

تدبیر یبوست در بالغین: راهکار بالینی مراقبت اولیه

دکتر پیمان ادیبی^۱، دکتر فاطمه هادیزاده^۲

چکیده

فراگیر باید در پایان مطالعه این خودآموز:

۱. تعریف و انواع یبوست را بداند.
۲. روش‌های بررسی و تشخیصی یبوست را بداند.
۳. توصیه‌های غیر دارویی لازم برای درمان یبوست را فرا گرفته باشد.
۴. درمان‌های دارویی یبوست را در شرایط مختلف بداند.
۵. نحوه‌ی پیگیری بیمار مبتلا به یبوست را فرا گرفته باشد.
۶. اندیکاسیون‌های ارجاع بیمار به متخصص را فرا گرفته باشد.

واژگان کلیدی: یبوست، راهکار بالینی، مزمن، بالغین

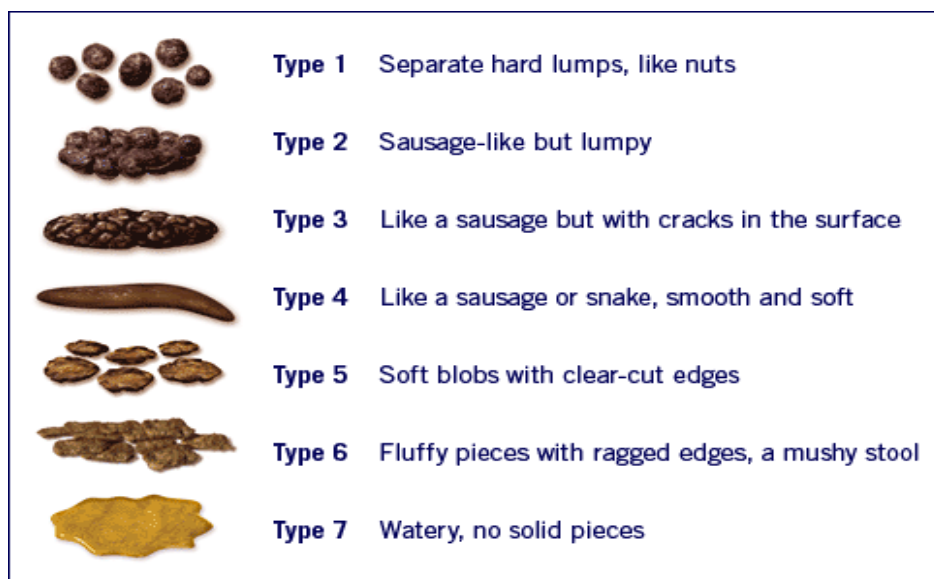
مقدمه

(۹-۱۰) و می‌تواند کیفیت زندگی بیمار را تغییر داده، منجر به بروز تأثیرات روانی قابل مقایسه با ابتلا به بیماری‌هایی چون آرتریت روماتوئید و دیابت در فرد شود (۸، ۱۱-۱۲). راهکارهای بالینی معدودی در زمینه‌ی رویکرد تشخیصی-درمانی به یبوست در بزرگسالان وجود دارد، ولی تاکنون راهکار بومی‌سازی شده‌ای به زبان فارسی برای رویکرد به این بیماری و برای پزشکان عمومی و یا سایر پزشکان درگیر در ارائه‌ی مراقبت سطح اول به این بیماران تدوین نشده است. در تدوین این راهکار از روش بومی‌سازی راهکارهای بالینی که پیش از این توسط نویسندگان تدوین شده است، استفاده گردید (۱۳). در این مقاله نحوه‌ی برخورد تشخیصی-درمانی با یبوست در افراد بالغ به صورت خلاصه ارائه شده است.

یبوست از شایع‌ترین شکایات گوارشی است. بیش از یک هفتم جمعیت بالغین جهان از علائم یبوست مزمن شاکی هستند (۱-۲). شیوع این بیماری در جوامع آسیایی کمتر است (۳-۴). این بیماری در هر سال عامل یک درصد از مراجعات افراد جامعه به پزشکان است و منجر به تحمیل هزینه‌های فراوانی بر نظام سلامت می‌گردد (۵). یبوست در زنان شایع‌تر است (۲ تا ۳ برابر مردان) (۶). شیوع آن با افزایش سن، سوء تغذیه و مصرف کم مایعات، وجود اختلالات ادراکی و مصرف داروها مرتبط است و عواملی چون افسردگی (۷-۸)، سطح پایین تحصیلات و درآمد، فعالیت کم و مصرف مخدرهای اپیوئیدی در بروز آن نقش دارند (۷). یبوست عوارض دراز مدتی مانند بواسیر، شقاق و افتادگی یا پرولاپس رکتوم دارد

^۱ استاد، گروه بیماری‌های داخلی، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران^۲ پژوهشگر، مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر فاطمه هادیزاده



شکل ۱. جدول بریستول: قوام‌های مختلف مدفوع (۱۴)

انواع و تعاریف

دفع طبیعی

به تواتر دفعات دفع و یا بروز ناراحتی و مشکل در دفع برای حداقل سه ماه گذشته مربوط می‌شود. یکی از تعاریف ارائه شده برای یبوست مزمن، معیارهای Rome III است که توسط صاحب‌نظران اختلالات عملکرد گوارش ارائه شده است. بر این اساس بیماری که طی یک سال گذشته در مجموع حداقل به مدت سه ماه (به طور مداوم یا متقطع)، دو علامت یا بیشتر از علائم ذیل در مورد وی صدق نماید، مبتلا به یبوست مزمن تشخیص داده می‌شود (۱۶):

- ۱) نیاز به زور زدن بیش از حد در هنگام دفع در ۲۵ درصد دفعات اجابت مزاج
- ۲) عدم تخلیه‌ی کامل یا احساس پر بودن رکتوم در ۲۵ درصد دفعات اجابت مزاج
- ۳) نیاز به استفاده از انگشت جهت تخلیه‌ی کامل در ۲۵ درصد دفعات اجابت مزاج (یا فشار به خلف واژن یا نگه داشتن پرینه) یا استفاده از لوله‌ی دستشویی برای تنقیه

دفع طبیعی به صورت دفعات دفع مدفوع بین سه بار در روز تا سه بار در هفته تعریف می‌شود که قوام متوسط و رنگ طبیعی دارد (۱۴). قوام‌های مختلف مدفوع در شکل ۱ (جدول بریستول) ارائه شده است. مطابق این جدول، قوام مربوط به درجه‌های ۳ و ۴ طبیعی در نظر گرفته می‌شود (۱۵).

یبوست حاد

بسیاری از افراد به دنبال مسافرت، تغییر ناگهانی عادات غذایی یا عادات اجابت مزاج، افسردگی یا اضطراب ناگهانی، بیهوشی، جراحی و یا زایمان دچار یبوست می‌شوند. اغلب این موارد موقت است پس از بازگشت زندگی فرد به روال عادی خود، یبوست وی نیز برطرف می‌شود.

یبوست مزمن

یبوست مزمن دفعی است که با احساس عدم رضایت از سوی بیمار همراه است و این عدم احساس رضایت

۴) دفع مدفوع سفت در ۲۵ درصد دفعات اجابت مزاج

۵) عمل دفع مدفوع کمتر از سه بار در هفته توجه داشته باشید که در نظر گرفتن معیارهای Rome و تطبیق کامل علائم بیمار با آن بیشتر با هدف ارائه‌ی گزارش همه‌گیری شناسی و یا کارآزمایی بالینی است. در رویکرد بالینی بیمار ممکن است از هر یک از ۵ علامت شاکی باشد، به نحوی که احساس راحتی نکند. یبوست مزمن از نظر پاتوفیزیولوژیک به دو دسته‌ی اولیه (عملکردی) و ثانویه تقسیم می‌گردد. نوع اولیه خود دارای سه زیر گروه است (۲۰-۱۷):

۱- یبوست با حرکات طبیعی دستگاه گوارش (Normal transit constipation) که مشکل ارگانیک در بیمار وجود ندارد و در بسیاری از موارد با علائم سندرم روده‌ی تحریک پذیر (IBS) یا Irritable bowel syndrome و ناراحتی و درد شکم همراه است.

۲- یبوست به علت حرکت آهسته‌ی دستگاه گوارش (Slow transit constipation) که با فواصل زیاد میان دفعات دفع (اغلب بیش از یک هفته و گاه تا سه هفته) مشخص می‌شود (۲۱) و ممکن است ناشی از مشکلاتی چون میوپاتی و یا نوروپاتی دستگاه گوارش باشد.

۳- یبوست به علت ناهماهنگی در دفع (Dyssynergic defecation) که با اشکال در خارج کردن مدفوع از آنورکتوم تعریف می‌گردد. این نوع یبوست ناشی از عدم هماهنگی رکتوآنال به علت انقباض نامناسب رکتوم، انقباضات متناقض آنال و یا شل شدن ناکافی آنال در هنگام دفع می‌باشد. بیمارانی که به این نوع از یبوست دچار هستند به طور معمول

نیاز به انجام مانورهای دستی و استفاده از روش‌هایی چون تنقیه برای تخلیه‌ی مدفوع خود دارند. این بیماران حتی در زمانی که مدفوع نرم است یا تواتر دفعشان کم نیست نیز احساس می‌کنند که مدفوع آن‌ها بیرون نمی‌آید و به صرف زمان طولانی برای خروج مدفوع نیاز دارند.

بررسی و تشخیص

شرح حال‌گیری و ثبت اطلاعات: در این بخش باید از تواتر دفعات دفع مدفوع پرسیده شود و اطمینان حاصل گردد که بیمار به واقع راجع به یبوست صحبت می‌کند. همچنین از وجود یا عدم وجود سایر علائم گوارشی تحتانی، علائم متناوب تغییر اجابت مزاج و اسهال پرسیده شود و در مورد مصرف داروها و پاسخ به آن‌ها (داروهای مسبب یبوست مانند داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای، ضد جنون، ضد اسپاسم گوارشی شامل کلینیدیوم یا هیوسین، ضد فشار خون، مهارکننده‌های کلسیم، دیورتیک‌ها، مخدرها، مهارکننده‌های منوآمین اکسیداز، آنتی‌اسیدها، مکمل‌های کلسیم و آهن، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی، ترکیبات آهن، ترکیبات آلومینیم، مخدرهای تریاکی)، استفاده از مانورهای دستی یا تنقیه‌ی مایعات برای تسهیل در دفع، مراجعه به پزشک، عادات غذایی بیمار، عادات اجابت مزاج، رعایت سبک صحیح زندگی و باور بیمار از یبوست، سؤال شود. همچنین وضعیت بیمار از نظر قرارگیری در گروه پرخطر بررسی گردد و به علل ثانویه‌ی یبوست توجه شود. نشانه‌های خطر شامل موارد زیر است (۲۲، ۱۱، ۷-۶):

۱) علائم عمومی مزمن: تب، کاهش وزن، کاهش اشتها، تهوع و استفراغ

پوست و وجود نفخ واضح و صداهاى روده بررسى شود (۲۲). همچنین لازم است شکم بیمار به دقت از نظر وجود توده‌ی مدفوعی (به خصوص در یک چهارم تحتانی چپ) و قوام آن معاینه گردد (۱۹). در بیماران با مشکلات دفع ناهماهنگ، در معاینه‌ی کامل آنال و رکتال با انگشت، لازم است به انقباض اسفنکتر در حالت عادی و در هنگام زورزدن، میزان تغییر مکان آنوس روی انگشت در معاینه (افت بیش از ۳/۵ سانتی‌متر یا معادل ۱/۵ بند انگشت غیر عادی است) (۲۳)، تندرینس خلف رکتوم، بررسی اسپاسم کف لگن و وجود توده یا آبسه‌ی جداری در رکتوم توجه گردد (۲۲). یکی از معاینات ساده برای بررسی اختلال دفع ناهماهنگ، آزمون دفع بالون است که با وارد کردن یک سوند فولی به رکتوم و باد کردن آن به میزان ۲۰ میلی لیتر و درخواست از بیمار برای دفع آن در عرض سه دقیقه، انجام می‌شود (۲۴).

بررسی آزمایشگاهی

برخی از پزشکان در بررسی بیماران مبتلا به بیوست آزمایش‌های بیوشیمیایی، قند خون ناشتا، کلسیم، بررسی عملکرد تیروئید (Thyroid function test یا TFT) و شمارش کامل گلبولی را به صورت معمول درخواست می‌کنند (۱۷). با توجه به این که شواهد کافی برای اثبات اثربخشی استفاده از این آزمایش‌ها وجود ندارد (۱۸)، درخواست معمول این آزمایش‌ها در بیماران مزمنی که شواهدی از علایم و نشانه‌های خطر ندارند، توصیه نمی‌شود (۲۵، ۲۱، ۱۹، ۱۶). در خانم‌های بالای ۶۵ سال درخواست انجام تست تحریک تیروئید (TSH یا Thyroid stimulating hormone) منطقی است.

درمان

الف- توصیه‌های غیر دارویی (اصلاح شیوه‌ی زندگی)

(۲) وجود علایم انسداد کامل در حال حاضر یا پیش از این
 (۳) علایم آزمایشگاهی: وجود خون در مدفوع (بارز یا مخفی)، کم خونی فقر آهن
 (۴) تغییر در قطر مدفوع
 (۵) سن بیش از ۵۰ سال در زمان بروز بیوست بدون سابقه‌ی انجام آزمون‌های غربالگری
 (۶) شروع بیوست به تازگی
 (۷) سابقه‌ی خانوادگی مثبت برای سرطان‌های گوارشی یا بیماری‌های التهابی روده
 موارد زیر حالت‌ها یا بیماری‌های مهمی هستند که بیوست می‌تواند ثانوی به آن‌ها ایجاد گردد:

- (۱) انسداد مکانیکی: تومور کولورکتال، دیورتیکولوز، رکتوسل بزرگ و مگاکولون
- (۲) بیماری‌های سیستم عصبی: نوروپاتی سیستم اتونوم، مولتیپل اسکلروز، تروما به نخاع، پارکینسون و افسردگی
- (۳) بیماری‌های اندوکراین و متابولیک: دهیدراتاسیون، دیابت قندی، هیپرکلسمی، هیپومنیزیمی، هیپوکالمی، اورمی هیپوتیروئیدی، هیپوکلسمی شدید، نارسایی هیپوفیز و مسمومیت با فلزات سنگین،
- (۴) بیماری‌های سیستم گوارشی: هیرشپروننگ، انسداد کاذب، بیماری‌های التهابی روده، بدخیمی روده‌ی بزرگ و ولولوس
- (۵) سایر موارد: میوپاتی‌ها، رژیم غذایی جهت لاغری و بیماری‌های قلبی

معاینه و ثبت علایم

در این مرحله باید علاوه بر اندازه‌گیری علایم حیاتی و وزن بیمار، شکم وی نیز از نظر تندرینس، تغییر رنگ

(۲۷-۲۶، ۹):

ب- درمان دارویی

۱- ب) بیمارانی که در گروه پرخطر طبقه‌بندی شده‌اند باید با ذکر جزئیات شرح حال و معاینه، جهت انجام بررسی اندوسکوپی به متخصص ارجاع داده شوند (۲۸).

۲- ب) در بیمارانی که دچار یبوست حاد هستند و در گروه پرخطر قرار ندارند لازم است اقدامات زیر انجام شود (۲۹):

۱-۲- ب) ارائه‌ی مشاوره به بیمار که پس از رفع عامل تنش‌زا بیماری وی نیز برطرف خواهد شد.

۲-۲- ب) افزایش مقدار فیبرهای غذایی بیمار.

۳-۲- ب) برای رفع سریع علایم، مسهل‌های اسمزی (دارای اثربخشی سریع و احتمال عوارض کم) تجویز گردد. بیمار می‌تواند هر ساعت یک دوز از دارو را دریافت کند و بعد از شروع اثر مسهل (که اغلب تا دوز پنجم اتفاق می‌افتد) مصرف دارو را با دوز معمول برای چند روز (۳ تا ۵ روز) ادامه دهد.

۳- ب) برای بیمارانی که دچار یبوست مزمن هستند و در گروه پرخطر قرار ندارند، اقدامات ذیل انجام پذیرد (۳۱-۳۰، ۲۶، ۹):

۱-۳- ب) در کنار ارائه‌ی توصیه‌های غیر دارویی، به بیمار ارائه‌ی مشاوره شود که یبوست بیماری شایعی است و از وضعیت زندگی، روحی و تغذیه‌ای فرد تأثیر می‌پذیرد و در صورت رعایت مستمر دستورهای غیر دارویی در اغلب موارد و در بیشتر مبتلایان نیازی به استفاده‌ی مستمر از داروهای مسهل وجود ندارد. با این حال در صورت لزوم و با تأیید پزشک مصرف مسهل در درازمدت خطرناک نیست.

۲-۳- ب) پودر پسیلیوم برای بیمار تجویز شود. دوز معمول دارو ۱ قاشق غذاخوری سر پر در یک

پزشک باید به بیمار اطمینان دهد که می‌داند بیمار راجع به چه علایمی صحبت می‌کند. از بی‌خطر بودن یبوست در ایجاد بیماری‌های خطرناک بگوید و توصیه‌های زیر را ارائه نماید:

۱- الف) افزایش تحرک و افزایش مصرف مایعات: میزان کلی مصرف باید حدود ۲ لیتر در روز و با فاصله از وعده‌های غذایی به صورت منقطع در طول روز باشد. این اقدام در بیمارانی که عادت ندارند باید به تدریج افزایش یابد تا به میزان مورد نظر رسانده شود.

۲- الف) تنظیم عادات تغذیه: اصلاح وضعیت دندان و جویدن، رعایت وعده‌های غذایی و دریافت کالری کافی در شبانه روز از جمله توصیه‌های مهم به بیماران است. در این میان به خصوص خوردن صبحانه و جویدن غذا در وعده‌ی صبح از اهمیت زیادی برخوردار است.

۳- الف) تنظیم برنامه‌ی اجابت مزاج: لازم است بیمار عمل دفع را در محیطی آرام و با زمان بندی منظم انجام دهد. همچنین نباید عمل دفع را به طور مکرر و به صورت ارادی به تعویق اندازد.

۴- الف) افزایش و تنظیم فیبر غذا: فیبر غذایی محور درمان‌های غیر دارویی یبوست می‌باشد و اثربخشی آن در پژوهش‌های بالینی به اثبات رسیده است. بیمار باید مصرف فیبر را به حداقل ۲۰ گرم در شبانه‌روز برساند. این میزان معادل مصرف ۵ وعده، هر وعده به اندازه‌ی حجم یک فنجان بزرگ، از سبزیجات و میوه‌جات خام یا پخته است که باید بر اساس تحمل بیمار به تدریج مصرف شود.

۵- الف) کاهش مصرف چای به حداکثر ۴ فنجان در روز و عدم مصرف قهوه

بیوست مزمن در جدول ۱ به اختصار ارائه شده است.

۴-ب) در بیمارانی که دچار بیوست مزمن هستند و در معاینه توده‌ی مدفوعی واضح دارند و در گروه پرخطر نمی‌باشند اقدامات زیر لازم است (۳۲):

۴-۱-ب) اجرای توصیه‌های غیر دارویی و خارج کردن توده‌ی مدفوعی در حد امکان با انگشت از راه مقعد

۴-۲-ب) انجام تنقیه با نرمال سالین (۲۵۰ تا ۴۰۰ میلی‌لیتر) و یا ۱۲۰ میلی‌لیتر شربت پارافین با هدف نرم کردن مدفوع برای تسهیل در خروج

۴-۳-ب) تجویز هیدروکسید منیزیم یا PEG (Polyethylene glycol) یا لاکتولوز (مسهل‌های اسمزی)

۴-۴-ب) استفاده از شیاف بیزاکودیل (شیاف ۱۰ میلی‌گرمی) در صورتی که بیمار بعد از ۲ روز اجابت خودبه‌خودی مجدد مزاج نداشت.

۵-ب) در بیمارانی که به مدت طولانی بستری هستند، نیاز به ادامه‌ی بستری دارند، در گروه پرخطر نیست و دچار بیوست مزمن می‌باشند، اقدامات زیر انجام شود (۳۳-۳۴).

۵-۱-ب) استفاده از تنقیه‌ی پاک‌سازی یک تا دوبار در هفته (با ۵۰۰ تا ۷۵۰ میلی‌لیتر نرمال سالین و در صورت عدم تخلیه پس از تنقیه استفاده از مسهل محرک مانند شیاف بیزاکودیل

۵-۲-ب) استفاده از پسیلیوم و در صورت عدم نرم شدن مدفوع، مسهل‌های اسمزی

لیوان آب یک تا دو بار در روز با فاصله‌ی ۲ ساعت از غذاها است. قبل از شروع مصرف باید از عدم تداخل این دارو با داروهای قلبی - عروقی بیمار (دیگوکسین، وارفارین و اسپیرونولاکتون) اطمینان حاصل شود. همچنین باید اطمینان حاصل گردد که بیمار توده‌ی مدفوعی (Fecal impaction) نداشته باشد. پسیلیوم ممکن است نفخ بیمار را حداقل در کوتاه مدت تشدید نماید. شروع اثر بالینی دارو اغلب سه تا پنج روز بعد از تجویز اولین دوز است ولی ممکن است تا ۲ هفته بعد از شروع درمان تأخیر داشته باشد.

۳-۳-ب) در صورتی که بیمار اصرار دارد علائم وی به سرعت بهبود یابد، تجویز هیدروکسید منیزیم به میزان ۳ تا ۶ قاشق غذاخوری در روز و به مدت ۳ تا ۵ روز (یعنی تا زمان شروع اثر بالینی مسهل حجم‌دهنده) مناسب است. تجویز طولانی این دارو به خصوص در افراد مسن توصیه نمی‌شود. همچنین می‌توان به جای هیدروکسید منیزیم، سایر مسهل‌های اسمزی مانند پلی‌اتیلن گلیکول (PEG) و یا لاکتولوز را برای بیمار تجویز نمود. مصرف پلی‌اتیلن گلیکول با حل نمودن ۱۷ گرم پودر (۱ قاشق سرپر) در ۲۴۰ سی‌سی (یک لیوان) آب شروع می‌شود. لاکتولوز را نیز می‌توان از ۳ بار در روز، هر بار ۲ قاشق شروع کرد و به تدریج دوز آن را تعدیل نمود.

اطلاعات داروهای معمول مورد استفاده در درمان

جدول ۱. اطلاعات داروهای عمده‌ی مورد استفاده در درمان بیوست مزمن

| نام دارو | شیوه عملکرد | محتوا | دوز معمول |
|------------------|-------------|--|--|
| پسیلیوم | مسهل حجم‌زا | هر قاشق سرپر = ۳ گرم فیبر = ۲ گرم فیبر محلول | ۱ تا ۵ قاشق در روز (دوز منقسم بعد از غذا) |
| هیدروکسید منیزیم | مسهل اسمزی | هر قاشق معمولی = ۴۰۰ میلی‌گرم | ۳ تا ۶ قاشق در روز (در دوز منقسم یا منفرد) |
| لاکتولوز | مسهل اسمزی | هر قاشق معمولی = ۳ گرم | ۳ تا ۶ قاشق در روز (در دوز منقسم یا منفرد) |
| پلی‌اتیلن گلیکول | مسهل اسمزی | هر قاشق سرپر = ۱۷ گرم | ۱ قاشق سرپر در روز (در دوز منفرد) |
| بیزاکودیل | مسهل محرک | هر قرص = ۵ میلی‌گرم | ۱ تا ۳ عدد در روز (دوز واحد شب) |

۸-ب) اگر بر اساس شرح حال و معاینات انجام شده، بیمار به یبوست با حرکت آهسته‌ی دستگاه گوارش دچار است. در این موارد (۲۶):

۸-۱-ب) خط اول درمان علاوه بر اصلاح شیوه‌ی زندگی و استفاده از دارو، مطابق راهکار پیشنهادی برای یبوست مزمن با حرکات طبیعی دستگاه گوارش است. در صورتی که بیمار به این درمان‌ها پاسخ ندهد، خط دوم درمان افزایش دوز داروها، استفاده ترکیبی از درمان‌ها و گاه جراحی است.

۸-۲-ب) پیشنهاد می‌گردد که در صورت عدم پاسخ بیمار به درمان‌های اولیه، جهت بررسی‌های بیشتر (بررسی سرعت حرکات روده‌ی بزرگ با روش‌های رادیولوژیک یا پزشکی هسته‌ای) و انجام درمان‌های تکمیلی به متخصصین مربوط ارجاع داده شود (۲۶).

۹-ب) اگر بر اساس شرح حال و معاینات انجام شده بیمار به یبوست ناشی از دفع ناهماهنگ دچار است، در این صورت لازم است توجه شود که:

۹-۱-ب) علاوه بر اصلاح شیوه‌ی زندگی، خط اول درمان در این دسته از بیماران استفاده از شیاف و تنقیه در منزل و در صورت وجود توده‌ی مدفوعی، تنقیه‌ی بیمارستانی است. همچنین در این بیماران از مسهل‌های اسموتیک و مسهل سالین نیز استفاده می‌شود.

۹-۲-ب) در صورت عدم پاسخ به این درمان‌ها، بهتر است بیمار برای اثبات بیماری با روش‌های رادیولوژیک، الکترومیوگرافیک و مانومتریک و در ادامه‌ی آن، درمان با استفاده از روش‌هایی چون بیوفیدبک و گاه جراحی به متخصصین مربوط ارجاع داده شود (۲۶).

خلاصه‌ی توصیه‌های این راهکار در شکل ۲ ارائه شده است.

۳-۵-ب) استفاده‌ی متناوب (به عنوان مثال یک شب یا دو شب در میان) از مسهل محرک در صورت دفعات کم اجابت مزاج

۶-ب) اگر بیمار دچار یبوست در زمینه‌ی حاملگی است، باید اقدامات ذیل انجام شود (۳۷-۳۵):

۶-۱-ب) مشاوره‌ی دقیق با بیمار ضمن اطمینان بخشی از بی‌خطر بودن و پرشیوع بودن بیماری در حاملگی (۳۸) و تأکید بر منع مصرف هر نوع دارو به خصوص در سه ماهه‌ی اول بارداری و انجام توصیه‌های غیر دارویی

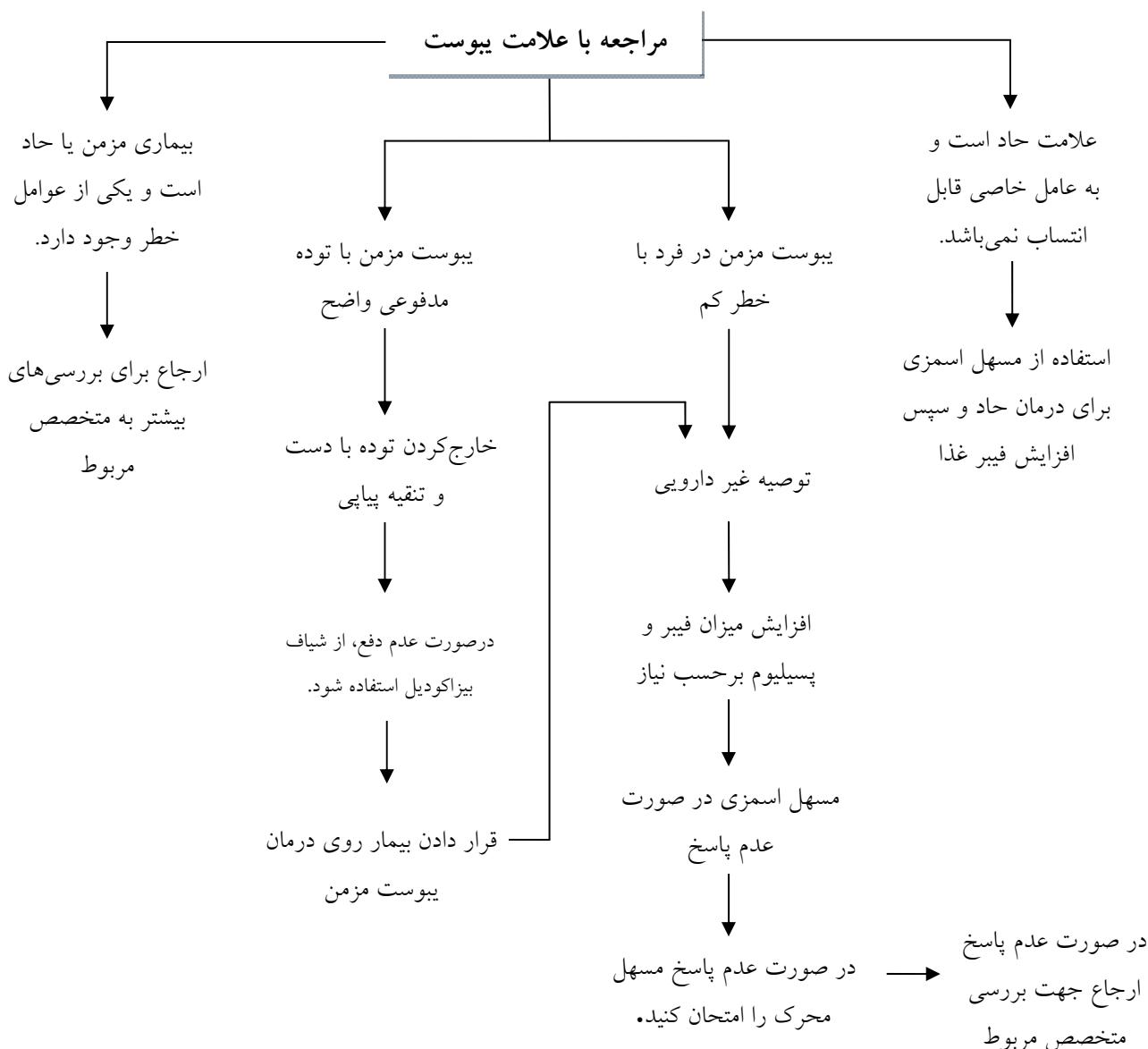
۶-۲-ب) در صورت نیاز استفاده از سبوس ۲ تا ۶ قاشق غذاخوری در روز به صورت یک جا یا منقسم و همراه با ۱ تا ۲ لیوان آب در هر وعده

۳-۶-ب) در صورت لزوم می‌توان از لاکتولوز و یا PEG نیز استفاده نمود ولی باید توجه داشت که درمان دارویی باید به صورت کوتاه مدت انجام شود.

۷-ب) در بیماران دچار یبوست مزمن همراه با IBS، توجه به موارد زیر لازم است: (۲۸).

۷-۱-ب) ارائه‌ی مشاوره به بیمار با تأکید بر این نکته که علت بیماری او عملکردی است و ساختاری نمی‌باشد و ممکن است نیاز به درمان طولانی مدت داشته باشد.

۷-۲-ب) درمان یبوست در بیماران مبتلا به IBS مانند سایر مبتلایان به یبوست است. نکته‌ی قابل توجه در این بیماران این است که در افرادی که IBS به همراه نفخ دارند، به احتمال زیاد با شروع درمان و با مصرف دارو نفخ تشدید می‌شود. یادآور می‌شود که درمان‌های علامتی یبوست در بیماران مبتلا به IBS در زمان‌هایی که بیمار در مرحله‌ی اسهالی است، قطع گردد.



شکل ۲. الگوریتم خلاصه‌ی توصیه‌های ارائه شده در این مقاله

پیگیری بیمار

نحوه‌ی پیگیری این بیماران به نوع برنامه‌ی درمانی و پاسخ هر فرد به درمان بستگی دارد (۳۹).

الف) شرح حال‌گیری و معاینه

پیگیری بهتر است در مورد یبوست مزمن بدون توده‌ی مدفوعی حدود یک تا دو هفته بعد از ویزیت اول انجام شود تا مسهل‌های حجمی و فیبر اضافه شده به رژیم غذایی اثر خود را ایجاد کرده باشند. در بخش

شرح حال‌گیری از تغییر علائم، لزوم و دفعات استفاده از مسهل‌های محرک به صورت قرص یا شیاف، عوارض دارویی و بروز علائم خطر از بیمار سؤال شود و سپس علائم حیاتی بیمار ثبت شود. در صورت بروز اسهال، فشار خون وضعیتی وی اندازه‌گیری گردد. همچنین رکتوم باید از نظر وجود مواد دفعی و قوام آن در صورت فقدان دفع طولانی با وجود درمان معاینه گردد.

ب) اتخاذ تصمیم درمانی پیگیری

هیدروکسید منیزیم جهت کنترل علائم استفاده شود. در صورت تحمل، فیبر و پسیلیوم در حد مطلوب بیمار حفظ شود و به بیمار توصیه گردد که در صورت ادامه‌ی یبوست پس از یک هفته مراجعه نماید.

۳) مقاومت به درمان: اگر بیمار به مصرف فیبر، پسیلیوم و مسهل‌های اسمزی بعد از یک هفته با دوز مناسب پاسخ ندهد، مسهل‌های محرک مانند بیزاکودیل یا ترکیبات سنا تجویز گردد. در مواردی که مصرف دارو از راه دهان امکان‌پذیر نمی‌باشد، بیمار می‌تواند از شیاف بیزاکودیل ۱۰ میلی‌گرمی بزرگسالان استفاده نماید. در صورت تداوم یبوست و یا نیاز طولانی مدت به بیزاکودیل جهت رفع یبوست، با متخصص مربوط مشاوره شود.

لیست داروهای ملین موجود در فارماکوپه‌ی ایران در جدول ۲ ارائه شده است.

۱) بیمار تا حدودی به درمان با پسیلیوم و افزایش فیبر غذایی پاسخ داده است: به بیمار اطلاع داده شود که اجابت مزاج معمولی سه بار در روز تا سه بار در هفته است و بیمار می‌تواند در صورت نیاز و بدون مراجعه به پزشک هر هفته میزان مصرف فیبر و پسیلیوم را در جهت برقراری اجابت مزاج مطلوب تغییر دهد. همچنین لازم است به بیمار توضیح داده شود که نیاز به درمان طولانی مدت ندارد و در طی ماه بعد از این مراجعه می‌تواند مصرف پسیلیوم را به حداقل و فیبر غذایی را به حداکثر برساند تا حدی که حداقل علائم را داشته باشد.

۲) بیمار با وجود مصرف حداکثر مقدار پسیلیوم و فیبر یبوست دارد یا از عوارض دارو شاکی است: از مسهل‌های اسمزی مانند PEG، لاکتولوز و یا

جدول ۲. لیست داروهای ملین موجود در فارماکوپه کشور (آذر ماه ۱۳۹۰)

| نام و شکل دارو | شیوه‌ی عملکرد | شکل دارو و شیوه‌ی مصرف |
|--|-------------------------------|---|
| Bran (پودر) | مسهل اسمزی | ۷ گرم (۲ قاشق غذاخوری) در یک لیوان آب، ۱ تا ۳ بار در روز |
| Castor oil (ژل) | مسهل محرک | ۱۵ تا ۶۰ میلی‌لیتر به صورت دوز واحد ۱۶ ساعت قبل از اقدام مورد نظر (آماده کردن روده برای جراحی یا معاینه). |
| Glycerin (شیاف) | مسهل اسمزی | تنقیه با ۵ تا ۱۵ میلی‌لیتر |
| Califig (شربت) | مسهل محرک، اسمزی و حجم‌دهنده | ۱۵ تا ۳۰ میلی‌لیتر روزانه |
| Fijan (شربت) | مسهل محرک | ۱۵ تا ۳۰ میلی‌لیتر روزانه |
| Methylcellulose (گرانول) | مسهل اسمزی | ۱۵ تا ۲۰ میلی‌لیتر در یک لیوان آب، ۱ تا ۳ بار در روز |
| Mineral oil (روغن پارافین) (امولسیون) | کاهش جذب آب مدفوع و لوبریکانت | ۱۵ تا ۳۰ میلی‌لیتر خوراکی قبل از خواب؛ یا تنقیه‌ی ۹۰ تا ۱۲۰ میلی‌لیتر |
| C-Lax (قرص) | | |
| Senalax (قرص) | | |
| Samilax (قرص) | مسهل محرک | ۱ تا ۳ قرص در روز |
| Senna products (پودر و قرص) (SC) | | |

اندیکاسیون‌های ارجاع بیمار به سطوح بالاتر (۴۰)

در مواجهه با موارد زیر لازم است که بیمار جهت اقدامات تشخیصی - درمانی مناسب به سطوح بالاتر ارجاع داده شود.

(۱) بیمار مبتلا به یبوست حاد یا مزمن که در دسته‌ی پرخطر طبقه‌بندی می‌شود (جهت انجام اقدامات تشخیصی خاص).

(۲) بیمار با علایم یبوست حاد و تندرنس واضح شکم که مشکوک به حوادث داخل شکمی است.

(۳) بیماری که در معاینه نشانه‌ی واضحی از بیماری ثانویه مانند لمس توده‌ی رکتال یا شکمی (غیر از توده‌ی مدفوعی)، نزول غیر طبیعی پرینه، نشانه‌های هیرشپرونک و نشانه‌هایی از بیماری‌های عصبی تشخیص داده نشده، در وی مشاهده می‌شود.

(۴) بیماران مشکوک به ابتلا به هیپوتیروئیدی به خصوص در زنان بالای ۶۵ سال (پس از انجام تست TSH)

(۵) بیمار تحت درمان که به تغییر شیوه‌ی زندگی و تجویز فیبر و مسهل‌ها پاسخ نمی‌دهد.

(۶) بیمار مبتلا به رکتوسل بزرگ که این رکتوسل باعث بروز اختلال عملکردی در هنگام دفع

مدفوع در وی می‌شود.

(۷) بیمار مبتلا به اختلال واضح در عملکرد عضلانی پرینه است، مانند گروهی از زنان که برای اجابت مزاج طبیعی نیاز به فشار انگشت از طریق دیواره‌ی خلفی واژن دارند.

قبل از ارجاع بیمار، گرفتن شرح حال کامل، انجام معاینات مرتبط و درخواست آزمایشات لازم و ارسال همه این مدارک به همراه بیمار توصیه می‌گردد.

نتیجه‌گیری

یبوست بیماری شایعی است که در اکثر موارد به راحتی قابل بررسی و درمان می‌باشد و رویکرد به آن کبه طور کامل در حیطه‌ی توانمندی‌های پزشکان عمومی قرار دارد (۹). بنابراین لازم است که همه‌ی پزشکان ارائه دهنده‌ی خدمات و مراقبت‌های سطح اول به روش‌های تشخیص و درمان این بیماری به طور کامل مسلط باشند و درمان مبتلایان به این بیماری (غیر از مواردی که در بند مربوط به اندیکاسیون‌های ارجاع به سطوح بالاتر اشاره شده است) توسط این گروه از درمانگران صورت پذیرد و از ارجاع بی‌مورد به پزشکان تخصصی بالاتر که منجر به تحمیل هزینه‌های سنگین بر بیماران و نظام سلامت می‌گردد، اجتناب شود.

References

1. Mugie SM, Benninga MA, Di LC. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2011; 25(1): 3-18.
2. Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, Falagas ME. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. *BMC Gastroenterol* 2008; 8: 5.
3. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011; 106(9): 1582-91.
4. Zhao YF, Ma XQ, Wang R, Yan XY, Li ZS, Zou DW, et al. Epidemiology of functional constipation and comparison with constipation-predominant irritable bowel syndrome: the Systematic Investigation of Gastrointestinal Diseases in China (SILC). *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 34(8): 1020-9.
5. Cook IJ, Talley NJ, Benninga MA, Rao SS, Scott SM. Chronic constipation: overview and

- challenges. *Neurogastroenterol Motil* 2009; 21 (Suppl 2): 1-8.
6. An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol* 2005; (100 Suppl 1): S1-S4.
 7. Lindberg G, Hamid SS, Malfertheiner P, Thomsen OO, Fernandez LB, Garisch J, et al. World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation--a global perspective. *J Clin Gastroenterol* 2011; 45(6): 483-7.
 8. Cheng C, Chan AO, Hui WM, Lam SK. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18(3): 319-26.
 9. Folden SL. Practice guidelines for the management of constipation in adults. *Rehabil Nurs* 2002; 27(5): 169-75.
 10. Rigby D, Powell M. The causes and treatment of Constipation. *Continence Essentials* 2008;1: 117-120.
 11. Belsey J, Greenfield S, Candy D, Geraint M. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 31(9): 938-49.
 12. Tack J, Muller-Lissner S, Stanghellini V, Boeckstaens G, Kamm MA, Simren M, et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation--a European perspective. *Neurogastroenterol Motil* 2011; 23(8): 697-710.
 13. Hadizadeh F, Kabiri P, Kelishadi R, Adibi P, Changiz T. Guideline for development and adaptation of clinical practice. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2010. [In Persian].
 14. Hutchison B. Constipation in the elderly. *Can Fam Physician* 1978; 24: 1018-22.
 15. Adibi P, Behzad E, Pirzadeh S, Mohseni M. Bowel habit reference values and abnormalities in young Iranian healthy adults. *Dig Dis Sci* 2007; 52(8): 1810-3.
 16. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel Disorders. In: Drossman DA, editor. *Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders*. 3rd ed. USA: Degnon Associates, Incorporated; 2006. p. 516.
 17. Rao SSC, Go JT. Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options. *Clin Interv Aging* 2010; 5: 163-71.
 18. Rao SS, Meduri K. What is necessary to diagnose constipation?. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2011; 25(1): 127-40.
 19. Jamshed N, Lee ZE, Olden KW. Diagnostic approach to chronic constipation in adults. *Am Fam Physician* 2011; 84(3): 299-306.
 20. McKay SL, Fravel M, Scanlon C. Management of constipation. [Cited 2009 Oct]. Available from: URL: <http://guideline.gov/content.aspx?id=15434>.
 21. Kyle G. Risk assessment and management tools for constipation. *Br J Community Nurs* 2011; 16(5): 224, 226-4, 230.
 22. Wald A. Chronic constipation: advances in management. *Neurogastroenterol Motil* 2007; 19(1): 4-10.
 23. Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. *N Engl J Med* 2003; 349(14): 1360-8.
 24. Raza N, Bielefeldt K. Discriminative value of anorectal manometry in clinical practice. *Dig Dis Sci* 2009; 54(11): 2503-11.
 25. Cassagnol M, Saad M, Ahmed E, Ezzo D. Review of Current Chronic Constipation. *US Pharm* 2010; 35(12): 74-85.
 26. Schiller LR. Review article: the therapy of constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15(6): 749-63.
 27. Murakami K, Okubo H, Sasaki S. Dietary intake in relation to self-reported constipation among Japanese women aged 18-20 years. *Eur J Clin Nutr* 2006; 60(5): 650-7.
 28. McCallum IJ, Ong S, Mercer-Jones M. Chronic constipation in adults. *BMJ* 2009; 338: b831.
 29. Emmanuel AV, Tack J, Quigley EM, Talley NJ. Pharmacological management of constipation. *Neurogastroenterol Motil* 2009; 21(Suppl 2): 41-54.
 30. Belsey JD, Geraint M, Dixon TA. Systematic review and meta analysis: polyethylene glycol in adults with non-organic constipation. *Int J Clin Pract* 2010; 64(7): 944-55.
 31. Prather CM, Ortiz-Camacho CP. Evaluation and treatment of constipation and fecal impaction in adults. *Mayo Clin Proc* 1998; 73(9): 881-6.
 32. Davey G, Wilde G, Hesslewood J, Whitlock A. Guidance for the Prevention and Management of Constipation in Adults. NHS 2009;1-26. Available from: URL: <http://www.nhsdudley.nhs.uk/Formulary/documents/Constipation%20Guidelines.pdf>
 33. Tariq SH. Constipation in long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8(4): 209-18.
 34. Keller J, Frederking D, Layer P. The spectrum and treatment of gastrointestinal disorders during pregnancy. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2008; 5(8): 430-43.
 35. Hsieh C. Treatment of constipation in older adults. *Am Fam Physician* 2005; 72(11): 2277-84.
 36. World Gastroenterology Organisation. WGO Practice Guidelines: Constipation. [Cited 2007]. Available from: URL: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/05_constipation.pdf.
 37. Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and

- practical management. *Gut* 2007; 56(12): 1770-98.
38. Mulak A, Taché Y. Sex difference in irritable bowel syndrome: do gonadal hormones play a role?. *Gastroenterologia Pol* 2010; 17(2): 89-97.
39. Health Plan of Nevada, Sierra Health and Life. Constipation Guidelines. [Cited 2011 January]. Available from: URL: <http://www.healthplanofnevada.com/documents/provider%20files/Constipation%20Guideline%20-Jan%2711-final.pdf>.
40. Rao SS, Camilleri M, Hasler WL, Maurer AH, Parkman HP, Saad R, et al. Evaluation of gastrointestinal transit in clinical practice: position paper of the American and European Neurogastroenterology and Motility Societies. *Neurogastroenterol Motil* 2011; 23(1): 8-23.

پرسش‌ها جهت کسب امتیاز بازآموزی

- ۱- کدامیک از موارد زیر اندیکاسیون ارجاع به سطح بالاتر محسوب نمی‌شود؟
 الف) بیماری که در معاینه‌ی وی یک توده‌ی رکتال غیر از توده‌ی مدفوعی لمس شده است.
 ب) خانم ۵۰ ساله‌ای که برای اجابت مزاج نیاز به فشار انگشت از طریق دیواره‌ی خلفی واژن دارد.
 ج) خانم ۳۰ ساله‌ای که مبتلا به IBS است و یبوست تظاهر غالب IBS او است.
 د) خانم ۷۰ ساله‌ای که نتایج آزمایش او حاکی از افزایش TSH است.

- ۲- در ارزیابی یک خانم مسن به یبوست درخواست کدامیک از آزمایش‌های زیر منطقی‌تر است؟

الف) TSH

ب) قند خون ناشتا

ج) شمارش سلول‌های خون

د) کلسیم توتال و آلبومین

- ۳- کدامیک از داروهای زیر را برای درمان یبوست یک خانم حامله توصیه نمی‌کنید؟

الف) لاکتولوز

ب) فیبر

ج) PEG

د) بیزاکودیل

- ۴- کدامیک از علایم زیر از نشانه‌های خطر یبوست محسوب می‌گردد؟

الف) وجود سابقه‌ی خانوادگی IBS در بیمار

ب) همراهی تهوع و استفراغ با یبوست

ج) بروز یبوست در افراد بالای ۴۵ سال

د) بروز یبوست در سه ماهه‌ی اول حاملگی

- ۵- کدامیک از داروهای زیر در ایجاد یبوست نقش ندارد؟

الف) سرتالین

ب) نورتریپتیلین

ج) وراپامیل

د) فوروسماید

- ۶- بیماری دو هفته پیش با شکایت از یبوست مزمن به شما مراجعه نموده است. وی را به افزایش مصرف فیبر توصیه نموده‌اید و برای او پسلیوم تجویز کرده‌اید. اکنون دوباره مراجعه نموده و علی‌رغم مصرف حداکثر مقدار پسلیوم و فیبر همچنان از یبوست شاکی است. اقدام بعدی شما در این زمینه چه خواهد بود؟

- (الف) با توجه به عدم پاسخ علائم بیمار به درمان، لازم است که به سطوح بالاتر ارائه‌ی خدمات درمانی ارجاع داده شود.
- (ب) با توجه به عدم پاسخ علائم بیمار به فیبر و پسلیوم، فیبر و پسلیوم را قطع کرده و برای بیمار یک مسهل اسمزی تجویز می‌کنیم.
- (ج) برای بیمار یک مسهل محرک شروع می‌کنیم و به وی توصیه می‌نماییم که در صورت عدم پاسخ به درمان به مدت یک هفته، به پزشک متخصص مراجعه کند.
- (د) به درمان‌های قبلی بیمار، پلی اتیلن گلیکول اضافه می‌کنیم.

۷- در مواجهه با بیماری که با بیوست حاد به شما مراجعه نموده است، کدامیک از اقدامات زیر لازم نیست؟

- (الف) به بیمار اطمینان می‌دهیم که پس از رفع عامل تنش‌زا بیماری وی رفع خواهد شد.
- (ب) با توجه به حاد بودن بیوست بیمار و نیاز به بررسی‌های بیشتر، وی را به متخصص مربوط ارجاع می‌دهیم.
- (ج) مقدار فیبرهای غذایی بیمار را افزایش می‌دهیم.
- (د) به صورت کوتاه مدت (۳ تا ۵ روز) برای وی یک مسهل اسمزی تجویز می‌کنیم.

۸- بیماری با علائم شدید بیوست به شما مراجعه نموده است، درمان را با ارائه‌ی توصیه‌های غیر دارویی و تجویز پودر پسلیوم برای او آغاز می‌کنید ولی بیمار اصرار دارد که علائمش سریع‌تر بهبود یابد، برای پاسخ به این درخواست بیمار چه می‌کنید؟

- (الف) دوز پسلیوم را افزایش می‌دهیم.
- (ب) بیمار را به متخصص مربوط ارجاع می‌دهیم.
- (ج) برای بیمار به صورت کوتاه مدت شیاف بیزاکودیل (یک شب در میان) تجویز می‌کنیم.
- (د) برای بیمار به صورت کوتاه مدت یک مسهل اسمزی تجویز می‌کنیم.

۹- برای ادامه درمان بیماری که جهت رفع علائم بیوست تحت درمان با هیدروکسید منیزیم است، بهتر است کدامیک از داروهای زیر تجویز نشود؟

- (الف) پسلیوم
- (ب) پلی اتیلن گلیکول
- (ج) بیزاکودیل
- (د) Mineral Oil (روغن پارافین)

۱۰- کدام یک از اختلالات الکترولیتی زیر از علل ثانویه ایجاد بیوست نیست؟

- (الف) هیپرکلمی
- (ب) هیپرمینزیمی
- (ج) هیپرکالمی
- (د) هیپومینزیمی