniejsze treści

- Przewlekły ból ma coraz większe znaczenie w praktyce klinicznej i może dotyczyć znacznej części kobiet w ciąży. Skuteczne leczenie wymaga równowagi między odpowiednią kontrolą bólu a minimalizacją ryzyka dla płodu.
- Leki przeciwbólowe mają zróżnicowane profile bezpieczeństwa pod względem teratogenności, wyników ciąży i rozwoju noworodków.
- Postępowanie nie ogranicza się do terapii farmakologicznych i ważne jest, aby znać dostępne opcje niefarmakologiczne jako alternatywę lub uzupełnienie leków.
- Chociaż leczenie bólu przewlekłego ma charakter multidyscyplinarny, to położnicy odgrywają kluczową rolę w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia w ciąży i muszą być zaznajomieni z aktualnymi dowodami naukowymi, aby zapewnić bezpieczną opiekę.
- Obecne wytyczne dotyczące bólu przewlekłego nie uwzględniają kwestii specyficznych dla ciąży. Przedstawiamy aktualne dane naukowe dotyczące stosowanie leków przeciwbólowych w okresie okołoporodowym oraz omówienie, w jaki sposób interwencje niefarmakologiczne mogą przynieść korzyści kobietom w ciąży cierpiącym na przewlekłe dolegliwości bólowe.

Cele nauczania

- Zapoznanie się z farmakologicznymi i niefarmakologicznymi metodami leczenia bólu przewlekłego oraz ich zastosowaniem w ciąży.
- Zrozumienie dostępnych dowodów dotyczących bezpieczeństwa leków przeciwbólowych stosowanych w okresie okołoporodowym.
- Zrozumienie niefarmakologicznych metod leczenia bólu przewlekłego oraz tego, w jaki sposób mogą one przynieść korzyści kobietom w ciąży cierpiącym na ból przewlekły.

Słowa kluczowe: opieka przedporodowa / zaburzenia medyczne w ciąży / anestezjologia położnicza / analgezja położnicza

Proszę cytować ten artykuł jako: Hutchinson L, Petrosellini C, McGuckin D, O'Carroll J, Siassakos D, Bampoe S. Leczenie bólu przewlekłego w ciąży. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2026;28:16–29. https://doi.org/10.1111/tog.70025

Wprowadzenie

Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań nad Bólem definiuje ból jako „nieprzyjemne doznanie sensoryczne i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanki lub przypominające takie doznanie". Ból określa się jako przewlekły, gdy utrzymuje się lub nawraca przez okres dłuższy niż 3 miesiące.[1] Ból przewlekły dotyka od jednej trzeciej do połowy populacji Wielkiej Brytanii, a jego częstość wzrasta wraz z wiekiem i nieproporcjonalnie dotyka kobiety.[2] Dokładna częstość występowania w ciąży nie jest znana, a obraz sytuacji dodatkowo komplikuje fakt, że sama ciąża wiąże się z bólem. Jednak dostępne dane wskazują, że nawet 28% kobiet w ciąży cierpi na istniejący wcześniej przewlekły ból.[3,4] Zrozumienie przewlekłego bólu jest zatem niezbędne dla położników i ginekologów.

W przypadku bólu przewlekłego funkcjonalne i strukturalne zmiany w układzie nerwowym powodują ból, który jest nieproporcjonalny do urazu wywołującego lub całkowicie od niego niezależny. Może to również objawiać się jako nowy stan bez żadnej przyczyny leżącej u jego podstaw.[1,5] Ból przewlekły stanowi złożoną interakcję między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. W konsekwencji tradycyjne podejście do leczenia bólu oparte na drabinie bólu WHO, pierwotnie opracowanej w 1986 r. przez Światową Organizację Zdrowia w celu leczenia bólu nowotworowego i dostosowanej do bólu ostrego, zazwyczaj nie ma zastosowania. Ból przewlekły wymaga oceny i leczenia dostosowanych do konkretnego schorzenia. Opiera się to na zrozumieniu natury bólu oraz podejściu biopsychospołecznym. Te wyjątkowe wyzwania kliniczne są dodatkowo komplikowane przez ciążę.

© 2026 Autorzy. *The Obstetrician & Gynaecologist,* wydawane przez John Wiley & Sons Ltd w imieniu Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Jest to artykuł dostępny na zasadach otwartego dostępu zgodnie z warunkami licencji Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs, która zezwala na wykorzystanie i rozpowszechnianie w dowolnym medium, pod warunkiem prawidłowego cytowania oryginalnego dzieła, wykorzystania w celach niekomercyjnych oraz braku modyfikacji lub adaptacji.

Przedstawiamy przegląd klasyfikacji bólu przewlekłego, dowodów dotyczących bezpieczeństwa okołoporodowego terapii farmakologicznych, dostępnych metod niefarmakologicznych oraz ich zastosowania w leczeniu bólu przewlekłego w ciąży.

Klasyfikacja bólu przewlekłego

Ból jest złożonym zjawiskiem, do którego klasyfikacji istnieje wiele podejść. Ból ostry trwa krócej niż 3 miesiące i pełni rolę adaptacyjną, wywołując zachowania ochronne, które zapobiegają dalszym uszkodzeniom. Ból przewlekły trwa dłużej niż 3 miesiące i nie pełni funkcji adaptacyjnej, ponieważ utrzymuje się dłużej niż przewidywany czas gojenia się tkanki.[1]

Ból przewlekły można podzielić na pierwotny i wtórny (rys. 1). Przewlekły ból pierwotny uznaje się za samodzielną chorobę (np. fibromialgia). Powstaje on bez wyraźnej przyczyny jnej, wiąże się ze znacznym cierpieniem emocjonalnym i/lub niepełnosprawnością funkcjonalną i nie da się go lepiej wyjaśnić innym schorzeniem.[1] Przewlekły ból wtórny występuje jako następstwo podstawowego procesu chorobowego (np. przewlekły ból pooperacyjny). Należy zauważyć, że przewlekły ból pierwotny i wtórny mogą współistnieć, a ból, który początkowo jest wtórny do przyczyny podstawowej, może utrzymywać się po ustąpieniu stanu patologicznego. Do najczęściej występujących stanów przewlekłego bólu w ciąży należą bóle szyi, pleców, głowy, miednicy i brzucha.[3]

Ból klasyfikuje się również według mechanizmu leżącego u jego podstaw jako nocyceptywny, neuropatyczny lub nocyplastyczny. Ból nocyceptywny to ból wynikający ze stymulacji neuronów czuciowych w wyniku rzeczywistego lub potencjalnego uszkodzenia tkanki nie nerwowej, na przykład mechanicznego rozciągania powodującego ból więzadła okrężnego. Ból neuropatyczny to kliniczny opis bólu wynikającego z uszkodzenia somatosensorycznego układu nerwowego, na przykład cukrzycowej neuropatii obwodowej lub bolesnego zespołu cieśni nadgarstka. Ból nocyplastyczny wynika ze zmienionego postrzegania bólu, ale przy braku rzeczywistego lub potencjalnego uszkodzenia tkanki lub zmiany w somatosensorycznym układzie nerwowym, na przykład w przypadku fibromialgii.

Równoważenie ryzyka

Ból ma głęboki wpływ na jakość życia, nastrój i sprawność fizyczną. Niewłaściwa kontrola bólu może prowadzić do lęku, depresji i zaburzeń snu, ograniczając zdolność matki do wykonywania codziennych czynności lub opieki nad noworodkiem.[6] Nieleczony ból przewlekły może wiązać się ze zmianami neuroplastycznymi, które dodatkowo przyspieszają postęp bólu, utrudniając leczenie.[5] Ryzyko związane ze źle kontrolowanym bólem należy zrównoważyć potencjalnym ryzykiem związanym ze stosowaniem leków przeciwbólowych w okresie okołoporodowym. Porady przedkoncepcyjne, współpraca wielodyscyplinarna oraz wczesne skierowanie do specjalisty mają kluczowe znaczenie w tych rozmowach. Ważne jest również przewidywanie większego zapotrzebowania na środki przeciwbólowe w okresie okołoporodowym u pacjentek z przewlekłymi schorzeniami bólowymi, co wymaga wczesnego zaangażowania zespołu anestezjologicznego

Chociaż stosowanie niektórych leków przeciwbólowych wiąże się z niekorzystnymi wynikami okołoporodowymi[7], niewłaściwe przepisywanie leków może prowadzić do nieprawidłowego stosowania leków dostępnych bez recepty[6], których ryzyko nie jest w pełni poznane. W retrospektywnym badaniu kohortowym kobiet w ciąży cierpiących na przewlekły ból 95% przyjmowało co najmniej jeden lek na receptę w okresie przedporodowym, przy czym najczęściej były to paracetamol i opioidy.[3] W tym samym badaniu tylko 20% stosowało metody niefarmakologiczne.[3] Te niefarmakologiczne podejścia mają kluczowe znaczenie w leczeniu przewlekłego bólu i mogą być stosowane zamiast leków lub w celu umożliwienia stosowania ich w możliwie najniższych dawkach.

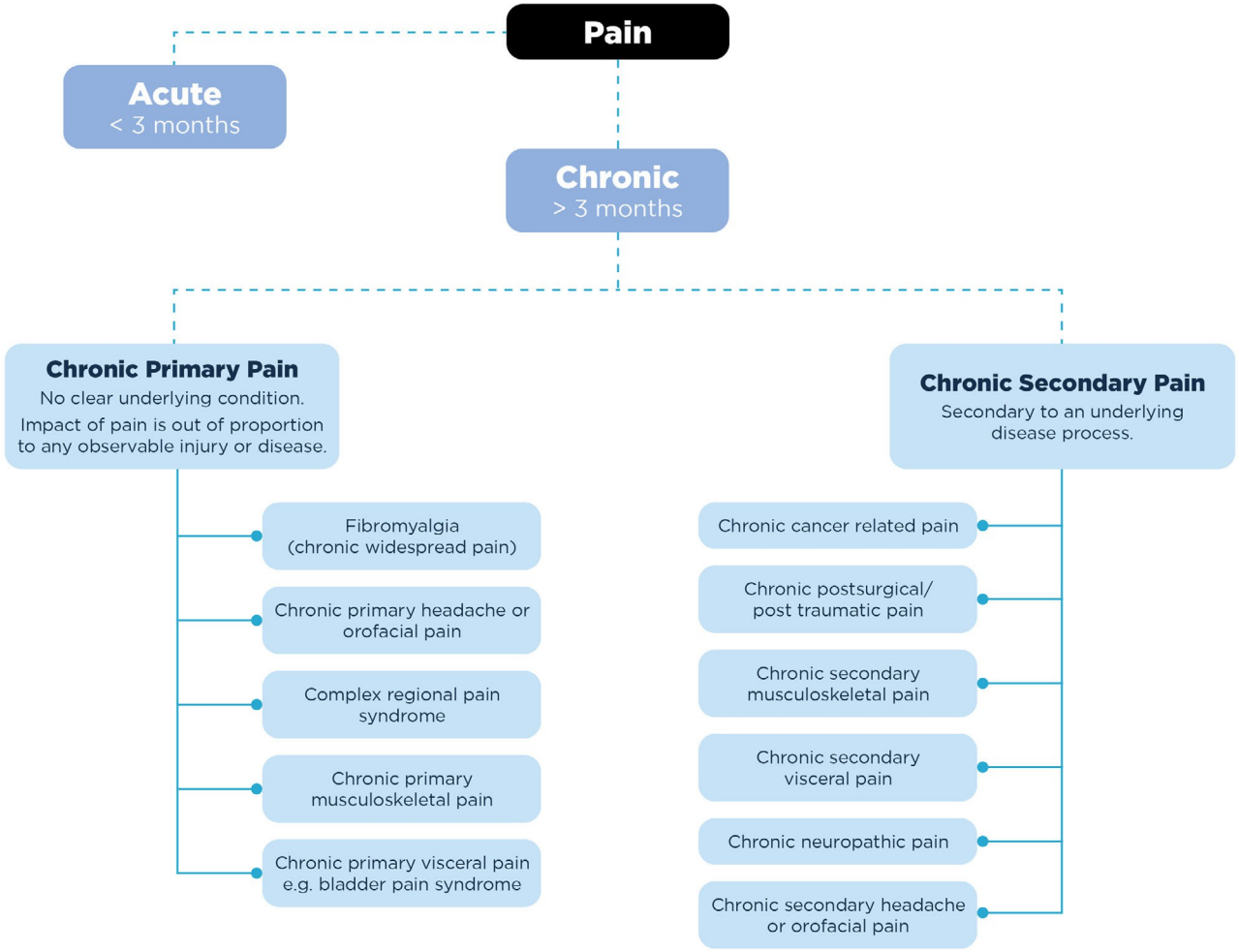
Ograniczenia istniejących dowodów i wytycznych

Badania nad konkretnymi lekami w ciąży są ograniczone ze względu na kwestie etyczne oraz częste wykluczanie kobiet w ciąży z randomizowanych badań kontrolowanych.[8] Informacje na temat bezpieczeństwa reprodukcyjnego leków często pochodzą z retrospektywnych badań obserwacyjnych, w których trudno jest uwzględnić czynniki zakłócające , takie jak , , oraz . Ograniczenia te należy wziąć pod uwagę przy ocenie dowodów dotyczących bezpieczeństwa leków w okresie okołoporodowym.

Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki (NICE) opracował wytyczne dotyczące postępowania w przypadku bólu przewlekłego.[9] Ciąża stanowi jednak wyjątkowe wyzwanie i obecnie brakuje konkretnych wytycznych. Ponadto Wydział Medycyny Bólu (FPM)[10] oraz Brytyjskie Towarzystwo Bólu (BPS)[11] wyrażają odmienne od NICE poglądy na temat niefarmakologicznego leczenia bólu przewlekłego. Rozbieżności między organizacjami zawodowymi mogą dodatkowo komplikować podejmowanie decyzji klinicznych. Pomimo tych wyzwań dostępne są oparte na dowodach naukowych materiały wspierające postępowanie okołoporodowe (Tabela 1).

Przewlekłe schorzenia bólowe i złożone zespoły bólowe prawdopodobnie wymagają multidyscyplinarnego leczenia specjalistycznego.[12] Nie zalecamy rozpoczynania leczenia przez lekarza niespecjalistę. Kobiety w ciąży lub planujące ciążę, które cierpią na przewlekły ból, powinny być kierowane do specjalistów doświadczonych w leczeniu tego schorzenia w okresie ciąży. W przypadku braku wyspecjalizowanej placówki leczenie powinno być prowadzone przez doraźny zespół wielodyscyplinarny, dostosowany do potrzeb pacjentki. W skład takiego zespołu powinni wchodzić: położnicy posiadający doświadczenie w medycynie matczynej, lekarze specjalizujący się w leczeniu przewlekłego bólu, neonatolodzy, fizjoterapeuci oraz psychologowie.

13446967, 2026, 1, pobrane ze strony https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 autorstwa Ewy Barzak-Radomańskiej - Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiedniej licencji Creative Commons.



Rysunek 1. Ból przewlekły definiuje się jako ból utrzymujący się lub nawracający przez okres dłuższy niż 3 miesiące. Można go sklasyfikować jako pierwotny, gdy nie da się go lepiej wyjaśnić innym schorzeniem, lub wtórny, gdy występuje w kontekście możliwej do zidentyfikowania choroby podstawowej. Rysunek ten ilustruje klasyfikację pierwotną i wtórną zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób (ICD-11).

W stosownych przypadkach przed rozważeniem terapii farmakologicznej należy podjąć próby interwencji niefarmakologicznych.[12] Jeśli interwencje niefarmakologiczne okażą się nieskuteczne lub nieodpowiednie, specjalnie powołany zespół multidyscyplinarny może rozważyć zastosowanie leków stosowanych w leczeniu tego schorzenia u populacji kobiet niebędących w ciąży. Modyfikacja istniejących schematów leczenia powinna odbywać się pod nadzorem specjalistów i zgodnie z zaleceniami MHRA. W przeciwieństwie do schorzeń takich jak padaczka, istnieje niewiele sytuacji, w których konkretne leki będą absolutnym wymogiem w leczeniu bólu przewlekłego.

Leczenie farmakologiczne

Istnieje szereg środków farmakologicznych stosowanych w leczeniu bólu przewlekłego. Obejmują one proste środki przeciwbólowe, opioidy, leki przeciwdepresyjne i przeciwdrgawkowe, takie jak terapie konopiami indyjskimi, ketaminą i lidokainą, wykraczają poza zakres niniejszego artykułu.

Leki przeciwbólowe

Leki przeciwbólowe działają poprzez zakłócanie szlaków przekazywania sygnałów bólowych w obwodowym i ośrodkowym układzie nerwowym. Oddziałują one na różne szlaki w celu modulowania odczuwania bólu, w tym poprzez hamowanie mediatorów stanu zapalnego, modulowanie uwalniania neuroprzekaźników oraz bezpośrednie blokowanie sygnałów.

Paracetamol

Paracetamol jest lekiem z grupy stosowanym w leczeniu łagodnego do umiarkowanego bólu ostrego. Może być również stosowany w niektórych stanach bólu przewlekłego, w tym w bólach głowy, oraz w terapii skojarzonej w przewlekłym bólu krzyża (CLBP). Mechanizm działania nie został w pełni wyjaśniony; jednakże,

 © 2026 Autorzy. Czasopismo „*The Obstetrician & Gynaecologist*" wydawane przez John Wiley & Sons Ltd w imieniu Królewskiego Kolegium Położników i Ginekologów.

17444667, 2026, 1, pobrane ze strony https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 autorstwa Ewy Barzak-Radomańskiej - Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiedniej licencji Creative Commons.

13644667, 2026, 1, pobrane ze strony https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 przez Ewa Basczak-Radomańska – Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiedniej licencji Creative Commons.

Tabela 1. Przydatne zasoby dotyczące postępowania w przypadku przewlekłego bólu w ciąży

Brytyjska Służba Informacyjna ds. Teratologii (UKTIS) https://uktis.org/monographs/: Leczenie bólu w Pregnancy	pain-management-in-pregnancy/
Najlepsze stosowanie leków w ciąży (BUMPS)	https://www.medicinesinpregnancy.org/
Dokument naukowy RCOG nr 59: Przewodniki dotyczące okresu przedporodowego i poporodowego wytyczne/ Znieczulenie	https://www.rcog.org.uk/wytyczne/przeglądaj-wszystkie-scientific-impact-papers/antenatal-and-postnatal-analgesia-scientific-impact-paper-no-59/
Baza danych leków i karmienia piersią (LactMed)	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/
Brytyjskie Towarzystwo Bólu: Katalog programów leczenia bólu	https://www.britishpainsociety.org/british-pain-society-publications/pain-management-programmes-directory/

może to wiązać się z hamowaniem syntezy prostaglandyn.[6] Paracetamol jest szeroko stosowany w okresie okołoporodowym i uważany jest za bezpieczny w ciąży[6] oraz podczas karmienia piersią.[13]

W najnowszych badaniach próbowano znaleźć związek między stosowaniem paracetamolu w okresie przedporodowym a niekorzystnymi skutkami w dzieciństwie. Niedawna metaanaliza wykazała zwiększone ryzyko astmy (współczynnik szans 1,34 [1,22–1,48]) i świszczącego oddechu (współczynnik szans 1,31 [1,12–1,54]).[14] Dostęp do danych dotyczących czynników zakłócających był jednak ograniczony. W ogólnokrajowym badaniu kohortowym odnotowano nieznacznie zwiększone ryzyko autyzmu (HR 1,05 [1,02–1,08]), zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) (HR 1,07 [1,05–1,10]) oraz niepełnosprawności intelektualnej (HR 1,05 [1,00–1,10]) w związku z ekspozycją na paracetamol w okresie prenatalnym; jednak efekt ten zanikał po przeprowadzeniu analizy par rodzeństwa. Opisano również potencjalny związek między ekspozycją na paracetamol a zaburzeniami rozwoju reprodukcyjnego, ale odpowiednie badania wykazują znaczne niespójności i zróżnicowaną kontrolę czynników zakłócających.[15]

Dostępne dowody dotyczące tych możliwych powiązań są niespójne, a znaczenie czasu podania leku, dawkowania i czasu trwania leczenia pozostaje niejasne. Brak tych informacji oraz nieuwzględnienie kluczowych czynników zakłócających sprawiają, że obecność jakiegokolwiek związku jest niepewna, a przedstawienie szacunków ryzyka w wartościach bezwzględnych jest obecnie trudne. Kobiety powinny zostać poinformowane, że aktualne wytyczne wskazują, iż paracetamol jest bezpieczny, jednak ze względu na jego powszechne stosowanie ważne są świadome rozmowy na ten temat.

Niesteroidowe leki przeciwzapalne

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) wywierają swoje działanie poprzez hamowanie enzymów cyklooksygenazy (COX), zapobiegając tworzeniu się nocyceptywnych mediatorów zapalenia. Są one stosowane w leczeniu zarówno ostrego, jak i przewlekłego bólu nocyceptywnego. Doniesienia dotyczące powiązań między stosowaniem NLPZ w okresie prenatalnym a niekorzystnymi wynikami okołoporodowymi są niespójne, a moment ekspozycji wydaje się być kluczowym czynnikiem determinującym ryzyko.

Dane z metaanalizy wykazały istotny związek między ekspozycją na NLPZ w pierwszym trymestrze ciąży a poważnymi wadami wrodzonymi.[16] Stwierdzono konkretny związek między stosowaniem NLPZ a wrodzonymi wadami serca, co pokrywa się z wynikami szeroko zakrojonego ogólnokrajowego badania kohortowego.[17] W ujęciu bezwzględnym, przy założeniu ryzyka podstawowego wrodzonych wad serca wynoszącego 1%, statystyki te sugerowałyby ryzyko bezwzględne poniżej 2% w ciążach, w których doszło do ekspozycji. NLPZ wiąże się również z niską masą urodzeniową i małowodziem, przy czym najsilniejszy związek stwierdzono w przypadku ekspozycji na inhibitory COX-2 trwającej dłużej niż 10 dni we wczesnej ciąży.[17] Długotrwałe stosowanie w późnym drugim i trzecim trymestrze wiąże się z pięciokrotnym wzrostem ryzyka małowodzia oraz 0,5% ryzykiem zwężenia przewodu tętniczego.[18] Ze względu na dobrze udokumentowany związek między ekspozycją na NLPZ w trzecim trymestrze a przedwczesnym zamknięciem przewodu tętniczego, aktualne wytyczne zalecają stosowanie wyłącznie przed 28. tygodniem ciąży i przez możliwie najkrótszy czas.[19]

Chociaż aspiryna w małych dawkach jest stosowana w profilaktyce stanu przedrzucawkowego, porodu przedwczesnego i małej masy urodzeniowej w stosunku do wieku ciążowego, długotrwałe stosowanie dawek przeciwbólowych (>300 mg/dobę) w późnej ciąży wiąże się z przedwczesnym zamknięciem przewodu tętniczego i dlatego nie jest zalecane.[20]

Przenikanie ibuprofenu i diklofenaku do mleka matki jest niewielkie [13],a leki te są NLPZ z wyboru w okresie poporodowym [6].

Opioidy

Wskazania do stosowania opioidów w stanach przewlekłego bólu są ograniczone, a silne opioidy są stosowane głównie w leczeniu bólu nowotworowego. Stosowanie opioidów w ostrych nawrotach bólu przewlekłego powinno być ograniczone czasowo i stanowić uzupełnienie strategii niefarmakologicznych. Opioidy mogą być również stosowane w ciąży w celu detoksykacji lub w terapii substytucyjnej (np. metadon), gdy ból współwystępuje z zaburzeniami związanymi z używaniem opioidów.[21] Częste stosowanie opioidów może również wystąpić w leczeniu ostrych kryzysów bólowych w kontekście anemii sierpowatej w czasie ciąży. Pacjentki te stanowią grupę z przewlekłym bólem wtórnym, która prawdopodobnie ponosi znaczne obciążenie opioidami i wynikającą z tego ekspozycją płodu.

Dane z metaanalizy nie wykazały związku między ekspozycją na przepisane opioidy w pierwszym trymestrze ciąży a poważnymi wadami wrodzonymi.[22] Stwierdzono możliwe słabe powiązania z wadami układu pokarmowego i rozszczepem podniebienia,

ale nie osiągnęło ono istotności statystycznej. Autorzy podkreślają konieczność zachowania ostrożności ze względu na ograniczenia metodologiczne uwzględnionych badań. Stosowanie opioidów w ciąży wiąże się również z niewielkim wzrostem ryzyka zaburzeń neuropsychiatrycznych, w tym ADHD i niepełnosprawności intelektualnej (HR 1,07 [1,05–1,10]).[23] Związek ten zanika jednak w porównaniu z rodzeństwem, które nie było narażone na działanie tych leków. Analizy podgrup wykazały zwiększone ryzyko zaburzeń neuropsychiatrycznych w przypadku ekspozycji w pierwszym trymestrze ciąży (HR 1,11 [1,07–1,15]), wyższych dawek opioidów (HR 1,15 [1,09–1,21]) oraz czasu stosowania przekraczającego 60 dni (HR 1,95 [1,24–3,06]). Kolejna metaanaliza wykazała związek między prenatalną ekspozycją na opioidy a niską masą urodzeniową, porodem przedwczesnym i śmiertelnością noworodków.[24] Jednak zaobserwowane różnice były niewielkie, a w większości badań nie dokonano stratyfikacji ekspozycji na opioidy według rodzaju, czasu, legalności lub ekspozycji na wiele środków.

NICE zaleca zastąpienie detoksykacji w przypadku uzależnienia od opioidów; jednak opieka powinna być multidyscyplinarna i angażować lekarzy posiadających odpowiednią wiedzę specjalistyczną.[25] Pacjentki z uzależnieniem od opioidów mogą odczuwać silniejszy lub nietypowy ból podczas porodu. Jednak tradycyjne metody przeciwbólowe są uważane za wystarczające. Należy zaproponować wczesną interwencję nerwowo-osiową z niskim progiem modyfikacji, jeśli znieczulenie okaże się niewystarczające. Objawy odstawienne i toksyczność należy leczyć tak samo jak w przypadku ogółu populacji.[26]

Stosowanie jakiegokolwiek opioidu, zwłaszcza w okresie okołoporodowym, wiąże się z ryzykiem depresji oddechowej i objawów odstawiennych u noworodków. Zespół abstynencyjny noworodków (NAS) może wystąpić u 55–94% noworodków, których matki nadużywały opioidów lub były nimi leczone w okresie przedporodowym.[27] Na ryzyko to wpływają rodzaj, dawka i czas ekspozycji. Kontrolowana detoksykacja opioidowa u kobiet w ciąży z zaburzeniami związanymi z używaniem opioidów może zwiększać ryzyko nawrotu w porównaniu z terapią substytucyjną, ale nie zmienia ryzyka wystąpienia NAS.[21] W przypadku kobiet, które długotrwale przyjmowały opioidy, kluczowe znaczenie ma wczesne zaangażowanie zespołu neonatologicznego.

Karmienie piersią zmniejsza potrzebę leczenia odstawiennego u niemowląt narażonych na działanie opioidów[27] i jest ogólnie zgodne ze stosowaniem opioidów. Podawanie powinno ograniczać się do niskich dawek przez możliwie najkrótszy czas, przy monitorowaniu noworodka. Kodeina nie jest zalecana podczas karmienia piersią ze względu na ryzyko wysokiego stężenia w osoczu u noworodków karmionych piersią przez matki o ultraszybkim metabolizmie, podczas gdy dihydrokodeina jest uważana za bezpieczniejszą alternatywę.[6] Kodeina jest naturalnym opioidem o niskim powinowactwie do receptorów w swojej naturalnej postaci, a jej działanie kliniczne zależy od aktywnych metabolitów. Zmienność genetyczna w zależnym od CYP2D6 metabolizmie kodeiny do jej aktywnych metabolitów powoduje wysokie stężenia w osoczu i mleku matki u osób o ultraszybkim metabolizmie.[6] Dihydrokodeina wywiera swoje działanie przeciwbólowe bezpośrednio i nie jest zależna od metabolizmu enzymatycznego. Nie wiąże się zatem z takim samym ryzykiem nieprzewidywalnych, wysokich stężeń aktywnej metabolity, które mogą powodować toksyczne działanie u noworodków. Tramadol i jego aktywny metabolit przenikają do mleka matki w ilościach mniejszych niż terapeutyczne dawki dla noworodków. Chociaż tramadol może powodować wzrost stężenia prolaktyny w surowicy matki, jest mało prawdopodobne, aby miało to wpływ na karmienie piersią, jeśli laktacja jest już ustabilizowana.[13]

Leki przeciwmigrenowe

Większość dowodów dotyczących stosowania leków przeciwmigrenowych w okresie okołoporodowym odnosi się do sumatryptanu, który nie wydaje się zwiększać ryzyka wystąpienia niekorzystnych skutków. W przeglądzie systematycznym i metaanalizie nie stwierdzono istotnego związku między ekspozycją na tryptany w okresie prenatalnym a poważnymi wadami rozwojowymi, niską masą urodzeniową lub porodem przedwczesnym.[28] Sumatryptan w ograniczonym stopniu przenika do mleka matki, charakteryzuje się niską biodostępnością po podaniu doustnym u niemowląt oraz jest zgodny z karmieniem piersią.[13]

Leki przeciwneuropatyczne

Leki przeciwneuropatyczne obejmują leki przeciwdepresyjne i przeciwdrgawkowe. Stosuje się je w przypadkach, gdy ból może być konsekwencją uszkodzenia somatosensorycznego układu nerwowego oraz w niektórych przewlekłych stanach bólu pierwotnego.

Leki przeciwdepresyjne

Leki przeciwdepresyjne są stosowane w leczeniu przewlekłego pierwotnego i wtórnego bólu neuropatycznego. Są one szeroko stosowane w okresie przedporodowym w leczeniu zaburzeń nastroju; szacuje się, że 3% kobiet w ciąży przyjmuje selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), 1% inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI), a 0,5% trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne.[29] SSRI mają największą bazę dowodową dotyczącą stosowania w ciąży; jednakże inne leki, takie jak amitryptylina i duloksetyna, odgrywają ważną rolę w leczeniu bólu przewlekłego.

Stosowanie niektórych leków z grupy SSRI w okresie przedporodowym wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wad sercowo-naczyniowych[30], jednak ryzyko bezwzględne pozostaje niskie i uważa się, że wynika ono częściowo z czynników zakłócających związanych z depresją[31].Spośród leków z grupy SSRI szczególne obawy budziła paroksetyna, ponieważ wczesne badania sugerowały 2-procentowe ryzyko wad serca u dzieci urodzonych przez kobiety, które przyjmowały ten lek w czasie ciąży, w porównaniu z ryzykiem podstawowym wynoszącym 1% w populacji ogólnej.[32] Większe i bardziej rzetelne metodologicznie badania, w których uwzględniono czynniki zakłócające związane z depresją matki, generalnie nie potwierdzają wzrostu ryzyka wad serca przy stosowaniu SSRI, co znajduje odzwierciedlenie w aktualnych informacjach dla pacjentów.[33]

Stosowanie SSRI w późnym okresie ciąży wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zespołu adaptacyjnego noworodków (ryzyko około 30% w porównaniu z ryzykiem wynoszącym 10% w populacji ogólnej)[34,35] oraz przetrwałego nadciśnienia płucnego noworodków (ryzyko około 2/1000 w porównaniu z ryzykiem podstawowym wynoszącym 3/1000).[36] Ryzyko to może budzić szczególne obawy w kontekście stosowania wielu leków jednocześnie.[31]

 © 2026 Autorzy. Czasopismo „*The Obstetrician & Gynaecologist*" wydawane przez John Wiley & Sons Ltd w imieniu Królewskiego Kolegium Położników i Ginekologów.

17444667, 2026, 1, Pobrane ze strony https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 autorstwa Ewy Barzak-Radomańskiej - Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiednim licencji Creative Commons.

W metaanalizach stwierdzono również niewielki wzrost ryzyka porodu przedwczesnego po ekspozycji płodu na jakikolwiek lek przeciwdepresyjny; jednak związane z tym skrócenie wieku ciążowego wynosi mniej niż 1 tydzień.[30]

Stosowanie leków serotoninergicznych w okresie tuż przed porodem może zwiększać ryzyko krwotoku poporodowego ze względu na ich wpływ na czynność płytek krwi.[31] W metaanalizie łączącej dane dotyczące wszystkich leków przeciwdepresyjnych i uwzględniającej historię chorób psychicznych stwierdzono względne ryzyko krwotoku poporodowego (PPH) wynoszące 1,32 [1,17–1,48] w porównaniu z grupą niestosującą leków przeciwdepresyjnych.[37] Przy założeniu ryzyka podstawowego pierwotnego PPH wynoszącego 26% w Wielkiej Brytanii [38], odpowiadałoby to szacowanemu ryzyku wynoszącemu około 34%. Ryzyko PPH było wyższe w przypadku stosowania SNRI niż SSRI oraz wyższe po porodzie przez cesarskie cięcie w porównaniu z porodem drogami natury [37].Co istotne, zwiększonego ryzyka PPH nie zaobserwowano, gdy leczenie lekami przeciwdepresyjnymi zostało przerwane co najmniej 1 miesiąc przed porodem . Dowody dotyczące zakresu krwawień związanych ze stosowaniem leków serotoninergicznych są ograniczone; jednakże w dużym badaniu przekrojowym odnotowano 4% częstość występowania PPH wymagającego transfuzji krwi w ciążach narażonych na działanie SSRI w porównaniu z 2,9% w ciążach nienarażonych na działanie leków psychotropowych (aOR 1,59 [1,24–2,0]).[39] Na bezwzględne ryzyko PPH duży wpływ ma kilka innych czynników klinicznych, dlatego porady powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb. Pragmatycznym podejściem byłoby zalecenie aktywnego postępowania w trzecim etapie porodu oraz omówienie ryzyka zwiększonego krwawienia z szerszym zespołem multidyscyplinarnym i odpowiednie zaplanowanie działań.

W każdej dyskusji na temat stosunku ryzyka do korzyści należy koniecznie uwzględnić wskazanie, dla którego przepisano lek przeciwdepresyjny. W przypadku zaburzeń nastroju ryzyko nawrotu zaburzeń psychicznych po odstawieniu SSRI prawdopodobnie znacznie przewyższy nieznacznie zwiększone ryzyko krwawienia;[31] jednak podejście to niekoniecznie ma zastosowanie w przypadku przewlekłego bólu.

Chociaż psychologiczne skutki działania leków przeciwdepresyjnych mogą być korzystne, nie jest to główny powód ich stosowania w leczeniu bólu przewlekłego. Mechanizm działania tych leków polega na wzmocnieniu modulującego wpływu serotoniny i noradrenaliny na centralne i obwodowe przekazywanie sygnałów bólowych.[40] Zmiany w terapii lekami przeciwdepresyjnymi nie powinny powodować nawrotu określonych zaburzeń nastroju, chyba że występują one współistniejąco. Wszelkie decyzje dotyczące leczenia powinny być podejmowane pod kierunkiem specjalisty i dostosowane do indywidualnych potrzeb, a w niektórych przypadkach ryzyko poważnego krwotoku może przewyższać korzyści wynikające ze stosowania leków przeciwdepresyjnych u poszczególnych pacjentów.

Duloksetyna jest lekiem z grupy SNRI, a dostępne dane nie wskazują na zwiększone ryzyko wad wrodzonych, poronienia lub porodu przedwczesnego.[7] Podobnie jak w przypadku SSRI, stosowanie w trzecim trymestrze ciąży wiąże się ze zwiększonym ryzykiem przetrwałego nadciśnienia płucnego u noworodków[31] oraz krwotoku poporodowego (PPH).[37] Obecne stosowanie SNRI wiąże się z ryzykiem względnym wynoszącym 1,79 [1,53–2,10] dla PPH w porównaniu z brakiem stosowania leków przeciwdepresyjnych, jednak trudno jest oszacować nasilenie krwawienia

. Ryzyko PPH wymagającego transfuzji krwi oszacowano na 5% u kobiet przyjmujących SNRI w porównaniu z 2,9% w populacji nienarażonej, jednak liczba użytkowniczek SNRI w tej próbie była niewielka, a wynik ten nie osiągnął istotności statystycznej.[39] Podobnie jak w przypadku SSRI, należy zalecać aktywne postępowanie w trzecim etapie porodu, a dyskusje na temat stosunku ryzyka do korzyści powinny być indywidualizowane. Zarówno SNRI, jak i trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne mogą prowadzić do niewielkiego wzrostu ciśnienia krwi, a ich stosowanie w ciąży wiąże się ze zwiększonym ryzykiem stanu przedrzucawkowego.[41] Pragmatycznym podejściem jest zaproponowanie domowego monitorowania ciśnienia krwi w ciążach z dodatkowymi czynnikami ryzyka nadciśnienia.

Amitryptylina jest trójpierścieniowym lekiem przeciwdepresyjnym często stosowanym w leczeniu bólu przewlekłego. Nortryptylina może być stosowana w przypadkach, gdy nie toleruje się skutków ubocznych amitryptyliny. Dowody dotyczące bezpieczeństwa reprodukcyjnego trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych są ograniczone; jednakże aktualne dane nie wskazują na wzrost częstości występowania wad wrodzonych.[7] Niektóre badania powiązały ich stosowanie z przedwczesnym porodem, niską masą urodzeniową i zaburzeniami oddychania. Jednakże efekty te obserwowano głównie w przypadku klomipraminy, która nie jest stosowana w leczeniu przewlekłego bólu.[31]

Większość leków przeciwdepresyjnych można stosować podczas karmienia piersią ze względu na ograniczone wydalanie do mleka matki.[31] Amitryptylina może powodować sedację u noworodków, a chociaż dane wskazują na niskie stężenie duloksetyny w mleku matki, w przypadku obu leków zaleca się kliniczne monitorowanie pod kątem senności.[13] Więcej informacji na temat monitorowania noworodków w kontekście stosowania leków przeciwdepresyjnych można znaleźć w poprzednim wydaniu tego czasopisma.[42]

Ryzyko związane ze stosowaniem wszystkich leków przeciwdepresyjnych w okresie okołoporodowym należy rozważyć w kontekście potencjalnego pogorszenia kontroli bólu i nasilenia objawów depresji, co może prowadzić do znacznego upośledzenia funkcjonowania. Nie należy nagle przerywać stosowania leków przeciwdepresyjnych ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu odstawienia.[31]

Leki przeciwdrgawkowe

Leki przeciwdrgawkowe są stosowane w leczeniu przewlekłego bólu pod nadzorem specjalisty. Obejmują one gabapentynoidy oraz leki takie jak walproinian sodu, lamotrygina i karbamazepina. W czasie ciąży należy stosować najniższe skuteczne dawki ze względu na powiązania z poważnymi wadami wrodzonymi i problemami neuropsychiatrycznymi.[43]

Gabapentyna i pregabalina to leki z grupy gabapentynoidów, które hamują presynaptyczne kanały wapniowe zależne od napięcia, zmniejszając pobudliwość neuronów i uwalnianie neuroprzekaźników pobudzających, biorących udział w przekazywaniu sygnałów bólowych. Istnieją ograniczone dane dotyczące bezpieczeństwa ich stosowania w ciąży.

Nie ma wystarczających dowodów, aby przedstawić solidne szacunki ryzyka bezwzględnego wystąpienia wad wrodzonych związanych z ekspozycją na gabapentinoidy.[43] W metaanalizie dotyczącej ekspozycji na gabapentynę w dowolnym trymestrze ciąży stwierdzono zwiększone ryzyko poważnych (RR 1,44 [1,28–1,61]) i sercowych (RR 1,66 [1,11–2,47]) wad wrodzonych oraz a zwiększone ryzyko

17446667, 2026, 1, Pobrane ze strony https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 autorstwa Ewy Barzak-Radomańskiej - Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiednim licencji Creative Commons.

przyjęcie na oddział intensywnej terapii noworodkowej (RR 3,15 [2,90–3,41]).[44]Wyniki te należy interpretować z ostrożnością, ponieważ nie uwzględniono wskazań do stosowania gabapentyny i nie można wykluczyć resztkowego wpływu czynników zakłócających związanych z padaczką. W danych prospektywnych uwzględnionych w tej analizie nie stwierdzono związku między ekspozycją na gabapentynę w pierwszym trymestrze ciąży ( ) a wadami wrodzonymi. W późniejszym przeglądzie systematycznym zidentyfikowano również możliwy związek między stosowaniem gabapentyny w okresie prenatalnym a porodem przedwczesnym (aRR 1,28 [1,08–1,52]), stanem przedrzucawkowym (aRR 1,43
[1,03–2,00]) oraz małą masą urodzeniową w stosunku do wieku ciążowego (aRR 1,39 [1,01–1,91]).[45] Wyniki te opierają się jednak na jednym badaniu.[46] Chociaż w omawianym badaniu uwzględniono szereg potencjalnych czynników zakłócających, mogły istnieć inne czynniki przyczyniające się do dysfunkcji łożyska w ciążach narażonych na gabapentynę, które pozostały nie uwzględnione.

Ograniczone dane dotyczące stosowania pregabaliny w ciąży sugerują możliwy związek z wadami rozwojowymi płodu; badania te spotkały się jednak z krytyką ze względu na niewielką wielkość efektu i niską jakość metodologiczną.[47] Chociaż ekspozycja na pregabalinę w okresie okołoporodowym ( ) wiązała się z 1,3- do 1,4-krotnym wzrostem częstości występowania poważnych wad wrodzonych w porównaniu z aktywnymi lekami porównawczymi, szacunki ryzyka były nieprecyzyjne, a ryzyko bezwzględne niewielkie.[48] Stosowanie pregabaliny wiązało się również z 1,2-krotnym ryzykiem ADHD w porównaniu z brakiem ekspozycji, choć nie było to statystycznie istotne w porównaniu z ciążami, w których stosowano inne leki przeciwdrgawkowe. Stosowanie pregabaliny w okresie przedporodowym wiązało się również z poronieniem,[45] jednak ograniczona liczba badań i mała wielkość próby ograniczają możliwość uogólnienia tych wyników.

Stosowanie gabapentynoidów w okresie okołoporodowym wiąże się z objawami odstawienia u noworodków, dlatego niezbędna jest komunikacja z neonatologami.[6] Uważa się, że przenikanie gabapentynoidów do mleka matki jest niewielkie, jednak dane dotyczące karmienia piersią są ograniczone i zaleca się monitorowanie noworodków pod kątem senności oraz odpowiedniego przyrostu masy ciała.[13]

Walproinian sodu jest silnym teratogenem, a jego stosowanie u kobiet w wieku rozrodczym jest ograniczone do wyjątkowych okoliczności. Wpływ karbamazepiny w okresie prenatalnym wiąże się również z zależnym od dawki wzrostem ryzyka poważnych wad wrodzonych, zwłaszcza wad cewy nerwowej.[49] Wszyscy przyjmujący leki przeciwdrgawkowe powinni przyjmować suplementy kwasu foliowego w celu zmniejszenia ryzyka wad cewy nerwowej[43] ; nie chroni to jednak przed poważnymi wadami rozwojowymi, dlatego niezbędne są badania ultrasonograficzne. Ryzyko wad wrodzonych związane z monoterapią lamotryginą lub lewetiracetamem w ciąży nie różni się znacząco od ryzyka podstawowego wynoszącego 2–3% w populacji ogólnej.[50] Monitorowanie stężenia lamotryginy i lewetiracetamu w osoczu może odgrywać rolę w leczeniu padaczki w ciąży.[43] Jednak w przypadku przewlekłego bólu stosowanie leków przeciwdrgawkowych jest leczeniem wyłącznie specjalistycznym, a decyzje dotyczące monitorowania stężenia w osoczu i zmian w leczeniu będą oparte na indywidualnej ocenie stosunku korzyści do ryzyka.

Narażenie na lewetiracetam wiąże się z lękiem u dzieci i ADHD; jednak autorzy nie byli w stanie w pełni uwzględnić czasu narażenia, dawkowania ani czynników związanych ze stylem życia matki.[51] Lamotrygina nie wydaje się zwiększać ryzyka niepożądanych skutków neuropsychiatrycznych.[51]

Leki przeciwdrgawkowe są zazwyczaj zgodne z karmieniem piersią. Przenikanie karbamazepiny do mleka matki jest niewielkie i u większości niemowląt nie występują działania niepożądane; zaleca się jednak obserwację pod kątem żółtaczki i senności.[13] Lewetiracetam może powodować sedację u noworodków, dlatego zaleca się monitorowanie stanu niemowląt. Wydalanie lamotryginy do mleka matki jest zmienne i należy monitorować noworodki pod kątem toksyczności, która może objawiać się wysypką skórną.[13] Podczas omawiania kwestii antykoncepcji poporodowej należy wziąć pod uwagę interakcje lekowe, ponieważ leki przeciwdrgawkowe indukujące enzymy zmniejszają skuteczność hormonalnych środków antykoncepcyjnych, podczas gdy środki antykoncepcyjne zawierające estrogen mogą obniżać stężenie lamotryginy.[43]

Leczenie niefarmakologiczne

Terapie niefarmakologiczne mają kluczowe znaczenie w leczeniu bólu przewlekłego. Wytyczne NICE dzielą je ogólnie na interwencje psychologiczne, ćwiczenia fizyczne i akupunkturę.[9] NICE nie zaleca stosowania programów leczenia bólu, mimo że stanowią one podstawowy element wielu usług związanych z bólem przewlekłym. Można również stosować techniki neuromodulacji, które zostały pokrótce omówione w niniejszym dokumencie.

Interwencje psychologiczne

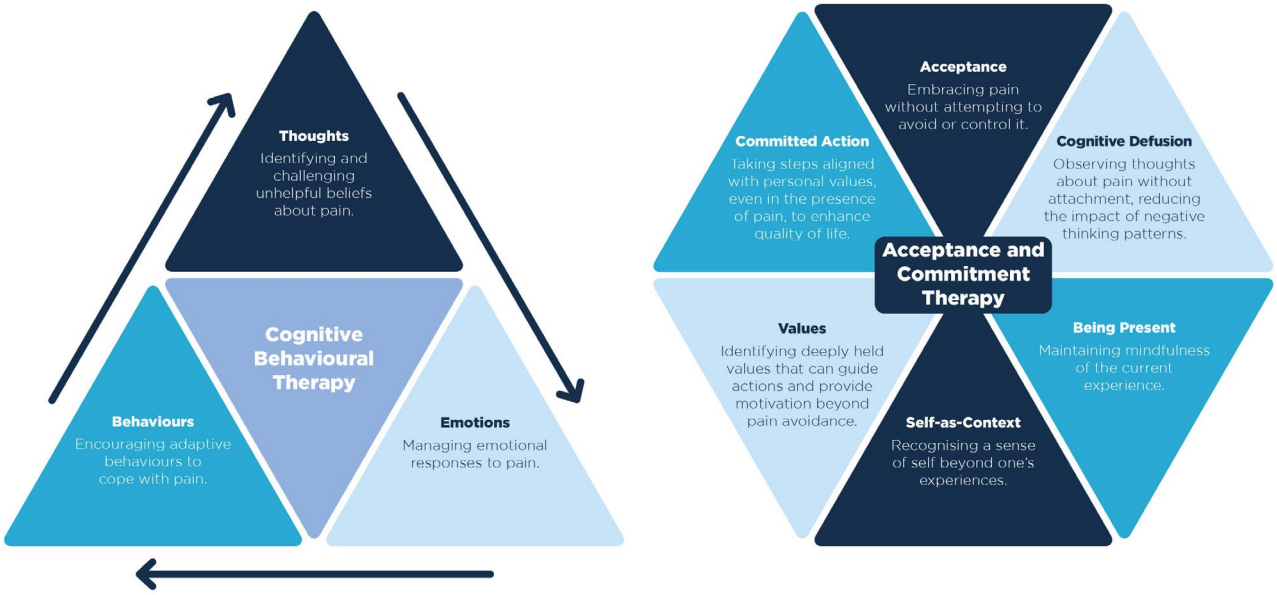
Interwencje psychologiczne mają niewielki, ale pozytywny wpływ na ból, niepełnosprawność i cierpienie psychiczne w przypadku bólu przewlekłego.[52] Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) jest najlepiej zbadana i zapewnia umiarkowane korzyści krótko- i długoterminowe w porównaniu z samą aktywnością fizyczną lub edukacją. Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) daje bardziej zróżnicowane wyniki, przy czym niektóre badania nie wykazują żadnych korzyści, a inne wskazują na znaczną poprawę w zakresie intensywności bólu lub niepełnosprawności.[52] CBT i ACT mają pozytywny wpływ na jakość życia, cierpienie psychiczne, zmniejszenie bólu oraz sprawność fizyczną, dlatego są zalecane przez NICE (ryc. 2).

Ćwiczenia fizyczne

Ćwiczenia fizyczne mają korzystny, choć niejednolity wpływ na nasilenie bólu przewlekłego, choć dowody dotyczące konkretnych rodzajów bólu są ograniczone.[9] Obserwuje się również niewielką poprawę w zakresie sprawności fizycznej, samopoczucia psychicznego i jakości życia.[53] Ćwiczenia fizyczne można zalecać w okresie ciąży, pod warunkiem że odpowiadają one poziomowi aktywności sprzed ciąży oraz że kobiety, które wcześniej nie były aktywne fizycznie, unikają intensywnej aktywności. Wykazano w szczególności, że pilates łagodzi ból, poprawia sprawność fizyczną i jakość snu u kobiet z przewlekłym bólem krzyża w ciąży.[54]

 © 2026 Autorzy. Czasopismo „*The Obstetrician & Gynaecologist*" wydawane przez John Wiley & Sons Ltd w imieniu Królewskiego Kolegium Położników i Ginekologów.

17444667, 2026, 1, Pobrane ze strony https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 autorstwa Ewy Barzak-Radomańskiej - Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiednim licencji Creative Commons.



Rysunek 2. Trójkąt terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) ilustruje wzajemne powiązania między myślami, emocjami i zachowaniami w przypadku bólu przewlekłego. Negatywne myśli związane z bólem mogą nasilać niepokojące emocje, które z kolei wpływają na zachowania, takie jak unikanie lub brak aktywności, wzmacniając odczuwanie bólu. TBC pomaga przerwać ten cykl poprzez kwestionowanie niekorzystnych myśli, promowanie strategii radzenia sobie oraz zachęcanie do zachowań adaptacyjnych, które poprawiają codzienne funkcjonowanie. Sześciokąt terapii akceptacji i zaangażowania (ACT) przedstawia sześć podstawowych procesów, które sprzyjają akceptacji bólu i zachęcają do działań zgodnych z osobistymi wartościami. Poprzez zwiększenie elastyczności psychologicznej ACT ma na celu poprawę zdolności do angażowania się w znaczące działania pomimo przewlekłego bólu, przenosząc punkt ciężkości z unikania bólu na prowadzenie satysfakcjonującego życia.

Akupunktura

NICE zaleca stosowanie akupunktury w leczeniu bólu przewlekłego.[9] Jest ona bezpieczna i skuteczna w leczeniu bólu związanego z ciążą.[55] Jednak FPM ostrzega, że skupianie się na akupunkturze może sprawić, że pacjenci i lekarze będą postrzegać ból przewlekły jako zjawisko o charakterze przede wszystkim mięśniowo-szkieletowym, a jego leczenie jako proces raczej bierny niż aktywny.[10]

Programy leczenia bólu

Programy leczenia bólu (PMP) to ustrukturyzowane, multidyscyplinarne interwencje mające na celu poprawę jakości życia i funkcjonowania. Promują one zmianę zachowań i dobre samopoczucie poprzez integrację CBT, treningu umiejętności, ćwiczeń i edukacji.[11] Programy PMP są realizowane w grupach i są odpowiednie dla każdej osoby cierpiącej na przewlekły ból, niezależnie od jego etiologii. Skierowania przyjmowane są zarówno z opieki podstawowej, jak i specjalistycznej.

Uważa się, że wielodyscyplinarne programy rehabilitacyjne są skuteczniejsze niż same interwencje fizyczne w łagodzeniu bólu i ograniczaniu niepełnosprawności w przypadku przewlekłego bólu krzyża (CLBP).[56] Wydział Medycyny Bólu[10] oraz Brytyjskie Towarzystwo Bólu[11] uznają je za podstawowy element leczenia bólu przewlekłego. Jednakże NICE zidentyfikowało niespójności w organizacji programów PMP i w związku z tym nie uwzględnia ich w swoich zaleceniach.[9] Brakuje konkretnych dowodów dotyczących programów PMP w ciąży; jednakże skuteczność grupowych programów przedporodowych sugeruje, że mogą one być wartościowe.

Techniki neuromodulacji

Neuromodulacja obejmuje nieinwazyjne, minimalnie inwazyjne i chirurgiczne terapie elektryczne. Przezskórna elektryczna stymulacja nerwów jest szeroko stosowana w analgezji porodowej, a czasami stosowana jest empirycznie w leczeniu bólu przewlekłego. Nie jest ona jednak formalnie zalecana w leczeniu żadnych stanów bólu przewlekłego.[9,57,58]

Stosowanie inwazyjnych technik neuromodulacji w ciąży pozostaje kontrowersyjne. Stymulacja rdzenia kręgowego jest stosowana w leczeniu wielu schorzeń, w tym zespołu uporczywego bólu kręgosłupa i bólu neuropatycznego. Z powodzeniem stosowano ją u pacjentek w ciąży z zespołem złożonego bólu regionalnego lub opornym bólem pleców.[59,60] Jednak jej wpływ na rozwój płodu, funkcjonowanie łożyska i poród jest słabo poznany. Obecnie nie zaleca się stosowania inwazyjnej neuromodulacji w ciąży, a decyzje dotyczące stosowania istniejących urządzeń powinny być podejmowane indywidualnie.[60] Znieczulenie podpajęczynówkowe może być nadal możliwe w przypadku porodu przez cesarskie cięcie; jednakże kluczowe znaczenie ma wczesna konsultacja z placówką wykonującą implantację, gdy pacjentki te zajdą w ciążę.

Postępowanie w przypadku określonych stanów przewlekłego bólu

Najczęstsze przewlekłe stany bólowe opisywane w ciąży obejmują przewlekły ból krzyża, ból szyi, bóle głowy oraz „inne" bóle, w tym ból neuropatyczny i fibromialgię.[3] An

17446667, 2026, 1, pobrane ze strony https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 przez Ewa Basiak-Rasmussen – Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiedniej licencji Creative Commons.

Tabela 2. Przegląd przewlekłych pierwotnych stanów bólowych związanych z ciążą

Schorzenie	Zasady postępowania	Kwestie związane z ciążą	Najważniejsze źródła
Ogólne zalecenia dotyczące wszystkich przewlekłych pierwotnych stanów bólowych	• Ćwiczenia i aktywność fizyczna, terapia psychologiczna, akupunktura i terapia farmakologiczna zalecane w dowolnej kolejności • Rozważyć stosowanie leków przeciwdepresyjnych, w tym amitryptyliny, duloksetyny i SSRI • Paracetamol, NLPZ, opioidy, leki przeciwpadaczkowe i gabapentynoidy nie są zalecane przez NICE • Programy leczenia bólu zatwierdzone przez Wydział Medycyny Bólu i Brytyjskie Towarzystwo Bólu	• Ćwiczenia fizyczne można bezpiecznie zalecać, pod warunkiem że odzwierciedlają one poziom aktywności sprzed ciąży • Nie zaleca się intensywnej aktywności fizycznej u kobiet, które wcześniej nie były aktywne fizycznie • Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) i terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) mają pozytywny wpływ na zmniejszenie bólu i poprawę jakości życia, a ich skuteczność w leczeniu okołoporodowych zaburzeń nastroju i lękowych została dobrze udokumentowana • SSRI mają najsilniejsze dowody dotyczące bezpieczeństwa reprodukcyjnego, ale mogą zwiększać ryzyko porodu przedwczesnego, zespołów adaptacyjnych noworodków oraz krwotoku poporodowego	NICE (2021): Przewlekły ból (pierwotny i wtórny) u osób powyżej 16. roku życia: ocena wszystkich rodzajów bólu przewlekłego oraz postępowanie w przypadku przewlekłego bólu pierwotnego [NG193]
Fibromialgia	• Edukacja pacjentów, rehabilitacja i pozakliniczne grupy wsparcia mogą zmniejszyć cierpienie • Leki przeciwbólowe i standardowa fizjoterapia układu mięśniowo-szkieletowego są często nieskuteczne, a nawet mogą być szkodliwe	• Ból, zmęczenie i zaburzenia snu często nasilają się w czasie ciąży, szczególnie w trzecim trymestrze • Fizjoterapia ukierunkowana na zdrowie miednicy może okazać się pomocna w przypadku bólu obręczy miednicy i/lub zaburzeń funkcjonowania dna miednicy • Delikatne ćwiczenia, rozciąganie i regularny odpoczynek są ważne dla utrzymania sprawności ruchowej i wspierania codziennego funkcjonowania	Royal College of Physicians (2022): Diagnoza zespołu fibromialgii
Zespół bólu pęcherza	• Jest to diagnoza wykluczająca; konieczne jest wykonanie cystoskopii w celu wykluczenia innych schorzeń • Pierwszą linią leczenia są modyfikacje diety, radzenie sobie ze stresem i akupunktura • W przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego można zastosować doustną amitryptylinę lub cymetydynę • Leczenie do pęcherza (np. lidokaina, heparyna) stanowi terapię trzeciego rzutu • Neuromodulację należy rozważać dopiero po skierowaniu do specjalistycznych ośrodków leczenia bólu	• Ciąża ma zmienny wpływ na nasilenie objawów • Doustna amitryptylina i heparyna podawana do pęcherza są uważane za bezpieczne • W badaniach na zwierzętach dimetylosulfotlenek podawany do pęcherza wykazuje działanie teratogenne i nie jest zalecany • Stymulatorów nerwu krzyżowego nie należy wszczepiać ani stosować w okresie ciąży, ponieważ nie są znane skutki ich działania na płód i funkcjonowanie łożyska	RCOG (2016): Postępowanie w zespole bólowym pęcherza moczowego. Wytyczne Green-top nr 70
Zespół złożonego bólu regionalnego	• Leczenie wielodyscyplinarne oparte na „czterech filarach": edukacji, łagodzeniu bólu, rehabilitacji oraz interwencji psychologicznej • Proste leki przeciwbólowe stanowią leczenie pierwszego rzutu, ale można rozważyć stosowanie leków przeciwbólowych o działaniu przeciwneuropatycznym rozważyć • W większości przypadków zaleca się skierowanie do specjalisty ds. bólu	• Ciąża może wywołać nowy epizod lub nawrót, szczególnie w kończynach dolnych • W celu uśmierzenia bólu ostrego można stosować paracetamol i krótkie cykle leczenia NLPZ • TENS można stosować empirycznie • Obecnie nie zaleca się inwazyjnej neuromodulacji, a decyzje dotyczące stosowania istniejącego stymulatora rdzenia kręgowego powinny być podejmowane indywidualnie po dokładnym rozważeniu ryzyka i korzyści	Królewskie Kolegium Lekarzy (2018) Zespół złożonego bólu regionalnego u dorosłych
Pierwotne zaburzenia bólowe głowy	• Warto rozważyć prowadzenie dziennika bólów głowy, aby ułatwić diagnozę i monitorować leczenie • Bóle głowy typu napięciowego leczy się doraźnie paracetamolem lub NLPZ; w profilaktyce można stosować akupunkturę	• Większość z nich to migreny lub bóle napięciowe, które mogą pojawić się po raz pierwszy w czasie ciąży • Należy wykluczyć stan przedrzucawkowy i zakrzepicę żył mózgowych	NICE (2021): Bóle głowy u osób powyżej 12. roku życia – diagnostyka i postępowanie [CG 150]

 © 2026 Autorzy. Czasopismo „*The Obstetrician & Gynaecologist*" wydawane przez John Wiley & Sons Ltd w imieniu Królewskiego Kolegium Położników i Ginekologów.

17444667, 2026, 1, Pobrane z https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 przez Ewa Baczak-Radomańska - Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiedniej licencji Creative Commons.

Tabela 2. (Ciąg dalszy)

Schorzenie	Zasady postępowania	Kwestie związane z ciążą	Kluczowe zasoby
	• Ostra migrena leczona tryptanami + NLPZ/paracetamolem +/— leki przeciwwymiotne • W profilaktyce migreny można stosować topiramat, propranolol i amitryptylinę; jeśli leczenie pierwszego rzutu jest niewskazane, należy zaproponować akupunkturę • Opioidów nie należy stosować w leczeniu migreny, bólów głowy typu napięciowego ani klasterowych	• Ciąża może wpływać na aurę migrenową lub wywoływać ataki z aurą bez bólu głowy • Sumatryptan uznaje się za bezpieczny w ciąży i podczas karmienia piersią • W profilaktyce migreny preferowany jest propranolol • Akupunktura jest bezpieczna i skuteczna • Nie należy stosować NLPZ po 28. tygodniu ciąży	

Skróty: ACT – terapia akceptacji i zaangażowania; AED – leki przeciwpadaczkowe; CBT – terapia poznawczo-behawioralna; NICE – Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki; NLPZ – niesteroidowe leki przeciwzapalne; SSRI – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny; TENS – przezskórna elektryczna stymulacja nerwów.

Przegląd schorzeń związanych z przewlekłym bólem oraz sposobów ich leczenia podsumowano w tabelach 2 i 3.

Przewlekły ból pierwotny

NICE zaleca ćwiczenia fizyczne, terapię psychologiczną, akupunkturę i leki w dowolnej kolejności.[9] Opcje leczenia farmakologicznego obejmują amitryptylinę, citalopram, duloksetynę, fluoksetynę lub sertralinę. Jednak NICE odradza stosowanie większości leków, w tym paracetamolu, NLPZ, opioidów i leków przeciwdrgawkowych. Dalsze postępowanie leży w gestii specjalisty.

Fibromialgia

Fibromialgia charakteryzuje się przewlekłym, zmiennym bólem o rozległym zasięgu, związanym ze zmianami w funkcjonowaniu układu nerwowego i aktywności immunologicznej.[61] Powoduje to nasilenie odczuwania bólu i uporczywe zmęczenie. Fibromialgia częściej występuje u kobiet, a u większości osób z tym rozpoznaniem objawy nasilają się w czasie ciąży, zwłaszcza w trzecim trymestrze.[62] Przekazywanie informacji, terapie rehabilitacyjne i grupy wsparcia pozakliniczne to oparte na dowodach naukowych strategie mające na celu zmniejszenie cierpienia pacjentów.[61] Leczenie koncentruje się na zindywidualizowanych terapiach niefarmakologicznych; jednak w przypadku silnego bólu można rozważyć zastosowanie amitryptyliny, duloksetyny lub tramadolu.[63]

Zespół bólu pęcherza

Zespół bólu pęcherza charakteryzuje się bólem odczuwanym jako związany z pęcherzem i towarzyszącym objawom ze strony układu moczowego. Jest to diagnoza wykluczająca. Wstępne leczenie obejmuje modyfikację diety, redukcję stresu i akupunkturę. Amitryptylina doustna i heparyna do pęcherza są uważane za odpowiednie opcje w ciąży , jeśli leczenie farmakologiczne jest konieczne.[64] Stymulatory nerwów krzyżowych są stosowane w specjalistycznym leczeniu zespołu bólu pęcherza moczowego i innych zespołów przewlekłego bólu miednicy. Jednak ich stosowanie lub wszczepianie w czasie ciąży nie jest obecnie zalecane przez RCOG.[64]

Zespół złożonego bólu regionalnego

Zespół złożonego bólu regionalnego (CRPS) to rzadkie, wyniszczające, bolesne schorzenie dotykające jedną lub więcej kończyn, związane ze zmianami czuciowymi, motorycznymi, autonomicznymi i tkankowymi.[65] Etiologia jest słabo poznana, a schorzenie może pojawić się z urazem lub bez niego. Ciąża może wywołać nowy przypadek lub nawrót choroby i może komplikować wybór leków.[59] Postępowanie w przypadku CRPS ma charakter multidyscyplinarny i opiera się na „czterech filarach": edukacji, łagodzeniu bólu, rehabilitacji i interwencji psychologicznej, przy czym w większości przypadków zaleca się skierowanie do specjalistycznych ośrodków leczenia bólu.[65] W pierwszej kolejności należy stosować proste leki przeciwbólowe, ale można rozważyć stosowanie leków przeciwbólowych o działaniu przeciwneuropatycznym[9] wraz z wczesnym skierowaniem na fizjoterapię w celu utrzymania lub odzyskania sprawności.

Pierwotne zaburzenia bólowe głowy

Do pierwotnych zaburzeń bólowych głowy zaliczają się takie schorzenia, jak migrena, bóle głowy typu napięciowego oraz klasterowe bóle głowy. Chociaż bóle głowy stanowią znaczną część przypadków przewlekłego bólu, kwestia ich leczenia w ciąży została omówiona w poprzednim wydaniu niniejszego czasopisma. Wiele pacjentek cierpiących na przewlekłą lub epizodyczną migrenę stosuje leczenie profilaktyczne, takie jak propranolol, topiramat oraz inhibitory peptydu związanego z genem kalcytoniny. Jeśli w czasie ciąży konieczne jest leczenie profilaktyczne, zaleca się konsultację ze specjalistą.

17446667, 2026, 1, pobrane ze strony https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 autorstwa Ewy Barzak-Radomańskiej - Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiedniej licencji Creative Commons.

Tabela 3. Przegląd przewlekłych wtórnych stanów bólowych związanych z ciążą

Schorzenie	Zasady postępowania	Kwestie związane z ciążą	Kluczowe źródła
Przewlekły ból krzyża	• Nacisk na interwencje niefarmakologiczne w ramach programu łączonego: edukacja pacjentów, terapia psychologiczna i ćwiczenia fizyczne +/—terapia manualna • Leczenie farmakologiczne ograniczone do krótkich cykli stosowania NLPZ lub słabych opioidów +/— paracetamol • Nie zaleca się monoterapii paracetamolem, rutynowego stosowania opioidów, leków przeciwdepresyjnych, leków przeciwpadaczkowych i gabapentynoidów	• Bardzo częste, a objawy często nasilają się wraz z postępem ciąży • Wykazano, że pilates w ciąży skutecznie łagodzi ból, poprawia sprawność fizyczną i jakość snu u kobiet cierpiących na przewlekły ból krzyża • Akupunktura jest bezpieczna i skuteczna • Pomocne mogą być zmiany ergonomiczne i pasy podtrzymujące talię • Należy ograniczyć stosowanie NLPZ do krótkich cykli przed 28 tygodniem	NICE (2020): Ból krzyża i rwa kulszowa u osób powyżej 16 roku życia: ocena i postępowanie [NG59]
Ból neuropatyczny	• Należy zająć się podstawową przyczyną bólu tam, gdzie to możliwe • Zastosować amitryptylinę, duloksetynę, gabapentynę lub pregabalinę • Zaproponować jedną z pozostałych alternatyw, jeśli początkowe leczenie nie jest skuteczne lub nie jest tolerowane • Inne terapie specjalistyczne mogą obejmować lakosamid, ekstrakt z konopi indyjskich, plastry z kapsaicyną, morfinę oraz leki przeciwpadaczkowe	• Może być związane z zespołem cieśni nadgarstka lub rwą kulszową, które mogą się nasilać wraz z zatrzymaniem płynów i przyrostem masy ciała związanym z ciążą • W ciąży zazwyczaj jako pierwsze podaje się amitryptylinę • Duloksetyna i amitryptylina mogą nasilać nadciśnienie tętnicze lub hipotensję ortostatyczną • Amitryptylina i gabapentynoidy przyjmowane w okresie okołoporodowym mogą prowadzić do objawów odstawiennych u noworodków	NICE (2020): Ból neuropatyczny u dorosłych: leczenie farmakologiczne w placówkach niespecjalistycznych [CG173]
Przewlekły ból brzuszno-miedniczny o charakterze neuropatycznym	• Konieczne jest podejście multidyscyplinarne, ponieważ ból ma często podłoże wieloczynnikowe • Należy zbadać kwestie psychospołeczne, ponieważ często współwystępują one z bólem miednicy i mogą mieć kluczowe znaczenie w łagodzeniu objawów • Fizjoterapia i/lub terapia psychologiczna mogą być pomocne • Leki dostosowane do podejrzewanej przyczyny, np. leki przeciwskurczowe w przypadku zespołu jelita drażliwego; leczenie hormonalne w przypadku endometriozy	• Ciąża może wpływać na motorykę jelit i przyczyniać się do nadwrażliwości trzewnej • Ciąża nie zawsze prowadzi do złagodzenia objawów endometriozy, a ból może się nasilić w wyniku tworzenia się zrostów lub rozciągania tkanek • Należy priorytetowo traktować metody niefarmakologiczne, np. modyfikację diety, redukcję stresu, akupunkturę	RCOG (2012): Postępowanie wstępne w przypadku przewlekłego bólu miednicy. Wytyczne Greentop nr 41
Przewlekły ból blizny po cesarskim cięciu	Kluczowe znaczenie ma profilaktyka: • Należy unikać rozszerzania nacięć poza boczne brzegi mięśni prostych brzucha oraz włączania włókien powięzi mięśnia prostego brzucha podczas zamykania powięzi • Silny ostry ból pooperacyjny jest największym czynnikiem ryzyka: należy zapewnić odpowiednią kontrolę bólu pooperacyjnego przy użyciu analgezji multimodalnej	• Ból związany z uciskiem nerwów lub zrostami może utrzymywać się lub nasilać w przyszłych ciążach w miarę rozciągania się ściany brzucha rozciąga się • Dyskusje na temat sposobu porodu powinny również uwzględniać fakt, że powtórne nacięcia cesarskie mogą zwiększać ryzyko przewlekłego bólu pooperacyjnego z powodu kumulującego się zwłóknienia tkanek i potencjalnego ucisku nerwów	Komatsu R, Ando K, Flood PD. Czynniki związane z utrzymującym się bólem po porodzie: przegląd narracyjny. Br J Anaesth. 2020;124(3): e117-e130.

Skróty: AED – leki przeciwpadaczkowe; NICE – Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki Zdrowotnej; NLPZ – niesteroidowe leki przeciwzapalne; RCOG – Królewskie Kolegium Położników i Ginekologów.

Przewlekły ból wtórny

Przewlekły ból krzyża

Ból pleców jest jednym z najczęstszych przewlekłych schorzeń bólowych w ciąży.[3] Pacjentki z istniejącym wcześniej przewlekłym bólem krzyża często doświadczają nasilenia objawów spowodowanego zwiększoną wiotkością więzadeł, obciążeniem mechanicznym wynikającym z przyrostu masy ciała oraz zmianami postawy.[54] Postępowanie obejmuje edukację, ćwiczenia fizyczne i terapię psychologiczną w ramach podejścia zintegrowanego.[57] Leczenie farmakologiczne ogranicza się do

 © 2026 Autorzy. Czasopismo „*The Obstetrician & Gynaecologist*" wydawane przez John Wiley & Sons Ltd w imieniu Królewskiego Kolegium Położników i Ginekologów.

17444667, 2026, 1, Pobrane z https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 przez Ewa Baszak-Radomańska – Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiedniej licencji Creative Commons.

krótkie cykle stosowania NLPZ lub słabych opioidów, z paracetamolem lub bez. Nie zaleca się monoterapii paracetamolem, rutynowego stosowania opioidów, leków przeciwdepresyjnych z grupy lub leków przeciwdrgawkowych. Przewlekły ból krzyża można leczyć inwazyjnie za pomocą specjalistycznych procedur; jednak w ciąży raczej nie są one zalecane.

Ból neuropatyczny

Ból neuropatyczny często stanowi wyzwanie w leczeniu. Dokładne określenie przyczyny może być trudne, a reakcja na proste środki przeciwbólowe jest ograniczona. Ból wynikający z zespołów ucisku nerwów może nasilać się w czasie ciąży z powodu zatrzymania płynów, zmian hormonalnych i przyrostu masy ciała.

Ból neuropatyczny należy leczyć, wybierając spośród amitryptyliny, duloksetyny, gabapentyny lub pregabaliny, a osobom, u których nie wystąpiła odpowiedź na leczenie, należy zaproponować jedną z alternatywnych opcji. [58] W ciąży często jako pierwszą stosuje się amitryptylinę; nie ma jednak konkretnych wytycznych dotyczących leczenia bólu neuropatycznego w ciąży. Inne terapie farmakologiczne, takie jak ekstrakt z konopi indyjskich, kapsaicyna i leki przeciwdrgawkowe, są zarezerwowane dla specjalistów. Terapie fizyczne i psychologiczne mogą być oferowane w ramach programów rehabilitacyjnych. Należy skierować pacjentkę do specjalisty, jeśli występuje silny ból, upośledzenie funkcji lub konieczność interwencji chirurgicznej.[58]

Ból brzucha i miednicy

Przewlekły ból brzuszno-miedniczny często wynika z wielu czynników, a wytyczne RCOG zalecają holistyczne, multidyscyplinarne podejście.[66] Leczenie farmakologiczne należy dostosować do podejrzewanych przyczyn, np. antybiotyki w przypadku zapalenia narządów miednicy mniejszej lub leki przeciwskurczowe w przypadku zespołu jelita drażliwego. Skuteczne mogą być również fizjoterapia i wsparcie psychologiczne, zwłaszcza w przypadkach, gdy stwierdzono zaburzenia dna miednicy lub czynniki psychospołeczne. Wpływ ciąży na nasilenie objawów może być różny, a w leczeniu należy priorytetowo traktować metody niefarmakologiczne, takie jak zmiana diety i redukcja stresu.

Przewlekły ból blizny po cesarskim cięciu

Około 11% pacjentek odczuwa uporczywy ból trwający dłużej niż 3 miesiące po porodzie przez cesarskie cięcie. Może on wynikać z kilku źródeł, w tym bólu blizny, bólu brzuszno-miednicznego i bólu w dolnej części pleców. Postępowanie powinno być uzależnione od podejrzewanego źródła bólu oraz tego, czy ma on charakter nocyceptywny, czy neuropatyczny. W Wielkiej Brytanii nie istnieją wytyczne dotyczące postępowania w przypadku przewlekłego bólu pooperacyjnego; jednakże zastosowanie mają zasady NICE dotyczące postępowania w przypadku przewlekłego bólu wtórnego, kładące nacisk na holistyczną, zindywidualizowaną opiekę.[9] Utrzymujący się ból blizny jest najczęstszą formą utrzymującego się bólu po cesarskim cięciu i wiąże się z istniejącymi wcześniej schorzeniami bólowymi oraz silnym ostrym bólem pooperacyjnym.[67] Ból może wynikać z ucisku nerwów biodrowo-pachwinowych i biodrowo-podbrzusznych przez szwy na bocznych krawędziach niskiego nacięcia poprzecznego. Profilaktyka skupia się na unikaniu ucisku nerwów podczas zamykania rany oraz na multimodalnej analgezji okołooperacyjnej.

Wnioski

Postępowanie w przypadku bólu przewlekłego powinno mieć charakter wielodyscyplinarny i opierać się na wczesnej współpracy między zespołami położniczymi a zespołami zajmującymi się leczeniem bólu przewlekłego. Kobiety powinny otrzymać informacje na temat dostępnych dowodów dotyczących bezpieczeństwa stosowania leków przeciwbólowych w ciąży, zagrożeń związanych z niewłaściwym leczeniem bólu oraz potencjalnego nasilenia objawów w przypadku odstawienia leków. W centrum tych rozmów powinno znajdować się omówienie niefarmakologicznych metod leczenia bólu. Poszczególne schorzenia należy leczyć zgodnie z wytycznymi dla ogółu populacji, ale z modyfikacjami opartymi na analizie ryzyka i korzyści dostosowanej do konkretnej ciąży.

Ujawnienie interesów

LH i CP są małżeństwem.

Wkład w powstanie artykułu

LH i CP zainicjowali, zbadali i napisali artykuł; DM, JOC, DS i SB zrewidowali i zredagowali artykuł. Wszyscy autorzy zatwierdzili ostateczną wersję.

Zgoda komisji etycznej

Nie dotyczy.

Strony internetowe

Brytyjska Służba Informacyjna ds. Teratologii: http://www.uktis.org.
Baza danych leków i karmienia piersią (LactMed): https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/.

Podziękowania

Nie dotyczy.

Informacje uzupełniające

Dodatkowe informacje uzupełniające można znaleźć w internetowej wersji niniejszego artykułu pod adresem http://wileyonlinelibrary.com/journal/tog

Infografika S1. Postępowanie w przypadku przewlekłego bólu w ciąży.

Referencje

1 Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań nad Bólem (IASP). Definicje bólu przewlekłego 2019/2021. Dostępne na stronie: https://www.iasp-pain.org/advocacy/ definitions-of-chronic-pain-syndromes/
2 Fayaz A, Croft P, Langford RM, Donaldson LJ, Jones GT. Częstość występowania bólu przewlekłego w Wielkiej Brytanii: przegląd systematyczny i metaanaliza badań populacyjnych. *BMJ Open* 2016;6(6):e010364.

17446667, 2026, 1, pobrane ze strony https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 autorstwa Ewy Barzak-Radomańskiej - Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiedniej licencji Creative Commons.

3 Ray-Griffith SL, Morrison B, Stowe ZN. Częstość występowania przewlekłego bólu i narażenie na czynniki środowiskowe ( ) w czasie ciąży. *Pain Res Manag* 2019;2019:6985164.

4 Munro A, George RB, Chorney J, Snelgrove-Clarke E, Rosen NO. Częstość występowania i czynniki prognostyczne przewlekłego bólu w ciąży i w okresie poporodowym. *J Obstet Gynaecol Can* 2017;39(9):734–41.

5 Fine PG. Długoterminowe konsekwencje przewlekłego bólu: coraz więcej dowodów na to, że ból przewlekły jest chorobą neurologiczną oraz podobieństwa do innych stanów chorobowych o charakterze przewlekłym. *Pain Med* 2011;12(7):996–1004.

6 Bisson DL, Newell SD, Laxton C, Królewskie Kolegium Położników i Ginekologów. Znieczulenie przedporodowe i poporodowe: artykuł naukowy nr 59. *BJOG* 2019;126(4):e114–e24.

7 Schaefer C, Peters PWJ, Miller RK. *Leki w okresie ciąży i laktacji: opcje terapeutyczne i ocena ryzyka*. Wyd. 3. Londyn, Wielka Brytania: Elsevier/Academic Press, 2015.

8 Akademia Nauk Medycznych. Zrozumieć ciążę: przyspieszenie rozwoju nowych terapii schorzeń związanych z ciążą 2023. Dostępne na stronie: https://acmedsci.ac.uk/file-download/5618046

9 Krajowy Instytut Doskonałości w Opiece Zdrowotnej (NICE). NG193: Przewlekły ból (pierwotny i wtórny) u osób powyżej 16. roku życia: ocena wszystkich rodzajów bólu przewlekłego oraz postępowanie w przypadku przewlekłego bólu pierwotnego. 2021.

10 Wydział Medycyny Bólu Królewskiego Kolegium Anestezjologów. Obawy FPM dotyczące nowych wytycznych NICE dotyczących bólu przewlekłego. 2021. Dostępne na stronie: https:// fpm.ac.uk/fpm-concerns-regarding-new-nice-chronic-pain-guidelines

11 Brytyjskie Towarzystwo Bólu. Wytyczne dotyczące programów leczenia bólu u dorosłych. Przegląd oparty na dowodach naukowych przygotowany w imieniu Brytyjskiego Towarzystwa Bólu. 2021.

12 Brytyjska Służba Informacyjna ds. Teratologii. Leczenie bólu w ciąży 2019. Dostępne na: https://uktis.org/monographs/pain-management-in- pregnancy/

13 Baza danych DaL. Lactmed. 2025. Dostępne na stronie: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/

14 Baranska A, Kanadys W, Wdowiak A, Malm M, Blaszczuk A, Religioni U i in. Wpływ prenatalnej ekspozycji na paracetamol na rozwój astmy i świszczącego oddechu u dzieci: przegląd systematyczny i metaanaliza. *J Clin Med* 2023;12(5):1832.

15 Bauer AZ, Swan SH, Kriebel D, Liew Z, Taylor HS, Bornehag CG, et al. Stosowanie paracetamolu w czasie ciąży – wezwanie do podjęcia środków ostrożności. *Nat Rev Endocrinol* 2021;17(12):757–66.

16 Chen X, Yang Y, Chen L, Wang K. Wyniki ciąży i wady wrodzone w Wpływ narażenia na niesteroidowe leki przeciwzapalne w czasie ciąży na potomstwo: przegląd systematyczny i metaanaliza. *Reprod Toxicol* 2024;125:108561.

17 Choi EY, Jeong HE, Noh Y, Choi A, Yon DK, Han JY i in. Niekorzystne skutki dla noworodków i matek oraz ekspozycja na niesteroidowe leki przeciwzapalne we wczesnej ciąży w Korei Południowej: ogólnokrajowe badanie kohortowe. *PLoS Med* 2023;20(2):e1004183.

18 Dathe K, Frank J, Padberg S, Hultzsch S, Beck E, Schaefer C. Niekorzystne skutki dla płodu po ekspozycji na NLPZ lub metamizol w II i III trymestrze: ocena niemieckiego badania kohortowego Embryotox. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022;22(1):666.

19 Agencja Regulacyjna ds. Leków i Produktów Opieki Zdrowotnej. Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ): potencjalne zagrożenia związane z długotrwałym stosowaniem po 20. tygodniu ciąży, 2023 r. Dostępne na stronie: https://www.gov.uk/drug-safety-update/non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-nsaids-potential-risks-following-prolonged-use-after-20-weeks-of-pregnancy

20 Brytyjska Służba Informacyjna ds. Teratologii. Stosowanie aspiryny i przedawkowanie aspiryny w ciąży 2019. Dostępne na stronie: https://uktis.org/monographs/use-of-aspirin-and-aspirin-overdose-in-pregnancy/

21 Wang MJ, Kuper SG, Sims B, Paddock CS, Dantzler J, Muir S, i in. Detoksykacja opioidowa w ciąży: przegląd systematyczny i metaanaliza wyników okołoporodowych. *Am J Perinatol* 2019;36(6):581–7.

22 Varney B, Brett J, Zoega H, Gillies MB, Powell M, Bateman BT i in. Narażenie na opioidowe leki przeciwbólowe w pierwszym trymestrze ciąży a ryzyko poważnych wad wrodzonych u niemowląt: przegląd systematyczny i metaanaliza (dagger). *Anaesthesia* 2024;79(9):967–77.

23 Kang J, Kim HJ, Kim T, Lee H, Kim M, Lee SW i in. Prenatalna ekspozycja na opioidy i związane z tym ryzyko zaburzeń neuropsychiatrycznych u dzieci: ogólnokrajowe badanie kohortowe noworodków w Korei Południowej. *BMJ* 2024;385:e077664.

24 Graeve R, Balalian AA, Richter M, Kielstein H, Fink A, Martins SS i in. Prenatalna ekspozycja niemowląt na opioidy a powiązanie z wynikami porodu : przegląd systematyczny i metaanaliza. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2022;36(1):125–43.

25 Podsumowania wiedzy klinicznej NICE. Uzależnienie od opioidów: postępowanie w szczególnych okolicznościach. 2025. Dostępne na stronie: https://cks.nice.org.uk/topics/opioid-dependence/management/managing-special-circumstances/#pregnancy-breastfeedin

26 Lim G, Carvalho B, George RB, Bateman BT, Brummett CM, Ip VHY i in. Wspólne stanowisko dotyczące leczenia bólu u kobiet w ciąży z zaburzeniami związanymi z używaniem opioidów, opracowane przez Towarzystwo Anestezjologii Położniczej i Perinatologii, Towarzystwo Medycyny Matczyno-Płodowej oraz Amerykańskie Towarzystwo Anestezjologii Regionalnej i Medycyny Bólu. *Anesth Analg* 2024;140(6):1318–1346.

27 McQueen K, Murphy-Oikonen J. Zespół abstynencyjny noworodków. *N Engl J Med* 2016;375(25):2468–79.

28 Dudman DC, Tauqeer F, Kaur M, Ritchey ME, Li H, Lopez-Leon S. Przegląd systematyczny i metaanaliza częstości występowania różnych wyników ciąży u pacjentek leczonych z powodu migreny: wkład projektu IMI2 ConcePTION. *J Neurol* 2022;269(2):742–9.

29 Molenaar NM, Bais B, van den Lambregtse-Berg MP, Mulder CL, Howell EA, Fox NS i in. Międzynarodowa częstość stosowania leków przeciwdepresyjnych przed ciążą, w jej trakcie i po niej: przegląd systematyczny i metaanaliza dotycząca czasu stosowania, rodzaju recept i zmienności geograficznej. *J Affect Disord* 2020;264:82–9.

30 Desaunay P, Eude LG, Dreyfus M, Alexandre C, Fedrizzi S, Alexandre J i in. Korzyści i zagrożenia związane ze stosowaniem leków przeciwdepresyjnych w ciąży: przegląd systematyczny metaanaliz. *Paediatr Drugs* 2023;25(3):247–65.

31 McAllister-Williams RH, Baldwin DS, Cantwell R, Easter A, Gilvarry E, Glover V i in. Wytyczne konsensusu Brytyjskiego Stowarzyszenia Psychofarmakologii dotyczące stosowania leków psychotropowych przed poczęciem, w czasie ciąży i w okresie poporodowym 2017. *J Psychopharmacol* 2017;31(5):519–52.

32 Kallen BA, Otterblad Olausson P. Stosowanie przez matki selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny we wczesnej ciąży a wrodzone wady rozwojowe niemowląt. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2007;79(4):301–8.

33 BUoMiP. (BUMPS). 2025.

34 Forsberg L, Nav´er L, Gustafsson LL, Wide K. Adaptacja noworodków narażonych w okresie prenatalnym na działanie leków przeciwdepresyjnych – monitorowanie kliniczne z wykorzystaniem skali abstynencji noworodkowej. *PLoS One* 2014;9(11):e111327.

35 Warburton W, Hertzman C, Oberlander TF. Badanie rejestrowe wpływu zaprzestania ekspozycji na selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny w trzecim trymestrze ciąży na zdrowie noworodków. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121(6):471–9.

36 Huybrechts KF, Bateman BT, Palmsten K, Desai RJ, Patorno E, Gopalakrishnan C i in. Stosowanie leków przeciwdepresyjnych w późnym okresie ciąży a ryzyko przetrwałego nadciśnienia płucnego u noworodków. *JAMA* 2015;313 (21):2142–51.

37 Jiang HY, Xu LL, Li YC, Deng M, Peng CT, Ruan B. Stosowanie leków przeciwdepresyjnych w czasie ciąży a ryzyko krwotoku poporodowego: przegląd systematyczny i metaanaliza. *J Psychiatr Res* 2016;83:160–7.

38 NHS England. Statystyki położnicze NHS, Anglia, 2023–24. 2024. Dostępne na stronie: https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/ nhs-maternity-statistics/2023-24

39 Jackson FI, Kouba I, Meirowitz N, Keller NA, Bracero LA, Blitz MJ. Związek między psychofarmakoterapią a krwotokiem poporodowym. *AJOG Glob Rep* 2024;4(4):100402.

40 Birkinshaw H, Friedrich CM, Cole P, Eccleston C, Serfaty M, Stewart G i in. Leki przeciwdepresyjne w leczeniu bólu u dorosłych z bólem przewlekłym: metaanaliza sieciowa. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;5(5):Cd014682.

41 Palmsten K, Huybrechts KF, Michels KB, Williams PL, Mogun H, Setoguchi S, i in. Stosowanie leków przeciwdepresyjnych a ryzyko wystąpienia stanu przedrzucawkowego. *Epidemiology* 2013;24 (5):682–91.

42 Petrosellini C, McAlpine L, Protti O, Siassakos D. Stosowanie leków psychotropowych w okresie okołoporodowym. *Obstet Gynaecol* 2024;26(3):127–38.

43 Królewskie Kolegium Położników i Ginekologów. Wytyczne Green-top nr 68: padaczka w ciąży. 2016.

44 Desrochers B, Lavu A, Valencia E, Vaccaro C, Peymani P, Eltonsy S. Ryzyko wad wrodzonych i przyjęć na oddział intensywnej terapii noworodkowej w związku ze stosowaniem gabapentyny w ciąży: badanie kohortowe i przegląd zakresu z metaanalizą. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2024;38(6):486–94.

45 Beau AB, Mo J, Moisset X, Benevent J, Damase-Michel C. Systematyczny przegląd stosowania gabapentynoidów w czasie ciąży i ich wpływu na wyniki ciąży oraz dzieciństwa: badanie ConcePTION. *Therapie* 2024;80(4):378–416.

 © 2026 Autorzy. Czasopismo „*The Obstetrician & Gynaecologist*" wydawane przez John Wiley & Sons Ltd w imieniu Królewskiego Kolegium Położników i Ginekologów.

17444667, 2026, 1, Pobrane ze strony https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 autorstwa Ewy Barzak-Radomańskiej - Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiednim licencji Creative Commons.

46 Patorno E., Hernandez-Diaz S., Huybrechts K.F., Desai R.J., Cohen J.M., Mogun H., i in. Stosowanie gabapentyny w ciąży a ryzyko niekorzystnych wyników u noworodków oraz u matek: badanie kohortowe oparte na populacji, osadzone w zbiorze danych analitycznych Medicaid z amerykańskiego programu „ ”. *PLoS Med* 2020;17(9):e1003322.

47 Richardson JL, Damkier P, Diav-Citrin O, George N, Greenall AJ, Oliver AM i in. Krytyczna ocena badań kontrolowanych dotyczących ryzyka wad wrodzonych po zastosowaniu pregabaliny we wczesnym okresie ciąży. *Br J Clin Pharmacol* 2023;89(2):630–40.

48 Dudukina E, Sz´epligeti SK, Karlsson P, Asomaning K, Daltveit AK, Hakkarainen K i in. Prenatalna ekspozycja na pregabalinę, wyniki porodu i rozwój neurologiczny – populacyjne badanie kohortowe w czterech krajach skandynawskich. *Drug Saf* 2023;46(7):661–75.

49 Battino D, Tomson T, Bonizzoni E, Craig J, Perucca E, Sabers A i in. Ryzyko wystąpienia poważnych wad wrodzonych a stosowanie monoterapii lekami przeciwpadaczkowymi. *JAMA Neurol* 2024;81(5):481–9.

50 Tomson T, Battino D, Bonizzoni E, Craig J, Lindhout D, Perucca E i in. Porównawcze ryzyko poważnych wad wrodzonych przy stosowaniu ośmiu różnych leków przeciwpadaczkowych: prospektywne badanie kohortowe z rejestru EURAP. *Lancet Neurol* 2018;17(6):530–8.

51 Dreier JW, Bjork MH, Alvestad S, Gissler M, Igland J, Leinonen MK i in. Prenatalna ekspozycja na leki przeciwpadaczkowe a częstość występowania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. *JAMA Neurol* 2023;80 (6):568–77.

52 Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Terapie psychologiczne w leczeniu przewlekłego bólu (z wyłączeniem bólu głowy) u dorosłych. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;8(8):CD007407.

53 Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Aktywność fizyczna aktywność fizyczna i ćwiczenia w leczeniu przewlekłego bólu u dorosłych: przegląd przeglądów Cochrane. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4(4):CD011279.

54 Sonmezer E, Oİ€ żko€sluİ€ MA, Yosmaog˘lu HB. Skutki kliniczne Wpływ ćwiczeń pilates na niepełnosprawność funkcjonalną, ból, jakość życia oraz stabilizację odcinka lędźwiowo-miednicznego u kobiet w ciąży cierpiących na bóle krzyża: randomizowane badanie kontrolowane. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2021;34 (1):69–76.

55 Tingting L, Tongou L, Mingfu L. Skuteczność i bezpieczeństwo akupunktury w leczeniu objawów związanych z ciążą: przegląd systematyczny i metaanaliza. *J Tradit Chin Med* 2024;44(1):16–26.

56 Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J i in. Wielodyscyplinarna rehabilitacja biopsychospołeczna w przypadku przewlekłego bólu krzyża: przegląd systematyczny i metaanaliza Cochrane. *BMJ* 2015;350: h444.

57 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Ból krzyża i rwa kulszowa u osób powyżej 16 roku życia: ocena i postępowanie. Wytyczne NICE [NG59]. 2016 (aktualizacja z grudnia 2020 r.). Dostępne na stronie: https://www.nice.org.uk/guidance/ng59

58 Krajowy Instytut Doskonałości w Opiece Zdrowotnej (NICE). Ból neuropatyczny u dorosłych: leczenie farmakologiczne w placówkach niespecjalistycznych. Wytyczne kliniczne [CG173]. 2013 (aktualizacja: wrzesień 2020 r.). Dostępne na stronie: https://www.nice.org.uk/guidance/cg173

59 Trikha A, Baidya DK, Singh PM. Zespół złożonego bólu regionalnego a ciąża. *J Obstet Anaesth Crit Care* 2012;2(2):69–73.

60 Camporeze B, Simm R, Maldaun MVC, de Pires Aguiar PH. Stymulacja rdzenia kręgowego u pacjentek w ciąży: aktualne perspektywy dotyczące wskazań, powikłań i wyników w kontroli bólu: przegląd systematyczny. *Asian J Neurosurg* 2019;14(2):343–55.

61 Berwick R, Barker C, Goebel A, grupa ds. opracowania wytycznych. Diagnoza zespołu fibromialgii. *Clin Med (Lond)* 2022;22(6):570–4.

62 Mucci V, Demori I, Browne CJ, Deblieck C, Burlando B. Fibromialgia w ciąży: wahania neuroendokrynologiczne rzucają światło na patofizjologię i leczenie neuromodulacyjne. *Biomedicine* 2023;11 (2):615.

63 Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, H€auser W, Fluß E, i in. Zaktualizowane zalecenia EULAR dotyczące postępowania w fibromialgii. *Ann Rheum Dis* 2017;76(2):318–28.

64 Królewskie Kolegium Położników i Ginekologów. Wytyczne Green-top nr 70: postępowanie w zespole bólowym pęcherza moczowego. 2016.

65 Królewskie Kolegium Lekarzy. Zespół złożonego bólu regionalnego u dorosłych: brytyjskie wytyczne dotyczące diagnozy, skierowań i postępowania w opiece podstawowej i specjalistycznej. 2018. Dostępne na stronie: https://www.rcp.ac.uk/media/4uijppdz/complex-regional-pain-syndrome-in-adults-second-edition_0.pdf

66 Królewskie Kolegium Położników i Ginekologów. Wytyczne Green-top nr 41: wstępne postępowanie w przypadku przewlekłego bólu miednicy. 2012.

67 Komatsu R, Ando K, Flood PD. Czynniki związane z utrzymującym się bólem po porodzie: przegląd narracyjny. *Br J Anaesth* 2020;124(3):e117–e30.

17446667, 2026, 1, Pobrane ze strony https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tog.70025 autorstwa Ewy Barczak-Radomańskiej - Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce, Wiley Online Library w dniu [21/01/2026]. Zasady korzystania można znaleźć w Warunkach użytkowania (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) w serwisie Wiley Online Library; artykuły OA podlegają odpowiednim licencji Creative Commons.