

بررسی بیماران مبتلا به اسهال مزمن

ترجمه و تنظیم از: دکتر جواد میکائیلی *

وسیع و همه جانبه آزمایش و بررسی های مرحله به مرحله انجام دهیم (جدول ۲) ابتدا بررسیهای مرحله اول (Stage 1). از این جدول و اگر علت هنوز روشن نباشد بررسی های مرحله دوم (Stage 2) انجام می شود.

* بعضی بیماریهای اسهالی تظاهرات اختصاصی دارند در ژناریدیازیس اسهال اغلب با کرامپ های بالای شکم و مدفوع کف آلود همراه می باشد ژناریدیا اغلب در دنونوم و ابتدای ژژونوم مستقر شده و آزمایش مدفوع تقلیل شده تا سه نوبت حساسیت ۸۰ - ۶۵ درصد دارد. آزمون Elisa برای آنتی ژن ژناریدیا در مدفوع حساسیت بالا (۹۲ درصد) داشته و ۹۸ درصد اختصاصی است و در حال حاضر جایگزین روش های دیگر مانند بیوبسی روده و Duodenal String Test شده بخصوص که این آزمون (Elisa) بعد از درمان منفی می شود. تنها بعد از انجام این آزمایش ها می توانیم یک دوره درمان آزمایشی با مترونیدازول یا آتابرین (Quinacrine Hydrochloride) را در نظر بگیریم.

* اسهال آمیبی می تواند آبکی یا خونی بوده و سالها ادامه یابد) با W.B.C نسبتاً کم در مدفوع) اگرچه آزمایش سه نمونه ثابت مدفوع بهترین آزمون اولیه در آمیبیازیس می باشد (حساسیت ۹۰ - ۶۰ درصد) دومسئله باید در جمع آوری مدفوع مدنظر باشد یکی این که مدفوع مستقیماً به داخل فیکساتور یا ظرف خشکی جمع آوری شود چون ادرار و آب پارازیت را تخریب می کند. همچنین وجود باریم در لوله گوارش برای مدتی پیدا کردن آمیب را در آزمایش ها مختل می کند.

* اسهال مزمن در افرادی که از نظر HIV مثبت هستند با یا بدون AIDS در ۸۵ - ۷۵ درصد موارد ثانویه به عوامل عفونی قابل شناخت بوده و در این مقاله بحث نمی شود.

* تشخیص بیماری کرون روده باریک در مراحل اولیه بوسیله رادیوگرافی اغلب مشکل بوده و پرتونگاری روده باریک طبیعی احتمال آنرا رد نمی کند. اگر احتمال کرون وجود داشته باشد جهت بررسی دقیقتر مخاط روده باریک باید Enteroclysis انجام شود (با گذاشتن Nasoduodenal Tube و تجویز باریم، سلولز و هوا زیرفلونوسکپی برای ایجاد اتساع مناسب و محیط Air-Contrast)

* در کولیت کلاژنوز و کولیت میکروسکوپی (کولیت لنفوسیتیک) نیز مخاط کولون اغلب در کولونوسکپی سالم بنظر رسیده و تشخیص تنها با بیوپسی امکان پذیر است.

* نصف بیماران مبتلا به اسهال چرب، اسهال آبکی دارند چون ترشح آب و الکترولیت از کولون توسط اسیدهای چرب تحریک می شود. مدفوع شناور روی آب (Floating Stool) بیشتر از اسهال چرب نشان دهنده

بیمارانی که اسهال به مدت بیش از چهار هفته دارند، باید از نظر علل به عنوان اسهال مزمن بررسی شوند چون اکثر انتریت های عفونی و سایر علل اسهال حاد عموماً در این مدت بهبود پیدا می کنند.

* بررسی بیماران باید در دومرحله سریائی (ابتدا شرح حال، معاینه بالینی و بررسی های مستقیم و بعد آزمایشهای سیستمیک) و سپس در صورت نیاز در مرحله دوم، با بستری کردن بیمار همراه باشد. با این نحوه بررسی در حدود ۹۰ درصد موارد به تشخیص علت اسهال می رسیم.

* شکایت بیماران تغییر در قوام (Consistency) یا تکرر (Frequency) دفع مدفوع می باشد اسهال تقریباً همیشه با افزایش دفع آب همراه است، دفع آب در مدفوع ۲۴ ساعته (در آمریکا و انگلیس) 130 ml بوده و آب بطور طبیعی ۶۵ تا ۸۵ درصد وزن مدفوع را تشکیل می دهد بنابراین اسهال را بصورت افزایش وزن مدفوع روزانه (بیش از ۲۰۰ گرم) می توان تعریف کرد.

* قبل از شروع بررسی بیمار باید بمدت چند روز رژیم غذایی عاری از لاکتوز را رعایت کند چون اسهالی که مدتی بعد از مرحله حاد ادامه پیدا می کند اغلب بعلت کمبود ثانویه لاکتاز می باشد. اسهال طولانی اغلب باعث ذرهدراتاسیون و اختلال الکترولیتی می شود که ضمن ادامه بررسی ها باید با محلول های خوراکی (O.R.S) اصلاح شود. تجویز های عامیانه مانند آبگوشت جوجه و نوشیدنیهای دیگر معمولاً غلظت الکترولیتی خیلی پائینی داشته و در اسهال شدید مناسب نیستند.

* بعضی خصوصیات بیشتر نشان دهنده اسهال ارگانیکی می باشند مانند زمان کوتاه اسهال (معمولاً کمتر از سه ماه)، اسهال شبانه، اسهال مداوم در مقایسه با اسهال متناوب، شروع ناگهانی، کاهش وزن بیش از ۵ کیلوگرم، افزایش ESR کاهش هموگلوبین و آلبومین و وزن مدفوع ۲۴ ساعته بیش از ۴۰۰ گرم اگرچه حساسیت (Sensitivity) حداقل سه مورد از این خصوصیات پائین است ولی برای اختلالات ارگانیکی ۹۰ درصد یا بیشتر اختصاصی می باشند. هیچ آزمون غربالگری (Screening) منفردی حساسیت کافی برای اثبات ارگانیکی بودن اسهال مزمن را ندارد.

در صورت فقدان خصوصیات فوق الذکر نمی توان قطعاً تشخیص اسهال فونکسیونل را داد چون در اینصورت اختلالات ارگانیکی زیادی تشخیص داده نمی شوند بنابراین بهتر است بیماران بررسی کاملتری بشوند.

* بررسی سریائی (Outpatient Evaluation): بررسی ها و آزمایشهای محدود اولیه اغلب علت اسهال را مشخص می کند که این علل بترتیب شیوع در جدول شماره ۱ آورده شده است. اگر علت اسهال مزمن بعد از بررسی های اولیه مشخص نشد بهتر است قبل از انجام سریع یک بررسی

جدول ۱ - علل اسهال مزمن

<p>علل شایع :</p> <p>عفونت های مزمن یا راجعه گوارشی : آمیبیازیس - ژیا ردیازیس - کلستری دیوم دیفیل</p> <p>بیماری های التهابی روده : کولیت اولسراتیو، بیماری کرون ، کولیت کلاژنوز ، کولیت میکروسکپیک (لنفوسیتیک)</p>	
<p>اسهال چرب:</p>	
<p>سوء جذب</p> <p>کربوهیدرات :</p> <p>کمبود دی ساکاریداز (لاکتوز، سوکروز)، موادی که بخوبی جذب نمی شوند (نشاسته گندم ، فیبر، لاکتوز، سوربیتول ، فروکتوز)</p>	
<p>داروها</p> <p>وافزودنیهای خوراکی :</p> <p>آنتی بیوتیک ها، داروهای پائین آورنده فشار خون ، داروهای آنتی آرتیمیک ، داروهای ضدسرطان، آنتی اسیدها (حاوی منیزیم)، شیرین کننده ها (سوربیتول، فروکتوز)، اتانول، کافئین</p>	
<p>جراحی</p> <p>قبلی:</p> <p>گاسترکتومی ، واگتومی ، کله سیستکتومی ، رزکسیون روده</p>	
<p>علل</p> <p>آندوکراین :</p> <p>نارسائی آدرنال ، کم کاری یا پرکاری تیروئید، دیابت مصرف نابجای ملین بیماری ایسکمیک روده اثرتیت یا کولیت ناشی از اشعه اسهال بارادوکسیک : کانسر کولون اسهال ایدیوپاتیک (فونکسیونل)</p>	
<p>علل کمتر شایع :</p> <p>تومورهای تولید کننده هورمون : گاسترینوم ، Vipoma، آدنوم ویلوس ، کارسینوم مدولری تیروئید، گانگلیونوروم ، فئوکروموسیتوم، تومور کارسینوئید، ماستوسیتوز</p>	
<p>اختلالات</p> <p>انفیلتراتیو:</p> <p>اسکلرودرمی، آمیلوئیدوز، لنفوم منتشر روده</p>	
<p>اسهال مزمن</p> <p>اپیدمییک :</p> <p>(احتمالاً در اثر عوامل عفونی موجود در شیرخام و آب تصفیه نشده) اسهال مزمن ایدیوپاتیک خودبخود محدود شونده بی اختیاری مدفوعی حساسیت غذائی</p>	

تولید گاز توسط باکتری هاست . مسائلی که بیشتر نشان دهنده اسهال چرب است عبارتند از : کاهش وزن ، مدفوع چرب و حجیم و دشواری زدودنش از کاسه توالت و بوی متعفن . وجود اسهال چرب با جمع آوری مدفوع ۷۲ ساعته و اندازه گیری چربی آن مشخص می شود.

یک ارتباط خطی بین مقدار مصرف اسیدهای چرب دارای زنجیره بلند و میزان دفع آن در مدفوع وجود دارد.

* ضریب جذب چربی مصرفی (Absorption Coefficiency) تقریباً ۹۵ درصد می باشد و در صورت عدم مصرف چربی باز حدود ۲ گرم چربی در مدفوع ۲۴ ساعته بچشم می خورد بنابراین مقدار چربی مدفوع بارژیم غذایی معمول آمریکا که دارای ۱۰۰ - ۷۵ گرم چربی است مساوی یا کمتر از ۷ گرم در ۲۴ ساعت می باشد. $[2 + (100 \times 0.95) - 100]$

بیماران مبتلا به اسهال چرب ممکن است چربی مصرفی خود را برای کاهش اسهال کم کنند و روزهای آزمایش نیز این را افزایش ندهند در نتیجه چربی مدفوع بطور کاذب پائین می آید.

* از طرف دیگر اسهال خودش می تواند جذب چربی را کم کند و اسهال آبکی که بطور تجربی ایجاد می شود چربی مدفوع را تا ۱۳ گرم در ۲۴ ساعت افزایش می دهد بنابراین اگر بیمار مساوی یا بیشتر از ۱۴ گرم چربی در مدفوع دفع کند اسهال چرب قابل توجهی دارد. اگر میزان چربی ۱۳ تا ۷ گرم باشد ممکن است اسهال چرب ثانویه به سایر علل اسهال باشد.

وقتی که چربی مدفوع بیشتر از ۱۰ گرم در ۲۴ ساعت باشد روش بررسی کیفی چربی مدفوع با رنگ آمیزی سودان حساسیت ۹۰ درصد دارد .

* اسهال ثانویه به سوء جذب کربوهیدراتها می تواند متناوب بوده و معمولاً همراه با علائمی مانند کرامپ های شکمی ، نفخ و دفع گاز زیاد می باشد چون کربوهیدراتها بیشتر از اسهال گاز تولید می کنند. این نوع اسهال می تواند اولیه یا ثانویه به آنتریت های ویروسی که به مخاط روده کوچک آسیب می رسانند یا درمان با آنتی بیوتیکها که باکتری های کولون را تغییر می دهند باشد. از آنجا که روزانه تقریباً ۳۰ گرم از کربوهیدراتهای خورده شده وارد کولون می شود و به طور طبیعی توسط باکتری های کولون به اسیدهای چرب با زنجیره کوتاه تبدیل می گردد که به طور موثری جذب می شوند آسیب رساندن به باکتریها در اثر آنتی بیوتیک می تواند منجر به اسهال اسموتیک کولونی شود. PH مدفوع کمتر از ۵/۳ برای عدم تحمل نسبت به کربوهیدراتها تشخیصی است

* حدود ۴ درصد موارد اسهال مزمن بعلت داروها وافزودنی های خوراکی شامل الکل و کافئین می باشد سوربیتول که بعنوان شیرین کننده غیر قابل جذب در غذاها بکار می رود و فروکتوز از نظر اسموتیک فعال بوده و می توانند اسهال ایجاد کنند . در مطالعه افراد داوطلب ۴۸ درصد با خوردن ۱۰ گرم سوربیتول اسهال و دردشکم و نفخ پیدا کردند.

* رزکسیون های بلند ایلئوم و کولون راست می تواند اسهال ثانویه به عدم

جدول ۲ - بررسی سرپائنی اسهال مزمن

مرحله اول:	مرحله دوم:
<p>آزمایشهای مدفوع: تست پارازیت و تخم انگل و WBC در مدفوع سه نوبت (قبل از مطالعه با باریم) و توکسین C. Difficile، اندازه گیری PH، وزن مدفوع ۲۴ ساعته و چربی ۷۲ ساعته در حالی که بیمار روزانه ۱۰۰-۷۵ گرم چربی می خورد.</p> <p>* آزمایشهای خون: CBC، اندازه گیری ESR، الکترولیت ها، BUN، کراتینین، TSH، تیروکسین، گاسترین.</p> <p>* اگر حجم اسهال به بیش از یک لیتر در روز برسد و بخصوص اگر هیپوکالمی وجود داشته باشد اندازه گیری Substance P، VIP کالسیستونین و هیستامین.</p> <p>* مطالعات رادیولوژیک: عکس ساده شکم (برای کلسیفیکاسیون بانکراس) رادیوگرافی با باریم با کیفیت مناسب از دستگاه گوارش فوقانی، روده باریک و کولون.</p> <p>* بررسی های آندوسکوپیک: سیگموئیدوسکوپ و بیوپسی (قبل از مطالعات باریم و بدون استفاده از محلول های هیپراسمولار)</p> <p>سایر آزمایش ها: یک دوره رژیم عاری از لاکتوز تحت نظر متخصص تغذیه، اگر فلاشینگ پوست وجود داشته باشد اندازه گیری SHIAA ادرار.</p>	<p>آزمایشهای مدفوع: تست Elisa برای آنتی ژن ژباردیا، روش Alkalinization (برای فنل فتالین) اندازه گیری سدیم، پتاسیم، سولفات، فسفات و اسمولاریته مدفوع</p> <p>آزمایش های ادرار:</p> <p>Thin-Layer Chromatography برای بیزاکودیل، فنل فتالین، آنتراکینونها</p> <p>مطالعات رادیولوژیک: Enteroclysis و سیتی اسکن شکم</p> <p>بررسی های آندوسکوپیک: کولونوسکوپ و ایلئوسکپی با بیوپسی (برای کولیت سمت راست، آمیبیازیس، بیماری کرون، کولیت میکروسکوپیک و کلاژنوز)</p> <p>آندوسکوپ فوقانی و بیوپسی روده باریک</p> <p>سایر آزمایش ها: تست املاح صفاوی، یا سایر تستهای تنفسی جهت تشخیص رشد بیش از حد باکتریها</p>

وجود سطح جذبی، کاهش زمان عبور، سوء جذب املاح صفاوی و کاهش ذخیره املاح صفاوی ایجاد کنند که در این موارد اسهال به تجویز کلسیترامین پاسخ نمی دهد.

* رزکسیونهای کوتاهتر (کمتر از ۱۰۰ سانتیمتر) می تواند منجر به اسهال در نتیجه تأثیر املاح صفاوی بشود (Cholerheic Enteropathy) چون املاح صفاوی باعث ترشح آب و املاح از کولون می شوند این نوع اسهال بعد از غذا ایجاد شده، وزن مدفوع حدود ۲۰۰ گرم در ۲۴ ساعت بوده، چربی مدفوع کمتر از ۲۰-۱۵ گرم و PH مدفوع بالاتر از ۶/۸ می باشد و به کلسیترامین و خودداری از مصرف غذا (Fasting) پاسخ می دهد.

* اکثر بیماریهای اسهالی فوق الذکر را می توان با بررسیهای مرحله اول از جدول ۲ تشخیص داد اگر اینها طبیعی بودند بیماریهای التهابی و سندرم های سوء جذب اولیه غیر محتمل بوده و سایر علل اسهال آبکی با بررسی های تهجمی تر و گراتر باید جستجو شوند (مرحله دوم از جدول ۲).

* مصرف نابجای ملین که باعث اسهال تصنعی (Factitious D) می شود در حدود ۴ درصد بیماران جدید که در درمانگاه های گوارش دیده می شوند و ۱۵ تا ۲۰ درصد آنهاست که در مراکز ارجاعی (Referral Centers) پذیرفته می شوند چشم می خورد. این مسئله همچنین شایعترین علت اسهال با علت نامشخص (D. of undetermined Origin.) است. در گروه های پنجگانه زیر مصرف نابجای ملین شایع می باشد: بیماران مبتلا به اختلالات تغذیه ای مانند Anorexia Nervosa, Bulimia، بیماران هیستریک، بیماران مبتلا به هیجانات عاطفی (Emotional Problems)، بیماران با سندرم Munchausen و بچه هایی که با دادن ملین مورد سوء استفاده قرار می گیرند (Polle Syndrome)

* بیماران تقریباً همیشه مصرف ملین را انکار می کنند و وجود زمینه بیماریهای روانی و ملانوزیس کولی ماکروسکوپیک در سیگموئیدوسکوپ اینها کمک کننده است. این بیماران اغلب اختلالات عمده متابولیک و تظاهرات بالینی دارند که می تواند با سایر علل اسهال مزمن اشتباه شود مانند هیپوکالمی (بایابدون نفروپاتی)، کلانینگ، هیپریگماتاسیون پوست، استئاتوره، التهاب کولون، سنگهای اسیداوریکی کلیه، استئومالاسی و اتروپاتی اتلاف پروتئین.

آزمون های غربالگری (Screening Tests) برای پیدا کردن ملین ها در ادرار و مدفوع در جدول شماره ۳ آورده شده است. اگرچه مصرف مداوم این داروها حتی در بیماران بستری شایع تر است مصرف متناوب اینها می تواند در تشخیص مشکل ساز باشد بنابراین ادرار باید در چند نوبت با روش های Alkalinization و Thin-Layer Chromatography آزمایش شود.

* تومورهای ترشح کننده هورمون همانند Pancreatic Cholera اسهال شدیدی ایجاد کرده و اغلب سریعاً تشخیص داده می شوند. در تمام بیماران مطالعه شده حجم مدفوع ۲۴ ساعته بالای ۱۰/۷ لیتر بوده، ۷ درصد

حجم بالای ۳ لیتر داشته و حجم های ۱۰ تا ۲۱ لیتر در ۲۴ ساعت نیز گزارش شده است. هیپوکالمی نیز یک شاخص حساس ولی غیر اختصاصی در این مورد می باشد چون ۱۰۰٪ بیماران پتاسیم پایینی داشته و در ۹۳٪ موارد پتاسیم زیر ۲/۵ mmol/l می باشد.

آدنوم های ویلوس (Villous Adenomas) ممکن است با اسهال و اتلاف الکترولیت تظاهر کنند که این مسئله توسط پروستاگلاندین E2 یا عوامل ناشناخته دیگری ایجاد می شود. این تومورها معمولاً قطر بالای ۳ تا ۴ سانتیمتر داشته و در کولون دیستال یا رکتوم قرار دارند. می توان ترشح

جدول ۳ - بررسی های آزمایشگاهی برای مصرف نابجای ملین

* باریم انما برای تشخیص Cathartic Colon (کولون راست بدون هوستراسیون)

* سیگموئیدوسکپی برای ملانوزیس کولی ماکروسکپیک (فرم میکروسکوپیک اغلب غیر مرضی است)

* روش Alkalinization مدفوع: فنل فتالین، بعضی آنتراکینونها و ریواس رنگ قرمز و بیزاکودیل رنگ ارغوانی مایل به آبی بخود می گیرند.

* اسپکتروفتومتری یا Thin-Layer Chromatography ادرار یا آب مدفوع باعث تشخیص آنتراکینونها، بیزاکودیل و فنل فتالین می شود و آنتراکینونها را ۲۲ ساعت بعد از مصرف یک دوز دارو تشخیص می دهد.

* اندازه گیری اسمولالیتیه مدفوع: فقط موقعی مفید است که اسمولالیتیه مدفوع کمتر از 250mosm/kg باشد که نشان دهنده رقیق شدن مدفوع با آب یا ادراری باشد. لازم به یادآوری است که اسمولالیتیه مدفوع تقریباً معادل اسمولالیتیه خون (290mosm/kg) می باشد.

* اندازه گیری سدیم و پتاسیم مدفوع و Fecal Osmotic Gap (غلظت پتاسیم مدفوع + غلظت سدیم مدفوع) ۲ - ۲۹۰

* اگر Fecal Osmotic Gap بیشتر از 50mosm/kg باشد نشان دهنده اسهال اسموتیک بوده. باید منیزیم مدفوع نیز اندازه گیری شود (منیزیم مدفوع بطور طبیعی کمتر از 45mmol/liter یا کمتر از 30meq در روز می باشد)

* اندازه گیری سولفات و فسفات مدفوع

بعدی مشخص کردن این مسئله است که آیا بیمار اسهال واقعی دارد و آیا اسهال به قطع خوردن و آشامیدن پاسخ می دهد یا نه. بعد از بستری شدن بیماران آنان را به مصرف غذای معمول خانگی شان واداشته و سپس وزن مدفوع ۲۴ ساعته اندازه گیری می شود. اگر وزن مدفوع بیشتر از ۵۰۰ گرم در ۲۴ ساعت باشد I.B.S غیر معمول است و اگر وزن مدفوع کمتر از ۲۰۰ گرم باشد بیمار اسهال نداشته و بیشتر از بی اختیاری مدفوعی، I.B.S. یا بیماری رکتال رنج می برد.

* بی اختیاری مدفوعی در ۵۰ درصد موارد اسهال های مزمن دیده می شود. بیماران مبتلا به بی اختیاری که بیماری اسهالی ندارند اغلب قبل از تشخیص مدتی بعنوان اسهال با علت نامشخص بررسی می شوند. * قدم بعدی بررسی قطع تغذیه دهانی بمدت ۲۲ ساعت همراه با تجویز

آب را از سطح این تومورها مشاهده کرد، اگر چه ترشح آب و الکترولیت ها از سایر قسمت های روده نیز می تواند پدید آید.

* چند اپیدمی اسهال مزمن (مثل اپیدمی های Henderson County, Brainerd) با مصرف شیر خام (Raw Milk) یا آب تصفیه نشده گزارش شده است. هیچ ارگاناسمی در این اپیدمی ها پیدا نشده و جواب به آنتی بیوتیک هم مشاهده نشده است اما این اپیدمی ها خود بخود محدود شده اند (Self Limited) بعلاوه در ۱۱ درصد بیمارانی که بعلت اسهال مزمن در مراکز ارجاع بررسی شده اند هیچ علتی پیدانشده است. در اکثر اینها شروع بیماری ناگهانی بوده، اسهال علیرغم قطع خوردن غذا ادامه یافته، همراه با کاهش وزن بوده و (تا ۴ هفته بعد از مسافرت در داخل آمریکا شروع شده است. اسهال با آنتی بیوتیک ها بهتر نشده اما سر انجام بعد از دوره متوسط ۱۵ ماه (از ۷ تا ۲۱ ماه) بهبود یافته است

* گروه بزرگی از بیماران با اسهال مزمن وجود دارد که در آنها با بررسی های ذکر شده در جدول ۲ اختلال ارگانیک دیده نمی شود در این بیماران اسهال ادامه یافته و اگر درد شکم نیز وجود داشته باشد می توان تشخیص I.B.S را گذاشت.

گهگاه این گروه را بعنوان این که بیماری فونکسیول دارند تعریف می کنند اما ما اینها را به علت عدم شناخت کافی از پاتوبیولوژی مسئله با عنوان ایدیوپاتیک تقسیم بندی می کنیم. در سه گروه از بیماران مبتلا به اسهال مزمن که تحت بررسی های وسیع قرار گرفتند ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران در این گروه قرار داشتند.

* اسهال با منشاء ناشناخته، (D. Of Undetermined Origin):

اگر بعد از بررسی های اولیه هیچ علتی برای اسهال مزمن پیدا نشود بیماران را در این گروه قرار می دهیم (غیر از بیماران مبتلا به I.B.S که درد شکمی نیز دارند) در این صورت از بیماران سؤال می شود که آیا مایلند بررسی بیشتری صورت بگیرد مخصوصاً اگر نگهداشتن هیدراتاسیون بیمار مشکل باشد. اغلب بیماران مایلند که علت مشخصی برای اسهال پیدا شود. تجربه ما در مورد بررسی اسهال با منشاء ناشناخته تقریباً مشابه تجربه Read et al می باشد. آنها ۲۷ بیمار را که بعد از بررسی های وسیع اولیه ارجاع شده بودند تحت مطالعه قرار دادند، ۹ بیمار (۳۳ درصد) مصرف نابجای ملین یا دیورتیک داشتند، ۶ بیمار (۲۲ درصد) دچار I.B.D بوده (۲ نفر کولیت اولسراتیو و ۴ نفر کولیت میکروسکپیک داشتند)، ۶ نفر I.B.S، دو نفر (۷ درصد) دیس فونکسیون اسفنگتر آنال و ۲ نفر اختلالات ارگانیک دیگری داشتند (Beef Allergy, Bacterial Overgrowth) تنها در دونفر علت اسهال ناشناخته ماند.

* بررسی بیماران بصورت بستری (Inpatient Evaluation):

گهگاه بررسی بیماران بصورت بستری ضروری است چون در بسیاری از موارد جمع آوری مدفوع یا آزمایشهای غیر دقیق علت شکست بررسی هاست بعد از بررسی مجدد در صورت لزوم تکرار آزمایشها هدف

جدول ۴ - بررسی قدم بقدم بیماران بستری مبتلا به اسهال با منشأ ناشناخته

روز اول : بررسی و تأیید نتایج بررسی های سرپائی
اندازه گیری وزن یا حجم مدفوع با رژیم غذایی معمولی
بررسی ادرار از نظر ملین ها با روش Thin-Layer
Chromatography
انجام روش Alkalinization مدفوع
اندازه گیری سدیم و پتاسیم ، سولفات ، فسفات ، اسمولاریته
و Osmotic gap مدفوع
روزهای دوم تا چهارم : انجام قطع خوراک و نوشیدنی ها ۷۲ ساعته با
تجویز مایعات وریدی (اگر اسهال در عرض ۲۴ ساعت بطور کامل
متوقف شود نیازی به ادامه آزمایش وجود ندارد) اسهال ترشچی اغلب
بطور واضحی با این روش کاهش می یابد ولی با وزن مدفوع بیش
از ۲۰۰ گرم در ۲۴ ساعت ادامه می یابد.
اندازه گیری وزن مدفوع روزانه
روزهای پنجم تا هشتم :
تجویز رژیم غذایی حاوی ۷۵ تا ۱۰۰ گرم چربی در ۲۴ ساعت
اندازه گیری وزن و چربی متوسط مدفوع ۲۴ ساعته در روزهای ششم،
هفتم ، هشتم

مایعات وریدی می باشد. اندازه گیری وزن مدفوع روزانه مخصوصاً در
طول دومین و سومین روز به جدائی و تمیز اسهال اسموتیک از نوع
ترشچی آن کمک می کند. اگر اسهال با قطع خوردن غذا متوقف شود
نشان دهنده این است که مواد خورده شده بطور مستقیم یا غیر مستقیم
باعث اسهال می شوند. این موارد معمولاً ثانویه به سبب مصرف نابجای
ملین یا کربوهیدرات ها، املاح صفرای یا اسیدهای چرب جذب نشده
می باشد (جدول ۵) و در این صورت Fecal Osmotic Gap اغلب بیشتر
از 50 mosm/kg/Water باشد (جدول ۳).

* در اسهال ترشچی علیرغم قطع خوردن غذا اسهال ادامه پیدا می کند
یا بعد از ۴۸ ساعت به طور نسبی کم یا متوقف می شود. در این بیماران
الکترولیت ها بیشتر اسمولاریته مدفوع را تشکیل داده و Fecal
Osmotic Gap کمتر از 50 mosm/kg/water می باشد. این بیماران در
جدول ۵ ذکر شده و اغلب در اولین بررسی سرپائی تشخیص داده
می شوند.

* در نهایت معمولاً یک سوم بیماران مبتلا به اسهال بر اساس شرح حال ،
معاینه بالینی و مطالعات اولیه تشخیص داده می شوند و ۵۰ درصد بقیه با
بررسی های سیستمیک بصورت سرپائی که شرح داده شد.

* بررسی های بیمارستانی منجر به تشخیص قطعی در ۷۰ تا ۹۰ درصد
بیمارانی می شود که بعلت اسهال با منشأ ناشناخته بستری می شوند .

جدول ۵ - تقسیم بندی عملی انواع اسهال بر اساس پاسخ به قطع تغذیه دهانی

* انواع یا عللی که به قطع مصرف غذا پاسخ می دهند:
بی اختیاری
اسهال ثانویه به املاح صفرای بعد از کله سیستکتومی، بعد از
رزکسون ایلئوم
اسهال چرب
اسهال اسموتیک : سوء جذب کربوهیدرات، مصرف بیش از حد
کربوهیدرات، ملین ها (شامل آنیونهای که خوب جذب نمی شوند
مانند سولفات سدیم ، فسفات سدیم ، یا سترات سدیم) و منیزیم
حساسیت غذایی (Food Allergy)
* انواع یا عللی که به قطع مصرف غذا پاسخ نداده یا تنها بطور نسبی
پاسخ می دهند:
مصرف نابجای ملین یا دیورتیک
بیماریهای التهابی روده
سلیاک اسپرو
لنفوم روده ای
تومورهای نورواندوکورین : سندرم Z-E ، وبای پانکراسی
تومور کارسینوئید، کارسینوم مدولری تیروئید،
ماستوسیتوز سیستمیک آدنوم ویلوس رکتوسیکم
عفونت مزمن (مانند توبرکولوز، آمیبیازیس، ژیا ردیا)
هیپر تیروئیدیسم
اسهال مادرزادی : کاهش تبادل کلر- بیکربنات ، کاهش تبادل
سدیم - هیدروژن، Microvillus Inclusion Disease،
* رشد بیش از حد باکتریها

در این بیماران ۱/۳ ضایعات ارگانیک دارند، ۲۰ درصد مصرف نابجای
ملین یا دیورتیک داشته و در بقیه تشخیص اسهال ایدیوپاتیک یا
فونکسیونل مورد پیدا می کند. در گروه اخیر بسیاری اسهال آبکی دارند
که اخیراً بطور حاد شروع شده و خود بخود بهبود می یابد. هرچه توانائی
مادر فهم پاتوفیزیولوژی روده ای بیشتر می شود در بیماران مبتلا به
اسهال مزمن ناشناخته ضایعه ارگانیک بیشتر مشهود است تا اختلال
فونکسیونل (کارکردی)

* استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان دکتر شریعتی

ماخذ:

Donowitz M., Kokke F.P., Saidi R., Evaluation of Patients with Chronic
Diarrhea., N.Engl.J.Med 1995., 332,11: 725-729