

یبوست مزمن: پاتوفیزیولوژی، تشخیص و درمان

ترجمه از: دکتر رضا انصاری*

انتهای کولون توسط سیستم پاراسمپاتیک از ناحیه خاجی عصب‌گیری می‌شود و قطع این اعصاب و ضایعات ناحیه Caudaequina منجر به کاهش حرکات این منطقه و توقف مواد مدفوعی و اختلال در دفع خواهد شد. همین علائم در ضایعات ناحیه لومبوساکرال، میلومننگوسل و بی‌حسی موضعی قسمت تحتانی نخاع دیده می‌شود. یبوست معمولاً در ضایعات وسیع ستون نخاعی، اجتناب‌ناپذیر خواهد بود.

یبوست در بیماران مبتلا به مولیبتیل اسکروزیس و پارکینسون شیوع بیشتری دارد و با بی‌حرکتی و مصرف داروهای مربوطه تشدید می‌شود.

چگونگی بررسی یبوست مزمن:

اولین اقدام در بررسی یبوست مزمن، داشتن یک شرح حال کامل، دقت کافی در عوامل خطر ساز، مدت بیماری و چگونگی یبوست است. بهتر است بیماران چگونگی دفع و نوع غذای خورده شده را به مدت دو هفته یادداشت کنند؛ این اطلاعات در تشخیص یبوست‌های کاذب و غیرواقعی به ما کمک خواهد کرد.

یکی از شایع‌ترین شکایت‌های گوارشی، بخصوص در خانم‌های بالای ۶۰ سال، یبوست است. بی‌حرکتی و رژیم غذایی نامناسب از عوامل عمده مستعد کننده این بیماری تلقی می‌گردند.

تعریف:

اغلب پزشکان غالباً بر اساس تصورات خود بیماران، یبوست را درمان می‌کنند و بین مردم این بیماری تعاریف مختلف دارد. برخی از مدفوع پشکلی شکل و سفت و دفع مشکل آن، و عده‌ای از کاهش دفعات اجابت مزاج شاکی هستند. یبوست بر اساس مطالعه‌های اپیدمیولوژیک در جوامع آمریکا و انگلستان به صورت کاهش دفعات اجابت مزاج کمتر از سه بار در هفته تعریف می‌شود، در صورتی که در یک مطالعه دیگر، ۶۰ درصد بیمارانی که از یبوست شاکی بودند، روزانه یک بار دفع مدفوع داشتند ولی از فشار هنگام دفع و احساس دفع ناقص شکایت داشتند.

یک کمیته بین‌المللی تعریف عملی زیر را توصیه کرده است:

۱ - بیمارانی که بدون ملین از دو مورد یا بیشتر از موارد ذیل، حداقل به مدت یک سال شاکی باشند.

الف - شکایت از فشار هنگام دفع در ۲۵ درصد از موارد اجابت مزاج.

ب - احساس عدم دفع کامل مدفوع در ۲۵ درصد از موارد اجابت مزاج.

ج - دفع مدفوع سفت و پشکلی شکل در ۲۵ درصد از موارد اجابت مزاج.

د - دفع مدفوع کمتر از سه بار در هفته.

۲ - بیمارانی که کمتر از دو بار در هفته دفع مدفوع دارند.

علل:

یبوست به علت اختلال حرکت مدفوع در طول کولون و یا اختلالات عملی ناحیه آنورکتال به وجود می‌آید.

بیماری‌های مختلفی (جدول I) و انواع داروها (جدول II) در کاهش حرکت مدفوع در طول کولون دخیل هستند. سایر علل مانند ضایعات آنورکتال، مگارکتوم و ضعف عضلات ناحیه لگن، منجر به اختلال در دفع می‌شوند و این مسائل باید به صورت بالقوه در بررسی‌های ابتدائی بیماران در نظر گرفته شود.

ضایعات نورولوژیک، متابولیک، آندوکرینی و ضایعات انسدادی لوله گوارش از علل ایجاد کننده یبوست محسوب می‌شوند. چون اعمال کولون و ناحیه آنورکتال به وسیله هر دو سیستم عصبی رودهای و خودکار هماهنگ می‌شوند، تعجبی ندارد که ضایعات CNS و اعصاب محیطی معمولاً با یبوست همراه شوند.

جدول I

Diseases Associated With Chronic Constipation

Neurogenic Disorders

Peripheral

Hirschsprung's

Chagas' disease

Autonomic neuropathy

Intestinal pseudo-obstruction (myopathy, neuropathy)

Diabetes mellitus

Central

Multiple sclerosis

Spinal cord injury

Parkinson's disease

Non-neurogenic Disorders

Hypothyroidism

Hypercalcemia, hypocalcemia

Pregnancy

Porphyria

Panhypopituitarism

Systemic sclerosis

Myotonic dystrophy

تغییرات اخیر و پایدار اجابت مزاج، نباید به سادگی به مصرف داروها نسبت داده شوند و باید دقت کافی در تشخیص ضایعات خطیر به عمل آید. این حالت در بیماران سالخورده با احساس عدم دفع کامل و احساس فشار همراه با انمی از اهمیت بیشتری برخوردار است. فیبروسیگموئیدوسکوپ و کولونوسکوپ بهترین روش در تشخیص ضایعات مسدود کننده روده بزرگ اند. کولونوسکوپ کامل در بیماران سالخورده (بالاتر از ۵۰ سال) و در بیماران یبوستی که خون مخفی مثبت در مدفوع و کم‌خونی دارند، از ارزش بالایی برخوردار است، چرا که می‌توان در صورت نیاز نسبت به بیوپسی از ضایعات و یا پولیپکتومی در حین بررسی روده بزرگ اقدام کرد. در صورتی که ضایعات ساختمانی روده بزرگ مانند مگاکولون و یا مگارکتوم مورد شک بود، می‌توان از باریم انما که قیمت کمتری نسبت به کولونوسکوپ دارد، استفاده کرد. در جوانان باریم انما نسبت به کولونوسکوپ ارجح است. یک عکس ساده شکم با تشخیص تجمع مدفوع در روده بزرگ احتمال تشخیص مگاکولون را مطرح می‌کند.

درمان:

اولین برخورد با بیماران مبتلا به یبوست مزمن ایدئوپاتیک آموزش بیمار و تغییر الگوهای غذایی و توصیه به عدم مصرف مزمن ملین‌ها و یا انما است. آموزش چگونگی عمل دفع و تعداد طبیعی آن نیز مؤثر خواهد بود. مصرف بی‌رویه انواع مسهل و ملین‌ها باید منع شود. تشویق بیمار به عمل دفع بعد از مصرف صبحانه با توجه به رفلکس گاستروکولیک یاری‌بخش است. فیبرها و افزایش‌دهنده‌های حجم مدفوع (پسیلیوم، متیل سلولز) همراه با

یبوست شدید مزمن با علت نامعلوم:

کمتر از یک درصد بیماران فوق دچار یبوست شدید با علت نامعلوم هستند. این حالت در خانم‌های میانسالی شایع‌تر است. درد شکم ناشیاب و مگاکولون نادر است. بیماران از کاهش دفعات اجابت مزاج و فشار زیاد هنگام دفع شاکی هستند. این بیماران اغلب پاسخ مناسبی به درمان با فیبر و ملین‌های ملایم نخواهند داد.

بیماران در دو گروه قابل بررسی هستند:

- ۱- آنهایی که به درمان ملین‌ها و فیبرها پاسخ نمی‌دهند ولی در بررسی ترانزیت طبیعی کولون دارند.
- ۲- بیمارانی با یبوست شدید که دچار کندی ترانزیت کولون هستند مانند Colonic inertia.

وارفتگی کولون (Colonic inertia):

این مفهوم که تاخیر عبور مارکرهای حاجب را در قسمت پروکزیمال (نزدیک) کولون، وارفتگی کولون (Colonic inertia) بدانیم، می‌تواند همگی‌پذیر و کامل نباشد. دانستنی است معیارهای تشخیصی برای وارفتگی کولون (Colonic inertia) دقیق نیستند، زیرا اگر بخواهیم بر مبنای حرکات مارکر تعریف را به دست دهیم با اشکال مواجه خواهیم شد؛ رکود در کولون می‌تواند یا ناشی از هیپوموتیلیتی حرکات پیش‌برنده (Propulsive) در کولون پروکزیمال و یا ناشی از هیپرموتیلیتی حرکات پس‌برنده (Recropulsive) در کولون دیستال (دور) باشد. آنچه که می‌توانیم جهت شناخت بیشتر این واژه یا مفهوم بدهیم آن است که: در این بیماران حرکات کولون با مصرف Bisacodyl و غذا افزایش نمی‌یابد و پاسخ کولینرژیک‌ها اندک است. این یافته‌ها نشانگر اختلال در شبکه

جدول II

Medications Associated With Constipation

Analgesics
Anticholinergics
Antispasmodics
Antidepressants
Antipsychotics
Cation-containing agents
Iron supplements
Aluminum (antacids, sucralfate)
Neurally active agents
Opiates
Antihypertensives
Ganglionic blockers
Vinca alkaloids
Calcium channel blockers

ولی مارکرها در رکتوم باقی مانده و تأخیر دفع پیدا می‌کنند. این حالت از کودکی تا سالخوردگی با ایمپکشن مدفوع، مگارکتوم و هیرشپرونک شایع است. در بزرگسالان به علت پاسخ نامناسب دیافراگم لگنی هنگام اجابت مزاج دیده می‌شود و این حالت به نام ناهماهنگی عضلات کف لگن (Pelvic Floor dyssynergia) معروف است و پاتوژنز آن به صورت کامل مشخص نیست و عوامل مختلفی در آن دخیل هستند. مطالعات جدید نشان داده است که ناهماهنگی دیافراگم لگن در بیماران مبتلا به یبوست با زمان ترانزیت طبیعی دیده شده است و می‌تواند در

عصبی روده‌ها است و ضایعات هیستولوژیک متعددی در بررسی این بیماران مشخص شده است. کاربرد فراوان مسهل‌ها (به ویژه مسهل‌های تحریکی) تفسیر این یافته‌ها را مغشوش کرده است. واژه Colonic inertia فقط باید در مورد بیماری‌هایی استفاده شود که زمان ترانزیت در قسمت پروکسیمال کولون آنان کاهش یافته است و هیچ‌گونه شواهدی در برابر برگشت مارکرها از کولون چپ به راست وجود نداشته باشد.

Outlet delay

در این بیماری زمان حرکت مارکرها، در کولون تا رکتوم طبیعی است،

جدول III

Laxatives for the Management of Constipation

Laxative	Usual adult dose	Onset of action	Side effect
Bulk-forming laxatives			
Natural (e.g., psyllium)	7 g po	12-72 h	Impaction above strictures
Synthetic (e.g., methylcellulose)	4-6 g po	12-72 h	Fluid overload
Emollient laxatives			
Docusate salts	500-500 mg po	24-72 h	Skin rashes
Mineral oil	15-45 mL po	6-8 h	Decreased absorption of vitamins Lipid pneumonia Decreased absorption of warfarin and oral contraceptives
Hyperosmolar			
Polyethylene glycol	3-22 L po	1 h	Abdominal bloating
Lactulose	15-60 mL po	24-48 h	Abdominal bloating
Sorbitol	120 mL of 25% solution po	24-48 h	Abdominal bloating
Glycerine	3 g suppository	15-60 min	Rectal irritation
	5-15 mL enema	15-30 min	Rectal irritation
Saline laxatives			
Magnesium sulfate	15 g po	0.5-3 h	Magnesium toxicity (with renal insufficiency)
Magnesium citrate	200 mL po	0.5-3 h	
Stimulant laxatives			
Castor oil	15-60 mL po	0.5-3 h	Nutrient malabsorption
Diphenylmethanes			
Phenolphthalein	60-100 mg po	6-8 h	Skin rashes
Bisacodyl	30 mg po	6-10 h	Gastric irritation
	10 mg pr	0.25-1 h	Rectal stimulation
Anthraquinones			
Cascara sagrada	1 mL po	6-12 h	Melanosis coli
Senna	2 mL po	6-12 h	Degeneration of Meissner and Auerbach plexuses
Aloe (casanthrol)	250 mg po	6-12 h	

Abbreviations: po, by mouth; pr, per rectum

Adapted and reprinted with permission from Wald 1994.

الگوریتم یک - بررسی یبوست مزمن شدید با علت نامعلوم

کاهش دفعات اجابت مزاج و یا فشار هنگام دفع مدفوع

بررسی گذر مدفوع در روده بزرگ
Colonic Transit Time

طبیعی

بیمار از احساس فشار
هنگام دفع شاکی است

نرمال

آهسته

تاخیر دفع در راه خروجی
Outlet + delay

دفکوگرافی
+
مانومتري آنورکتال

عدم هماهنگی
عضلات کف لگن

کولون وارفته
Colonic Inertia

مانومتري آنورکتال
+
بررسی از نظر احتمال
انسداد کاذب

بیماری هیرشپرونگ

رکتوسیگموئید بر اساس نشانه‌های تشریحی (تصویر شماره ۱) شمرده می‌شوند. ارزیابی حرکتی کولون به وسیله چگونگی حرکت مارکرها مشخص می‌شود و مواردی از قبیل Colonic inertia و Outlet delay قابل تشخیص می‌شوند. (تصویر شماره ۲) تعداد کثیری از بیماران با یبوست مزمن شدید ایدیوپاتیک، زمان ترانزیت طبیعی دارند و به نظر می‌رسد که این افراد یا آگاهانه یا ناخودآگاه خود را یبوستی معرفی می‌کنند، گروهی در این افراد هستند که دچار استرس‌های روانی بیشتری، در قیاس با بیمارانی یبوستی با ترانزیت آهسته، دارند. تمامی این یافته‌ها می‌توانند در تقسیم‌بندی این بیماران و درمان آنها مفید واقع شوند. یافته‌های زمان ترانزیت نقش مهمی در تشخیص و درمان بیماران دارند.

Delfecography

در این روش تکه‌های سفت باریم به داخل رکتوم گذاشته می‌شود و سپس از طریق فلوروسکوپی چگونگی دفع را بررسی می‌کنند. در این روش، وضعیت ساختمانی آنورکتال در هنگام استراحت و دفع مدفوع مشخص می‌شود.

Anorectal Manometry

احساس دفع، حداکثر توانایی اتساع رکتوم، شل شدن رفلکسی اسفنکتر داخلی آنال و اسپاسم غیرطبیعی اسفنکتر آنال در پاسخ به دفع مانومتر از مفیدترین پارامترهای تشخیصی در این روش محسوب می‌شوند. فشاری که توسط بالون رکتال مشخص می‌شود نشانگر فشار داخل شکم هنگام دفع مدفوع است و در همین حال فشار گزارش شده اسفنکتر آنال توسط مانومتر مربوطه کاهش می‌یابد و عدم تجانس این دو فشار، مشکل دفع ایجاد خواهد کرد. مطالعات الکترومیوگرافیک اسفنکتر خارجی آنال در استراتژی درمانی مفید است.

درمان یبوست شدید مزمن با علت نامشخص:

رفتار درمانی:

این متد در کودکان نتایج درمانی مؤثری داشته است. یک برنامه اصلاح شده ممکن است در بالغین با یبوست به علت‌های عصبی، دمانس و یا اختلالات حرکتی، مفید باشد.

در ابتدا باید کولون به صورت کامل از طریق انما در سه روز متوالی با محلول پلی‌اتیلن‌گلیکول تخلیه و سپس سوربیتول و یا لاکتولوز تجویز شود. بیمار باید حداقل روزانه یک وعده دفع مدفوع داشته باشد و به وی توصیه می‌شود که بعد از صبحانه یا رفتن به توالت با توجه به رفلکس گاستروکولیک، عمل دفع را داشته باشد. اگر بعد از دو روز متوالی دفعی صورت نگرفت، انما و یا شیاف گلیسرین جهت جلوگیری از ایمیکشن مدفوع تجویز می‌شود و از سرزنش بیمار به علت عدم پاسخ مناسب

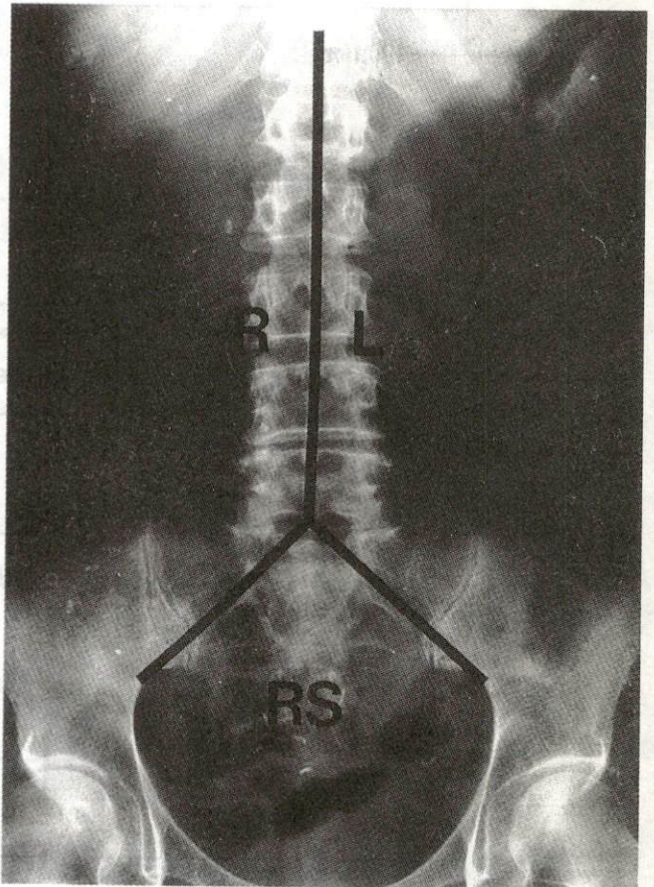
بیماران مبتلا به Colonic inertia همانند Outlet delay وجود داشته داشته باشد.

بررسی یبوست مزمن شدید با علت نامعلوم:

درمان ایده‌آل بیماران، بر اساس شناخت پاتوفیزیولوژیک یک بیماری است (الگوریتم شماره ۱)، به همین سبب انجام آزمایش‌های زیر می‌توانند در تشخیص کمک‌کننده باشند.

Radio Opaque Marker Studies

مفیدترین بررسی در این بیماران مطالعه زمان ترانزیت کولون است. بیمار روزانه ۲۰ تا ۳۰ گرم فیبر مصرف می‌کند و باید از مصرف هرگونه ملین در هنگام آزمایش احتراز کند. سپس، مارکرهای رادیوآپاک توسط بیمار خورده می‌شود و عبور آنها از کولون در زمان‌های مختلف با ترسیم نمودار بررسی می‌شود. مارکرها در کولون راست، چپ و ناحیه



تصویر شماره ۱:

گرافی ساده شکم هنگام بررسی حرکت مارکرها در کولون. روده بزرگ به سه قسمت، چپ، راست و ناحیه رکتوسیگموئید تقسیم می‌شود.

هماهنگی عضلات لگن و اسفنکتر آنال به وسیله خود بیمار است و در مطالعات کنترل نشده، موارد موفقیت متعددی در بیماران مبتلا به عدم هماهنگی عضلات کف لگن با این روش گزارش شده است.

درمان دارویی:

استفاده از داروهای محرک سیستم حرکتی کولون مانند متوکلوپرامید، یا Cisapride (Prokinetic agents) چندان مؤثر واقع نشده است. بعضی از این بیماران به صورت موفقیت آمیز با پروستاگلاندین E₂ (Misoprostal) درمان شده‌اند.

درمان جراحی:

در صورت وجود سه شرط زیر در افراد مبتلا به یبوست شدید مزمن مقاوم به درمان دارویی می‌توان توصیه به عمل جراحی کولکتومی ساب‌توتال و ایلئورکتال آناستوموزیز داشت:

۱ - بیماری که یبوست مزمن شدید و آزاردهنده دارد و به درمان‌های معمول پاسخ نمی‌دهد.

۲ - در بررسی زمان ترانزیت کولون، Colonic inertia تشخیص داده شود.

۳ - در بررسی‌های رادیولوژیک و مانومتریک انسداد کاذب وجود نداشته باشد.

در مطالعات اخیر پاسخ مناسب درمانی در ۹۰ درصد موارد گزارش شده است ولی جهت اثبات این ادعا نیاز به پیگیری طولانی‌تری نیاز خواهد بود.

رکتوسل و انوازیناسیون رکتال در زنان میانسال، نتایج درمانی غیرقابل پیش‌بینی به دنبال عمل جراحی دارند.

درمان انتخابی بیماری هیرشپرونگ جراحی است و متد جراحی مربوطه بر اساس شرایط بیماری توسط جراح انتخاب می‌شود.

نتیجه:

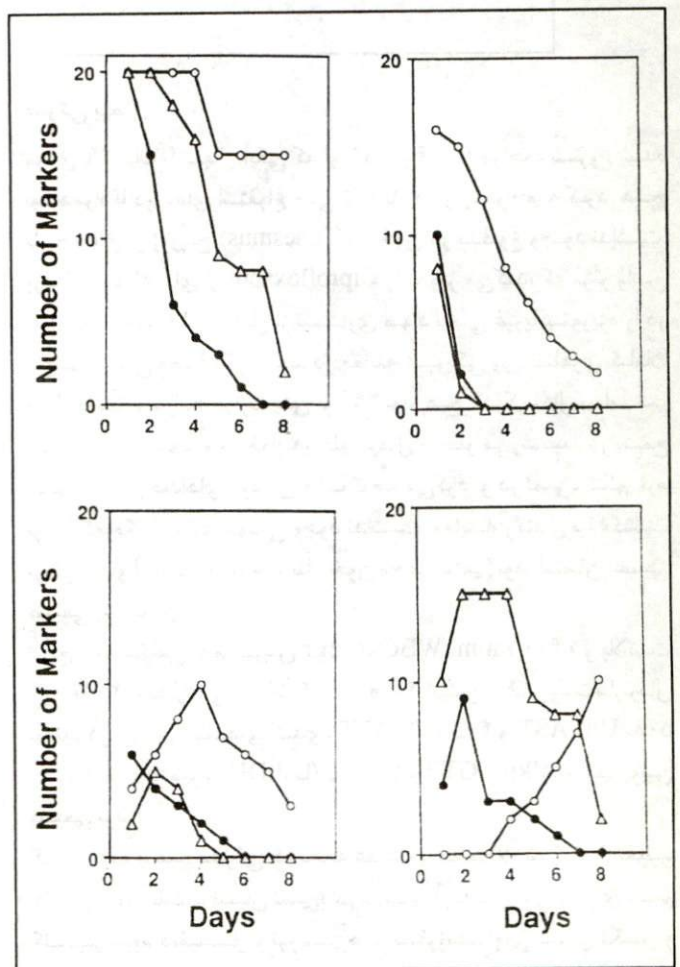
بیشتر بیماران با یبوست ایدیوپاتیک به رژیم غذایی حاوی فیبر فراوان و ملین‌ها پاسخ مناسب درمانی می‌دهند و در افرادی که مقاوم به این درمان‌ها هستند، مطالعه حرکات کولون و فونکسیون آنورکتال می‌تواند در تعیین استراتژی نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد. استفاده از رفتار درمانی، داروها و جراحی به صورت گام به گام در موارد مقاوم مؤثر و مفید خواهد بود.

درمانی باید اجتناب کرد. ویزیت بیمار باید به صورت منظم در کلینیک انجام گیرد.

رفتار درمانی در ۷۸ درصد کودکان با یبوست ایدیوپاتیک موفقیت‌آمیز بوده است و عدم پاسخ در این اطفال معمولاً به علت ناهماهنگی خانواده با روش درمانی و یا وجود بیماری‌های ارگانیک در کولون است.

فرم اصلاح شده رفتار درمانی در بیماران بستری و وابسته با ایمپکشن مدفوع مؤثر است. بعد از تخلیه کامل کولون با پلی‌اتیلن‌گلیکول یک رژیم با فیبر محدود همراه با نما دو بار در هفته از عود مجدد بیماری جلوگیری خواهد کرد.

مورد دیگر در رفتار درمانی استفاده از روش بیوفیدبک با آموزش



تصویر شماره ۲:

نمونه‌ای از ترانزیت مارکرها در کولون طبیعی،

○—○ = اینرسی کولون که با تأخیر حرکت مارکرها از قسمت راست کولون مشخص می‌شود.

△—△ = اختلال دفع مارکرها از رکتوم Outlet delay

* - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مرجع:

Gastrointestinal Diseases Today, 1997; Vol 6,2:8-16.