

مقاله بازآموزی

بر اساس تصویب دفتر بازآموزی جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پاسخ دهندگان پرسشهای مطرح شده در این مقاله امتیاز بازآموزی تعلق می‌گیرد.

سندرم روده تحریک پذیر

نویسندگان: دکتر محسن امینی^۱، دکتر سید مؤید علویان^۲

تعریف: مجموعه ای از علائم شامل درد، احساس ناراحتی در شکم، نفخ، یبوست، اسهال، یبوست و اسهال متناوب به همراه دفع ترشحات موکوسی را سندرم روده تحریک پذیر (Irritable Bowel Syndrome) می‌نامند. سندرم روده تحریک پذیر، به مفهوم واقعی کلمه یک بیماری نیست بلکه مجموعه ای از علائم است که با یکدیگر همراه می‌باشند. به عبارتی یک اختلال عملکرد مزمن Chronic Function Disorders بوده که مشخصه آن درد شکم همراه با تغییر و آشفتگی Disturbance در اجابت مزاج است. بر اساس فرم اجابت مزاج، به سه دسته تقسیم می‌شود: سندرم روده تحریک پذیر همراه با اسهال، سندرم روده تحریک پذیر همراه با یبوست و سندرم روده تحریک پذیر همراه با اسهال و یبوست متناوب.

اسامی مختلفی برای این بیماری ذکر شده است که بعضی از این نامگذاری‌ها صحیح نیست، مثل کولیت اسپاستیک یا کولیت عصبی یا کولیت موکوسی. از آنجایی که این سندرم با التهاب مخاطی و درگیری مخاط کولون همراه نیست، اطلاق لفظ کولیت به آن اشتباه است (۲،۱).

شیوع و اپیدمیولوژی:

و البته همه این افراد به پزشک مراجعه نمی‌کنند. حدود ۳۰٪ افرادی که به علت مشکلات گوارشی به پزشک خانوادگی خود مراجعه می‌کنند، به علت سندرم روده تحریک پذیر است. این عارضه دومین علت غیبت از محل کار پس از سرماخوردگی است و علت ۴٪ مراجعات به درمانگاههای گوارش است (۳). تاکنون در مورد شیوع این بیماری در ایران گزارشی منتشر نشده است ولی با

شدن جامعه نیست و در کتب قرن نوزدهم نیز علایم این بیماری توصیف شده است. بر اساس گزارش (IFBD) International Foundation for Bowel Dysfunction (مؤسسه بین المللی اختلال عملکرد روده ای) ۱۵-۱۰٪ افراد بالغ به این بیماری گرفتار هستند. در مجموع می‌توان گفت که بیماری شایعی است چون که ۲۰-۱۵٪ جمعیت عمومی به آن مبتلا هستند.

این سندرم یکی از شایع‌ترین علل مراجعه به متخصصین گوارش و حتی پزشکان عمومی است. طبق آمار ارایه شده، ۳۵ میلیون آمریکایی به این بیماری مبتلا هستند. سالانه ۳ میلیون مراجعه پزشکی و بیش از ۲ میلیون مورد تجویز دارو در آمریکا، به علت این بیماری است. البته این بیماری خاص کشورهای غربی نیست و در آفریقا و آسیا نیز شایع است. سندرم روده تحریک پذیر، بیماری مدرنیزه

۱- متخصص داخلی - فوق تخصص گوارش و کبد - استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)
۲- متخصص داخلی - فوق تخصص گوارش و کبد - استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)

- علائمی که به نفع تشخیص IBS هستند:
۱. درد قسمت تحتانی شکم با مشخصات زیر:
 - تشدید یافتن با غذا خوردن
 - تسکین با دفع
 - تشدید حرکات رودهای همراه با شروع درد
 - دفع نل یا لبکی به همراه شروع درد
 - درد شب، بیداری شبانه نمی شود
 ۲. اتساع شکم قابل رویت
 ۳. دفع مختصر زبه صورت اسهالی یا یبوست
 ۴. علائم مزمن با ماهیت یکنواخت و شدت متغیر
 ۵. علائمی که با استرس بدتر شود.

- مواردی که به هنگام تشخیص IBS باید مدنظر باشند:
۱. مدت و شدت علائم (علائم شدیدتر و مزاحمتر یا علائمی که اخیراً شروع شده اند نیاز به بررسی گسترده تری دارند).
 ۲. تغییر علائم طی دوره های زمانی
 ۳. خصوصیات دموگرافیک (در خانم ها در چهارترها شایع تر است).
 ۴. ارجاعی بودن بیمار (بیمارانی که در مراکز درمانی پنهانی مبتلایی ویزیت می شوند کمتر نیاز به بررسی گسترده دارند تا آنها که به علت شدت علائم به مراکز فوق تخصصی ارجاع داده می شوند).
 ۵. سابقه خانوادگی کاترکولون (خصوصاً اگر در سنین جوانی رخ داده باشد).
 ۶. ماهیت و وسعت مشکلات پسیکولوژیک

دنبال آن اعصاب آوران احشایی تحریک شده، موتیلیتی افزایش یافته و در فونکسیون روده ها اختلال به وجود می آید و در نتیجه درد شکم و اختلالات روحی تشدید می شود (۵).

این بیماری سبب نامنظمی در عملکرد حرکتی - حسی روده ها و سیستم عصبی مرکزی می شود. به هم خوردن وضعیت گوارشی ناشی از عفونت ها، بهم خوردن وضعیت تغذیه، تغییر در شیوه زندگی، فشارهای روحی و روانی در این بیماری محرک ایجاد علائم گوارشی می تواند باشد.

در تعداد قابل توجهی از بیماران سابقه سوء استفاده جنسی یا فیزیکی، مرگ یا جدایی و یا دیگر آسیب های عمده قبل از بروز علائم بیماری وجود دارد. آنها که مراجعه پزشکی ندارند از نظر روانی مشابه افراد طبیعی هستند. اما آنها که مراجعات مکرر دارند معمولاً آشفتگی های روحی - روانی دارند. فشارهای روحی - روانی با تغییر در عملکرد فیزیولوژیک روده یا به طور غیر مستقیم به عنوان یک واقعه خاص سایکولوژیک می تواند سبب بروز علائم بیماری شود.

تشخیص:

در صورت وجود مجموعه ای از علائم بالینی باید به فکر روده تحریک پذیر بود (جدول ۱). شایع ترین شکایت بیماران، درد شکم است که بیشتر در ناحیه ربع تحتانی چپ شکم دیده می شود. درد بیمار را از خواب بیدار نمی کند و به طور عمده با غذا خوردن تشدید می شود (رفلکس گاستروکولیک) Gastrocolic Reflex و با دفع به طور موقت بهتر می شود. این حالت با اتساع کولون و در فشارهای عصبی تشدید می شود. احساس اتساع شکم، نفخ و علائم مربوطه بیشتر ناشی از افزایش حساسیت به اتساع است و به میزان

حرکات در پاسخ به محرک هایی نظیر استرس، غذا، دیلاتاسیون با بالون، کله سیستوکیپین وجود دارد. اکثر بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر حساسیت بیشتری در احشاء دارند Hyperalgesia این افراد نسبت به اتساع و افزایش حجم در مقایسه با افراد عادی عکس العمل بیشتری نشان می دهند. با این وجود آستانه تحریک نسبت به محرک های دردناک گیرنده های عصبی سوماتیک در این بیماران طبیعی یا بیش از طبیعی است. در مجموع در اغلب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، اختلالات زیر دیده می شوند: (۸و۲)

- ۱- آگاهی افزایش یافته نسبت به عملکرد فیزیولوژیک طبیعی (مثل انقباضات روده ای فازیک نرمال)
- ۲- افزایش حساسیت به اتساع دردناک در روده باریک و بزرگ
- ۳- نواحی آنتیپیک از ارجاع سوماتیک دردهای احشایی به نظر می رسد که یک سیکل معیوب وجود دارد، به این صورت که اختلال روحی سبب تحریک سمپاتیکی و آزاد شدن نوروترانسمیترهای شیمیایی مثل ۵- هیدروکسی تریپتامین (5-HT) و حساس کردن گیرنده ها در دیواره روده می شود. به

توجه به تجارب موجود، بیماری شایعی است. شروع اولین علائم سندرم روده تحریک پذیر در سنین نوجوانی و جوانی است و بروز آن بعد از ۵۰ سالگی نادر است. شیوع این بیماری در زنان نسبت به مردان سه به یک است. از آنجایی که عوامل فرهنگی و اجتماعی در بروز این حالت دخیل است لذا در کشورهای نظیر هندوستان و سری لانکا مردان بیشتر از زنان به علت این بیماری مراجعه می کنند. هر طی چند روز اول سیکل قاعدگی علائم آن در خانها تشدید می شود. اغلب بیماران در جانی از افسردگی داشته و ممکن است سابقه سوء استفاده جنسی یا فیزیکی را داشته باشند. (۴)

پاتولوژی

علائم این بیماری ناشی از اختلال در حرکات روده و افزایش حساسیت احشایی است. الگوی حرکتی روده بزرگ و باریک مبتلایان به روده تحریک پذیر، مشابه افراد عادی است. افراد مبتلا به اسهال، ترانزیت سریع داشته (عدم کارگره مناسب آدرنژیک سمپاتیکی) Sympatic Adernergic Dysfunction و در افراد مبتلا به یبوست، تأخیر در ترانزیت دارند (عدم کارکرد مناسب عصب واگ) Vagaly dysfunction. در حقیقت افزایش

معیارهای Manning برای تشخیص IBS:

۱. درد شکم که با اجابت مزاج تخفیف می‌یابد.
۲. هنگام شروع درد شکم اجابت مزاج متعدد بروز کند.
۳. هنگام شروع درد شکم اجابت مزاج شل می‌شود.
۴. اتساع قابل مشاهده شکم
۵. دفع موکوس
۶. احساس عدم تخلیه کامل روده‌ها

است. ابتدایی‌ترین آنها در سال ۱۹۷۸ به نام معیارهای Manning بوده (جدول شماره ۳) و آخرین آن در سال ۲۰۰۰ تنظیم شده و به عنوان معیارهای Rome II است (جدول شماره ۴) (۳ و ۶)

با در نظر گرفتن معیارهای تشخیصی و علائم هشداردهنده، اشتباه در تشخیص به حداقل می‌رسد اما باید به برخی نکات در تاریخچه بیمار دقت بیشتری نمود (مثل سابقه کانسر کولون در فامیل درجه یک بیمار) (جدول ۲).

معاینات بالینی باید در جهت رد بیماریهای ارگانیک انجام شود. معمولاً در معاینه بیمار مضطرب و پرتنش به نظر می‌رسد. حساسیت در ناحیه سیگموئید در لمس شکم یا تندرns در معاینه رکتال وجود دارد.

تشخیص افتراقی و آزمونهای

تشخیصی:

بررسی های تشخیصی در جهت شناسایی و رد بیماریهای ارگانیک استوار است. آزمونهای

- وجود درد شکم در ۱۲ هفته یا بیشتر (بیوسته بودن علائم الزامی نیست) که همرا با حداقل دو مورد از سه مورد زیر باشد:
 الف) تخفیف درد شکم با دفع
 ب) همراهی با تغییر در دفعات دفع
 ج) همراهی با تغییر در قوام و شکل مدفوع
- نشانه‌ها، زیر برای تشخیص IBS ضروری نمی‌باشد ولی هر چه تعداد آنها بیشتر باشد، به نفع تشخیص IBS است:
۱. دفعات اجابت مزاج بیشتر از سه مرتبه در روز یا کمتر از سه مرتبه در هفته
 ۲. شکل مدفوع غیرطبیعی (مدفوع شل یا لکمی یا سفت و سخت) در بیشتر از ۱/۳ موارد دفع
 ۳. کیفیت و طریقه دفع غیرطبیعی (زور زدن زیاد احساس عدم دفع کامل و یا احساس Urgency در بیشتر از ۱/۳ موارد دفع
 ۴. دفع موکوس در بیشتر از ۱/۳ موارد دفع
 ۵. نفخ و یا احساس اتساع شکم در بیشتر از ۱/۳ موارد دفع

• علائم هشدار دهنده (Red flags) عبارتند از: کاهش وزن واضح، پدیداری شبانه بملت علائم فوق، وجود خون در مدفوع، مصرف آنتی‌بیوتیکی اخیر، سابقه فامیلی کانسر کولون، پیداکردن یک پالته غیرطبیعی در معاینه بالینی
 • بروز علائم بالای ۵۰ سالگی، آنمی و تب، علائم مداوم و پیشرونده، استئاتوره

هاضمه، سوزش سردل، تهوع و استفراغ دیده می‌شود. ممکن است علائم در طی دوران قاعدگی تشدید یابد (خصوصاً در ابتدای دوره که سطح P rostaglandin E₂ PGE2 و P rostaglandin F₂ PGF2 بالاتر است).

استرس ها و مشغولیت های ذهنی موجب بروز علائم این سندرم می‌شوند. (که به حوادث دوران کودکی برمی‌گردد و اکثر مبتلایان، اختلالات پسیکولوژیک عمده را قبل و یا همراه با بروز علائم ذکر می‌کنند). افسردگی، هیجان، اختلالات پانیک به طور عمده همراه با آن دیده می‌شود. حتی با درمان اختلالات روانی در ۵۰٪ بیماران علائم گوارشی نیز بهبود می‌یابد. این بیماران بیش از افراد عادی ابراز ناخوشی های مختلف کرده که اغلب ناخوشی های مزبور ارتباطی با روده تحریک پذیر ندارد.

سندرم روده تحریک پذیر به شکل بیوست غالب، در مقایسه با اسهال غالب، در جنس مؤنث بیشتر دیده می‌شود و اغلب با علائم و نشانه های قسمتهای فوقانی شکم از جمله نفخ شکم و نشانه های غیرمرتبط با گوارش (دردهای عضلانی-استخوانی، اختلال در خواب و اختلال در فعالیت جنسی) هستند. البته درد شکم و احساس عدم دفع کامل رکتوم در هر دو شکل بیماری به یک نسبت شیوع دارد (۶).

روده تحریک پذیر در ۹ تا ۱۷ درصد از بیماران، به شکل حاد تظاهر می‌یابد که می‌تواند متعاقب یک عامل عفونی باشد. که با اسهال شل و نفخ شکم بروز کرده و افزایش سلولهای انتروآندوکرین Enterocendocrin Cell همراه است (۴).

برای تشخیص دقیق سندرم روده تحریک پذیر معیارهای تشخیصی تنظیم شده

کمتری با تجمع گاز تولید شده در روده‌ها ارتباط دارد. اتساع و نفخ شکم اغلب با دفع گاز و آروغ زدن بهتر می‌شود.

تغییر در عادت اجابت مزاج مثل اسهال، بیوست و یا غلبه یکی از آنها بر دیگری در اغلب موارد دیده می‌شود. اسهال با حجم اندک، دفع مکرر و اورژانسی Urgency ایجاد می‌شود. درد ممکن است با دفع برطرف شده و یا نشود. اسهال همراه با دفع گاز است، در اغلب موارد بیمار بیش از ۳ بار در روز دفع ندارد (اما در زمان تشعه وری بیماری می‌تواند بیشتر باشد).

به دفع کمتر از سه بار در هفته یا دفع دردناک یا مشکل و سخت بیوست گفته می‌شود. بیوست اغلب در دوران کودکی شروع شده و سالها قبل از تشخیص روده تحریک پذیر بروز می‌کند. مواد دفعی سفت Pellet-Like بوده که ناشی از تشدید انقباض هاستراسیون های کولون می‌باشد و یا مواد دفعی با کالیبر باریک Pencil-Like دفع می‌شود که می‌تواند ناشی از اسپاسم رکتوم و کولون باشد. بیوست ممکن است ناشی از استفاده نابجا از مسهل ها باشد. گاهی دفع همراه با ترشحات موکوسی سفید یا شفاف است. علت واقعی دفع موکوس مشخص نیست اما ناشی از التهاب موضعی نیست. در ۵۰٪ بیماران علائم گوارشی فوقانی مثل سوء

اولیه بیمار عبارتند از: آزمایش مدفوع از نظر خون مخفی (در افراد بالای ۵۰ سال)، آزمایشات بررسی عملکرد تیروئید، سرعت سدیماتتاسیون، فرسول شمارش خون و رکتوسیگموئیدوسکوپی در صورت طبیعی بودن آزمونه‌های اولیه، بر اساس تشخیص افتراقی‌های مطرح شده (جدول ۵) اقدامات تشخیصی لازم و تکمیلی (جدول شماره ۶) انجام می‌شود.

و یا این که درمانهای علامتی تجویز شده و در صورت عدم موفقیت در درمان، اقدامات تکمیلی تشخیصی به عمل می‌آید (جدول شماره ۸) لذا اقدامات تشخیصی فراوانی را شامل می‌شود اما هدف اصلی از انجام اقدامات تشخیصی کسب اطمینان از عدم وجود بیماری ارگ'نیک برای پزشک و بیمار است (خصوصاً بیمار) و محدوده انجام این اقدامات نیز حصول اطمینان کافی برای پزشک و بیمار برای رد بیماریهای ارگ'نیک است. اطمینان کافی قسمت اعظم مشغولیت‌های ذهنی و دغدغه‌ای بیمار را برطرف کرده و در نتیجه سبب کنترل بهتر علائم بیماری می‌شود (۶).

درمان:

مراجعه بیمار به پزشک با علائم و نشانه‌های روده تحریک پذیر بستگی به عوامل متعددی از جمله شدت نشانه‌ها، باور بیماری و تحمل بیمار دارد.

شدت علائم در روده تحریک پذیر متغیر بوده و قابل تقسیم بندی است. (جدول شماره ۷) و بر اساس آن برخورد درمانی نیز تنظیم می‌شود.

درمان در موارد خفیف، آموزش بیماران، اطمینان بخشی به بیمار و تغییر در وضعیت تغذیه و ورزش زندگی است. در موارد متوسط، عوامل فارماکولوژیک مؤثر در دستگاہ

گوارش (آنتی کولینرژیک، داروهای ضداسهال و...) تجویز می‌شود. در موارد شدید و مقاوم به درمان: درمانهای ضد افسردگی و ارجاع به مرکز مشاوره روانی توصیه می‌شود (۷).

یک ارتباط درمانی تا حدودی بیان کننده پاسخ شبه دارویی (پلاسبویی) بالایی در حدود ۳۰ تا ۸۸٪ است. پزشک باید تصور بیمار از بیماری خود و میزان توجه وی را به آن درک

جدول ۵:

موارد تشخیصی افتراقی:	۱۱ در صورتی که بیوست غالب باشد
۱. اسهال اسموتیک (ناشی از مصرف مواد غیرقابل جذب) (الف) عدم تحمل لاکتوز (بسیار شایع) دو هفته پرهیز غذایی و با تجویز لاکتاز + تست تحمل لاکتوز یا تست تنفس هیدروژن (ب) استفاده ناپجا از سببها مثل لاکتوز یا مالتیول	۱. عوارض داروها شامل: عوامل آدرنرژیک آنتی کولینرژیک آنتی هیپرنتاسیو، نازکوتیکها، ضد افسردگی‌ها
۲. اسهال ترشخی (تداوم اسهال علی‌رغم گرسنگی طولانی) (الف) سببهای محرک مثل Correctol یا Ex-Lax حتی گاهی نیاز به بررسی دقیق منزل یا محل بستری بیمار دارد (ب) HIV (حتی بدون دیگر علائم) (ج) نارسای، پانکراس یا سندرم روده کوتاه	۲. مصرف مزمن، طولانی و ناپجای سببها ۳. آندوکرینوپاتی‌ها مثل هیپوتیروئیدی و هیپوپاراتیروئیدی ۴. کاتر کولون (خصوصاً در سنین بالا و بروز اخیر علائم) ۵. دیورتیکولیت یا دیورتیکولوز دردناک ۶. بیوست ساختگی یا دروغی ناشی از مصرف داروهای ضداسهال، نازکوتیکها یا آنتی کولینرژیکها
۳. علل التهابی: (الف) کولیت اولسراتیو (ب) کرون (گاهی افتراق آن از IBS مشکل است) (ج) عفونتهای پارازیتی (خصوصاً زیاردیوز و اسیبان)	
۴. آندوکرینوپاتی‌ها: (الف) بیماری آدیپسون (حملات اسهال) (ب) هیپر تیروئیدیسم (دفعات دفع افزایش می‌یابد)	

نموده و در مورد بیماری توضیحات کافی به بیمار ارائه دهد. ذکر این نکته برای بیمار ضروری است که این بیماری روی کیفیت زندگی تأثیر جدی می‌گذارد اما سبب ایجاد عوارض جدی و خطرناک مثل کولیت یا سرطان نمی‌شود.

پزشک باید مشغولیت‌های ذهنی، توقعات، انتظارات و نکات مورد توجه بیمار را درک کرده و به آنها به صورت محکم و واقع‌گرایانه پاسخ مناسب دهد و بیمار را در برنامه درمانی خود شریک نماید. پزشک باید برای یک ارتباط طولانی مدت با بیمار برنامه ریزی کند. نوبتهای ملاقات باید به نحوی باشد که در ابتدا ویزیت‌های مکرر و با فواصل کم و سپس فواصل این ملاقاتها را بیشتر نماید. در طی

این جلسات لازم است ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار برقرار شود. همچنین لازم است مواردی را به عنوان دلایل فوری مراجعه به پزشک مشخص نماید از جمله:

- ۱- عوامل شعله ور ساز جدید (تغییرات تغذیه‌ای، بروز همزمان بیماریهای دیگر و عوارض داروهای جدید)
- ۲- حساسیت بیش از حد شخصی نسبت

به یک بیماری جدی

۳- عوامل استرس زای محیطی

۴- عوامل روحی-روانی
Comorbidity مثل افسردگی، هیجان و حملات پانیک

۵- برنامه‌های مخفی مثل مصرف نازکوتیکها یا مسهل‌ها با اهداف ثانویه مثل اتکا به ناتوانی

آموزش بیمار و اطمینان به وی نقش عمده و مهمی در درمان روده تحریک پذیر دارد. برای بیمار باید توضیح داد که روده‌ها به محرکهای متنوع و مختلف واکنش بیش از حد نشان می‌دهند و علائمی که ایجاد می‌شود در حقیقت همین واکنش‌های تشدید یافته است.

در برخی موارد تشویق بیمار برای نوشتن



Dicyclomine (Bentyl)

(۲۰-۲۰ میلی گرم ۴ مرتبه در روز) یا **Donnatal** (شربت یا قرص همراه با فنوباریتال، هیوسیامین، آتروپین و اسکاپولامین) با دوز ۲-۱ قرص یا ۵-۱۰ سی سی شربت سه یا ۴ مرتبه در روز **Librax** یا کلینیدیوم C (کلینیدیوم برومید + کلرودیازپوکساید) ۱ تا ۲ عدد قبل از غذا و به هنگام خواب (ب) آنالوگ های **GnRH** مثل **(Lupron) Leuprolide acetate** با دوز مصرف ۳/۷۵ میلی گرم در ماه به مدت سه ماه به برخی از خانمهای مبتلا به **IBS** کمک می کنند (۶).

۲- بیوست:

افزودن فیبر به رژیم غذایی مثل پسیلیوم موثر است. فیبرهای غذایی با کاهش زمان ترانزیت کلی لوله گوارش، کاهش فشار داخل کولون، رقیق کردن اسیدهای صفراوی (به طور غیرمستقیم) فعالیت کولون را کم می کند. در بیوست های مزمن ناشی از کندی ترانزیت کولون به کارگیری عوامل حجم ساز **Bulking agent** مفید نیست و حتی ممکن است علایم را تشدید کند. مهلهل های اسموتیک نیز خوب تحمل نمی شود. از این رو از داروهای اختصاصی محرک حرکات کولون مثل آگونیست های ۵ هیدروکسی تریپتامین - ۴، استفاده می شود. که سبب تحریک رهایی استیل کولین و آنتاگونیستهای ۵ هیدروکسی تریپتامین ۳ از اعصاب کولینرژیک در عضلات طولی روده **Longitudinally** می شود. از این دسته داروها سیزاپراید **Cisapride** و پروکالوپراید **Prucalopride** را می توان نام برد. این داروها در درمان دیس پپسی ناشی از

اثر مصرف برخی داروها یا غذاها که سبب تشدید علایم می شوند نیز باید مدنظر قرار گیرد (مثل آنتی اسیدها و مسهل های محرک).

در بیمارانی که به بیوست مبتلا هستند، مصرف فیبرهای غذایی نظیر دانه گندم با سبوس به میزان ۱۲ تا ۱۵ گرم در روز تا رسیدن به وضعیت مطلوب توصیه می شود. کلونیدهای هیدروفیلیک برای اسهال و بیوست هر دو مفید هستند و مصرف آنها همراه با غذا به احتباس آب در مدفوع و مانعت از خشک شدن مواد دفعی کمک می کند. مثل ترکیبات پسیلیوم (متاموسیل) و ترکیبات کربوفیل (که نفخ و گاز کمتری ایجاد می کنند) مثل قرص **Fibercom**، پودر **Citrucel**

توصیه های عمومی در اصلاح شیوه غذا خوردن نیز لازم است مثل آهسته غذا خوردن، پرهیز از جویدن آدامس، شیرین کننده ها و طعم دهنده های مصنوعی (مثل سوربیتول و فروکتوز) و پرهیز از نوشیدن نوشابه های گازدار (۱، ۶).

درمان دارویی:

درمان دارویی بستگی به علائم دارد مثل درد شکم و نفخ، بیوست و اسهال. ۱- درد شکم و نفخ: الف) از آنتی اسپاسمودیک ها در درمان درد شکم و نفخ استفاده می شود. مثل داروهای آنتی کولینرژیک که دیپولاریزاسیون عضلات صاف روده با واسطه استیل کولین را مهار می کند. از فرآورده های خالص یا ترکیبات این داروها می توان استفاده نمود مثل: **Hyocyamine (Levsin)** سریع الاثر بوده و موتیلیتی سیگموئید را پس از صرف غذای چرب کم می کند یا

نشانه های تشخیصی اولیه بر اساس غلبه علایم:
• اگر اسهال غالب باشد تست تنفس بررسی کسید ۷ کتاز، آزمایش مدفوع برای بررسی لکوسیت و عفونت، ترانزیت روده باریک، گرسنگی ۲۴ تا ۴۸ ساعت برای افتراق اسهال اسموتیک از ترشحات
• اگر نفخ و درد شکم غالب باشد رادیوگرافی ساده شکم
• اگر دفع دردناک یا بی اختیاری دفع فرکار باشد بررسی موتیلیتی آنورتکال
• اگر شک به انسداد روده وجود دارد رادیوگرافی ساده شکم یا ترانزیت روده باریک
• اگر علایم گوارشی فوقانی غالب باشد کاستروسکوپی و اگر منفی بود سونوگرافی کیسه صفرا
علایم آزمایشگاهی که به خسر تشخیص **IBS** است عبارتند از: سدیمان بالای ۱۷۰ لکوسیتوز، خون یا چربی یا چرک در مدفوع، وزن مدفوع بیش از ۲۰۰ گرم در روز، اسهال مداوم طی ۴۸ ساعت گرسنگی، هیوکالمی، عدم پاسخ اسهالستیک در برابر انسداد رکتوم در بررسی موتیلیتی آنورتکال

خاطرات روزانه (یک دوره ۳-۲ هفته ای) برای زیر نظر داشتن علایم بیماری مفید خواهد بود و می توان عوامل همراه بیماری را نیز شناسایی کرد. در ضمن با کمک آن می توان تغییرات مورد نظر را در رژیم غذایی، شیوه زندگی و رفتار بیمار ایجاد نمود. در عین حال که به بیمار کمک می کند تا کنترل روی بیماری خود را نیز بیاموزد (۶) درمان باید بر اساس موارد زیر انتخاب شود:

- ۱- ماهیت و شدت علایم
- ۲- میزان اختلالات فیزیولوژیک
- ۳- اثر مشکلات اجتماعی- روانی **Psychosocial**

رژیم غذایی مناسب:

در اغلب موارد شیوه غذا خوردن از نوع غذا مهم تر است. بهر حال برخی غذاها در ایجاد علایم بیشتر سهیم هستند مثل: غذاهای چرب، حبوبات و غذاهای نفاخ، الکل، کافئین (موجب بروز اسهال می شود)، لاکتوز (در موارد عدم تحمل به لاکتوز) غذاهای حاوی فیبر زیاد (در برخی افراد). بیمار نیاز به رژیمهای خاص ندارد. ولی

استاز معدی، بیوست و IBS با بیوست غالب مؤثر است. در بیوست مزمن و شدید تأثیر کمتری دارد.

در مطالعات اولیه این داروها ۳۷-۳۳٪ در افزایش دفعات دفع، کاهش درد و نفخ و کاهش نیاز به مسهل‌ها مؤثر بوده، در حالی که پلاسمو ۱۰٪ مؤثر بوده است (۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹).

۳- اسهال:

الف) لوبرامید Loperamide (Imodium) یک مخدر بوده و به میزان ۲ تا ۴ میلی‌گرم و حتی تا ۱۶ میلی‌گرم در روز

جدول ۷: شدت علائم در سندرم روده تحریک پذیر

شدید	متوسط	خفیف	تابدوی بالینی
۵٪	۲۵٪	۷۰٪	شیوع تخمینی
ارجاعی	تخصصی	اولیه	نوع مراجعه
خفیف	متوسط	به طور مشخص	ارتباط با فیزیولوژی دستگاه گوارش
شدید	خفیف	وجود ندارد	تداوم علائم
شدید	خفیف	وجود ندارد	مشکلات پسیکولوژیک
شدید	متوسط	خفیف	استفاده از مراکز مراقبت‌های بهداشتی

تجویز می‌شود. این دارو موجب کاهش فعالیت انفجاری و ترانزیت، افزایش جذب آب و یونها از روده، افزایش تونوسیتة اسفنکتر آنال، کاهش اسهال، Urgency و نشست مدفوع می‌شود. این دارو نسبت به کدئین و دیفنوکسیلات و دیگر نرکوتیکها ارجحیت دارد، زیرا از مایع مغزی- نخاعی عبور نمی‌کند. ب) کلسترامین Colesteramine، یک رزین با پایه آنیونی و به میزان ۱ تا ۲ بسته / دو مرتبه در روز تجویز می‌شود. این دارو به عنوان داروی خط دوم در سوء جذب املاح صفراوی با علت ناشناخته مفید است. (چون سوء جذب املاح صفراوی غالباً ناشی از ترانزیت سریع است، لوبرامید داروی مناسب تری است). عارضه این دارو بیوسنت

خفیف است.

ج) گاهی داروهای ضد افسردگی در برخی بیماران با علائم مقاوم به درمان مؤثر است (تری سیکلیک‌ها مثل آمی تریپتیلین، ایمی پرامین و دوکسی پین و مهارکننده‌های انتخابی باز جذب مجدد سروتونین (مثل فلوکستین، سرتالین و پاروکستین). این داروها سیکل خواب را بهبود بخشیده و احساس بهبودی ایجاد می‌نمایند. همچنین در افراد یکه حملات اضطرابی و افسردگی عمیق دارند مؤثر است. ظهور اثرات مفید این داروها نیاز به مصرف مداوم دارد لذا باید در موارد مزمن و عود کننده، استفاده شود. درد و اسهال

کاربرد دارد. به دلایل ناشناخته این دارو فقط در خانها مؤثر است.

چنانچه با مصرف دارو در طی ۴ هفته بهبودی ایجاد نشد. باید قطع شود. در صورت وجود تاریخچه بیوست، انسداد روده با تنگی، مگا کولون، سوراخ شدگی یا چسبندگی، کولیت ایسکمیک، دیورتیکولیت فعال و بیماریهای التهابی روده نباید تجویز گردد (۱۴، ۱۵)

درمان پسیکولوژیک:

بسیاری از بیماران از مشاوره بالینی سود می‌برند. این نوع مداخلات به طور بالقوه در بیمارانی که با آشفتگی‌های روحی- روانی و یا اختلال در کیفیت زندگی علائم شان تشدید شده، مؤثر واقع می‌شود در مانهای پسیکولوژیک شامل: درمان - Cognitive behavioral، هیپنوتیزم، پسیکوتراپی پسیکودینامیک، یا اینترپرسنل و روش درمانی Relaxation Stress است.

مشاوره روانپزشکی در موارد زیر موفق است:

- ۱- افرادی که علانمی را به استرس‌های زندگی ارتباط می‌دهند.
 - ۲- آنهایی که علائم تیپیک IBS را دارند.
 - ۳- سن کمتر از ۵۰ سال
 - ۴- آنها که حالات اضطراب اندوژن (درون‌زا) کمتری دارند.
- مشاوره پزشکی در کاهش اضطراب و دیگر علائم پسیکولوژیک مؤثر بوده و اغلب علائم گوارشی خصوصاً درد شکم و اسهال را کاهش می‌دهد. البته معلوم نیست که بهبود علائم به دنبال تغییر فیزیولوژی است یا ناشی از تغییر حس احشایی می‌باشد. برنامه‌های منظم بر اساس استراتژی‌های رفتاری می‌تواند در تسکین درد بیماران کمک کننده باشد (درد

به آنتی‌دپرسان‌ها بهتر جواب می‌دهند، در حالی که مهارکننده‌های رسپتور سروتونینی در IBS با بیوست غالب تأثیر بیشتری دارد و عوارض کمتری نیز به همراه دارند.

معمولاً ضد افسردگی برای یک دوره ۳-۴ هفته‌ای تجویز می‌شود (برای تأثیر مناسب‌تر تجویز ۳ تا ۱۲ ماهه نیز توصیه شده است) و سپس تدریجاً قطع می‌گردد. استفاده از این داروها با دوز پائین عارضه‌ای ندارد. داروهای ضد اضطراب مثل بنزودیپازین‌ها (دiazepam، لورازپام و...) تأثیر کمتری دارد (۱۳، ۶).

د) آلوسترون (Alosetron (Lotronex که آنتاگونیست 5HT است توسط FDA نیز تأیید شده، ترانزیت کولون را کند می‌نماید لذا در IBS با ارجحیت اسهال

بچه‌ها ممکن است از سردرد، تهوع یا دفع موکوس رنج ببرند. ممکن است برای اجتناب از درد، کودک کمتر غذا بخورد که نتیجه آن کاهش وزن است. در برخی از اطفال اولین علامت پس از یک اتفاق پراسترس مثل دندان درآوردن، سرماخوردگی، مشکلات مدرسه یا داخل منزل بروز می‌کند. استرس علت IBS نیست بلکه می‌تواند موجب بروز علائم آن در بیمار شود.

اساس درمان بر پایه رژیم غذایی با فیبر بیشتر و چربی کمتر (جهت کاهش حملات اسپاسم)، آموزش نحوه اجابت مزاج با برنامه منظم و طی ساعات خاص از روز استوار است. ضمن این که تکنیک‌های مناسب برای مواجهه با حالات اضطراب آور نیز باید آموزش داده شود. از داروهایی مثل مسهل‌ها به ندرت استفاده می‌شود، زیرا بچه‌ها نسبت به بالغین بیشتر مستعد اعتیاد به دارو هستند. در صورت نیاز به مسهل باید تحت نظارت دقیق و مستمر پزشک استفاده شود.

مصرف ۲ تا ۶ میلی‌گرم Tegaserod خوراکی دو مرتبه در روز سبب بهبودی ناراحتی شکم، نفخ و یبوست می‌شود و طی یک هفته تأثیر مناسب را می‌گذارد. خوشبختانه دارو به خوبی تحمل شده و تنها عارضه آن اسهال گذرا است. به نظر می‌رسد این دارو به زودی برای درمان IBS وارد بازار دارویی شود (۱۷، ۱۸).

IBS در بچه‌ها:

IBS در هر سنی دیده می‌شود. علامت غالب در بچه‌ها اسهال یا درد شکم است. شکل اسهالی آن در سنین زیر ۳ سال دیده می‌شود. اسهال معمولاً بدون درد و با یبوست متناوب همراه است. تعداد دفعات دفع کمتر از ۵ مرتبه در روز بوده و مدفوع آبکی و شل است. در بچه‌های بالای ۵ سال، درد علامت اصلی است. در سنین بالاتر در ناحیه تحتانی چپ ناف و در سنین پایین درد در اطراف شکم دیده می‌شود. درد اغلب کرامپی است و با خوردن غذا، درد شدیدتر شده و با دفع گاز و مدفوع بهتر می‌شود. علاوه بر علائم فوق، این

مزمنی که محرک اضطراب و افسردگی داشته باشد، به این روش پاسخ می‌دهد (هیپنوتراپی احتمالاً از طریق تغییراتی که در سیستم عصبی اتونوم سمپاتیک ایجاد می‌کند سبب تسکین علائم می‌شود (۱۳، ۱۶)).

پروکینتیکهای جدید:

Tegaserod (آگونست نسبی گیرنده

جدول ۱:

تستهای تشخیصی که پس از شکست درمانهای اولیه توصیه می‌شود
یبوست: تست ترانزیت کولون
مانومتري آنال
اندازه‌گیری زاویه آنورکتال
مانومتري
دیفیکوگرافی
اسهال (اگر حجم آن بیش از ۴۰۰ میلی‌لیتر در روز باشد):
بررسی اسمولالیتی و الکترولیتهای مدفوع
اسیراسین دتودنوم از نظر زیاردیا
تست ترانزیت روده باریک
تجویز آمی‌تریپتیلین و آنتی‌دپرسانهای دیگر
تست تنفسی هیدروژن - کربوهیدرات
تست تخلیه و حس رکتال
تست دیستاسین با بالون

سرروتونین) ترانزیت کولون را تسریع می‌کند و سمیت قلبی ناشی از سیزاپراید را ندارد.

References:

- 1- Thompson GW, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorder and functional abdominal pain. *Gut*, 1999; 45 (supp 1.2). 1143-1147.
- 2- Whitehead WE, Engel BT, Schuster MM. Irritable bowel syndrome: Physiological and psychological differences between diarrhea - predominant and constipation - predominant patients. *Dig. Dis. Sci.*, 1980 25:404-413.
- 3- Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG. et al. Predictive value of Rome criteria for diagnosing IBS. *Am. J. Gastroenterol.*, 1999; 94: 2912-2917.
- 4- Longstreth GF, Haawkey CJ, Ham. J. et al. Demographic and clinical characteristics of patients with IBS from three Practice settings. *Gastroenterology*, 2000; 118: A 146.
- 5- Gershon MD. Review article: Role Played by 5-HT in the physiology of the bowel. *Aliment Pharmacol. Ther.*, 1999; 13 (Supp) 5- 30.
- 6- Engstrom P, Goosenberg E. Diagnosis and management of bowel disease. *PCI*, 1999.
- 7- Schmulson M, Lee OY, Chang L, et al. symptom differences in moderate to severe IBS patients based on predominant bowel habit. *Am. J. Gastroenterol.*, 1999; 94: 2929-2935.
- 8- Mertz H, Naliboff B, Muakat J, et

- al. recta perception is a patients with IBS., *Gastroenterology*. 1995; 109: 40-52.
- 9- Humphrey PPA, Bountra C, Clayton N. et al. The therapeutic potential of 5-HT₃ receptor antagonists in the treatment of IBS. *Aliment Pharmacol Ther.*, *Pharmacol Ther.* 1999; 13:13-38.
- 10- Bouras EF, Camilleri M, Button DD. et al. Selective stimulation of colonic transit by the benzofuran 5HT₄ agonist, in healthy humans. *Cut.* 1999; 44: 682-686.
- 11- Prins N, Akkermans L, Schvurkes J, Prucalopride stimulates 5HT₄ receptors on colinergic nerves of human colonic longitudinal muscle resulting in contraction. Program and abstracts of digestive disease week 2000: San Diego, California. Abstract 1001.
- 12- Jahnson J, Mooner P, parkman II, et al., Prucalopride improves bowel movement frequency and symptoms in patients with chronic constipation: results of two double blind, placebo - controlled trials. Program and abstracts of Digestive week 2000; May 212-24, 2000; San Diego, California. Abstrct 999.
- 13- Guthrie E, Creed F, Dawson et al. A randomised controlled trial of psychotherapy in patients with refractory IBS: *Br. J Psych.*, 1993; 163: 315-321.
- 14- Camilleri M, Northcutt AR, Kong S et al. Efficacy and safety of Alosetron in women with IBS: a randomized, placebo-*Lancet.* 2000; 1035-1040.
- 15- Jones RH Holtmann G, Radrigo L. et al. Alosetron relieves pain and improves bowel function compared with mebeverine in female nonconstipated IBS patients. *Aliment Pharmacol Ther.* 1999; 13:1419-1427.
- 16- Palsson O, Turner M, Johnsr H. Hypotherapy for IBS: Symptom improvement and autonomic nervous system effects. program and abstract of Digestive week 2000; San Diego, California. Abstrct 997.
- 17- Prather CM, Camilleri M, Zinsmeister Ar, et al. Tegaserod accelerates orocecal transit in patients with constipation-predominant IBS. *Gastroenterology*, 2000; 118: 463-468.
- 18- Mueller - Lissner S, Fumagalli I, et al. Tegaserod, a 5-HT₄ receptor partial, relieves key IBS symptoms. *Gastroenterology* 2000; 118 (4)

سوالات پراکنده

۱- مریدی ۶۰ ساله از ۳ ماه اخیر دچار درد شکم در ناحیه ربع تحتانی چپ شکم که با غذا خوردن تشدید و با دفع به طور موقت بهتر می‌گردد شده است. همراه با آن احساس اتساع شکم، نفخ و حالت آروغ زدن وجود ندارد. در این مدت اجابت مزاج به صورت سه‌بار و بی‌سخت متغیر می‌باشد. هیچ‌گاه در مدفوع خون مشاهده نشده است و کاهش وزن نیز نداشته است. با توجه به شواهد فوق، مناسب‌ترین اقدام کدام است؟

- الف) با توجه به علائم و نشانه‌ها تأمیرده مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است و در حال حاضر نیاز به اقدام تشخیصی دیگری نیست
ب) آندوسکوپی فوقانی
ج) کولونوسکوپی
د) سی‌تی اسکن شکم

۲) شایعترین شکایت بیماران مبتلا به روده تحریک‌پذیر کدام است؟

- الف) تغییر در اجابت مزاج
ب) نفخ و احساس اتساع شکم
ج) درد شکم
د) سوء هاضمه

۳) جزو معیارهای Manning در تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر چیست؟

- الف) اتساع قابل مشاهده شکم
ب) دفع موکوس
ج) درد شکم که با اجابت مزاج تشدید می‌شود
د) احساس عدم تخلیه کامل روده‌ها

۴) مردی ۲۵ ساله به دنبال سفر به ژاپن و اقامت به مدت ۳ سال در بازگشت به کشور دچار نفخ شکم، اسهال و اضطراب شده و علائم گوارشی وی با ناراحتی روحی و عصبانیت تشدید می‌شود در طول ۳ ماه اخیر ۵ کیلوگرم کاهش وزن دارد. در معاینه وی یافته غیرطبیعی مشاهده نمی‌شود. کدام یک از موارد زیر در بررسی علل علائم گوارشی وی ضروری نیست؟

- الف) آزمون HIV
ب) آزمون بررسی فونکسیون تیروئید
ج) آزمون اندازه‌گیری چربی مدفوع
د) آندوسکوپی فوقانی

۵) جزو علائم هشدار دهنده (Red Flags) در سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد؟

- الف) درد شدید شکم که نیاز به مصرف مسکن دارد
ب) دفع موکوس فراوان
ج) اختلال در فعالیت جنسی
د) بروز علائم بعد از ۵۰ سالگی

۶- در تشخیص افتراقی سندرم روده تحریک پذیر قوی باشد؟

- الف) بیماری آدیسون
- ب) بیماری کوشینگ
- ج) کم کالری تیروئید
- د) کمک کالری یاراتیروئید

۷- در مورد داروی Tegaserod کدام یک درست است؟

- الف) آنتاگونیست گیرنده سروتونینی است
- ب) ترازیپت کولون را کاهش می دهد
- ج) سمیت قلبی داروی سیزاپراید را ندارد
- د) به دلیل عوارض جانبی فراوان در ۵۰ درصد موارد تحمل نمی شود.

۸- در کدام یک از مبتلایان به روده تحریک پذیر مشاوره روانپزشکی موفق تر است؟

- الف) سن بیش از ۵۰ سال
- ب) آنهایی که حالات اضطرابی (درون زا) بیشتر دارند.
- ج) افرادی که علائم را به استرس های زندگی ارتباط می دهند.
- د) همه موارد

۹- توصیه های غذایی مناسب در بیماران با سندرم روده تحریک پذیر با اسهال غالب؟

- الف) حذف مصرف الکل و کافئین
- ب) حذف غذاهای چرب
- ج) حذف لاکتوز
- د) همه موارد

۱۰- در مورد علائم و نشانه های روده تحریک پذیر کدام یک نادرست است؟

- الف) علائم در طی دوران قاعدگی تخفیف می یابند.
- ب) در ۵۰ درصد موارد سوء هاضمه، سوزش سردل، تهوع و استفراغ دیده می شود.
- ج) علت واقعی دفع موکوس، التهاب موضعی نیست
- د) بیوست می تواند ناشی از استفاده نابجا از مسهل باشد.

۱۱- کدام یک در درمان روده تحریک پذیر مؤثر هستند؟

- الف) ایجاد ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار
- ب) شناسایی عوامل شعله ور کننده بیماری و رفع آنها
- ب) اطمینان بخشی به بیمار در مورد عدم ابتلا به بیماری جدی
- د) همه موارد

برای حالتهای زیر داروهای مناسب را انتخاب نمایید؟

۱۲- میتلایان به درد شکم

الف) پسیلوم (ب) لورامید (ج) دی سیکلومین (د) همه موارد

۱۳- میتلایان به اسهال و یبوست متناوب

الف) پسیلوم (ب) لورامید (ج) دی سیکلومین (د) همه موارد

۱۴- میتلایان به اسهال

الف) پسیلوم (ب) لورامید (ج) دی سیکلومین (د) همه موارد

۱۵- میتلایان به اسهال و یبوست متناوب

الف) پسیلوم (ب) لورامید (ج) دی سیکلومین (د) همه موارد

۱۶- میتلایان به اسهال

الف) پسیلوم (ب) لورامید (ج) دی سیکلومین (د) همه موارد

۱۷- کدام یک در مورد داروی آلوسترون نادرست است؟

الف) این دارو هنوز مورد تأیید FDA قرار نگرفته

ب) در درمان IBS با ارجحیت اسهال به کار می رود

ج) در خانها مؤثرتر است

د) در صورت عدم تأثیر دارو پس از ۴ هفته، قطع دارو توصیه می شود.

۱۸- مردی ۳۷ ساله به دنبال اسهال با مشخصات روده باریک از سه ماه قبل مراجعه کرده است. اسهال نامبرده در طول روز

بوده و گاهی شبها وی را از خواب بیدار می کرده است. کدام یک از موارد جزو تشخیص افتراقی مناسب نیست؟

الف) کولیت اولسرو

ب) کرون

ج) سندرم روده تحریک پذیر

د) لنفوم

۱۹- کدام یک از موارد زیر به ضرر وجود سندرم روده تحریک پذیر نیست؟

الف) وجود خون در مدفوع

ب) وجود چربی در مدفوع

ج) وجود موکوس در مدفوع

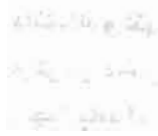
د) وجود چرک در مدفوع

۱۸- کدام یک از موارد زیر جزو معیارهای Rome II در تشخیص سندرم روده تحریک پذیر نیست؟

- الف) شدت درد شکم
- ب) تخفیف درد شکم با دفع
- ج) همراهی درد شکم با تغییر در دفعات دفع
- د) همراهی درد شکم با تغییر در شکل مدفوع

۱۹- کدام یک از آزمونهای تشخیصی زیر در بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با یبوست غالب که به درماتهای اولیه

پاسخ نداده توصیه نمی شود؟



- الف) مانومتري آنال
- ب) تست ترانزیت روده باریک
- ج) اندازه گیری زاویه آنورکتال
- د) دفیوگرافی

۲۰- جزو اثرات مفید لوپرامید می باشد؟

- الف) افزایش جذب آب و یونها از روده
- ب) افزایش تونوسیتة اسفنگتر آنال
- ج) کاهش فعالیت انجاری روده ها
- د) همه موارد