

● مقاله مروری کد مقاله: ۰۳۶

بعد از مطالعه این مقاله خوانندگان محترم قادر خواهند بود:

- اپیدمیولوژی یبوست را دریابند.
- با نحوه ارزیابی شیوع و بروز آن آشنا شوند.
- فیزیوپاتولوژی آن را درک کنند.
- با نحوه تشخیص بیماری آشنا شوند.
- به درمان و روش‌های درمانی واقف گردند.

مروری بر تشخیص و درمان یبوست

چکیده

یبوست بیماری شایعی است که منجر به مراجعات متعدد کلینیکی شده و تأثیرات خانوادگی و اجتماعی مهمی را سبب می‌شود. این اختلال در بسیاری موارد کارکردی است، اما با توجه به تأثیرگذاری عوامل اتیولوژیک متعددی بر یبوست، به‌خصوص در موارد شدید و مقاوم به درمان ارزیابی این علل ثانویه اهمیت زیادی دارد. اتخاذ برنامه‌ی تشخیصی و درمانی جامع و در عین حال مقرون به صرفه در مواجهه با تعداد قابل توجه بیماران حایز اهمیت است. در شرح حال و معاینه، مشخص نمودن مفهوم یبوست از نظر بیمار باید مد نظر باشد و علایمی که می‌تواند از نظر وجود علل ثانویه شاخص باشند (همچون کاهش وزن، خونریزی گوارشی، آنمی و ...) باید جستجو شود. در فقدان علایم و نشانه‌های هشداردهنده، شروع درمان یبوست با توصیه‌هایی در مورد مصرف فیبر، رعایت رژیم غذایی، مصرف مایعات، افزایش فعالیت بدنی و عدم مصرف داروهای منجر به یبوست میسر است. در صورت عدم پاسخ درمانی مطلوب، ارزیابی مجدد بیماران در جهت تشخیص اختلالات دفعی و ترانزیت آهسته‌ی کولون و علل ثانویه نظیر اتیولوژی‌های بدخیم و یا متابولیک باید انجام شود. اختلالات دفعی که به درمان طبی معمولاً مقاوم است به درمان بیوفیدبک پاسخ مناسبی می‌دهد. حمایت روانی و در صورت لزوم مشاوره روانپزشکی در موفقیت درمان تأثیر مهمی دارد. تجویز دراز مدت داروهای مؤثر بر یبوست باید با توجه به عوارض جانبی و تأثیر درمانی انجام شود. روش‌های جراحی در عدم موفقیت سایر درمان‌ها می‌تواند مورد توجه قرار گیرد؛ اما یادآوری می‌شود که موفقیت روش‌های جراحی ارتباط زیادی به انتخاب دقیق بیماران دارد و کمترین موفقیت در این زمینه در گروه بیماران مبتلا به اختلالات زمینه‌ای روانی دیده می‌شود. تحقیقات در مورد درمان‌های جدید یبوست ادامه دارد.

واژگان کلیدی: اختلالات دفعی، ترانزیت کولون، رژیم غذایی



دکتر ناصر ابراهیمی‌دریانی ۱*

دکتر آرش میراولیایی ۲

دکتر سید محمد فرشته‌نژاد ۳

دکتر محمدرضا کرامتی ۴

۱. استاد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. فلوشیپ بیماری‌های گوارش، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳. پزشک عمومی، پژوهشگر

۴. رزیدنت جراحی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

* نشانی نویسنده مسئول:
تهران، خیابان ولی‌عصر، بالاتر از ظفر، نبش کوچه شهید ناصری، پلاک ۱۳۰، طبقه دوم. دکتر ناصر ابراهیمی‌دریانی

تلفن: ۸۸۷۹۳۸۹۶

دورنگار: ۸۸۷۹۹۴۴۶

www.SID.ir
نشانی الکترونیکی:

nebrahim@sina.tums.ac.ir

منتشر شده است. برای مثال در مطالعه‌ی دانشگاه یزد، ۵۵٪ بیماران ترانزیت کولونی نرمال، ۱۷٪ ترانزیت آهسته و ۷/۵٪ اختلال دفعی و ۲۰٪ ترکیب ترانزیت کولونی آهسته و اختلال دفعی داشتند [۱۰].

علل و فیزیوپاتولوژی

یبوست می‌تواند عارضه‌ی همراه با اختلالات سیستمیک یا نورولوژیک باشد. از سوی یبوست، عارضه‌ی جانبی بسیاری از داروهای شایع است. (جدول ۲)

برای سهولت در برخورد تشخیصی، یبوست در سه گروه: ترانزیت طبیعی، ترانزیت آهسته و اختلالات دفعی یا تخلیه رکتومی تقسیم‌بندی می‌شود [۱۱].

یبوست با ترانزیت طبیعی: این گروه از بیماران بیشترین تعداد موارد را (۵۹٪) تشکیل می‌دهند. این دسته به عنوان «یبوست کارکردی» هم نامیده می‌شوند. شکایت عمده شامل صعوبت دفع و دفع مدفوع سفت است. علایم بیماران با استرس روانی ممکن است تشدید شود و یا با نفخ، درد و ناراحتی شکمی همراه باشد [۱۲]. بیشتر بیماران این گروه به دریافت فیبر به تنهایی و یا به همراه یک ملین اسموتیک پاسخ مطلوب می‌دهند [۱۳].

اختلالات دفعی: در ۲۵٪ موارد اختلالات دفعی عامل ایجاد یبوست می‌باشد که در اغلب به علت اختلال در ساختار کف لگن و یا اسفنکتر آنال ایجاد می‌شود [۱۴]. اختلالات ساختاری نظیر رکتوسل و یا سندرم نزول بیش از حد پرنه با فراوانی کمتری عامل اختلال دفعی می‌باشد [۱۵]. برخی از بیماران ممکن است سابقه‌ی سوء استفاده جنسی، فیزیکی و یا اختلال خوردن (eating disorder) داشته باشند. برای تشخیص اختلال هماهنگی کف لگن می‌توان از معیارهای کارگروه رم استفاده کرد (جدول ۴) [۱۶].

یبوست با ترانزیت آهسته: عامل ۱۳٪ از موارد یبوست است که بیشتر در خانم‌های جوان و با کاهش دفعات حرکات روده‌ای دیده می‌شود (یک بار در هفته و یا کمتر). شروع علایم معمولاً در حوالی بلوغ است [۱۷]. موارد خفیف به فیبر غذایی پاسخ می‌دهد؛ اما موارد شدید، به علت تأخیر شدید در تخلیه کولون صعودی و کاهش انقباضات پرستالتیک با دامنه‌ی (امپلیتود) بالا بعد از غذا، پاسخ مطلوب نخواهند داد.

یبوست یکی از شکایات بسیار شایع بیماران در مراجعات کلینیکی است. هدف این مطالعه مشخص کردن و بررسی روش‌های تشخیصی و درمانی به صرفه از نظر اقتصادی و همچنین کارآمد و منطقی برای بیماران مبتلا به یبوست است. در عمده‌ی بررسی‌های انجام شده تاکنون نه تنها تکنیک‌های تشخیصی استاندارد نشده است، بلکه غالب روش‌های درمانی نیز تمایزی بین اختلالات مربوط به ترانزیت آهسته کولونی و اختلالات ساختارهای کف لگنی قایل نشده است.

اپیدمیولوژی

برای تعیین اپیدمیولوژی یبوست ابتدا باید تعریف دقیقی از آن ارائه شود. برای این منظور می‌توان از تعریف یبوست بر مبنای معیارهای رم (ROME) استفاده کرد (جدول ۱).

بیماران اغلب تعاریف متفاوتی از یبوست ارائه می‌کنند. در ۵۲٪ موارد یبوست را صعوبت عمل دفع، ۴۴٪ دفع مدفوع سفت و فقط ۳۲٪ کاهش دفعات اجابت مزاج و ۳۴٪ عدم دفع به‌صورت مطلوب گزارش می‌کنند. شیوع یبوست در جوامع غربی ۲۷-۲٪ گزارش شده است [۳-۱]. میزان بروز یبوست ۵۰ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در سال است و ۳۱ بیمار در ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت سالانه بهبود می‌یابند [۴].

در ۱۰/۸٪ از جمعیت سالمند آسیایی (متوسط سنی ۶۸/۴ سال) علایم منطبق بر یبوست کارکردی گزارش شده است. یبوست در زنان نسبت به مردان [۵]، در غیرسفیدپوستان نسبت به سفیدپوستان [۶] و در بچه‌ها نسبت به بالغین شایع‌تر است [۷]. یبوست شدید، به طور مثال اجابت مزاج ماهانه دوبار یا کمتر، تقریباً به‌صورت انحصاری در خانم‌ها دیده می‌شود. حتی برخی مطالعات نشان می‌دهد که در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) نیز فراوانی یبوست در بیماران زن بیشتر است [۸]. از دیگر عوامل خطر ساز برای یبوست، کم‌تحرکی، درآمد اندک، میزان تحصیلات پایین، سابقه‌ی سوء استفاده جنسی و علایم افسردگی است [۹].

در ایران مطالعات اپیدمیولوژیک وسیع برای ارزیابی شیوع و بروز یبوست انجام نشده است، هرچند که در گروه‌های محدود مطالعاتی

معاینه بالینی: ظاهر و گویش بیمار کلیدهای تشخیصی مهمی برای اختلالاتی همچون هیپوتیروئیدی، پارکینسون و یا افسردگی است. در معاینه، اختلالات عمده عصبی مثل ضایعات نخاعی باید بررسی شود و در صورت وجود تردید، ناحیه‌ی ساکروم از لحاظ حسی باید ارزیابی شود.

Archive of SID

در معاینه‌ی شکم توجه به اتساع، وجود مدفوع سفت در یک کولون متسع و توده‌ی شکمی لازم است. گاه برجستگی قوس قدامی مهره‌ها در وضع خوابیده به پشت سبب نفخ یا تورم شکمی وضعیتی می‌شود که این امر با معاینه‌ی ستون فقرات مشخص می‌شود.

یک بررسی مهم در معاینه‌ی بالینی بیماران مبتلا به یبوست، معاینه‌ی رکتوم است که معمولاً در وضعیت خوابیده به پهلوی چپ انجام می‌شود. این معاینه در ارزیابی ضایعات دردناک اطراف مقعد، مخاط رکتوم و عملکرد دفعی مفید است. ابتدا پرینه در حالت استراحت و زور زدن معاینه می‌شود. نزول پرینه در حال زور زدن باید بین ۴-۱ سانتی‌متر باشد. نزول پرینه به سطحی پایین‌تر از خطی که دو توپروزیته‌ی ایسکیال را به هم مربوط می‌کند پاتولوژیک بوده و در سندرم نزول بیش از حد پرینه دیده می‌شود. عدم نزول پرینه در اختلال شل شدن عضلات کف لگن دیده می‌شود [۳۰].

سندرم نزول پرینه که بیشتر در خانم‌های با سابقه‌ی زایمان و یا افرادی که به هنگام اجابت مزاج فشار زیاد به پرینه می‌آورند دیده می‌شود، به لحاظ عدم در امتداد قرار گرفتن زاویه‌ی آنورکتوم سبب دفع ناکامل می‌شود. از عوارض این سندرم آسیب به شبکه‌ی عصبی ساکرال است که سبب کاهش حس رکتوم و در نهایت بی‌اختیاری ناشی از عصب‌زدایی است [۳۱]. در حین معاینات مذکور پرولاپس رکتوم هم قابل بررسی است [۳۲]. بعد از انجام موارد فوق، ناحیه‌ی رکتوم از نظر وجود فیستول، شقاق و هموروئید خارجی باید معاینه شده و در نهایت یک معاینه با انگشت در رکتوم برای ارزیابی وجود مدفوع سفت، تنگی مقعد و یا توده‌ی رکتوم باید انجام شود. اگر اسفنگتر مقعدی شل و گشوده باشد، علل آن ترومای قبلی یا آسیب عصبی می‌تواند باشد [۳۳]؛ در حالی که عدم امکان ورود انگشت به رکتوم دال بر افزایش فشار اسفنگتر مقعدی و درد و حساسیت در بخش خلفی رکتوم دلالت بر اسپاسم عضلات کف لگن دارد. میزان نزول پرینه در حین تلاش برای بیرون راندن انگشت هم باید ارزیابی شود [۳۴]. با شرح حال و معاینه‌ی دقیق اغلب علل ثانویه یبوست قابل بررسی هستند.

بررسی اشکالات ساختاری روده: بررسی کولون با استفاده از تصویربرداری با ماده حاجب امکان‌پذیر است. روش معمول باریوم انما است که به خوبی آناتومی کولون را نشان داده و ضایعات انسدادی را مشخص می‌نماید. در صورتی که در کولون، مدفوع سفت

اینرسی کولون یک وضعیت مرتبط است که با دو ویژگی مشخص می‌شود: ۱- ترانزیت آهسته کولون و ۲- عدم افزایش فعالیت حرکتی بعد از غذا یا تجویز بیزاکودیل و یا داروهای کولینرژیک [۱۸ و ۱۹].

بیماری هیرشپرونگ هم فرمی از ترانزیت آهسته است که با فقدان سلول‌های گانگلیونی در بخش دیستال روده مشخص می‌شود [۲۰ و ۲۱].

ارزیابی کلینیکی

شرح حال: در اخذ شرح حال توجه به منظور بیمار از لفظ یبوست واجد اهمیت است. از سویی در یک شرح حال جامع جزئیاتی نظیر مدت زمان علایم، دفعات اجابت مزاج و همراهی علایمی نظیر اتساع شکم، نفخ، احساس درد و ناراحتی شکم باید مد نظر باشد [۲۲]. توجه به مواردی که می‌تواند نشانگر زمینه پاتولوژی خطرناک باشد؛ نظیر سابقه‌ی فامیلی کانسر، خونریزی گوارشی، کاهش وزن، درد شدید شکمی و تغییرات در کالیر مدفوع، حیاتی است [۲۳]. یبوستی که اخیراً بروز کرده است می‌تواند نشانگر یک اختلال ساختاری باشد و دقت بیشتری را از نظر توجه به اختلالات ساختاری می‌طلبد [۲۴]. در مورد رژیم غذایی توجه به برخی موارد نظیر میزان مصرف فیبر و مایعات مهم است. عدم توجه به مصرف صبحانه می‌تواند یبوست را تشدید کند، زیرا تشدید حرکات کولونی بعد از وعده‌ی غذایی صبح بیشتر است [۲۵ و ۲۶]. هرچند که کافئین هم این الگو را ایجاد می‌کند ولی مصرف غذا مؤثرتر است [۲۷].

نکات حائز اهمیت در سابقه‌ی پزشکی شامل پیشینه‌ی بیمار از نظر عمل جراحی، حاملگی و سابقه‌ی بیماری‌های نورولوژیک است. سابقه‌ی دارویی بیمار نیز باید به‌صورت کامل بازبینی شود و توجه کافی به مصرف ملین‌ها، داروهای گیاهی و داروهای بدون نسخه مبذول شود [۲۸].

مسائل اجتماعی- رفتاری و یبوست اثر متقابل دارند [۲۹]. برای مثال در یک بررسی از بیماران مبتلا به یبوست شدید، ۲۲٪ شرح حال سوء استفاده جنسی و ۳۲٪ سوء استفاده فیزیکی را گزارش کرده‌اند. از سوی دیگر اختلالات روده‌ای سبب تأثیر بر فعالیت جنسی در ۵۶٪ موارد و فعالیت اجتماعی در ۷۶٪ بیماران می‌شود [۲۹]. برای ارزیابی وضعیت روانی- اجتماعی معمولاً به صرف وقت و گاه افزایش جلسات ویزیت بیمار نیاز خواهد بود. در صورت وجود علایمی مثل بی‌خوابی، احساس کاهش انرژی، ناامیدی و عدم اعتماد به نفس، بیماران باید از نظر وجود افسردگی بررسی شوند.

ترانزیت آهسته کولون می‌تواند در زمینه‌ی اختلال دفعی ایجاد شود؛ لذا پس از اصلاح اختلال کف لگنی ارزیابی مجدد باید تکرار شود. اگر شواهدی دال بر اختلال دفعی وجود نداشته باشد، اولین بررسی انجام ترانزیت کولون است [۳۵].

بررسی ترانزیت کولون: زمان طبیعی ترانزیت کولون کمتر از ۷۲ ساعت است [۳۶]. برای انجام این بررسی گرافی‌های شکم ۱۲۰ ساعت بعد از خوردن مارکرهای حاجب در برابر اشعه مطالعه می‌شود [۳۷]. قبل از انجام آزمون بیمار باید روی رژیم غنی از فیبر باشد؛ اما از ملین و داروهای مؤثر بر کارکرد روده نباید استفاده کند. احتباس بیش از حد مارکرها نشانگر ترانزیت آهسته است. اگر تجمع مارکرها در رکتوم و کولون چپ باشد، می‌تواند مبین اختلال دفعی باشد؛ اگرچه تجمع مارکرها در تمام کولون هم اختلال دفعی را رد نمی‌کند [۳۸]. در ایران نیز مطالعاتی در بیماران مبتلا به یبوست ایدیوپاتیک در زمینه زمان ترانزیت کولون انجام شده است. در مطالعه‌ای که توسط دکتر امیریگی و همکاران انجام شده است، در ۴۰ بیمار مورد مطالعه (۱۶ مرد و ۲۴ زن)، ۵۵٪ بیماران زمان ترانزیت کولون نرمال، ۱۷٫۵٪ اینرسی کولون، ۷٫۵٪ اختلال دفعی، و ۲۰٪ ترکیبی از اینرسی کولون و اختلال دفعی داشتند [۳۹]. در مطالعه‌ای دیگر که توسط دکتر قهرمانی و همکاران بر روس ۳۱ بیمار (۷ مرد و ۲۴ زن) ۴۵٫۲٪ بیماران دارای ترنزیت کولون غیرطبیعی بودند [۴۰].

مانومتري آنورکتال: مانومتري آنورکتال با قرار دادن پروب مانومتري در رکتوم و ثبت حرکات پریستالتیسم رکتوم و فشارهای اسفنکترهای داخلی و خارجی انجام می‌شود. مانومتري در افتراق چند حالت کمک‌کننده است. مشاهده انقباض غیر طبیعی اسفنکتر مقعدي در حین استراحت و همچنین تلاش برای دفع در اختلال دفعی معمول است. فقدان رفلکس مهاري آنورکتال (فقدان مهار انقباض اسفنکتر مقعدي به هنگام عمل دفع در حین مانومتري) مطرح کننده بیماری هیرشپرونک یا اتساع رکتوم به علت مدفوع احتباس یافته و یا عدم اتساع مناسب دیواره‌ی رکتوم با بالون متسع است. فشار بالای مقعد در حین استراحت، نشانگر فیشر مقعدي و یا آنیسموس است [۴۱]. کاهش حساسیت رکتوم می‌تواند به علت بیماری عصبی و یا اتساع رکتوم به علت مدفوع احتباس یافته باشد.

آزمون بیرون راندن بالون: این آزمون روشی ساده برای غربالگری اختلالات دفعی است. با وارد کردن یک بالون لاتکس به رکتوم و اتساع آن با ۵۰ سی‌سی آب یا هوا تلاش می‌شود که بالون به خارج رانده شود. عدم موفقیت مطرح کننده‌ی اختلال دفعی است. **دفعوگرافی (Defecography):** دفعوگرافی با وارد کردن باریوم غلیظ به رکتوم و گرفتن گرافی در حال استراحت، انقباض

و فشرده شده باشد برای اجتناب از تشدید مشکل باید از ماده‌ی حاجب محلول در آب و با حداقل میزان لازم استفاده شود. انجام تصویربرداری روده‌ی باریک صرفاً در شک به انسداد روده یا وجود انسداد کاذب لازم می‌شود.

بررسی کامل کولون با کولونوسکوپی و یا رکتوسیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر همراه با باریوم انما قابل انجام است. این روش در صورتی که بیمار مبتلا به یبوست، سنی بیش از ۵۰ سال داشته باشد و یا علائم خطر مثل کاهش وزن، خونریزی گوارشی و یا تب داشته باشد توصیه می‌شود. در شرایطی که موارد مذکور وجود نداشته باشد، انجام رکتوسیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر کافی خواهد بود. در نهایت بیمار بر مبنای شرح حال و معاینه‌ی بالینی در یکی از گروه‌های زیر قرار می‌گیرد:

- ۱- IBS با یبوست غالب
- ۲- اختلالات مربوط به ترانزیت آهسته کولون
- ۳- انسداد خروجی رکتوم (آنیسموس / اشکال در شل شدن اسفنکتر و یا سندرم نزول پرینه)
- ۴- ترکیب موارد ۲ و ۳، اغلب در همراهی با تظاهرات مربوط به IBS
- ۵- یبوست ارگانیک (انسداد مکانیکی یا آثار جانبی دارویی)
- ۶- یبوست ثانویه (اختلالات متابولیک)

ملاحظات خاص: در صورتی که بیمار به درمان فیبر و ملین پاسخ ندهد، در حالی که عوامل مستعدکننده‌ی یبوست هم برطرف شده است توجه به موارد ذیل اهمیت می‌یابد:

- ۱- ممکن است زمینه یاتروژنیک، نورولوژیک، ساختاری یا متابولیک وجود داشته باشد.
- ۲- در حضور شکایات مربوط به نفخ، درد شکم و عدم اجابت مزاج کامل، احتمال وجود IBS مطرح می‌شود.
- ۳- ناتوانی در دفع مدفوع با قوام شل و یا انمای انجام شده پاتوگونومیک اختلالات کف لگن - اسفنکتر مقعدي است.

ارزیابی فیزیولوژیک

ارزیابی فیزیولوژیک فقط در موارد یبوست مقاوم به درمان با فیبر و ملین و با رد علل ثانویه انجام می‌شود. در بیمارانی که در معاینه یا شرح حال شواهد اختلال دفعی مطرح شده است، اولین آزمون انجام مانومتري مقعد و تست بیرون راندن بالون است. جایگاه انجام آزمون دفعوگرافی غیر تشخیصی بودن نتایج آزمون‌های مذکور و همین‌طور احتمال وجود نقایص ساختاری همچون پرولاپس رکتوم است.

مصرف مایعات صرفاً در افرادی که به لحاظ بالینی دهیدراته هستند منجر به بهبود یبوست می‌شود [۴۹].

تغییر در رژیم غذایی و ملین‌های حجیم: به دنبال مطالعاتی که در دهه‌ی ۷۰ انجام گرفت نقش مصرف فیبر غذایی در اجتناب از یبوست و بیماری‌های روده‌ای مطرح شد [۵۰]. در بررسی‌های متعاقب آن مشخص شد که در افرادی که یبوست ندارند، افزایش فیبر رژیم غذایی سبب افزایش وزن مدفوع، تعداد دفعات اجابت مزاج و کاهش زمان ترانزیت کولون می‌شود [۵۱]. البته در افراد مبتلا به یبوست، تجویز مکمل فیبر به رژیم غذایی ممکن است باز هم حجم مدفوع را به مقدار طبیعی نرساند که این امر در یک مطالعه در ۵۰٪ از بیماران با تجویز ۲۰ گرم فیبر روزانه تایید شده است. اگر چه تجویز مکمل فیبر زمان ترانزیت دهانی- مقعدی را می‌کاهد و تعداد دفعات اجابت مزاج را به ۳-۲ مرتبه در هفته افزایش می‌دهد [۵۲]؛ اما در گزارش بروز یا شدت یبوست توسط بیماران کاهش چشمگیری ایجاد نمی‌کند [۵۳]. احتمالاً علت این امر بارز بودن سختی عمل دفع برای بیماران نسبت به دفعات اجابت مزاج است. در مجموع نیمی از بیماران مبتلا به یبوست از مصرف ۲۰ گرم فیبر روزانه رضایت خواهند داشت [۵۴]. کمترین پاسخ به درمان فیبر در موارد یبوست شدید یا همراه با زمان ترانزیت کولونی آهسته، اختلالات دفعی و یا عارضه‌ی دارویی دیده می‌شود.

مصرف فیبر در شروع درمان باید ۲۵ گرم و در غالب رژیم غذایی و به صورت مصرف میوه‌جات، غلات و نان آرد کامل باشد. از مشاوره با متخصص تغذیه نیز می‌توان سود برد.

مکمل‌های فیبر به واسطه‌ی عوارضی همچون نفخ، مزه‌ی بد و اتساع شکم به خصوص در چند هفته‌ی اول آغاز مصرف چندان مطلوب نیستند. حداقل فیبر مصرفی برای اینکه روی ترانزیت کولون مؤثر واقع شود ۱۲ گرم در روز است. فیبر و ترکیبات حجم‌دهنده پایه غلات، لعاب دانه‌های گیاهی، صمغ گیاهی یا مشتقات متیل سلولز دارند.

به صورت معکوس در برخی بیماران ممکن است کاهش فیبر مصرفی مفید باشد؛ برای مثال در خانم‌ها و بیماران با ترانزیت آهسته کولونی، تجویز فیبر ممکن است علایم را تشدید کند و یا در افراد با سن پایین یا سالمندان سبوس نه تنها کم اثر است، بلکه در گروه دوم سبب بی‌اختیاری مدفوعی می‌شود.

اسفنکتر مقعدی و عمل دفع انجام می‌شود [۴۲]. این آزمون برای تشخیص اختلالاتی همچون رکتوسل و پرولاپس مخاط که با عمل دفع تداخل می‌کنند کاربرد دارد [۴۳ و ۴۴] که متأسفانه به دلیل دشواری تکنیکی در ایران انجام نمی‌شود.

درمان طبّی

ابتدا باید درمان غیر دارویی برای بیمار تجویز شود. در صورت عدم پاسخ مناسب درمانی، دارو درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بیمارانی که مبتلا به اختلالات دفعی هستند پاسخ مطلوب به درمان با مکمل‌های فیبر و ملین‌های خوراکی نمی‌دهند؛ در حالی که در بیش از ۷۵٪ موارد، درمان بیوفیدبک برای آنان مفید است [۴۵]. این درمان به صورت رفتار درمانی و آموزش هماهنگی انقباضات عضلات کف لگن و اسفنکتر مقعدی است. بنابراین قدم اول درمانی در بیماران مبتلا به اختلالات دفعی، درمان بیوفیدبک است [۴۶ و ۴۷]. تغییر در رژیم غذایی و تجویز مکمل‌های فیبر هم ممکن است لازم باشد [۴۸]. در صورت عدم پاسخ مطلوب به تجویز فیبر از ملین‌های اسموتیک نظیر شیر منیزیم و یا پلی‌اتیلن گلیکول باید استفاده شود. میزان تجویز ملین وابسته به مقداری از دارو است که ایجاد مدفوع نرم کند.

استفاده از ملین‌های تحریکی مثل بیزاکودیل یا سنا در صورت عدم کارایی تجویز فیبر و ملین‌های اسموتیک توصیه می‌شود. در مواردی که شکایت بیمار از اختلال در اجابت مزاج ناشی از این تفکر است که سلامت روده وابسته به اجابت مزاج روزانه است فقط اطمینان دادن کفایت می‌کند.

سبک زندگی: صرف زمان کافی و منظم برای اجابت مزاج در صورت احساس نیاز باید توصیه شود. در افراد با شیوه‌ی زندگی بی‌تحرك، افزایش فعالیت بدنی توصیه می‌شود. از مصرف داروهایی که سبب یبوست می‌شوند باید خودداری کرد.

حمایت روانی: یبوست در شرایط وجود استرس تشدید شده و ممکن است تظاهراتی از مشکلات هیجانی مانند سوء استفاده جنسی در گذشته باشد. در چنین حالاتی ارزیابی شرایط روانی، شخصیت و زمینه‌ی استرس‌های فرد و حمایت روانی ممکن است از هر درمان فیزیکی مفیدتر باشد.

مصرف مایعات: دهیدراتاسیون و از دست دادن نمک احتمالاً به واسطه‌ی افزایش جذب آب و نمک از کولون می‌تواند سبب ایجاد مدفوع سفت و کوچک شود. با این وجود از نظر کلینیکی افزایش

ترکیبات خاص دارویی

فرآورده‌های بر پایه فیبر

متیل سلولوز: این دارو یک فرآورده‌ی فیبری نیمه صناعی است که از ملکول‌های با طول زنجیره و میزان متیلاسیون متفاوت تشکیل می‌شود. تجویز ۴ گرم در روز از این ترکیب میزان آب و وزن آن را می‌افزاید. تاثیر این دارو بر دفعات اجابت مزاج بیش از سهولت اجابت مزاج است. فرم‌های دارویی موجود به صورت مایع و قرص‌های ۵۰۰ میلی گرمی است و به صورت دو دوز روزانه تجویز می‌شود.

پسیلیوم (Ispaghula): این دارو یک فرآورده‌ی گیاهی است که ظرفیت جذب آب زیادی دارد. در کولون توسط باکتری‌ها تخمیر شده و تعداد باکتری‌های کولون را می‌افزاید. فرم‌های دارویی موجود به صورت پودر، گرانول و سوسپانسیون است. این دارو حجم مدفوع را می‌افزاید و اگر چه وزن مدفوع را نیز افزایش می‌دهد ولی تاثیر آن در بیماران نسبت به افراد فاقد یبوست کمتر خواهد بود. موفقیت درمانی با تجویز ۳۰-۱۵ گرم در روز از این دارو، در افراد مبتلا به ترانزیت آهسته‌ی کولون و اختلالات دفعی کم است؛ اما در بیماران فاقد این اختلالات پاسخ مطلوب درمانی در ۸۵٪ موارد دیده می‌شود. به هر حال قبل از انجام تست‌های فیزیولوژیک توصیه می‌شود مکمل فیبر در رژیم غذایی امتحان شود. این دارو در بازار ایران به صورت بسته‌های ۳۰۰ گرمی است.

سایر ملین‌ها

به جز فیبر دو گروه عمده‌ی ملین‌ها شامل ملین‌های اسموتیک و محرک هستند. زیرگروه‌های کوچک‌تر نرم‌کننده‌های مدفوع و امولینت‌ها هستند.

یون‌های با جذب ضعیف

منیزیوم، سولفات و ترکیبات فسفات: این ترکیبات یون‌هایی با خاصیت جذب ضعیف هستند و مکانیسم اثر عمده‌ی این داروها ایجاد محیط روده‌ای هیپراسمولار است؛ اما با مکانیسم‌هایی مثل افزایش پروستاگلاندین‌ها در مدفوع هم اعمال اثر می‌کنند [۵۵]. در بیماران با یبوست خفیف مصرف منظم هیدروکسید منیزیوم ایمن و کارآمد است. دوز ۸۰-۴۰ میلی‌مول از منیزیوم طی ۶ ساعت سبب اجابت مزاج می‌شود. عوارض تجویز منیزیوم اتساع شکم، دفع اسهال آبکی و هیپرمینزیومی به خصوص در کودکان و افراد با نارسایی کلیه است. سولفات منیزیوم نسبت به هیدروکسید منیزیوم قدرت اثر بیشتری دارد. در هر حال جذب منیزیوم و سولفات در بیماران مبتلا به

نارسایی قلبی و کلیوی می‌تواند مخاطره‌آمیز باشد؛ اگر چه عوارض آنها در افراد سالم اما دهیدراته نیز دیده شده است. در بازار ایران فرآورده هیدروکسید منیزیوم در دسترس است که هر ۵ سی‌سی از آن حاوی ۴۰۰ میلیگرم ماده مؤثر است. میزان تجویز آن ۳۰-۶۰ سی‌سی به هنگام خواب یا در دوزهای منقسم است. فسفات به لحاظ جذب روده‌ای به دوز بالا جهت اعمال اثر اسموتیک نیاز دارد. فرآورده‌ی تجاری آن به نام Fleet Phosphosoda عرضه می‌شود که در بازار دارویی ایران کمتر یافت می‌شود. عارضه‌ی مهم آن هیپرفسفاتمی است که خصوصاً در نارسایی کلیه بروز می‌کند [۵۶].

قندهای با جذب اندک

لاکتولوز: این دارو یک دی‌ساکارید غیر قابل جذب از روده است که توسط فلور میکروبیال تخمیر شده و سبب کاهش PH مدفوع می‌شود. برای تأثیر به عنوان ملین اسموتیک به دوز حداقل ۲۰ گرم روزانه (حدوداً ۶ قاشق غذاخوری) نیاز است [۵۷].

با دوز معمول روزانه که ۳۰-۱۵ گرم است، تأخیر اثر دارو ۳-۲ روز خواهد بود و به لحاظ تغییر فلور میکروبیال روده، برخی بیماران از کاهش تأثیر دارو در دراز مدت ناراضی خواهند بود [۵۸]. عوارض جانبی دارو اتساع شکم و احساس درد و ناراحتی در شکم است و در مواردی بروز مگا کولون گزارش شده است [۵۹]. لاکتولوز دفعات اجابت مزاج را می‌افزاید و قوام مدفوع را نرم کرده و در سالمندان مانع سفت‌شدگی مدفوع (impaction) و کاهش نیاز به تنقیه می‌شود [۶۰].

سوربیتول: این دارو یک قند صناعی است که به عنوان شیرین‌کننده کاربرد صنعتی دارد. با تجویز ۵ گرم تست تنفسی هیدروژن را مثبت می‌کند (در اثر متابولیسم قند توسط باکتری‌ها) و با مصرف ۲۰ گرم سبب اسهال در نیمی از موارد می‌شود. در مقایسه با لاکتولوز دارای تأثیر درمانی مشابه بر یبوست با هزینه کمتر است. عوارض آن همانند لاکتولوز است اما تهوع کمتری ایجاد می‌کند. فرآورده موجود در بازار دارویی ایران به صورت بسته‌های ۵ گرمی ارائه می‌شود.

پلی اتیلن گلیکول (PEG): این دارو یک ملین ایزواسمولاری است که به واسطه‌ی توان جذب آب سبب احتباس آب داخل لومینال می‌شود. علاوه بر درمان یبوست، جهت آمادگی برای اقدامات تشخیصی و جراحی از این دارو استفاده می‌شود. تجویز یک یا دو بار در روز ۸۰٪ موفقیت درمانی برای یبوست به همراه داشته است [۶۱]. پلی اتیلن گلیکول از لاکتولوز مؤثرتر بوده و عارضه جانبی کمتری داشته است [۶۲ و ۶۳]. این دارو برای کودکان در سن ۶ ماه

روغن کرچک: این دارو یک روغن گیاهی است که با هیدرولیز در روده به رسینولیک اسید تبدیل شده و مانع جذب آب می‌شود و فعالیت حرکتی روده را به واسطه آسیب مخاطی و رهایش نوروترانسمیترها می‌افزاید. از این دارو به لحاظ عوارض جانبی کمتر استفاده می‌شود.

مشقات دی فنیل متان: از داروهای این گروه بیزاکودیل و سدیم پیکوفسفات و فنل فتالین است. سدیم پیکوفسفات توسط فلور باکتریال کولون و بیزاکودیل توسط آنزیم‌های روده‌ای فعال می‌شود. بدیهی است که محل اثر داروی نخست کولون و داروی دوم روده و کولون است و سبب افزایش فعالیت حرکتی و ترشحات کولون می‌شود.

بیزاکودیل سبب نکرور اپیتلیومی و فاگوسیتوز توسط ماکروفاژها می‌شود؛ اما باعث پیگمانتاسیون مخاطی نمی‌شود. این دارو ملینی با اثر قابل پیش‌بینی و مفید به‌خصوص در موارد یبوست گذرا است. اثر تحریکی آن بر روده باریک نکته‌ای منفی است و تنظیم دوز اثر آن در طولانی مدت به‌گونه‌ای که عارضه‌ی جانبی ندهد مشکل است. فنل فتالین دارویی با خاصیت مهار جذب آب از روده به واسطه‌ی مهار پمپ‌های Na/K ATPase است. این دارو خاصیت تراتوژنی دارد.

نرم‌کننده‌های مدفوع و امولیت

روغن‌های معدنی: این روغن‌ها در توده مدفوع وارد شده و به‌صورت امولسیون و لوبریکانت باعث تسهیل اجابت مزاج می‌شود. از عوارض آن در موارد استفاده طولانی مدت، سوء جذب ویتامین‌های محلول در چربی، نشت مدفوعی و در صورت خطر آسپیراسیون، پنومونی لیپوئید است. از جمله روغن‌های معدنی موجود در بازار دارویی ایران می‌توان از پارافین نام برد.

تنقیه‌ها و شیاف‌ها: این فرمول‌های دارویی سبب تحریک انقباضات روده با اثر مکانیکی و اتساع رکتوم و یا شیمیایی و همچنین نرم کردن مدفوع شده و سبب بهبود یبوست می‌شود. دو عارضه عمده‌ی تنقیه، وارد شدن محلول آن به فضای زیر مخاطی و آسیب به دیواره‌ی قدامی رکتوم در اثر ترومای کاتتر تنقیه است. برای اجتناب از مورد دوم با ورود کاتتر تنقیه به رکتوم باید بلافاصله حرکت آن را در جهت خلفی رکتوم تنظیم کرد.

تنقیه فسفات: این تنقیه مفید و متداول است. در بررسی‌های انجام شده مشخص شده است افرادی که با این شیوه درمان شده‌اند دچار آسیب مخاط رکتوم می‌شوند؛ ولی سرعت ترمیم بالاست و طی یک هفته بهبودی حاصل می‌شود [۷۵].

تا ۱۵ سال قابل تجویز است [۶۴]. این فراورده در ایران به صورت بسته‌های ۷۰ گرمی عرضه می‌شود که هر بسته در یک لیتر آب حل می‌گردد. نام‌های تجاری این فراورده Miralax و Glycolax می‌باشد.

پلی‌اتیلن گلیکول با میزان یک لیتر در روز با عث بهبود سفت‌شدگی مدفوع (impaction) در اکثر بیماران می‌شود و به ندرت بی‌اختیاری مدفوعی به صورت عارضه‌ی درمان ایجاد می‌شود [۶۵]. داروی مذکور در گروه‌های مختلف بیماران از جمله: بیماران سرپایی مبتلا به یبوست مقاوم، سالمندان و کودکان مبتلا به سفت‌شدگی مدفوع مؤثر است [۶۶ و ۶۷]. عوارض پلی‌اتیلن گلیکول شامل نفخ، کرامپ شکمی، تأخیر در تخلیه‌ی معده و به ندرت ادم ریه در تجویز از راه لوله دماغی - معدی است [۷۰-۶۸].

ملین‌های محرک

این گروه دارویی حرکت و ترشح روده را می‌افزایند و اثر آنها در خلال چند ساعت اعمال شده و اغلب با کرامپ شکمی همراه می‌شود. دو خانواده‌ی مهم این گروه دارویی آنتراکینون (نظیر کاسکارا، آلوآوسنا) و دی‌فنیل متان (نظیر بیزاکودیل و فنل فتالین) است.

این داروها با دوز کم سبب ممانعت از جذب آب و سدیم و با دوز بالاتر باعث ترشح آب و سدیم به لومن کولون می‌شوند. فایده‌ی مصرف این ملین‌ها گاه در اختلالات خوردن دیده می‌شوند. تجویز این ملین‌ها جهت یبوست‌گذرا مناسب است و از تجویز طولانی مدت باید اجتناب شود [۷۱].

آنتراکینون: داروهای این گروه همه مشتقات گیاهی هستند و توسط گلیکوزید از فلور باکتریال به ملکول‌های فعال شکسته شده و علاوه بر افزایش ترشح آب و الکترولیت به لومن، سبب افزایش حرکات روده با تأثیر بر شبکه‌ی عصبی میان‌تیریک می‌شوند. پسودومالانوزیس کولی ایجاد رنگ تیره مخاط کولون است که در مصرف آنتراکینون‌ها و به علت حضور ماکروفاژهایی که سلول‌های اپیتلیومی را فاگوسیتوز و واجد پیگمان مشابه لیپوفوشین می‌شوند ایجاد می‌گردند [۷۲]. با بررسی بیوپسی مخاطی کولون مشخص شده است که تغییر عمده‌ای در ساختار شبکه‌ی میان‌تیریک با وجود مصرف طولانی مدت این داروها ایجاد نمی‌شود [۷۳] و از طرفی ایجاد کولون مسهلی هم در تجویز این ملین‌ها اثبات نشده است [۷۴].

سنا: این دارو سبب نرمی قوام مدفوع، افزایش دفعات اجابت مزاج و وزن مدفوع می‌شود. سنا در ترکیبات مختلف گیاهی تا صناعی عرضه می‌شود. در ایران این دارو به صورت قرص C-lax عرضه می‌شود.



به عنوان عامل اختلال خروجی لگن است. این روش درمانی به خصوص در بیماران مبتلا به پارکینسون مناسب است؛ اما در مورد مقایسه با شیوهی درمانی بیوفیدبک در درمان اختلال دفعی مطالعات کافی انجام نشده است [۸۶].

درمان جراحی

هدف جراحی در یبوست شدید افزایش دفعات اجابت مزاج و کاهش نفخ و درد شکمی است. نکتهی مهم این است که با توجه به عدم موفقیت جراحی در افرادی که اختلالات روانی دارند، ارزیابی وضعیت روانی بیماران قبل از جراحی الزامی است [۸۷]. همچنین ارزیابی سرعت ترانزیت کولون، وجود اختلال دفعی و یا گاستروپارزی قبل از جراحی الزامی است [۸۸].

برای موفقیت درمان انتخاب دقیق بیماران ضروری است. بیماران باید ترانزیت کولونی آهسته داشته باشند و اگر مورد مذکور در همراهی با اختلال دفعی باشد، همراهی درمان بیوفیدبک الزامی است. با رعایت نمودن موارد فوق موفقیت درمان جراحی برای یبوست تا ۹۰٪ هم گزارش شده است [۸۹].

موفق ترین شیوهی جراحی کولکتومی ناکامل و آناستوموز ایلئوکتال است [۹۰]. کارایی شیوهی لاپاراسکوپیک مشابه جراحی باز است. شایع ترین عوارض جراحی، انسداد رودهی باریک، اسهال و عدم کنترل دفعی است.

درمان های جدید

یکی از درمان های آتی، استفاده از نوروتروفین ها است که رشد اعصاب حسی را تحریک نموده و انتقال سیناپسی را سامان دهی می کند [۹۱]. یک داروی تحقیقاتی به نام R-met Hunt-3 در بیماران مبتلا به یبوست دفعات اجابت مزاج و سهولت دفع مدفوع را می افزاید [۹۲ و ۹۳].

لوبیپروستون (Lubiprostone) یک اسید چرب دوحلقه ای است که کانال های کلرید را فعال نموده و سبب افزایش ترشح روده بدون ایجاد تغییر در سطح الکترولیت ها می شود [۹۴]. این ترکیب به عنوان یک داروی تحقیقاتی در ایالات متحده و با نام تجاری Amitaza به صورت کپسول های ۲۴ میکروگرمی دوبار در روز تجویز می شود. تحقیقاتی در مورد آنتاگونیست های محیطی اپیوئیدها و نقش آنها در درمان یبوست در حال انجام است [۹۵].

در صورتی که ترکیب تنقیه شده دفع نشود، به ویژه در کودکان و سالمندان سبب هیپرفسفاتمی، هیپوکلسمی، تشنج و مرگ می شود [۷۶]. استفاده از این دارو در کودکان کوچک تر از یک سال توصیه نمی شود [۷۷ و ۷۸]. این نوع تنقیه در بزار دارویی ایران به ندرت عرضه می شود.

تنقیه با سالین، آب و کف صابون: این موارد با اتساع رکتوم و نرم کردن مدفوع در بهبود یبوست مؤثر هستند و طی ۵-۲ دقیقه اثرشان اعمال می شود. تنقیه سالین بی عارضه است؛ اما اگر تنقیه ی آب و صابون با حجم زیاد و به صورت احتباسی انجام شود می تواند سبب مسمومیت با آب و اختلال الکترولیتی شود. کف صابون می تواند سبب آسیب به مخاط رکتوم شود [۷۹].

تنقیه و شیاف های محرک: شیاف های گلیسرین و ترکیبات اسموتیک با تحریک رکتوم اثر نموده و به لحاظ کلینیکی مؤثر هستند. شیاف و تنقیه ی بیزاکودیل باعث ایجاد اثر تحریکی بر روی نورو ن های روده ای می شوند و به دلیل آسیب مخاطی رکتوم استفاده طولانی مدت از آن توصیه نمی شود [۸۰].

ترکیبات پروکینتیک: این داروها سبب افزایش انقباضات در بخش های مختلف روده می شود. تحریک رستپور HT4۵ در اعصاب آوران روده سبب افزایش پریستالتیسم روده می شود. سیزاپراید یک ترکیب بنزودیازپینی با اثر بر رستپور HT4۵ که تأثیرات متفاوت در بیماران مبتلا به یبوست داشته و به لحاظ ایجاد آریتمی قلبی به صورت محدود تجویز می شود. در ایالات متحده این دارو از بازار جمع آوری شده است و صرفاً به صورت محدود و با اطلاع رسانی به بیمار توسط تعدادی از پزشکان فوق تخصص گوارش تجویز می شود [۸۱ و ۸۲].

نسل جدیدتر این دارو تگاسرود (Tegaserod) است که در درمان یبوست مزمن کاربرد دارد و ابتدا به صورت گسترده در خانم های مبتلا به یبوست استفاده می شد. در ماه مارس سال ۲۰۰۷ از بازار جمع آوری شد اما اکنون به این منظور در خانم ها و آقایان جوان تر از ۶۵ سال به عنوان داروی تحقیقاتی قابل تجویز است میزان تجویز دارو ۶ میلی گرم دوبار در روز است [۸۳]. در مطالعات انجام شده، این دارو در ۴۱٪ موارد سبب افزایش دفعات اجابت مزاج شده و اثر آن تا ۳ ماه بعد از قطع دارو باقی می ماند. عارضه ی جانبی آن اسهال است که با قطع دارو طی ۲ روز بهبود می یابد و در مواردی نیز کولیت نکروزان ناشی از مصرف این دارو گزارش شده است [۸۴].

توکسین بوتولینیوم: این توکسین یک نوروتوکسین قوی است که در عضله ی پوبورکتالیس تزریق می شود و در درمان اختلال دفعی مؤثر است [۸۵]. مکانیسم اثر آن کاهش اسپاسم عضلات کف لگن

جدول ۱: معیارهای رم I و II برای یبوست کارکردی

ROME III		ROME II		ROME I	
وجود دو مورد یا بیشتر از موارد ذیل : <i>Archive of SID</i>		وجود دو مورد یا بیشتر از موارد ذیل برای حداقل ۳ ماه:		وجود دو مورد یا بیشتر از موارد ذیل برای حداقل ۳ ماه:	
A	زور زدن در بیش از ۲۵٪ موارد اجابت مزاج	۱	زور زدن در بیش از ۲۵٪ موارد اجابت مزاج	۱	زور زدن در بیش از ۲۵٪ موارد اجابت مزاج
B	دفع مدفوع سفت در بیش از ۲۵٪ موارد	۲	دفع مدفوع سفت در بیش از ۲۵٪ موارد	۲	دفع مدفوع سفت در بیش از ۲۵٪ موارد
C	احساس دفع ناکامل در بیش از ۲۵٪ موارد	۳	احساس دفع ناکامل در بیش از ۲۵٪ موارد	۳	احساس دفع ناکامل در بیش از ۲۵٪ موارد
D	احساس انسداد آنورکتال در بیش از ۲۵٪ موارد	۴	احساس انسداد آنورکتال در بیش از ۲۵٪ موارد	۴	اجابت مزاج ۲ بار یا کمتر در هفته
E	استفاده از مانورهای دستی برای اجابت مزاج در بیش از ۲۵٪ موارد (مثل خروج مدفوع با انگشت)	۵	استفاده از مانورهای دستی برای اجابت مزاج در بیش از ۲۵٪ موارد (مثل خروج مدفوع با انگشت)		
F	کمتر از ۳ بار اجابت مزاج در هفته	۶	کمتر از ۳ بار اجابت مزاج در هفته		
۲ مدفوع با قوام شل به ندرت بدون مصرف ملین دیده شود.					
۳ نباید معیارهای کافی برای تشخیص IBS وجود داشته باشد					
توضیح: موارد فوق برای حداقل ۳ ماه وجود داشته باشد و شروع علائم حداقل ۶ ماه قبل از تشخیص باشد.		توضیح: مدفوع با قوام شل نباید وجود داشته باشد و معیارهای تشخیص IBS نباید وجود داشته باشد.		توضیح: مدفوع با قوام شل نباید وجود داشته باشد و معیارهای تشخیص IBS نباید وجود داشته باشد.	

جدول ۲: داروهای عامل یبوست

مثال	گروه دارویی
بلادونا	داروهای آنتی کولینرژیک
آمی‌تریپتیلین	ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای
وراپامیل	مهارکننده‌های کانال کلسیم
آمانتادین	داروهای ضد پارکینسون
افدرین	سمپاتومیمتیک
کلرپرومازین	داروهای ضد جنون
فوروزماید	دیورتیک
	آنتی‌اسیدهای واجد کلسیم
	مکمل‌های آهن
لوپرامید	داروهای ضد اسهال
قرصهای ضدحاملگی	داروهای هورمونی
	داروهای نسخه‌ای



جدول ۳: علل ثانویه یبوست مزمن

بیماری هیرشپرونک	محیطی	بیماری‌های نورولوژیک
بیماری شاگاس		
نوروپاتی اتونوم		
انسداد کاذب روده		
نوروپاتی دیابت ملیتوس		
مولتیپل اسکلروزیس	مرکزی	
صدمات طناب نخاعی		
بیماری پارکینسون		
هیپوتیروییدی		
هیپوکالمی		
آنورکسی نروزا (بی‌اشتهایی عصبی)		
حاملگی		
کم کاری غده هیپوفیز		
اسکلروز سیستمیک		
دیستروفی عضلانی		

جدول ۴: معیارهای ROME برای تشخیص دیس سینرژیک کف لگن

۱	وجود شواهد مانومتري، EMG یا رادیولوژیک برای عدم شل شدن عضلات کف لگن یا انقباضات ناهماهنگ آنها در خلال عمل دفع
۲	وجود نیروی پیشبرنده (propulsive) کافی هنگام تلاش برای دفع (توان دفع بالونی که در رکتوم قرار می‌گیرد).
۳	احساس دفع ناکافی
۴	وجود معیارهای تشخیصی برای یبوست کارکردی

مراجعه

- 1- Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, et al. Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3530-40.
- 2- Sonnenberg A, Koch TR. Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. *Dig Dis Sci* 1989; 34: 606-11.
- 3- Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, Irvine EJ, Rance L. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics, and predictors of health care seeking. *Am J Gastroenterol*.
- 4- Talley NJ, Weaver AL, Zinmeister AR, Melton 3rd LJ. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 165.
- 5- Heaton KW, Radvan J, Cripps H, Mountford RA, Braddon FE, Hughes AO. Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study. *Gut* 1992; 33: 818-24.
- 6- Johanson JF, Sonnenberg A, Koch TR. Clinical epidemiology of chronic constipation. *J Clin Gastroenterol* 1989; 11: 525-36.
- 7- Nyam DC, Pemberton JH, Ilstrup DM, Rath DM. Long-term results of surgery for chronic constipation. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 273-9. Erratum, *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 529.
- 8- Ebrahimi Daryani N., Faramarzi Garousi F., Ghofrani H., Hosseini P., Bashashati M., Hashtroudi A.A. Clinical Manifestations Of Irritable Bowel Syndrome In Iranian Men And Women: A Comparative Study. *Govareh Journal* Spring 2006; 11(1): 17-21.
- 9- Everhart JE, Go VL, Johannes RS, Fitzsimmons SC, Roth HP, White LR. A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States. *Dig Dis Sci* 1989; 34: 1153-62.
- 10- Amirbaigy M.K., Salman Roughani H., Hosseini N., Botorabi Z. Assessment Of Colon Transit Time In Idiopathic Chronic Constipation. *Journal Of Shahid Sadoughi University Of Medical Sciences And Health Services* Fall 2006; 14(3): 20-24.
- 11- Ashraf W, Park F, Lof J, Quigley EM. An examination of the reliability of reported stool frequency in the diagnosis of idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 26-32.
- 12- Voderholzer WA, Schatke W, Muhldorfer BE, Klauser AG, Birkner B, Muller-Lissner SA. Clinical response to dietary fiber treatment of chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 95-8.
- 13- Camilleri M, Thompson WG, Fleshman JW, Pemberton JH. Clinical management of intractable constipation. *Ann Intern Med* 1994; 121: 520-8.
- 14- Loening-Baucke V. Encopresis and soiling. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43: 279-98.
- 15- Whitehead WE, Wald A, Diamant NE, et al: Functional disorders of the anus and rectum. *Gut* 1999; 45(Suppl 2): 55.
- 16- Preston DM, Lennard-Jones JE. Severe chronic constipation of young women: 'idiopathic slow transit constipation.' *Gut* 1986; 27: 41-8.
- 17- O'Brien MD, Camilleri M, von der Ohe MR, et al. Motility and tone of the left colon in constipation: a role in clinical practice? *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 2532-8.
- 18- Bassotti G, Chiarioni G, Imbimbo BP, et al. Impaired colonic motor response to cholinergic stimulation in patients with severe chronic idiopathic (slow transit type) constipation. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1040-5.



- 19- Barnes PR, Lennard-Jones JE, Hawley PR, Todd IP. Hirschsprung's disease and idiopathic megacolon in adults and adolescents. *Gut* 1986; 27: 534-41.
- 20- Edery P, Pelet A, Mulligan LM, et al. Long segment and short segment familial Hirschsprung's disease: variable clinical expression at the RET locus. *J Med Genet* 1994; 31: 602-6.
- 21- Drossman DA, ed. The functional gastrointestinal disorders. Boston: a. Little, Brown, 1994: 115-173.
- 22- Sonnenberg A, Koch TR: Epidemiology of constipation in the United States. *Dis Colon Rectum* 1989; 32:1.
- 23- Sonnenberg A, Koch TR: Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. *Dig Dis Sci* 1989; 34: 606.
- 24- Locke 3rd GR, Pemberton JH, Phillips SF: AGA technical review on constipation. American Gastroenterological Association. *Gastroenterology* 2000; 119: 1766.
- 25- Rao SS, Kavelock R, Beaty J, et al: Effects of fat and carbohydrate meals on colonic motor response. *Gut* 2000; 46: 205.
- 26- Rao SS, Sadeghi P, Beaty J, et al: Ambulatory 24-h colonic manometry in healthy humans. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2001; 280: G629.
- 27- Rao SS, Welcher K, Zimmerman B, Stumbo P: Is coffee a colonic stimulant?. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10: 113.
- 28- Drossman DA: Do psychosocial factors define symptom severity and patient status in irritable bowel syndrome?. *Am J Med* 1999; 107: 41S.
- 29- Rao SS, Tuteja AK, Vellema T, et al: Dyssynergic defecation: demographics, symptoms, stool patterns, and quality of life. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38: 680.
- 30- Rantis Jr PC, Vernava 3rd AM, Daniel GL, Longo WE: Chronic constipation-is the work-up worth the cost?. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 280.
- 31- Harewood GC, Coulie B, Camilleri M, et al: Descending perineum syndrome: Audit of clinical and laboratory features and outcome of pelvic floor retraining. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 126.
- 32- Kamm MA, Farthing MJ, Lennard-Jones JE, et al: Steroid hormone abnormalities in women with severe idiopathic constipation. *Gut* 1991; 32: 80.
- 33- Dukas L, Willett WC, Giovannucci EL: Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 1790.
- 34- Heaton KW, Radvon J, Cripps H, et al: Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: A prospective study. *Gut* 1992; 33: 818.
- 35- American Gastroenterological Association medical position statement on anorectal testing techniques. *Gastroenterology* 1999; 116: 732-735.
- 36- Degen LP, Phillips SF. How well does stool consistency reflect colonic transit? *Gut* 1996; 39: 109-113.
- 37- Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Functional constipation and outlet delay: a population-based study. *Gastroenterology* 1999; 105: 781-790.
- 38- Diamant NE, Kamm MA, Wald A, Whitehead WE. AGA technical review on anorectal testing techniques. *Gastroenterology* 1999; 116: 735-754.
- 39- Amirbaigy MK., Salman Roughani H, Hosseini N, Bootorabi Z. Assessment Of Colon Transit Time In Idiopathic Chronic Constipation. *Journal Of Shahid Sadoughi University Of Medical Sciences And Health Services* Fall 2006; 14(3): 20-24.
- 40- Ghahramani R, Zali MR, Foroutan M. Colon Transit Time In Chronic Idiopathic Constipation. *Journal Of Research In Medical Sciences (Jrms)* Winter 2003; 7(4): 328-331.
- 41- Dorland's illustrated medical dictionary. Philadelphia: Saunders, 1988: 375.

- 42- Schweiger M, Alexander-Williams J. Solitary rectal ulcer syndrome of the rectum: its association with occult rectal prolapse. *Lancet* 1977; 1: 1970-1971.
- 43- Young RJ, Beerman LE, Vanderhoof JA. Increasing oral fluids in chronic constipation in children. *Gastroenterol Nurs* 1998; 21: 156-61.
- 44- Meshkinpour H, Selod S, Movahedi H, Nami N, James N, Wilson A. Effects of regular exercise in management of chronic idiopathic
- 45- Bingham SA, Cummings JH: Effect of exercise and physical fitness on large intestinal function. *Gastroenterology* 1989; 97: 1389
- 46- Towers AL, Burgio KL, Locher JL, et al: Constipation in the elderly: Influence of dietary, psychological, and physiological factors. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 701.
- 47- Meshkinpour H, Selod S, Movahedi H, et al: Effects of regular exercise in management of chronic idiopathic constipation. *Dig Dis Sci* 1998; 43: 2379.
- 48- van Nieuwenhoven MA, Vriens BE, Brummer RJ, Brouns F: Effect of dehydration on gastrointestinal function at rest and during exercise in humans. *Eur J Appl Physiol* 2000; 83: 578.
- 49- Lindeman RD, Romero LJ, Liang HC, et al: Do elderly persons need to be encouraged to drink more fluids?. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2000; 55: M361.
- 50- Burkitt DP, Walker AR, Painter NS: Dietary fiber and disease. *JAMA* 1974; 229: 1068.
- 51- Cummings JH: Constipation, dietary fibre and the control of large bowel function. *Postgrad Med J* 1984; 60: 811.
- 52- Graham DY, Moser SE, Estes MK: The effect of bran on bowel function in constipation. *Am J Gastroenterol* 1982; 77: 599.
- 53- Badiali D, Corazziari E, Habib FI, et al: Effect of wheat bran in treatment of chronic nonorganic constipation. A double-blind controlled trial. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 349.
- 54- Chaussade S, Khyari A, Roche H, et al: Determination of total and segmental colonic transit time in constipated patients. Results in 91 patients with a new simplified method. *Dig Dis Sci* 1989; 34: 1168.
- 55- Schiller LR: Review article: The therapy of constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15: 749.
- 56- Frommer D: Cleansing ability and tolerance of three bowel preparations for colonoscopy. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 100.
- 57- Florent C, Flourie B, Leblond A, et al: Influence of chronic lactulose ingestion on the colonic metabolism of lactulose in man (an in vivo study). *J Clin Invest* 1985; 75: 608.
- 58- Wright RA: Lactulose-induced megacolon. *Gastrointest Endosc* 1988; 34: 489.
- 59- Wesseliuss-De Casparis A, Braadbaart S, Bergh-Bohlker GE, Mimica M: Treatment of chronic constipation with lactulose syrup: Results of a double-blind study. *Gut* 1968; 9: 84.
- 60- Sanders JF: Lactulose syrup assessed in a double-blind study of elderly constipated patients. *J Am Geriatr Soc* 1978; 26: 236.
- 61- Corazziari E, Badiali D, Bazzocchi G, et al: Long term efficacy, safety, and tolerability of low daily doses of isosmotic polyethylene glycol electrolyte balanced solution (PMF-100) in the treatment of functional chronic constipation. *Gut* 2000; 46: 522.
- 62- Chaussade S, Minic M: Comparison of efficacy and safety of two doses of two different polyethylene glycol-based laxatives in the treatment of constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 165.
- 63- Attar A, Lemann M, Ferguson A, et al: Comparison of a low dose polyethylene glycol electrolyte solution with lactulose for treatment of chronic constipation. *Gut* 1999; 44: 226.

- 64- Dupont C, Ammar F, Leluyer B: Polyethylene glycol (PEG) 4000 in constipated children: A dose determination study. *Gastroenterology* 2000; 118 (A846):
- 65- Culbert P, Gillett H, Ferguson A: Highly effective new oral therapy for faecal impaction. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1599.
- 66- Puxty JA, Fox RA: Golytely: A new approach to faecal impaction in old age. *Age Ageing* 1986; 15: 182.
- 67- Tolia V, Lin CH, Elitsur Y: A prospective randomized study with mineral oil and oral lavage solution for treatment of faecal impaction in children. *Aliment Pharmacol Ther* 1993; 7: 523.
- 68- Corazziari E, Badiali D, Habib FI, et al: Small volume isosmotic polyethylene glycol electrolyte balanced solution (PMF-100) in treatment of chronic nonorganic constipation. *Dig Dis Sci* 1996; 41: 1636
- 69- Marschall HU, Bartels F: Life-threatening complications of nasogastric administration of polyethylene glycol-electrolyte solutions (Golytely) for bowel cleansing. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 408.
- 70- Coremans G, Vos R, Margaritis V, et al: Small doses of the unabsorbable substance polyethylene glycol 3350 accelerate oro-caecal transit, but slow gastric emptying in healthy subjects. *Dig Liver Dis* 2005; 37: 97.
- 71- Neims DM, McNeill J, Gikes TR, Todd F: Incidence of laxative abuse in community and bulimic populations: A descriptive review. *Int J Eat Disord* 1995; 17: 211.
- 72- Badiali D, Marcheggiano A, Pallone F, et al: Melanosis of the rectum in patients with chronic constipation. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 241.
- 73- Riecken EO, Zeitz M, Ende C, et al: The effect of an anthraquinone laxative on colonic nerve tissue: A controlled trial in constipated women. *Z Gastroenterol* 1990; 28: 660.
- 74- van Gorkom BA, de Vries EG, Karrenbeld A, Kleibeuker JH: Review article: Anthranoid laxatives and their potential carcinogenic effects. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13: 443.
- 75- Meisel JL, Bergman D, Groner D, et al: Human rectal mucosa: Proctoscopic and morphological changes caused by laxatives. *Gastroenterology* 1977; 2: 1274.
- 76- Walton DM, Thomas DC, Aly HZ, Short BL: Morbid hypocalcemia associated with phosphate enema in a six-week-old infant. *Pediatrics* 2000; 106: E37.
- 77- Ismail EA, Al-Mutairi G, Al-Anzy H: A fatal small dose of phosphate enema in a young child with no renal or gastrointestinal abnormality. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30: 220.
- 78- McCabe M, Sibert JR, Routledge PA: Phosphate enemas in childhood: Cause for concern. *BMJ* 1991; 302: 1074.
- 79- Meisel JL, Bergman D, Groner D, et al: Human rectal mucosa: Proctoscopic and morphological changes caused by laxatives. *Gastroenterology* 1977; 2: 1274.
- 80- Frommer D: Cleansing ability and tolerance of three bowel preparations for colonoscopy. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 100.
- 81- Krevsky B, Maurer AH, Malmud LS, Fisher RS: Cisapride accelerates colonic transit in constipated patients with colonic inertia. *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 882.
- 82- Muller-Lissner SA: Treatment of chronic constipation with cisapride and placebo. *Gut* 1987; 28: 1033.
- 83- Muller-Lissner SA, Fumagalli I, Bardhan KD, et al: Tegaserod, a 5-HT (4) receptor partial agonist, relieves symptoms in irritable bowel syndrome patients with abdominal pain, bloating and constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15: 1655.

- 84- Johanson JF, Wald A, Tougas G, et al: Effect of tegaserod in chronic constipation: A randomized, double-blind, controlled trial. Clin Gastroenterol Hepatol 2004; 2: 796.
- 85- Mertz H, Naliboff B, Mayer EA: Symptoms and physiology in severe chronic constipation. Am J Gastroenterol 1999; 94: 131.
- 86- Whitehead WE, Wald A, Diamant NE, et al: Functional disorders of the anus and rectum. Gut 1999; 45 (Suppl 2): 55.
- 87- Fisher SE, Breckon K, Andrews HA, Keighley MR: Psychiatric screening for patients with faecal incontinence or chronic constipation referred for surgical treatment. Br J Surg 1989; 76: 352.
- 88- Redmond JM, Smith GW, Barofsky I, et al: Physiological tests to predict long-term outcome of total abdominal colectomy for intractable constipation. Am J Gastroenterol 1995; 90: 748.
- 89- Nyam DC, Pemberton JH, Ilstary DM, Rath DM: Long-term results of surgery for chronic constipation. Dis Colon Rectum 1997; 40: 273.
- 90- Christiansen J, Rasmussen OO: Colectomy for severe slow-transit constipation in strictly selected patients. Scand J Gastroenterol 1996; 31: 770.
- 91- Lohof AM, Ip NY, Poo MM: Potentiation of developing neuromuscular synapses by the neurotrophins NT-3 and BDNF. Nature 1993; 363: 350.
- 92- Coulie B, Szarka LA, Camilleri M, et al: Recombinant human neurotrophic factors accelerate colonic transit and relieve constipation in humans. Gastroenterology 2000; 119: 41.
- 93- Parkman HP, Rao SS, Reynolds JC, et al: Neurotrophin-3 improves functional constipation. Am J Gastroenterol 2003; 98: 1338.
- 94- Cuppoletti J, Malinowska DH, Tewari KP, et al: SP1-0211 activates T84 cell chloride transport and recombinant human CIC-2 chloride currents. Am J Physiol Cell Physiol 2004; 287: C1173.
- 95- Greenwood-Van Meerveld B, Gardner CJ, Little PJ, et al: Preclinical studies of opioids and opioid antagonists on gastrointestinal function. Neurogastroenterol Motil 2004; 16 (Suppl 2): 46.

آزمون

(د) عدم در امتداد قرار گرفتن زاویه‌ی آنورکتوم یکی از علل دفع ناکامل در این سندرم است.

۶- کدام گزینه در مورد بررسی «ترانزیت کولون» صحیح است؟

- (الف) زمان طبیعی ترانزیت کولون کمتر از ۹۶ ساعت است.
- (ب) گرافی‌های شکم در بررسی ترانزیت کولون، ۷۲ ساعت بعد از خوردن مارکرهای حاجب گرفته می‌شود.
- (ج) تجمع مارکرها در تمام کولون اختلال دفعی را رد می‌کند.
- (د) قبل از انجام آزمون بیمار باید روی رژیم غنی از فیبر باشد.

۷- قدم اول درمانی در بیماران دارای اختلالات دفعی کدام یک از اقدامات زیر است؟

- (الف) مکمل‌های فیبر
- (ب) بیوفیدبک
- (ج) ملین‌های خوراکی
- (د) جراحی

۸- همهی موارد زیر از جمله نتایج درمانی لاکتولوز در درمان یبوست می‌باشد، به جز ...

- (الف) کاهش اتساع شکم
- (ب) افزایش دفعات اجابت مزاج
- (ج) نرم کردن قوام مدفوع
- (د) کاهش نیاز به تنقیه

۹- بر اساس مطالعات انجام شده، پلی‌اتیلن گلیکول در مقایسه با لاکتولوز، تاثیر درمانی و عارضه‌ی جانبی دارد.

- (الف) بیشتر، بیشتر
- (ب) کمتر، کمتر
- (ج) بیشتر، کمتر
- (د) کمتر، بیشتر

۱۰- در تنقیه با آب و صابون در بیماران مبتلا به یبوست کدام یک از عوارض زیر می‌تواند دیده می‌شود؟

- (الف) مسمومیت با آب
- (ب) آسیب به مخاط رکتوم
- (ج) اختلال الکترولیتی
- (د) همه موارد

۱- کدام یک از موارد زیر بر اساس معیارهای ROME II جزء معیارهای تشخیصی یبوست کارکردی محسوب می‌شود؟

- (الف) دفع مدفوع سفت در بیش از ۲۵٪ موارد اجابت مزاج
- (ب) احساس انسداد آنورکتال در بیش از ۲۵٪ موارد
- (ج) کمتر از ۳ بار اجابت مزاج در هفته
- (د) همه موارد

۲) شایع‌ترین توصیفی که بیماران مبتلا به یبوست از مشکل خود دارند کدام یک از موارد زیر است؟

- (الف) دفع مدفوع سفت
- (ب) عدم دفع به‌صورت مطلوب
- (ج) صعوبت عمل دفع
- (د) کاهش دفعات اجابت مزاج

۳- یبوست جزء عوارض دارویی تمامی داروهای زیر قرار دارد، به جز ...

- (الف) پروپرانولول
- (ب) آمی‌تریپتیلین
- (ج) آمانتادین
- (د) کلرپرومازین

۴- شایع‌ترین نوع یبوست کدام یک از موارد زیر است؟

- (الف) یبوست با ترانزیت نرمال
- (ب) اختلال در ساختار کف لگن
- (ج) یبوست با ترانزیت آهسته
- (د) اختلال در اسفنگتر آنال

۵- کدام گزینه در مورد «سندرم نزول پرینه» نادرست است؟

- (الف) بیشتر در خانم‌های با سابقه‌ی زایمان و یا افرادی که به هنگام اجابت مزاج فشار زیاد به پرینه می‌آورند دیده می‌شود.
- (ب) در این سندرم، نزول پرینه به سطحی پایین‌تر از خطی که دو توپ‌وزینه‌ی آیسکیال را به هم مربوط می‌کند، رخ می‌دهد.
- (ج) معمولاً بی‌اختیاری مدفوع در این سندرم دیده نمی‌شود.

قابل توجه شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی

شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی لازم است فرم ثبت نام را به طور کامل تکمیل و به مهر نظام پزشکی خود ممهور نمایند و پس از مطالعه مقاله خودآموزی بعد از پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و اعلام نظر خود در خصوص مقاله مطالعه شده در فرم ثبت نام خود را در اختیار مسئولیت به ارسال اصل هر سه فرم تکمیل شده حداکثر تا تاریخ ۱۳۸۹/۴/۶ به آدرس: تهران، خیابان کارگر شمالی، خ فرش مقدم (شانزدهم)، روبروی دانشکده کارآفرینی، پلاک ۶ و ۸ صندوق پستی ۳۷۵۹-۱۱۳۶۵، تلفن ۸۴۱۳۰ اقدام نمایند تا در صورت پاسخگویی صحیح به حداقل ۷۰٪ از سؤالات مقاله، گواهینامه شرکت در برنامه خودآموزی صادر و به آدرس مندرج در فرم ثبت نام ارسال گردد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

فرم ثبت نام در برنامه خودآموزی

نام نشریه: مجله علمی سازمان نظام پزشکی

عنوان مقاله: مروری بر تشخیص و درمان یبوست

نام خانوادگی: نام: نام پدر:

شماره شناسنامه: صادره از: تاریخ تولد:

محل فعالیت: استان: شهرستان: بخش: روستا:

نوع فعالیت: ☐ هیأت علمی ☐ آزاد ☐ رسمی ☐ پیمانی ☐ قراردادی ☐ طرح ☐ سایر

مقطع آخرین مدرک تحصیلی و سال اخذ مدرک:

رشته تحصیلی در مقاطع: لیسانس: فوق لیسانس: دکترا:

تخصص: فوق تخصص:

آدرس دقیق پستی: کدپستی:

شماره تلفن: شماره نظام پزشکی:

تاریخ تکمیل و ارسال فرم:

امضاء و مهر متقاضی:

امضاء و مهر مسئول ثبت نام



شماره: ۶/۹۱۵۰۰ آ

تاریخ: ۱۳۸۸/۴/۶

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی

مجوز تخصیص امتیاز آموزش مداوم به شرکت‌کنندگان در برنامه‌های خودآموزی

سلام علیکم

احتراماً، بازگشت به نامه شماره ۷/۷۴۷۸ مورخ ۱۳۸۸/۲/۱۳ در مورد تخصیص امتیاز به مقاله «مروری بر تشخیص و درمان یبوست» به استحضار می‌رساند که اعطای ۱ امتیاز آموزش مداوم به پزشکان عمومی و متخصصین داخلی و جراحی عمومی به عنوان شرکت در برنامه خودآموزی (موضوع نوع پنجم بند ۵ ماده ۳ ضوابط نحوه اجرای برنامه‌ها) مورد تأیید می‌باشد.

این مجوز از زمان صدور به مدت یک سال اعتبار دارد

کد برنامه: ۵۱۰۰۰۴۳۸

کد سازمان برگزار کننده: ۱۱۶۲۰

خواهشمند است نظر خود را با گذاردن علامت (x) در زیر گزینه

مربوطه اعلام نمایید.

نظری ندارم	کاملاً مخالفم	تا حدی مخالفم	تا حدی موافقم	کاملاً موافقم	
					۱- محتوای مقاله براساس منابع جدید علمی ارائه شده است.
					۲- محتوای مقاله با نیازهای حرفه‌ای من تناسب داشته است.
					۳- محتوای مقاله در جهت تحقق اهداف آموزشی نوشته شده است.
					۴- در محتوای مقاله شیوایی و سهولت بیان در انتقال مفاهیم رعایت شده است.

سه عنوان پیشنهادی خود را برای ارائه مقالات خودآموزی ذکر نمایید.

۱.

۲.

۳.

لطفاً با گذاردن علامت (x) در زیر گزینه صحیح به سؤالات

پرسشنامه مقاله خودآموزی پاسخ دهید:

الف	ب	ج	د		الف	ب	ج	د	
☐	☐	☐	☐	۱۶	☐	☐	☐	☐	۱
☐	☐	☐	☐	۱۷	☐	☐	☐	☐	۲
☐	☐	☐	☐	۱۸	☐	☐	☐	☐	۳
☐	☐	☐	☐	۱۹	☐	☐	☐	☐	۴
☐	☐	☐	☐	۲۰	☐	☐	☐	☐	۵
☐	☐	☐	☐	۲۱	☐	☐	☐	☐	۶
☐	☐	☐	☐	۲۲	☐	☐	☐	☐	۷
☐	☐	☐	☐	۲۳	☐	☐	☐	☐	۸
☐	☐	☐	☐	۲۴	☐	☐	☐	☐	۹
☐	☐	☐	☐	۲۵	☐	☐	☐	☐	۱۰
☐	☐	☐	☐	۲۶	☐	☐	☐	☐	۱۱
☐	☐	☐	☐	۲۷	☐	☐	☐	☐	۱۲
☐	☐	☐	☐	۲۸	☐	☐	☐	☐	۱۳
☐	☐	☐	☐	۲۹	☐	☐	☐	☐	۱۴
☐	☐	☐	☐	۳۰	☐	☐	☐	☐	۱۵

همکار گرامی لطفاً با ارائه نظرات و پیشنهادات خود در جهت توسعه کیفی مقالات

خودآموزی، برنامه‌ریزان و مجریان برنامه‌های آموزش مداوم را یاری فرمایید.