

مروری بر علل، ارزیابی‌های بالینی، درمان‌های طبی و جراحی در یبوست

دکتر سیدعبدالرضا جلالی*، دکتر سیدعلی جلالی**

چکیده:

یبوست مزمن اولیه شایع بوده و اغلب مشکل‌ساز نمی‌باشد، ولی ممکن است در موارد کمتری در نتیجه یک بیماری وخیم باشد. عمل دفع در ابتدا غیر ارادی و سپس ارادی است، این عوامل بایستی با هم آهنگی و به اتفاق کار کنند تا اینکه بخوبی دفع انجام پذیرد. بعضی از بیماری‌های متابولیک و یا داروها نیز ایجاد خشکی مزاج می‌کنند که درمان بیماری و یا قطع دارو می‌تواند در بهبودی مؤثر باشد. یبوست ناگهانی و یا تغییر عادت دفع، مهم تلقی شده و احتیاج به پیگیری همه جانبه دارد. یبوست ثانویه در اثر بیماری‌های نخاعی ایجاد می‌شود که مورد بحث نمی‌باشد. افراد عادی از یبوست تعریف خاصی در ذهن دارند که اکثراً با تعاریف علمی مطابقت ندارد و لذا باید منظور فرد را از شکایتش بدقت جویا شد. در دهه اخیر داروهای جدیدی برای یبوست به بازار مصرف وارد شده است و نیز درمان جراحی در بیماران واجد شرایط متداول می‌باشد. عمل انتخابی برای اینگونه بیماران توتال کلکتومی همراه با آناستوموز ایلئورکتال می‌باشد که به چگونگی انتخاب بیماران واجد شرایط به تفصیل پرداخته شده است و چون این عمل جراحی بتدریج در موارد معین رواج می‌یابد، مقتضی همکاران ارجمند با آن آشنائی بیشتری پیدا کنند.

واژه‌های کلیدی: یبوست، کولون، توتال کلکتومی

زمینه و هدف

یبوست بیماری نبوده بلکه یک نشانه است که اغلب توسط خود بیماران نادرست تشخیص داده می‌شود، زیرا که تعداد دفعات در افراد کاملاً سالم دامنه بسیار متفاوتی دارد و از سه بار در روز تا دو تا سه بار در هفته متغیر است.^{۱-۴} حرکات کولون - حرکات و انقباضات روده بزرگ کاملاً منظم و سازمان یافته است. یکی از مهمترین کارکردهای کولون جذب آب است. دیگر اینکه روده بزرگ میلیون‌ها باکتری را در داخل خود دارد و از حرکات و انقباضاتی که منجر به تخلیه روده می‌شودف

یبوست به کاهش توالی و یا مقدار اجابت مزاج، سختی و اشکال در تخلیه گفته می‌شود. ارزیابی و اندازه‌گیری کمیت این علائم مشکل است. دفعات اجابت مزاج در افراد کاملاً سالم بسیار متفاوت است و آمار نشان داده که حداقل سه بار در هفته است. بدیهی است اگر یبوست را در تعداد دفعات خلاصه کنیم، بسیار ساده انگارانه است. نشانه‌های دیگر کاهش مقدار و احساس تخلیه ناکامل، سختی و اشکال در دفع نیز جزو علائم یبوست می‌باشند.

* متخصص بیماری‌های داخلی، گوارش و کبد، دانشگاه جورج تاون، واشنگتن دی سی

** استاد گروه جراحی عمومی، مرکز تحقیقات گوارش، دانشگاه علوم پزشکی ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۰۳/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۹/۱۲

بیماری‌های غدد مترشحه داخلی مانند هیپرتیروئیدی، هیپرکلسمی، هیپرپاراتیروئیدیسم و همچنین حاملگی ایجاد یبوست می‌کند.

در بیماران متابولیک یبوست ممکن است تنها و یا اولین نشانه بیماری سیستمیک باشد.

عواملی مانند عدم تحرک بدنی و مسافرت‌های طولانی نیز ممکن است با خشکی مزاج همراه باشد همچنین یبوست با سالمندی بی‌ارتباط نمی‌باشد و میزان آن تا بیش از سی درصد افراد بین ۶۵ تا ۱۰۱ سالگی می‌رسد.^{۸-۱۱}

علل گوارشی - آنومالی‌های کلون و رکتوم و آنوس ممکن است منجر به خشکی مزاج شود که می‌تواند به علت حرکتی و یا جذب بیش از حد مخاط روده باشد.

این ناهنجاری‌ها که از نوع عصبی آن مانند بیماری هیرشپرونک و یا انسداد نسبی در اثر بیماری Chagas است.

بیماری‌های نخاعی مانند MS (Multiple sclerosis) و Tabes Dorsalis و بیماری‌های مغزی مانند پارکینسون و یا تومورهای مغز از علل خشکی مزاج محسوب می‌شوند. عیوب عضلانی روده ممکن است به علت سندرم روده تحریک‌پذیر و یا بیماری دیورتیکولار نیز باشد.

همچنین یبوست ممکن است در اثر انسداد روده چه از خارج روده و چه در داخل مجرای روده و یا تنگی مجرای روده، پیچ‌خوردگی سیگموئید، فتق، پرولاپس رکتوم، تنگی‌های ناشی از بیماری‌هایی التهابی و کلون ایسکمیک ایجاد شود.

وجود عارضه‌های دردناک مانند شقاق (Fissure) می‌تواند ایجاد یک حلقه معیوب کند، بطوری که اسفنکتر دردناک ایجاد عدم تمایل به تخلیه کرده و نیز یبوست تشدید شده باعث افزایش شقاق و درد بیشتر می‌شود.

یبوست گاه ممکن است در اثر سرکوب علائم دفع به علت تنگی وقت باشد.^{۱۰-۱۲}

بررسی بالینی: تاریخچه بیماری کمک زیادی به تشخیص می‌کند، به طوری که اگر در نوزادان و کودکان باشد بیشتر مشکلات مادرزادی مطرح می‌شود.

علل مادرزادی مانند بیماری هیروشیپرونک در هر زمان در ده سال نخست زندگی ممکن است ایجاد علائم نماید. زیرا علائم و اسباب بیماری ممکن است به کندی پیشرفت کرده و لذا تا چند سالی به پزشک مراجعه نشود.

علائمی از قبیل کمردرد، درد لگن، سردرد و گاهی تب در یبوست‌های بسیار طولانی جزو مشکلات بیماران است، ولی این علائم از نظر فیزیولوژی قابل توجه نمی‌باشد.

برخوردار است. در کلون صعودی، انقباضات حلقوی دیواره روده همراه با امواج ضد دودی ریتمیک است که محتویات را به طرف سکوم سوق می‌دهد که در آنجا برای مدتی می‌ماند.

در قسمت عرضی و یا میانی کلون بیشتر انقباضات حلقوی است که باعث پیشبرد آهسته محتویات می‌شود.

در ثلث انتهائی روده بزرگ انقباضات قوی بوده و باعث راندن محتویات به طرف انتهائی روده می‌شود. این انقباضات همچنین باعث تحریک اعصاب لگنی می‌شود ولی محتویات روده وارد رکتوم نمی‌شود مگر اینکه هنگام دفع باشد، ولی این نظریه با تجربیات بالینی مطابقت کامل ندارد، بعبارت دیگر در فاصله بین تخلیه‌ها رکتوم خالی از مدفوع نیست و این مسئله در هنگام معاینه رکتال معلوم می‌شود. باضافه که در پرتو نگاری روده در تعدادی از افراد هنگام دفع، روده از خم طحالی به پائین کاملاً تخلیه می‌شود.^{۱-۵}

اختیار دفع عبارت است از اختیار رکتوم و اختیار چلانه و یا اسفنکتر که همان قابلیت تجمع و انبارکنندگی مواد دفعی بدون افزایش فشار داخل رکتوم است و راست روده و یا رکتوم این قابلیت را دارد. اما هنگامیکه تجمع مواد دفعی به اندازه معینی رسید اعصاب آوران تحریک شده و تکانه‌های عصبی و ابران از طریق اعصاب هیپوگاستریک و لگنی و ساکرال مقدمات دفع را فراهم می‌کنند.

از این پس عمل دفع آزادی بوده و از طریق انقباضات عضلات شکمی و دیافراگم و شل شدن اسفنکتر داخلی ایجاد و همه این فشارهای انقباضی با باز شدن اسفنکتر (چلانه) خارجی به انجام می‌رسد.^{۷-۱۰}

علت یبوست: یک بیماری نبوده، بلکه نشانه‌ای از بیماری‌ها است که ممکن است منشاء کلی و عمومی (Systemic) داشته و یا گوارشی باشد.

علل کلی و عمومی: شایعترین علت ناآگاهی و برداشت نادرست از آن است که تبلیغات ناصحیح درباره نظم دقیق و دفع روزانه می‌باشد، که افراد با استفاده خودسرانه از داروهای ملین به هدف خیالی و خود خواسته غیر واقعی خویش می‌رسند. اما سوء مصرف پی‌پی‌پی ملین‌ها باعث تخلیه پی در پی روده می‌شود که در نتیجه تأخیر مطلوب برای افزایش فشار داخل روده ایجاد نشده و روده به حالت بی‌تفاوتی و تنبلی دچار می‌شود که در این صورت باعث افزایش سوء مصرف و اعتیاد به ملین می‌شود.

بیماری‌های متابولیک مانند، دیابت، پورفیری، اورمی و کمبود پتاسیم ممکن است ایجاد خشکی مزاج کنند،

اغلب بیماران اصولاً مشکل در دفع مزاج دارند و به عبارت دیگر تخلیه آنها با دشواری صورت می‌گیرد، عمده شکایت این دسته بیماران عبارتست از:

۱- زور زدن (۵۲٪) - ۲- مواد دفعی سخت و متراکم (۴۴٪)
۳- ناتوانی در دفع مزاج (۳۴٪).

اصولاً مدفوع در ظاهر ماکروسکوپی به هفت شکل تقسیم‌بندی و دسته‌بندی شده که در نوشتارهای پزشکی به نام Bristol Stool Chart از آن یاد می‌شود.

این اشکال ماکروسکوپی عبارتند از:

نوع ۱- سفت و سخت، گرد و مدور و جدا از یکدیگر
نوع ۲- سوسیس شکل همراه با برجستگی روی سطح آن
نوع ۳- سوسیس مانند همراه با شکاف و ترک خوردگی-

های متعدد

نوع ۴- سوسیس شکل با روبه صاف مثل مار

نوع ۵- تکه‌های نرم با کناره‌های بریده و صاف

نوع ۶- تکه‌های پف‌دار با کناره‌های بریده و ناصاف

نوع ۷- آبکی بدون قطعات جامد و کاملاً مایع

معیارهای شش‌گانه یبوست (Rome III Criteria)

اگر دو تا از این شش معیار در بیش از ۲۵ درصد تخلیه‌های افراد وجود داشته باشد می‌توان به آن اطلاق یبوست کرد.

۱- زور زدن

۲- مدفوع سفت و با سطح ناصاف (Lumpy) و یا بیستول

۱ و ۲

۳- احساس عدم تخلیه کامل

۴- احساس گرفتگی و یا انسداد در ناحیه آنورکتال

۵- استفاده از دست و انگشتان برای تسهیل تخلیه مانند

تخلیه با انگشت و یا حمایت از کف لگن با دست

۶- کمتر از سه تخلیه در هفته

شیوع یبوست در کلیه افراد بالغ در کشورهای غربی به

طور متوسط ۱۶ درصد است. از نقطه نظر بهداشتی یبوست

باعث ۲/۵ میلیون مرتبه ویزیت به پزشکان در ممالک متحده

می‌شود و نیز منجر به ۹۲۰۰۰ مورد بستری در بیمارستان

می‌گردد. همچنین باعث چندین میلیون دلار فروش انواع

ملین در سال می‌شود و نیز به طور متوسط هزینه ارزیابی و

بستری و آزمایشات پاراکلینیکی برای هر فرد بالغ بر ۲۲۵۲

دلار می‌شود.^{۱۴-۱۷}

علائم مستعدکننده

۱. ضعف اجتماعی اقتصادی و علمی تربیتی

۲. عدم تحرک بدنی

۳. افسردگی، در معرض سوء استفاده بدنی و جنسی قرار

داشتن

۴. کاهش استفاده از مواد غذایی حاوی فیبر (سبزیجات،

میوه‌جات و غیره)

۵. کم آب خوردن

۶. سالمندی

۷. جنس مؤنث

داروهای که باعث خشکی مزاج می‌شوند

گروه داروئی:

۱. آنتاگونیست‌های گیرنده سروتونین مانند آندانسترون

۲. مسکن و مخدرها مانند ترکیبات اپیوئیدی نظیر مورفین

۳. داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی نظیر بروفن

۴. داروهای آنتی‌کلی‌نرژیک نظیر بلادونا

۵. داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای نظیر آمی‌تریپتیلین

و نورتریپتیلین

۶. داروهای ضد پارکینسون نظیر بنزتروپین

۷. داروهای آنتی‌سایکوتیک نظیر کلر پرومازین

۸. آنتی‌هیستامین‌ها نظیر دیفن‌هیدرامین

۹. داروهای ضد تشنج نظیر کاربامازپین

۱۰. داروهای ضد فشار خون، بلوک‌کننده‌های کلسیم نظیر

وراپامیل و نیفدیپین و دیورتیک‌ها نظیر فوروزماید و با اثر

مرکزی مانند کلونیدین و تنظیم‌کننده ضربان نظیر آمیودارون و

بتابلوکرها مانند آتنولول.^{۱۷-۱۹}

۱۱. داروهای ترکیب شونده با اسیدهای صفراوی مانند

کلستیرامین و کلستپول

۱۲. داروهای کاتیونی مانند آلومینیوم نظیر آنتی‌اسیدها و

سوکرافیت و بیسموت

۱۳. ترکیبات آهن

۱۴. لیتیوم

۱۵. داروهای شیمی درمانی مانند وین کریستین و

سیکلوفسفامیدها

۱۶. ترکیبات داروئی متفرقه مانند سولفات باریم، داروهای

ضد حاملگی خوراکی، رزین‌های پلی‌ستیرن

ارزیابی کلینیکی

الف: معاینه فیزیکی - با لمس مقعدی تونوس اسفنکتر در هنگام استراحت و قدرت یوبورکتالیس را می‌توان متوجه شد.

ب: آزمایشات لابراتواری شامل آزمایش کامل خون، قند ناشتا، کلسیم و TSH

ج: کلونوسکوپی در صورت وجود علائم هشدار و یا کسانیکه احتیاج به غربالگری برای سرطان کلورکتال دارند.^{۲۰-۲۴}

دستورالعمل جامعه گاستروآنترولوژیست‌های آمریکا در مورد یبوست

پس از آنکه بیمار توسط پزشک ویزیت شد و معاینه فیزیکی انجام گرفت و از نظر متابولیک و داروهائی که بیمار مصرف می‌کند، بررسی شد. بیمار تحت درمان اولیه تجویز فیبر(زبرینه) و یا ملین (Laxative) قرار می‌گیرد، چنانچه این درمان مؤثر واقع نشد، اقدام به تست بیرون راندن بالون می‌شود (Balloon Expulsion Test). پس از انجام این تست سه حالت ممکن است اتفاق بیفتد.

الف- تست طبیعی و یا نرمال گزارش شد که در این صورت اقدام بعدی ترانزیت کلون خواهد بود، چنانچه طبیعی باشد خشکی مزاج در دسته‌بندی یبوست با ترانزیت طبیعی (Normal transit constipation) و چنانچه ترانزیت آهسته بود در دسته‌بندی Slow transit constipation قرار خواهد گرفت.

اما اگر چنانچه تست بیرون راندن بالون بی‌نتیجه بود، اقدام به دفکوگرافی باریم و یا MR انجام می‌شود و در صورتی که مثبت بود، ترانزیت کلون انجام خواهد شد و در صورتی که منفی باشد یبوست در دسته‌بندی اشکال در تخلیه (Defecatory disorder) قرار خواهد گرفت.

اما اگر بیرون راندن بالون غیرطبیعی بود باز تشخیص اشکال در تخلیه مطرح خواهد شد.

تست بیرون راندن بالون - این تست عبارت از آنستکه افراد سالم می‌توانند بادکنکی (Balloon) با حجم پنجاه سانتیمتر آب را ظرف کمتر از یک دقیقه و حداکثر پنج دقیقه از رکتوم تخلیه نمایند.^{۲۲-۲۵}

۱۷. داروهای اندوکورین مانند پارمیدرونات و آلدرونات

۱۸. سایر ترکیبات ضد افسردگی و آنتی‌سایکوتیک مثل متوقف کننده‌های منوآمین اکسیداز کلوزاپین، هالوپریدول، ریسپریدون

۱۹. سایر داروهای ضد پارکینسون مانند آنتاگونیست‌های دوپامین

۲۰. سایر آنتی‌اسپاسمودیک‌ها مانند مبورین (Mebeverin) و روغن نعناع

۲۱. سمپاتومیمتیک‌ها مانند افدرین و تربوتالین.^{۲۱و۲۰}

بررسی بالینی: نخست بایستی شرح حال بیمار که شامل بیماری‌های قبلی اعم از داخلی و یا جراحی است چنانکه در سابقه دارد مورد سوال واقع شود. توجه به علائم خاص مانند روده تحریک‌پذیر و وضع کارکرد مزاج و همچنین داروهائی که مصرف می‌کند، سؤال شود. ضمناً از چهار علائم هشداردهنده بایستی به دقت پرسش کرد تا علامتی پنهان نماند.

۱- تغییر در کارکرد مزاج مخصوصاً در سن بیش از پنجاه سال

۲- مدفوع خونی

۳- کم خونی و کاهش وزن

۴- سابقه فامیلی سرطان کلورکتال

بیماری‌هائی که معمولاً با یبوست همراه هستند را به پنج دسته تقسیم‌بندی می‌کنند

دست اول عبارتند از: (۱) سرطان کلون (۲) فشار از خارج بر روی روده در اثر بیماری بدخیم (۳) تنگی مانند دیورتیکولیت و یا پس از ایسکمی (۴) رکتوسل بزرگ (۵) مشکلات پس از جراحی، (۶) مگاکلون، (۷) شقاق مقعدی

دسته دوم بیماری‌های متابولیک: (۱) دبابت ملیتوس (۲) هیپوتیروئیدی (۳) هیپرکلسمی (۴) هیپوکالمی (۵) کمبود منیزیوم (۶) اورمی (۷) مسمومیت با فلزات سنگین.

دسته سوم نوروپاتی‌ها: (۱) بیماری پارکینسون (۲) ضایعات و تومور نخاعی (۳) بیماری‌های عروق مغزی (۴) اسکروز مولتیپل

دسته چهارم سایر بیماری‌ها: (۱) افسردگی (۲) بیماری‌های دژنراتیو مفصلی (۳) نوروپاتی‌های اتونوم (۴) زوال و کاهش آگاهی مغزی (۵) بی‌حرکتی (۶) بیماری‌های قلبی

این تست کمک می‌کند تا معلوم شود بیمار دچار ناهم‌آهنگی عضلات مسئول تخلیه است (Dyssynergia).

این ناهم‌آهنگی عبارت است از انقباض ناکافی و یا عدم انقباض عضله یوبورکتالیس و یا شل نشدن اسفنکتر خارجی مقعد در هنگام تخلیه و یا دفع.

پس خوراند زیستی: (Biofeedback) به عبارت دیگر با این کار درون مایه‌های حسی بیمار که به علت عدم آگاهی و تغذیه نادرست و استفاده داروها بطور خودسر و یا علل روحی روانی به کلی ضعیف و ناکارآمد شده را می‌توان تقویت کرده و کارآمد نمود. برای اینکار بالون (بادکنک) پر از آب درون رکتوم قرار می‌گیرد و به بیمار گفته می‌شود جهت شل کردن عضلات تمرکز کند و با تکرار تمرینات بتوان ناکارآمدی و ناهم‌آهنگی این عضلات را به روال و نظم صحیح در آورد، نشان داده شده که بیش از هفتاد درصد از بیماران دچار ناهم‌آهنگی تخلیه از این تمرینات سود می‌برند.

دستورالعمل جامعه متخصصین بیماری‌های گوارشی در مورد اینگونه بیماران

برای بیماری که دچار اشکال دفع و تخلیه است، بایستی به کمک همکاران گروه تغذیه و روانشناسی اقدام به بازتوانی کف لگن کرد. در صورتی که این روش مؤثر واقع شد باید او را از نظر بالینی پی‌گیری نمود. اما در صورتیکه این روش سه‌گانه بی‌تأثیر بود بایستی مجدداً تست بیرون راندن بالون را تکرار کرد که در صورتی که تست نرمال باشد، ترانزیت کلون انجام می‌شود. پس از آن بیمار در رده یبوست با ترانزیت نرمال و یا در رده یبوست با ترانزیت آهسته قرار می‌گیرد که در رده‌های اخیرالذکر درمان خواهد شد.

ولی اگر چنانچه تست بیرون راندن بالون غیرطبیعی باشد فرد لازم است MR Proctogram تخلیه‌ای شود. (Defecating MR Proctogram).

پیشنهاد جامعه متخصصین گوارش آمریکا در مورد یبوست همراه با ترانزیت طبیعی و یا کند، تجویز ملین‌هایی مانند Bisacodyl, MOM, PEG می‌باشد که چنانچه نتیجه داد آن را می‌توان ادامه داد و اگر چنانچه این داروها نتیجه بخش نبود در این صورت نوع ملین را باید تغییر داد و از داروهای جدیدتر استفاده کرد.

باز چنانچه داروهای جدید مفید واقع شد، آن را باید ادامه داد و در غیر این صورت تست ترانزیت کلون را زیر درمان داروئی تکرار کرد. ۲۸و۱۳و۲۷و۲۸

داروهای رایج مورد استفاده در خشکی مزاج

۱- فیبر (زبرینه) نمونه آن سبوس (Bran) است، عوارض استفاده، نفخ و افزایش گازهای روده و ممانعت از جذب آهن و کلسیم. مکانیسم اثر آن افزایش حجم، کاهش ترانزیت روده ولی حرکت دستگاه گوارشی افزایش می‌یابد.

۲- نرم‌کننده مدفوع و داروهای هیپراسمولار عبارتند از متیل سلولز، کلسیم پلی‌کربوفیل و دکوسات سدیم و سوربیتول، از عوارض این دسته نیز به ترتیب نفخ و افزایش گازهای شکم، نفخ کمتر، نفخ و گاز روده و بالاخره طعم شیرین سوربیتول، کرامپ‌گذرای شکمی و نفخ در عوارض آن ذکر شده است.

۳- دسته محرک‌ها مانند گلیسرین و بیزاکودیل که می‌تواند ایجاد تحریک رکتوم، بی‌اختیاری، افزایش پتاسیم و کرامپ‌های شکمی و سوزش در صورت استفاده به صورت شیاف روزانه بنماید.

۴- پیکوسولفات، آنتراکینون‌ها (سنا و کاسکارا) از عوارض آن دژنراسیون شبکه Meissner و Aurobach که کاملاً هنوز به اثبات نرسیده، سوءجذب، کرامپ‌های شکمی، دهیدراتاسیون، ملانوزکلون، مسمومیت منیزیوم، کاهش آب بدن، کرامپ‌های شکمی و بی‌اختیاری دفع می‌باشد.

۵- ملین‌های نمکی مانند منیزیوم، یا شیر منیزی، می‌تواند ایجاد مسمومیت منیزیوم، دهیدراتاسیون، کرامپ‌های شکمی و بی‌اختیاری در دفع نماید.

۶- ملین‌ها، نظیر پارافین از عوارض آن پنومونی چربی، سوءجذب ویتامین‌های محلول در چربی، کاهش آب بدن و بی‌اختیاری است.

۷- تنقیه پارافین نگهدارنده که از عوارض آن بی‌اختیاری و ترومای مکانیکی است.

۸- تنقیه آب نوشیدنی نیز عارضه ترومای مکانیکی را دارد.

۹- تنقیه‌های حاوی فسفات باعث افزایش آسیب به مخاط رکتوم و هیپرفسفاتیسمی و ترومای مکانیکی می‌شود.

۱۰- تنقیه کف صابون نیز باعث افزایش آسیب به مخاط رکتوم می‌شود و همچنین احتمال تروما نیز وجود دارد. ۲۸-۳۰
داروهای ضدیبوست از گروه 5-HT4 (آگونیست‌گیرنده سروتونین ۴)

۱- سیزاپراید به علت ایجاد مشکلات قلبی از نوع بهم خوردن نظم ضربان قلب که حتی ممکن است کشنده باشد از بازار جمع‌آوری شده است.

دنباله پیشنهاد درمانی جامعه متخصصین گاستروآنترولوژی آمریکا به این ترتیب است در گروهی که تحت تجویز دارو، تست ترانزیت تکرار می‌شود، خود بدو وضعیت تقسیم می‌شوند، اگر چنانچه باز هم همراه با تأخیر بود بررسی درباره تخلیه معده انجام می‌دهیم و اگر طبیعی بود که به درمان ادامه خواهیم داد.

اما گروه اول اگر چنانچه تخلیه معده هم کند بود، حرکت قسمت فوقانی دستگاه گوارش به دقت ارزیابی می‌شود و در صورتی که کندی تخلیه مربوط به قسمت فوقانی گوارش باشد باید آن را درمان کرد.

اما اگر تخلیه معده طبیعی بود، بایستی بارومتری و مانومتری روده انجام داد که اگر طبیعی باشد بیمار احتیاج به ایلئوستومی دارد و اگر چنانچه مانومتری غیر طبیعی باشد، برای بیمار کلکتومی و آناستوموز ایلئورکتال پیشنهاد می‌شود.^{۳۶-۳۸}

عمل جراحی در یبوست

برای عمل جراحی این پنج شرط لازم است.

۱- یبوست مزمن و عذاب دهنده که به درمان داروئی جواب ندهد.

۲- ترانزیت آهسته کلون و به عبارت دیگر اینرسی

۳- عدم وجود انسداد کاذب روده

۴- اختلال کارکردی کف لگن که با مانومتری رد شده باشد.

۵- دردهای شکمی جزو علائم بارز بیماری نباشد.

در یک مطالعه که بیش از هزار مورد بیمار مبتلا به یبوست تحت عمل جراحی قرار گرفتند. از این تعداد ۵۲ نفر دچار ترانزیت آهسته بودند (STC)، ۲۲ نفر هم اختلال کارکردی کف لگن داشتند ولی STC نداشتند. ۵۴۹ نفر ظاهراً مشکل جسمی نداشتند. از این تعداد ۷۴ نفر عمل کلکتومی توتال با آناستوموز ایلئورکتال که ۶۸ نفر آنها زن و سن متوسط آنها ۵۳ سال بود و این افراد به طور متوسط نزدیک پنج سال زیر نظر قرار داشتند.

عوارض پس از عمل جراحی عبارت بود از انسداد روده کوچک ۹٪ ایلئوس طولانی ۱۲٪ و بالاخره نتیجه عمل جراحی آنکه ۹۷٪ از عمل رضایت کامل داشتند و ۹۰٪ نیز از کیفیت زندگی بهتر و یا خوب برخوردار بودند.^{۲۹} خلاصه آنکه با ارزیابی فیزیولوژیک می‌توان با قاطعیت بیمارانی را که دچار یبوست غیرقابل درمان داروئی بوده و

داروهای این گروه آگونیست گیرنده ۵ هیدروکسی تریپتامین ۴ (5HT₄) روی اعصاب آوران در دستگاه گوارش باعث انقباضات پریستالتیک می‌شود.

۲- Prucalopride با اسم تجارتي رزولور و Velusetrag و TD-5108 در آینده نزدیکی وارد بازار مصرف خواهد شد.

۳- Tegaserod و یا زلنورم نیز آگونیست نسبی 5HT₄ بوده ولی از نظر ساختاری با سیزاپراید متفاوت است، این دارو نیز به علت ایجاد مشکلات قلبی از بازار جمع شده است. رویداد گزارش شده قلبی انفارکتوس میوکارد، مرگ ناگهانی و آنژین ناپایدار و سکتته مغزی است.

۴- Lubiprostone و یا آمی تیزا

این دارو باعث فعال شدن کانال کلر شده و باعث افزایش میزان مایع در ترشحات در داخل روده می‌شود، اما تغییری در الکترولیت‌های سرم نمی‌دهد.

مقدار مصرف ۲۴ میکروگرم دوبار در روز برای یبوست و ۸ میکروگرم برای روده تحریک‌پذیر همراه با یبوست مصرف می‌شود.

۵- Linaclotide و یا لین‌زس

فعالیت این دارو از طریق افزایش cGMP داخل و خارج سلولی ایجاد می‌شود. این دارو میزان کلر و بی‌کربنات در مجرای روده را افزایش داده و ایجاد ترشحات در داخل روده می‌کند و به این طریق مایع داخل روده افزایش یافته مدت ترانزیت کاهش می‌یابد.

۶- داروهای گروه Mu-opioid receptor antagonist

عبارتند از:

الف - Methylnaltrexone و یا رلیستور عوارض آن

دردهای شکمی، تهوع، نفخ و اسهال است.

ب - Alvimopan و یا انترگ که در ایلئوس پس از عمل

جراحی مصرف می‌شود، اما می‌تواند کمبود پتاسیم، سوءهضم و انسداد اداری ایجاد کند.^{۳۱-۳۳}

سایر داروهای ضد یبوست

۱- Colchicines و یا کلکریس که عوارضی از قبیل

میوپاتی و نارسائی کلیه دارد.

۲- Misoprostol و یا سیتوتک از عوارض این دارو در

زنان حامله ایجاد انقباضات رحمی و ایجاد زایمان است.

۳- Botulinum toxin و یا بوتاکس است که از عوارض آن

دیسفاژی و یبوست می‌تواند باشد.

می‌توانند از عمل جراحی نتیجه مطلوب بگیرند را بخوبی شناسائی کرد.

در یک مطالعه دیگر، مطالعه طولانی مدت بیمارانی که به علت اینرسی کلون کلکتومی شده‌اند به ترتیب زیر گزارش شده است:

این مطالعه شامل ۱۳ مطالعه مختلف بر روی ۳۶۲ بیمار بوده است. عمل جراحی انجام شده کلکتومی توتال (TAC) همراه با آناستوموز ایلئورکتال (IRA) بوده است. دو سال پس از عمل جراحی بیماران از نتیجه عمل بسیار راضی بودند، در طول سالیان ۳ نفر از ۵۰ نفری که TAC شده بودند به علل دیگر فوت کردند و ۳۰ نفر تحت مطالعه باقی ماندند. ۲۰٪ این

بیماران به علت انسداد روده باریک بستری شدند (۶ نفر از ۳۰ نفر) که از این تعداد نیمی از آنها احتیاج به لاپاراتومی پیدا کردند. ۱۲٪ دچار دردهای لگنی بودند که فقط یک نفر از آنها پس از عمل شروع شده بود. ۶٪ بیماران پس از آن احتیاج به ملین و یا تنفیه پیدا کردند و نیز ۶٪ گهگاه احتیاج به داروی ضد اسهال داشتند.^{۳۶} خلاصه آنکه برای بیمارانی که دچار اینرسی کلون می‌باشند عمل جراحی TAC پیشنهاد می‌شود و در آخر بایستی گفت که برای افراد مبتلا به یبوست پنج رهنمود زیر پیشنهاد می‌شود.

۱- ارزیابی بالینی ۲- آزمایشات لابراتواری ۳- تجویز فیبر و ملین ۴- مانومتري آنورکتال ۵- ترانزیت کلون^{۳۹-۴۲}

Abstract:

Review of Etiology, Clinical Evaluation, Medical and Surgical Treatment of Constipation

Jalali S. A. R. MD^{}, Jalai S. A. MD^{**}*

(Received: 19 June 2013 Accepted: 4 Dec 2013)

Primary chronic constipation is a common problem, but is less likely lead to a malignant condition. The act of defecation is involuntary at the beginning but it needs voluntary muscles to work synergistically to take place satisfactorily. Some metabolic diseases and drugs can cause constipation, which can be cured by the cessation of the drug or the treatment of the underlying disease. Acute or sudden onset of constipation or change of bowel habit should be thoroughly worked up. Secondary constipation is due to spinal cord injury or nerve damage, but it is not discussed here. Ordinary person have their own definition of constipation, so in handling a patient with this problem it should be known precisely what does he or she means by constipation.

In the last decade new drugs are used for the treatment of constipation. Surgical treatment of constipation is also common in some cases, after careful work ups, and is defined as total colectomy and ileorectal anastomosis and it is described here. Since this kind of surgery is becoming common in certain cases, it is necessary that our colleagues become familiar with it.

Key Words: Constipation, Colon, Total Colectomy

** Fellow of Gastroenterology, Georgetown University, Washington D.C, USA*

*** Professor of General Surgery, Gastrointestinal and Liver Research Center, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran*

References:

- Belsey J, Greenfield S, Candy D, et al. systemic review impact of constipation on quality of life in adults and children. *Aliment pharmacol ther* 2010; 31: 938-949.
- Manabe N, wong BS, Camilleri M, et al. Lower functional gastrointestinal disorders: evidence of abnormal colonic transit in a 287 patient cohort. *Neurogastroenterol Motil* 2010; 22: 293-e82.
- Choung RS, Branda ME, Chitakara D, et al. longitudinal direct medical costs associated with constipation in women. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 33: 21-260
- Jalali SA, Agah S, Sepehri Kh, et al. Constipation, chap 2, 12 in *Gastrointestinal Disease*, Home edition PP 14-15. 165, 174. ISBN 978-964-28-9. Farshid Press, Tehran, Iran. 2013.
- Shah ND, Chitkara DK, Lock GR, et al. Ambulatory Care for Constipation in the United States, 1993-2004. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 1746-1753.
- Martin BC, Barghout V, Cerutti A. Direct Medical Costs of Constipation in the United States. *Manage care interface* 2006; 19: 43-49.
- Camilleri M, Bharucha AE. Behavioural and new pharmacological treatment for constipation: getting the balance right. *Gut* 2010; 59: 1288-1296.
- Mugie SM, Benninga, Di Lorenzo C. Epidemiology of Constipation in children and adults: a systemic review. *Best pract Res Clin Gastroenterol* 2011; 25: 3-18
- Bharucha AE, Wald A, Enck P, et al. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2006; 1480-1491.
- Longstreth G, Thompson W, Chey W, et al. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1480-1491.
- Ford A, Suares N. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systemic review and meta-analysis. *Gut* 2011; 60: 209-218.
- Dinning PG, Hunt L, Lubowski DZ, et al. the impact of laxative use upon symptoms in patients with proven slow transit constipation. *BMC Gastroenterol* 2011; 11: 121.
- Chiarioni G, Nardo A, Vatini L, et al. Biofeedback is superior to electrogalvanic stimulation and massage for treatment of levator ani syndrome. *Gastroenterology* 2010; 1321-1329.
- Tantiphanchivak, Rao P, Attaluri A, et al. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8: 955-960.
- Faubion SS, Shuster LT, Bharucha AE, Recognition and management of non relaxing pelvic floor dysfunction. *Mayoclinic proc* 2012; 87: 187-193.
- Reiner CS, Tutuiian R, Solopova AE et al. MR defecography in patients with dyssynergic defecation; spectrum of imaging findings and diagnostic value. *Br J Radiol* 2011; 84: 136-144.
- Noetting J, Ratuapli SK, Bharucha AE, et al. Normal values for high - resolution anorectal manometry in healthy women: effects of age and significance of rectoanal gradient. *Am J Gastroenterol* 2010; 170: 1530-1536.
- De Schryver AM, Samsom M, Smout AL. Effect of a meal and bisacodyl on colonic motility in healthy volunteers and patients with slow-transit constipation. *Dig Dis Sci* 2003; 48: 1206-1212.
- Johannesson E, Simren M, Stride H; et al. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled. *Am J Gastroenterol* 2011; 106, 915-922
- Quigley EMM. The enteric microbiota in the pathogenesis and management of constipation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2011; 25: 119-126.
- Saures NC, Ford AC. Sytemic Review: The effects of fiber in the management of chronic idiopathic constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 33: 895-901.
- Mueller-Lissner S, Kamm MA, Wald A, et al. Multicenter, 4 week double-blind, randomized placebo controlled trial of sodium picosulfate in patients with chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 897-903.
- Jalali SA "A short Review of The Current Treatment of Colorectal Cancer" *J Iran Ass Surg* 2010, 2(18): 1-8
- Jalali SA, "Surgeons' Responsibilities in perioperative Assessment of Surgical patients" *J Iran Ass Surg* 2007, 2(15)1-10.
- Bharucha AE, Waldman SA. Taking a lesson from microbial diarrheagenesis in the management of chronic constipation. *Gastroenterology* 2010; 138: 813-817.
- Kamm MA, Dudding TC, Melenborst J. Sacral nerve stimulation for intractable constipation. *Gut* 2010; 59: 333-340.
- Maeda Y, Lundby L. Bunters, et al. sacral nerve stimulation for constipation: suboptimal out come and adverse events. *Dis colon Rectum* 2010; 53: 995-999.
- Bharucha AE, Low P, Camilleri M, et al. A randomized controlled study of the effect of cholinesterase inhibition and constipation. *Gut* 2012 Jun 7 [Epub].
- Bharucha AE, Pemberton JH, Lock GR III. American Gastroenterological Association Technical Review on constipation. 2013; 144: 218-238.
- Farrugia G. Interstitial cells of Cajal in health and disease. *Neurogastroenzzztroenterol Motil* 2008; 20(suppl1): 54-61.
- Nyberg C, Hendel J, Nielsen OH. The safety of osmotically acting cathartics in colonic cleansing. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010; 7: 557-564.

32. Kamm M, Mueller-Lissner S, Wald A. et al. Stimulant laxatives are effective in chronic constipation: multi-center, 4- week, double blind randomized, placebo-trial of bisacodyl. *Gastroenterology* 2010; 138 (supl): s228.
33. Schey R, Raoss C, Lubiprostone for the treatment of adult with constipation. *Dig Dis* 2011; 56: 1619-1325.
34. Johnston JM, Kurtz CB, Mc Dougal JE, et al. Linaclotide improves abdominal pain and bowel habits in the study of patients with constipation. *Gastroenterology* 2010; 139: 1877-1886.
35. Bharacha AE, Lock GR, Zimmerman AR, et al. differences between painless and painful constipation among community women. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101: 604-612.
36. Lembo AJ, Schneier HA, Shiff SJ, et al. Two randomized trial of linaclotide for chronic constipation. *N ENG J Med* 2011; 365:527-536.
37. Mueller-Lissner S, Rykx A, Kersten R, et al. a double-blind, placebo-controlled study of prucalopride in elderly patients with chronic constipation. *Neurogastroenterol Motil* 2010; 22: 991-998.
38. Wald A. A27-year-old woman with constipation: Diagnosis and treatment. *Clinic Gastroenterol* 2010; 8: 838-842.
39. Faried M, El Nakeeb A, Youssef M, et al. Comparative study between surgical and non-surgical treatment of anismus in patients with symptoms of obstructed defecation; a prospective randomized study. *J Gastrointest Surg* 2010; 14: 1235-1243.
40. Schwander T, Hacker A, Hirshburger M, et al. Dose the STARR procedure change the pelvic floor: a preoperative and postoperative study with dynamic pelvic floor MRI. *Dis Colon Rectum* 2011; 54; 412-417.
41. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 4: CDOO9014.
42. Jalali S A. Review of clinical picture, New Diagnostic Modalities and Role of surgical Treatment in CA of stomach. *Iranian J of Surg.* Vol, N2, 2013.