Archive of SID

بر اساس تصویب اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پاسخ دهندگان پرسشهای مطرح شده در این مقاله ۲ امتیاز بازآموزی به پزشکان عمومی، متخصصین داخلی، فوق تخصص گوارش تعلق می گیرد.

سندرم روده تحریک پذیر

نویسندگان: دکتر ناصر ابراهیمی دریانی[۱]، دکتر نسرین منصورنیا[۲]، دکتر محمد علی منصورنیا[۳]،

چکیده:

سندرم روده تحریک پذیر یکی از شایعترین اختلالات گوارشی است که با درد شکمی مزمن و تغییر اجابت مزاج در غیاب هرگونه اختلال عضوی مشخص می شود. محرک های فیزیکی و روانی سبب تغییر الگوی حرکات روده ای شده، منجر به علائم در بیماران مبتلا به روده تحریک پذیر می شوند. بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر طیف وسیعی از علائم گوارشی و غیر گوارشی را نشان می دهند. درد شکمی و تغییرات اجابت مزاج مهمترین علائم این سندرم هستند. کیفیت زندگی بیماران مبتلا نسبت به افراد سالم کاهش می یابد. تشخیص سندرم روده تحریک پذیر پیش از آن که منوط به نتایج آزمایشات تشخیصی متعدد باشد، به هنر و درک پزشک معالج او بستگی دارد. هیچ درمان قطعی برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر وجود ندارد. شناسایی عوامل ایجاد کننده یا تشدید کننده بیماری و کمک به بیمار در جهت سازگاری هر چه بیشتر با آن و استفاده از درمان های موجود می تواند سبب کنترل موثر علایم بیماران شود. اکثر بیماران علیرغم درمان مناسب همچنان دارای علامت می باشند. بنابراین آموزش صحیح، اطمینان بخشیدن و برقراری ارتباط مناسب و مداوم با بیماران باعث کاهش علائم، هراس و نگرانی و میزان مراجعه به پزشک می شود و در بهبود پیش آگهی دراز مدت بیماران تاثیر به سزایی خواهد داشت.

کلید واژه: سندرم روده تحریک پذیر -معیار های Manning-معیار های Rome-درمان

مقدمه:

سندرم روده تحریک پذیر یکی از شایعترین اختلالات گوارشی است که با درد شکمی مزمن و تغییر اجابت مزاج درغیاب هرگونه اختلال عضوی مشخص می شود(۱). افراد مبتلا بسته به شدت علایم دچار درجاتی از اختلال در کیفیت زندگی می شوند، به گونه ای که این بیماری در گروه قابل توجهی از بیماران سبب غیبت از کار، به هم خوردن قرار ملاقات، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی ممانعت از حضور در اجتماع به علت ترس از ایجاد علائم می شود(۲). سندرم روده تحریک پذیر در امریکا ۱۲ درصد از ویزیت های پزشکان عمومی و ۲۸ درصد از ویزیت های متخصصین گوارش را به خود اختصاص می دهند

۱- استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان امام خمینی، بخش گوارش
۲- متخصص داخلی
۳- پزشک عمومی

www.SID.ir

Archive of SID

و سالانه ۸ بیلیون دلار درآمد کشور صرف هزینه های بهداشتی این بیماری میشود (۳). شیوع تقریبی سندرم روده تحریک پذیر بر اساس معیار مورد استفاده و جامعه مورد مطالعه ۲۰-۵ درصد است (۴). این بیماری هر دو جنس را در سنین مختلف گرفتار می کند هر چند شیوع آن در زنان و جوانان بیشتر است (۵). شیوع بالا تر در زنان می تواند به علت مراجعه بیشتر آن ها به پزشک باشد، همچنین میزان شیوع می تواند تحت تاثیر عوامل فرهنگی قرار گیرد. به عنوان مثال در کشور هند که مردان بیشتر به پزشک مراجعه میکنند، این بیماری در مردان شایعتر است(۲). بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نه تنها احساس ناراحتی و درد در شکم و تغییر اجابت مزاج را تجربه می کنند، بلکه در بسیاری از موارد از خستگی، احساس خفگی، سوزش سر دل، کمر درد، سر درد، سر گیجه، تکرر ادرار، درد های عضلانی، تپش قلب، بی خوابی، بی اشتهایی، خونریزی زیاد قاعدگی، مقاربت دردناک، اضطراب، افسردگی و حملات هراس هم شکایت دارند (۲).

پاتوفیزیولوژی

محرک های فیزیکی و روانی سبب تغییر الگوی حرکات روده ای شده، منجر به علائم در افراد سالم و بیماران مبتلا به روده تحریک پذیر(IBS) می شوند. با این وجود میزان پاسخ دهی فیزیولوژیک در بیماران مبتلا به IBS با افراد سالم متفاوت است. حداقل سه عامل را می توان در پاتوفیزیولوژی این بیماری دخیل دانست: ۱)پاسخ تغییر یافته روده (حرکتی، ترشحی) به محرکهای داخل مجرایی (اتساع روده، غذا، التهاب و عوامل باکتریایی) و محرک های محیطی (استرس های روانی اجتماعی) ۲) افزایش درک احشایی روده ۳) اختلال در تنظیم محور مغز-روده مرتبط با افزایش تحریک پذیری به استرس و تغییر در تعدیل سیگنالهای آوران احشایی IBS و عوامل روانی اجتماعی استرس های روانی-اجتماعی می توانند علائم گوارشی را از طریق تغییر در حرکات روده ای، عملکرد اپیتلیوم و درک محرک های احشایی تحت تاثیر قرار دهند. همچنین این عوامل با تاثیر بر واکنش رفتاری فرد نسبت به بیماری در میزان ابراز علایم، مراجعه به پزشک، مصرف دارو یا جستجوی درمان طبی نقش دارند. در تعداد قابل ملاحظه ای از بیماران سابقه ای از حوادث استرس زا در زندگی شامل مرگ نزدیکان، طلاق، سوءاستفاده جنسی یا جسمی به چشم می خورد (۲). باید خاطر نشان ساخت اگرچه بیماران پاسخ روده ای افزایش یافته ای به استرس نشان می دهند، هیچ عامل روانی-اجتماعی اختصاصی مشخصه آن نمی باشد. نباید در تشخیص این بیماری منظور شود. هر چند شناساتی این عوامل در انتخاب درمان روانی-اجتماعی یا دارویی نقش دارد(۳).

تظاهرات بالینی

بیماران مبتلا به IBS طیف وسعی از علائم گوارشی و غیر گوارشی را نشان می دهند:

درد شکم: درد به صورت کرامپی با شدت متغیر (خفیف تا ناتوان کننده) و همراه با دوره هایی از تشدید می باشد. هر چند درد می تواند در هر محلی از شکم احساس شود ولی معمولا در قسمت تحتانی شکم خصوصا در طرف چپ حس می گردد. عوامل متعددی مانند خوردن و استرس های عاطفی سبب تشدید درد می شوند. دفع اغلب سبب بهبودی نسبی درد در بیماران می گردد. درد همراه با بی اشتهایی، سوءتغذیه، و یا کاهش وزن و نیز درد پیشرونده ای که بیمار را از خواب بیدار کند یا مانع خواب او شود، نیاز به بررسی بیشتر جهت رد بیماریهای عضوی دارد (۲).

تغییر اجابت مزاج: بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر از اسهال، یبوست و یا اسهال و یبوست متناوب شکایت دارند. در تعدادی از بیماران اجابت مزاج طبیعی که به تناوب با اسهال یا یبوست جایگزین می گردد، دیده می شود. اسهال، حجم کم تا متوسط داشته و اغلب طی ساعات بیداری (معمولا بعد از صبحانه) رخ می دهد. تقریباً نیمی از بیماران از دفع بلغم شکایت می کنند. اسهال حجیم، اسهال خونی، اسهال شبانه و اسهال چرب بیانگر بیماریهای عضوی است و بررسی های لازم را می طلبد. در زیر گروهی از بیماران شروع بیماری با گاسترو انتریت حاد

www.SID.ir

Archive of SID

باکتریایی و یا ویروسی می باشد که منجر به IBS با علامت بارز اسهال می شود (۲).

علایم خارج روده ای: بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر علاوه بر علایم روده ای از یک سری علایم و اختلالات خارج روده‌ای هم رنج می برند.علایم خارج روده‌ای در بیماران مبتلا به IBS سبب می شود که میزان مراجعه بیماران به پزشک در حدود ۷۵ درصد افزایش یابد(۶). این علایم و اختلالات شامل سردرد های میگرنی ، علایم تنفسی ناشی از افزایش حساسیت مجاری هوایی، دردهای عضلانی-استخوانی، دردسینه غیرقلبی ،احساس طعم ناخوشایند در دهان، بیخوابی، سرگیجه، کاهش میل جنسی و اختلال جنسی، دیسمنوره، مقاربت دردناک، دردهای مزمن لگنی، تکرر و فوریت ادراری، شب ادراری و تخلیه ناکامل مثانه می باشند (۷و۸). همچنین سایر اختلالات گوارشی از قبیل ریفلاکس معده-مری (GERD) و دیس پپسی عملکردی (سوء هاضمه بدون زخم یا NUD) هم با این بیماری همراهی دارند.(۱۰-۹). مطالعات نشان داده که شیوع برخی اختلالات روانی (اضطراب، افسردگی، اختلال جسمانی کردن یا سوماتیزاسیون) نیز در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که به پزشک مراجعه می کنند، بالا است. هر چند هیچ اختلال روانی مشخص با IBS همراه نمی باشد ولی به ترتیب شیوع افسردگی ماژور و اختلالات اضطرابی در این بیماران بیشتر می باشد.(۱۳-۱۱). در مطالعه ای که بر روی ۱۲۲ بیمار مبتلا به IBS که به مرکز درمانی گوارش مراجعه کرده بودند انجام شد.، فراوانی علایم خارج روده ای این سندرم مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن به تفصیل در جدول ۱ آورده شده است. لازم به ذکر است که بین علایم افسردگی و میگرن، علایم تنفسی و علایم عضلانی - اسکلتی همراهی قابل توجهی وجود داشت. همچنین اضطراب با اختلال عملکرد جنسی در مردان همراه بود. در این مطالعه ۹۷٪ بیماران حداقل دارای یک اختلال همراه شامل سوء هاضمه بدون زخم، ریفلاکس معده-مری، میگرن، علایم تنفسی، علایم ادراری، علایم عضلانی-اسکلتی، دردسینه غیر قلبی، اختلال میل جنسی، مقاربت دردناک و دردمزمن لگنی بودند (۱۴).

جدول ۱: علائم خارج روده ای سندرم روده تحریک پذیر در بیماران ایرانی(۱۴)

اختلال	فراوانی نسبی (درصد)	اختلال	فراوانی نسبی (درصد)
ریفلاکس معده-مری (GERD)	٪۶۴	اختلال لیبید	٪۴۵
سوء هاضمه بدون زخم (NUD)	٪۷۱	اختلال عملکرد جنسی	٪۵۰
سر درد مزمن	٪۵۲/۵	دیسمنوره	٪۶۴
میگرن	٪۳۲/۸	درد مزمن لگنی	٪۳۲
درد سینه غیر قلبی	٪۳۲/۸	مقاربت دردناک	٪۳۳
علایم تنفسی ، علایم	٪۴۲/۶	رینیت آلرژیک	٪۱۶
عضلانی-اسکلتی	٪۵۵	کهیر	٪۱۴
فیبرومیالژی	٪۱۱/۵	افسردگی	٪۵۰/۸
کمر درد	٪۵۵	اضطراب	٪۷۴/۶
علایم ادراری	٪۵۰	حملات هراس	٪۲۶/۲

IBS و کیفیت زندگی

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به IBS نسبت به افراد سالم کاهش می یابد (۱۵). این کاهش در ابعاد جسمی ، عاطفی، روانی و اجتماعی فرد صورت می گیرد (۱۶). افراد مبتلا به این بیماری که مراجعه متعدد به پزشک دارند نسبت به افرادی که مراجعه اختلال بیشتری در کیفیت زندگی نشان می دهند (۱۷). در برخی گزارشات کیفیت زندگی در این بیماران مشابه و یا حتی بدتر از مبتلایان به ریفلاکس معده-مروی (GERD) ، دیابت نوع ۲، افسردگی ، بیماری پیشرفته کلیوی و کبدی و بیماری التهابی روده توصیف شده است (۱۸). بر اساس بررسی های انجام شده کیفیت زندگی بیماران با درمان کوتاه مدت دارویی بهبود یافته است (۱۹). هرچند کیفیت زندگی در بیماران مبتلا متناسب با شدت بیماری کاهش می یابد ولی نمی تواند زیر گروه های

www.SID.ir

Archive of SID

علامتی بیماری (اسهال، یبوست، اسهال و یبوست متناوب) را تمایز دهد. از آن جا که هیچ معیار بیولوژی برای تعیین میزان فعالیت بیماری وجود ندارد. استفاده از ابزار سنجش کیفیت زندگی به عنوان روش مناسب برای ارزیابی پیشرفت روند درمان توصیه می شود (۲۰).

تشخیص

تشخیص سندرم روده تحریک پذیر و سایر بیماری های مشابه که علت و بیماری زایی مشخصی ندارند، پیش از آن که منوط به نتایج ازمایشات تشخیصی متعدد باشد، به هنر و درک پزشک معالج او بستگی دارد. اگر چه برخی از علایم این بیماری در سایر بیماری های گوارشی از قبیل بیماری التهابی روده و بیماری دیورتیکولی روده دیده می شود، و همچنین بسیاری از بیماران مبتلا با علایم خارج روده‌ای مراجعه می کنند تشخیص لزوما در این بیماران نیاز به رد موارد فوق ندارد. از آنجا که هیچ تست آزمایشگاهی برای تشخیص قطعی IBS وجود ندارد، از مدتها قبل کوششهای زیادی به منظور تدوین یک استاندارد تشخیصی بر اساس علایم بالینی مطرح کننده این سندرم صورت گرفته است. در سال ۱۹۸۱ آقای Manning و همکاران بر اساس مجموعه ای از علایم مطرح کننده این بیماری معیاری را برای تشخیص عنوان کردند (۲۱). سپس در سال ۱۹۹۲ با توجه به حساسیت، ویژگی و ارزش اخباری مثبت پایین این معیار به ویژه در مردان مسن، گروهی از محققین معیار جدیدی را به نام رم(Rome) که در سال ۱۹۹۹ پس از بازبینی مجدد تحت عنوان Rome II ارائه شد (۲۲)(جدول۲).

این معیار به علت دارا بودن ارزش اخباری مثبت بالاتر و ساده تر بودن نسبت به معیارهای پیشین ، معقولترین رویکرد برای تشخیص بالینی IBS و مطالعات تحقیقاتی در این زمینه می باشد (۲۳). اولین قدم در تشخیص روده تحریک پذیر گرفتن شرح حال دقیق و انجام معاینه فیزیکی است. بدین ترتیب که در صورت وجود علایم منطبق بر معیار رم II در غیاب علایم هشدار دهنده (شامل تب، کاهش وزن، بیدار شدن از خواب به علت علایم، خون در مدفوع، کم خونی، دهیدراتاسیون ناشی از اسهال شدید و وجود توده قابل لمس در معاینه فیزیکی) و با انجام آزمایشات محدود ، تشخیص این بیماری امکان پذیر است. در صورت مثبت بودن معیار رم و نبود علایم هشدار دهنده با اطمینان زیادی می توان تشخیص IBS را مطرح کرد ، در حالیکه در صورت منفی بودن آن احتمال تشخیص این بیماری هنوز وجود دارد (۲۴). گرفتن تاریخچه دقیق غذایی و دارویی در شرح حال و ارتباط آنها با علایم بیمار حائز اهمیت است، به طور مثال مصرف بیش از حد قند با میزان جذب پایین (از قبیل فروکتوز و سوربیتول) و مواد غذایی محرک (مانند چای و قهوه) باید مورد توجه قرار گیرد. همچنین طیف وسیعی از داروها می توانند سبب علایم روده ای شوند. دارو های مهار کننده آنژیوتانسین، بتابلوکر، آنتی بیوتیک، مهار کننده پمپ پروتون، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی و عوامل شیمی درمانی سبب اسهال می شوند، در حالیکه داروهای ضد درد اپیوئید، مهار کننده های کانال کلسیم و برخی از داروهای ضد افسردگی می توانند منجر به یبوست شوند. سن کمتر از ۴۵سال، سابقه ازمان بیماری، ارتباط بین تشدید علایم و حوادث زندگی ، ماهیت نوسانی علایم، وجود علایم خارج روده ای، همراهی اضطراب و افسردگی و

جدول ۲ : معیار Rome II

احساس ناراحتی و یا درد شکم به مدت حد اقل ۱۲ هفته (لزوما نباید پیوسته باشد) طی ۱۲ ماه گذشته ، که همراه با ۲ علامت زیر باشد:

- بهبود درد پس از دفع و یا
- تغییر در دفعات اجابت مزاج و یا
- تغییر در قوام مدفوع

وجود علایم زیر برای تشخیص ضروری نیست، ولی همراهی آن ها به تایید و تقویت تشخیص کمک می کند:

- تواتر غیر طبیعی دفع (بیش از ۳ بار در روز یا کمتر از ۳ بار در هفته)
- قوام غیر طبیعی مدفوع (زور زدن، فوریت در دفع، احساس تخلیه ناکامل مدفوع)
- خروج موکوس
- نفخ یا احساس اتساع شکم

www.SID.ir

Archive of SID

عدم وجود علایم هشدار دهنده قویا به نفع تشخیص سندرم روده تحریک پذیر می باشد (جدول ۳). در ارزیابی چنین بیمارانی آزمایشات غربالگری اولیه شامل CBC, ESR ، بیوشیمی سرم و خون مخفی در مدفوع کافیست (۲و۲۵). سن بالای ۴۵ سال ، سیر پیشرونده بیماری ، شروع ناگهانی علایم، سابقه فامیلی کانسر کولورکتال و بیماری های التهابی روده به ارزیابی بیشتر جهت رد بیماری های عضوی نیاز دارد (۲). این بررسی ها شامل آزمایش نمونه مدفوع از نظر تخم و انگل در سه نوبت، TSH سرم و تست های سرولوژی سلیاک (آنتی بادیهای آنتی اندومیزیال یا ترانس گلوتامیناز بافتی)، رکتوسیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف یا کولونوسکوپی و نمونه برداری از کولون می باشد(۲و۴). انتخاب روش تشخیصی در این مرحله بستگی به الگوی علایم (نوع بارز، مدت و سیر آن) ، خصوصیات دموگرافیک(سن ومنطقه جغرافیایی) ، سابقه فامیلی کانسر کولون و در نهایت قضاوت بالینی پزشک دارد (۴و۲۵). کولونوسکوپی برای همه بیماران با سن بیش از ۴۵ سال و یا سابقه فامیلی سرطان کولون (به خصوص در سنین پایین تر) توصیه می شود. در صورت طبیعی بودن مطالعات تشخیصی ، بیمار تحت درمان آزمایشی بر اساس علامت بارز بیماری قرار می گیرد فب سپس ۶-۳هفته بعد از نظر پاسخ به درمان ارزیابی می شود (۴)(شکل ۱).

ارزیابی اختصاصی در موارد مقاوم به درمان

در مواردی که علایم بیماران علیرغم درمان آزمایشی تداوم پیدا کند، ارزیابی جامع تری به منظور رد سایر علل توصیه می شود که بر حسب علامت بارز بیماران متفاوت است (شکل ۲).

درمان

هیچ درمان قطعی برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر وجود ندارد، هر چند شناسایی عوامل ایجاد کننده یا تشدید کننده بیماری و کمک به بیمار در جهت سازگاری هر چه بیشتر با آن و استفاده از درمان های موجود می تواند سبب کنترل موثر علایم بیماران شود (۲).

ارتباط بین پزشک و بیمار: ارتباط موثر بین پزشک و بیمار پایه و اساس درمان بیماران است. در این رابطه اولین مصاحبه

جدول ۳ : تظاهرات بالینی حمایت کننده تشخیص IBS

- معیار رم II
- سابقه طولانی همراه با دوره های عود و فروکش
- تشدید علایم با حوادث و مشکلات زندگی
- گوناگونی علایم
- همراهی با علایم خارج روده ای
- همراهی با اضطراب و افسردگی
- احساس رنج و ناراحتی نامتناسب با علایم بیماری
- تشدید علایم با مصرف غذا
- نسبت دادن علایم به یک عامل آغازگر ساده (مثلا مسمومیت غذایی، آلودگی هوا)

www.SID.ir

Archive of SID

پزشک و بیمار از اهمیت ویژه ای برخوردار است. پایه ریزی یک ارتباط مستحکم و دو جانبه و صرف زمان کافی در جلسه اول ویزیت بیمار در پیشبرد درمان موثر خواهد بود (۲و۴).

آموزش و اطمینان بخشیدن: بسیاری از بیماران معتقدند که به یک بیماری خطرناک به ویژه سرطان مبتلا هستند، این وظیفه پزشک است که با جملات ساده، ماهیت خوش خیم و مزمن بیماری را بازگو نماید. لازم به ذکر است که اطمینان بخشیدن به بیمار باید بعد از انجام بررسیهای تشخیصی لازم باشد و هرگز این بخش از درمان به منزله نادیده انگاشتن بیماری فرد نیست. بیماران باید از این نکته آگاه باشند که اثر دهی داروها در این بیماری بسیار محدود است و بهترین راه این است که بیمار عوامل مستعد کننده علایم خود را بشناسد و بالاخره پزشک می تواند بعد از ارزیابی سطح دانش بیمار اطلاعات مفصلی را به صورت مکتوب در اختیار بیماران قرار دهد (۲و۴).

اصلاح رژیم غذایی و شیوه زندگی: راهنمایی های لازم در زمینه اصلاح شیوه زندگی و اجتناب از غذاهای تشدید کننده نشانه ها، بخش دیگری از درمان غیر دارویی را تشکیل می دهد. به طور کلی بعضی از غذاهای مشخص مانند غذاهای چرب (به علت تحریک رفلکس گاستروکولیک)، حبوبات و سایر مواد غذایی تولید کننده گاز، کافئین، الکل و لاکتوز در بیماران با نقص لاکتاز ممکن است سبب ایجاد یا تشدید نشانه ها در برخی بیماران شوند. بیماران باید از پرخوری و مصرف هر غذایی که آغازگر علایم است پرهیز کنند. با وجود این همواره باید بر اجتناب از محدودیت غیر ضروری رژیم غذایی تاکید کرد. همچنین ورزش در بعضی از مطالعات با بهبود بالینی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر همراه بوده است (۲۷).

نقش فیبر در درمان IBS: افزایش مصرف فیبر چه از طریق رژیم غذایی و چه از طریق مکمل های غذایی فزاینده حجم توصیه می شود. خواص این مواد شامل احتباس آب و افزایش حجم مدفوع، ایجاد ژل برای نرم کردن مدفوع و متصل شدن به اسیدهای صفراوی که مسوول ایجاد علایم در برخی موارد هستند، می باشند. اگر چه مکمل های فیبر صناعی مانند پلی کربونیل و متیل سلولز از فیبرهای طبیعی نظیر پسیلیوم (Psyllium) محلول تر هستند، اما در بررسیها هیچگونه برتری از جهت ایجاد نفخ کمتر یا تاثیر بیشتر نداشته اند. نتایج بیشتر تحقیقات حاکی از افزایش وزن مدفوع و کاهش زمان انتقال مواد در کولون و بهبود یبوست می باشد. برخی مطالعات فواید درمانی فیبر را در بیماران با اسهال و یبوست متناوب، درد و نفخ نشان داده اند، اما بیشتر مطالعات هیچ پاسخی را در بیماران با اسهال بارز نشان نداده اند. بنابر این با توجه به بی خطر بودن و اثر دارونمایی فراوان، یک درمان آزمایشی با فیبر در تمام بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر به خصوص با علامت بارز یبوست توصیه می شود. دوز مکمل های فیبری مانند سبوس گندم یا پسیلیوم باید بر اساس علایم تنظیم شود (۲۸).

درمان دارویی

عوامل دارویی تنها تکمیل کننده درمان در IBS هستند و از مصرف طولانی مدت آن ها باید اجتناب کرد. طیف دارو های انتخابی در درمان بیماران مبتلا بر اساس نوع علامت غالب بسیار وسیع است (جدول ۴).

عوامل ضد اسپاسم: داروهای ضد اسپاسم شایعترین داروی مصرفی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر می باشند. این داروها خط اول درمان در بیماران با علامت بارز درد را تشکیل می دهند. در این میان دارو های آنتی کلینرژیک شایعترین عوامل مورد استفاده می باشند (۴و۲۸). مهار انتخابی این دارو بر عضلات صاف دستگاه گوارش، فعالیت حرکتی تحریک شده کولون را کاهش می دهد و در بیماران با درد شکمی متعاقب غذاخوردن، نفخ و فوریت در دفع مفید است(۲۹). از آنجا که این داروها انقباضات افزایش یافته متعاقب غذاخوردن را کاهش می دهند، مصرف آنها ۳۰ دقیقه قبل از وعده غذایی منطقی است. تجویز این دارو ها در درمان بیماران مبتلا باید به هنگام لزوم صورت گیرد (۳۰). در حال حاضر هیوسیامین (hyosciamine) و دی سیکلومین (dicyclomine) شایعترین داروهای بکار رفته در درمان بیماران به شمار می

www.SID.ir

Archive of SID

روند(۴). عوارض جانبی این داروها خشکی دهان، تاری دید، یبوست، گیجی، و خواب الودگی می باشد. موارد منع مصرف داروهای آنتی کلینرژیک احتباس ادراری و گلوکوم زاویه بسته است. مهار کننده های کانال کلسیم در بیماران با سندرم روده تحریک پذیر به علت اثرات شل کننده عضلانی صاف و اثرات مهاری بر روی پاسخ گاستروکولیک توصیه شده است (۴). از این دسته پیناوریوم (Pinaverium) در بعضی کشورهای اروپایی برای درمان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر پذیرفته شده است (۳۱).

روغن نعنا (Peppermint oil): شل کننده عضلات صاف روده می باشد و جریان ورودی کلسیم را کاهش می دهد و در بهبود درد شکم، نفخ و کاهش تعداد دفعات اجابت مزاج از دارونما موثرتر بوده است. امروزه فراورده آن به شکل کپسول در اروپا موجود است و جهت درمان بیماران مبتلا به IBS استفاده می شود. مبورین (Mebeverin) یک داروی شل کننده مستقیم عضلات صاف روده می باشد که حرکات ایلئوم و کولون را در بیماران مبتلا به IBS مهار می کند و در برخی کشورهای اروپایی برای درمان بیماران IBS تصویب شده است (۳۲).

داروهای ضد اسهال: اوپیت ها شامل لوپرامید (Loperamide) اولین انتخاب درمانی در بیماران با علامت اسهال بارز به شمار می روند. این دارو ها از طریق افزایش زمان عبور مواد در کولون و کاهش درک رکتوم، مدفوع شل و فوریت در دفع را کاهش می دهند(۴). عوارض جانبی لوپرامید شامل خواب‌آلودگی، احساس خستگی، سرگیجه، دهان خشک، یبوست و به ندرت اتساع و کرامپ شکمی می باشد. مصرف این داروها به صورت موقتی و کوتاه مدت توصیه می شود و تجویز قبل از استرس منطقی بنظر می رسد. در کارآزمایی های کنترل نشده داروهای مهار کننده اسید از قبیل H_2 بلوکرها و مهارکننده های پمپ پروتون در کاهش اسهال بیماران مفید بوده است. کلستیرامین (cholestyramine) به صورت تجربی برای کنترل اسهال مقاوم به ویژه در بیماران با سابقه کوله سیستکتومی استفاده می شود (۳۳).

داروهای ضد یبوست: در بیماران مقاوم به فیبر، مسهل های اسموتیک توصیه می شوند. عوامل در دسترس شامل محلول نمکی هیپرتونیک مانند شیر منیزیوم، قند های با جذب پایین مانند لاکتولوز و سوربیتول و محلول های ایزوتونیک شامل پلی اتیلن گلیکول می باشند. پلی اتیلن گلیکول در تسریع عبور مواد در کولون و افزایش دفعات اجابت مزاج در بیماران با یبوست موثر بوده است (۲).

داروهای ضد افسردگی: از این داروهای مختلفی شامل داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای و مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین برای درمان بیماران مبتلا به IBS مورد استفاده قرار گرفته است (۳۴).

داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای: آمی تریپتیلین (Amitriptyline) و نورتریپتیلین (nortriptyline) در درمان سندرم روده تحریک پذیر متوسط تا شدید با علامت بارز درد و یا موارد مقاوم به درمان توصیه می شود. خصوصیات ضد درد این دارو ها مستقل از اثرات بهبود دهنده خلق می باشد و از طریق تغییر در فیزیولوژی دستگاه گوارش (حساسیت احشایی، حرکت و ترشح روده) یا کاهش درک درد مرکزی صورت می گیرد. این داروها همچنین از طریق اثرات آنتی کلینرژیک زمان انتقال را در روده باریک افزایش می دهند و می توانند در درمان سندرم روده تحریک پذیر با علامت غالب اسهال مفید باشند. تجویز این داروها در درمان سندرم روده تحریک پذیر با دوزهای کمتر از مقادیر مورد نیاز برای درمان افسردگی صورت می گیرد. با توجه به شروع تاخیری اثر این داروها (۴-۳ هفته) تصمیم در تغییر دوز باید بعد از گذشت این زمان باشد و طول مدت درمان معمولا ۶ تا ۱۲ ماه است. از آنجا که این داروها به صورت مداوم تجویز می شوند (و نه در صورت نیاز)، برای بیماران با علائم مزمن و عود کننده انتخاب مناسبی می باشند. دوز های پایین ضد افسردگی سه حلقه ای (به طور مثال ۵۰-۱۰ میلی گرم روزانه) برای درمان درد و مشکلات خواب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر توصیه می شود. با توجه به عارضه جانبی داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای مصرف آنها در بیماران با یبوست باید

www.SID.ir

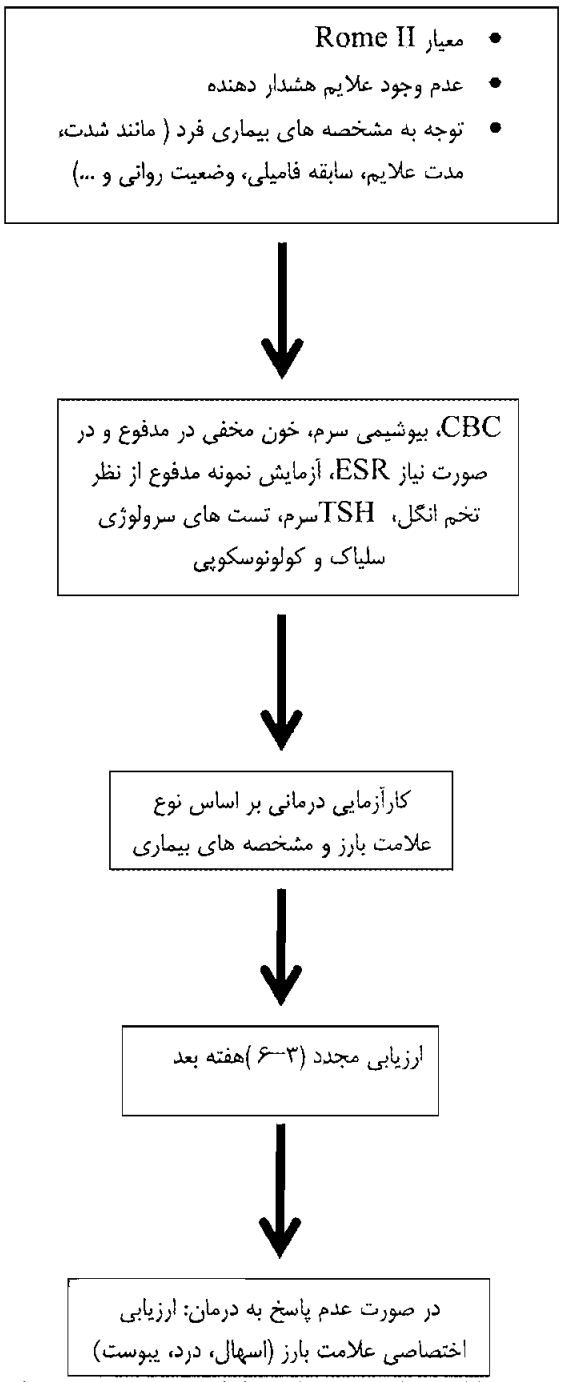
Archive of SID

با احتیاط صورت گیرد (۳۴).

مهار کننده های انتخابی باز جذب سروتونین: این داروها شامل فلوکستین (fluoxetine) پاروکستین (paroxetine) و سرترالین (sertraline) در درمان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر به کار رفته اند. باتوجه به عوارض جانبی کمتر این گروه داروها نسبت به داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای در بیماران مسن تر انتخاب مناسبی به شمار می روند. همچنین این داروها در درمان علائم اضطراب، هراس و رفتارهای وسواسی همراه با IBS و نیز بیماران با علامت بارز یبوست ترجیح داده می شوند. فلوکستین به علت نیمه عمر طولانی در بیماران با پذیرش کمتر و پاروکستین به دلیل اثرات آنتی کلینرژیک بیشتر در بیماران با علامت بارز اسهال می تواند داروی انتخابی باشد. عوارض جانبی عمده اینها شامل بی خوابی، اسهال، تعریق شبانه، تهوع، آژیتاسیون، کاهش وزن و اختلال عملکرد جنسی می باشد. سیتالوپرام (citalopram)یک SSRI جدید بوده که عوارض جانبی کمی دارد. این دارو حس اتساع رکتوم و میزان پاسخ گاستروکولیک را کاهش می دهد و باعث کاهش درد در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر می شود (۳۴و۳۵).

داروهای ضد اضطراب: بنزودیازپین ها از طریق تحریک گیرنده گابا، درد را کاهش می دهند، اما با توجه به ایجاد وابستگی ، عادت به دارو و تشدید علائم به هنگام قطع مصرف و همچنین تداخل داروئی فوائد محدودی در درمان IBS دارند و تنها هنگامی که اضطراب در ایجاد علائم نقش داشته باشد به صورت کوتاه مدت توصیه می شود (۳۶).

آنتاگونیست های گیرنده HT_3 - ۵: این داروها شامل آلوسترون (alosetrone) ، اندانسترون (ondansetrone) وگرانیسترون(granisetrone) فعالیت آوران احشایی از لوله گوارش را تنظیم کرده، می توانند درد شکم و اسهال را بهبود بخشند. در واقع این داروها باعث کاهش درد احشائی، زمان عبور مواد در کولون و ترشح روده باریک می شوند. هیدروکلرید آلوسترون در کاهش درد شکم و تعداد دفعات اجابت مزاج و فوریت در دفع در بیماران مبتلا به IBS با علامت بارز اسهال



شکل ۱ -- ارزیابی بیماران مشکوک به سندرم روده تحریک پذیر

موثربوده است.(۳۵)

شایعترین عارضه جانبی آن یبوست می باشد که در

www.SID.ir

Archive of SID

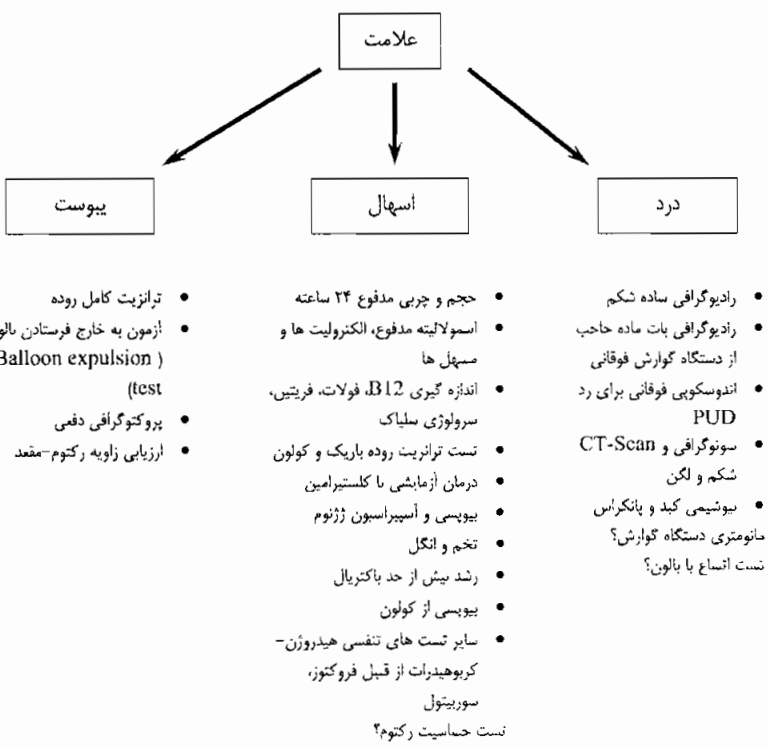
کارآزمایی های بالینی ۲۸ درصد بیماران را مبتلا کرده است. یکی از عوارض جانبی شایع آن به دلایل ناشناخته کولیت ایسکمیک است که در ۱-۰/۱ درصد موارد دیده می شود.

آلوسترون در سال ۲۰۰۲ برای استفاده در موارد محدود توسط FDA تصویب شد. در حال حاضر آلوسترون با نام تجاری Lotronex فقط برای درمان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر دارای علامت غالب اسهال شدید و مقاوم به داروهای دیگر که به مدت ۶ ماه علامتدار بوده اند، توصیه می شود. این دارو ابتدا به میزان ۱ میلی گرم روزانه به مدت ۴ هفته تجویز می شود. در صورتی که بعد از دوره درمانی اولیه بهبودی کامل صورت نگرفت و بیمار دارو را تحمل کرد، یک دوره درمان دیگر به مدت ۴ هفته و با دوز ۱ میلی گرم دو بار در روز توصیه می شود. اگر متعاقب هفته درمان، پاسخ دیده نشد، ادامه مصرف دارو مجاز نمی باشد. اگر طی درمان بیوست علائمی دال بر کولیت ایسکمیک ظاهر شد، مصرف دارو باید قطع شود. باید توجه داشت در صورت بروز کولیت ایسکمیک شروع مجدد دارو به هیچ وجه جایز نمی باشد (۳۷).

اگونیست های گیرنده HT_4-۵: این عوامل از طریق آزادسازی نوروترانسمیترها حرکات کولون را افزایش می دهند. تگاسرود (tegaserod) با نام تجاری Zelmac یک آگونیست نسبی گیرنده HT_4 -۵ می باشد و توسط FDA برای درمان کوتاه مدت زنان با سندرم روده تحریک پذیر که علامت اولیه آنها یبوست است تصویب شده است. تگاسرود سبب بهبود یبوست و کاهش درد و نفخ در بیماران مبتلا به IBS می شود. عارضه جانبی عمده آن اسهال می باشد که معمولا طی هفته اول درمان اتفاق می افتد و بدون قطع درمان بهبود می یابد. موارد منع مصرف این دارو سابقه انسداد روده، بیماری علامتدار کیسه صفرا، بیماران مظنون به اختلال در عملکرد اسفنکتر ادی یا چسبندگی های شکمی، بیماران با آسیب کلیوی شدید و بیماران با آسیب کبدی متوسط تا شدید می باشند. طول مدت درمان با این دارو ۴-۶ هفته می باشد (۳۸). Procalopride یک آگونیست جدید رسپتور HT_4-۵ می باشد که در کارآزمائی های انجام شده حرکات روده ای را در افراد سالم و مبتلا به یبوست عملکردی تسریع می کند. اثرات این دارو بر روی درد شکم به خوبی بررسی نشده است (۳۹).

چشم اندازهای آینده

طی سالیان اخیر توجه پژوهشگران به داروهایی که حس و درک احشایی را کاهش می دهند، معطوف شده است. از جمله این داروها عوامل اوپیوئید می باشند که از طریق کاهش درک



شکل ۲ - ارزیابی اختصاصی در بیماران مقاوم به درمان

www.SID.ir

Archive of SID

جدول ۴: داروهای مورد استفاده در درمان سندرم روده تحریک پذیر

دارو	گروه دارویی- مکانیسم اثر	شکل دارو	دوز مصرفی
هیوسین Hyoscine N-Butyl Bromide	ضد اسپاسم- آنتی کلیرژیک	قرص ۱۰ میلی گرم	۱۰-۲۰ میلی گرم ۴بار در روز
دی سیکلومین Dicyclomine hydrochloride	ضد اسپاسم- آنتی کلینرژیک	قرص ۱۰و۲۰ میلی گرم	۱۰-۲۰ میلی گرم ۴بار در روز
هیوسیامین* Hyoscyamine	ضد اسپاسم- آنتی کلینرژیک	قرص ۰/۱۲۵ میلی گرم	۱-۲ قرص ۴بار در روز
بلادونا پی بی Belladonna Pb	ضد اسپاسم- آنتی کلیرژیک	قرص (آتروپین، هیوسین، هیوسیامین، فنوباربیتال)	۲-۶ قرص در روز
کلیدینیوم-سی Clidinium-C (Librax)	ضد اسپاسم- آنتی کلینرژیک	قرص ۲/۵و۵میلی گرم	۱-۲ قرص ۴ بار در روز
میورین Mebeverin hydrochloride (duspatalin)	ضد اسپاسم- شل کننده عضلات صاف	فرص ۱۳۵ میلی گرم	۱-۳ قرص ۲ بار در روز
پیناوریوم * Pinaverium bromide	ضد اسپاسم- بلوک کننده کانال کلسیم	فرص ۵۰ و۱۰۰ میلی گرم	۱ قرص ۳ بار در روز
تری میوتین* Trimebutine maleate	ضد اسپاسم- آنتاگونیست گیرنده اپیوئیدκ	قرص ۱۰۰ و ۲۰۰ میلی گرم	۱-۲ قرص ۳ بار در روز
لوپرامید Lopramide	ضد اسهال- آگونیست گیرنده اپیوئیدμ	قرص ۲ میلی گرم	۲-۸ میلی گرم در روز
کلستیرامین Cholestyramine	ضد اسهال- رزین متصل به اسیدهای صفراوی	پودر	۱-۳ بسته در روز
پسیلیوم Psyllium	ضد یبوست - فزاینده حجم	پودر	۱-۳ قاشق چایخوری در ۲۴۰ سی سی آب
لاکتولوز Lactulose	ضد یبوست - مسهل اسموتیک	شربت	۱۵-۳۰ سی سی در روز
پلی اتیلن گلیکول* Polyethylene glycol	ضد یبوست - محرک روده	پودر	۱۷ گرم در یک لیوان آب
آمی تریپتیلین Amitriptyline	ضد افسردگی سه حلقه ای - مهار بازجذب نوراپی نفرین، سروتونین	فرص۱۰ و ۲۵ میلی گرم	۷۵-۱۰۰ میلی گرم در روز
نورتریپتیلین Nortriptyline	ضد افسردگی سه حلقه ای - مهار بازجذب نوراپی نفرین، سروتونین	قرص ۱۰ و ۲۵ میلی گرم	۷۵-۱۰ میلی گرم در روز
دزی پرامین Desipramine	ضد افسردگی سه حلقه ای - مهار بازجذب نوراپی نفرین، سروتونین	قرص ۱۰و۲۵و۵۰ میلی گرم	۱۵۰-۵۰ میلی گرم در روز
فلوکستین Fluoxetine	ضد افسردگی- مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین	کپسول۱۰ و ۲۰ و ۴۰ میلی گرم	۴۰-۱۰ میلی گرم در روز
پاروکستین Paroxetin (Ceroxat)	ضد افسردگی - مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین	قرص روکشدار ۱۰و۲۰و۳۰و۴۰ میلی گرم	۴۰-۱۰ میلی گرم در روز
سرترالین Sertraline (Zoloft)	ضد افسردگی- مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین	قرص و کپسول ۵۰ و۱۰۰ میلی گرم	۱۰۰-۲۵ میلی گرم در روز
تگاسرود Tegaserod (Zelmac)	ضد یبوست- آگونیست نسبی $5\text{-}HT_4$	قرص ۶ میلی گرم	نیم تا ۱ قرص دوبار در رور
آلوسترون * Alosetrone (Lotronex)	ضد اسهال- آنتاگونیست نسبی $5\text{-}HT_3$	قرص ۱ میلی گرم	نیم تا ۱ قرص دوبار در روز

*این داروها در ایران موجود نیستند.

www.SID.ir

Archive of SID

احشایی و حرکات روده سبب بهبود درد می شوند، از این میان ترکیبات اوپیوئیدی کاپا از طریق تاثیر بر روی پایانه های حسی محیطی درد سوماتیک را مهار می کنند، فدوتوزین (fedotozine) نمونه ای از این داروهاست که در بررسیهای انجام شده آستانه درک کولون را بدون تاثیر بر ظرفیت آن، در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر کاهش می دهد و بدین ترتیب درد و شدت کلی بیماری را تخفیف می دهد.(۳۹) آگونیست های گیرنده ؟ - آدرنرژیک مانند کلونیدین(clonidine) از طریق افزایش ظرفیت و کاهش تونیسیته کولون باعث بهبود درد و فوریت در دفع می شود.(۴۰) مطالعات اولیه برروی آنتاگونیست های گیرنده نوروکینین ۱ کاهش درد در بیماران مبتلا به IBS را نشان می دهد، کاربرد این دارو در درمان سندرم روده تحریک پذیر مبتنی بر تحقیقات بیشتر است.

درمانهای روانشناختی

درمانهای روانشناختی از قبیل رفتار درمانی شناختی، بیوفیدبک، روان درمانی و هیپنوتیزم برای بیماران با علائم متوسط تا شدید یا مقاوم به درمان و نیز برای بیمارانی که استرس و عوامل روانی در ایجاد یا تشدید علائم گوارشی شان موثر است، توصیه می شود. مطالعات انجام شده حاکی از آنند که درمانهای روانی در کاهش درد شکم، اسهال، افسردگی و اضطراب بیمار موثر می باشند. موارد پیشگوئی کننده پاسخ مثبت به درمانهای روانشناختی شامل تشدید علائم روده ای توسط استرس، وجود اختلال اضطرابی یا افسردگی، علامت بارز اسهال یا درد شکم، عود و فروکش کردن درد شکم در پاسخ به یکی از عوامل غذا، استرس، دفع و مدت کوتاه علائم می باشند(۲۹و۴۱).

رویکرد درمانی

بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را می توان برحسب شدت علائم به سه گروه تقسیم کرد:(۲و۴۲)

۱) بیشتر بیماران (حدود ۷۰٪) علائم خفیف دارند. در این گروه بیماری اختلالی در فعالیت های روزانه ایجاد نمی کند. همچنین در شرح حال این بیماران مشکلات روانی اجتماعی به چشم نمی خورد، هر چند تشدید علائم با استرس در این بیماران دیده شده است. درمان این گروه شامل آموزش بیمار، اطمینان بخشیدن و توصیه به تغییر در رژیم غذایی و شیوه زندگی می باشند. ۲) بخش اندکی از بیماران (حدود ۲۵٪) دارای علائم باشدت متوسط و متناوب می باشند که گاهی اوقات دچار اختلال در فعالیت های روزانه (غیبت از کار یا مدرسه) می شوند. این گروه علائم خود را مرتبط با بی احتیاطی در مصرف غذاهای محرک و یا فشارهای روانی می دانند. در درمان این گروه علاوه بر موارد ذکر شده در گروه قبلی باید به هنگام عود علائم تحت درمان های داروئی موثر بر روده (داروهای ضد اسپاسم، ضداسهال، ضدیبوست و یا داروهای جدید) قرار گیرند. در صورت تداوم علائم تجویز داروهای ضد افسردگی و یا روشهای رواندرمانی مدنظر قرار می گیرند. این بیماران باید ۴-۱ بار در سال ویزیت شوند. ۳) بخش بسیار کمی از بیماران (کمتر از ۵٪) علائم شدید و مقاوم به درمان دارند. علائم این بیماران همیشه با مصرف غذا و یا تغییرات روانی مرتبط نمی باشند. بیماران معمولا فکر می کنند که به یک بیماری خطرناک مبتلا هستند که توسط پزشک نادیده انگاشته می شود. همچنین این افراد دارای اختلالات روانی (مانند افسردگی و اضطراب)، مشکلات متعدد به هنگام فعالیت های روزانه، تطابق نامناسب با بیماری و مراجعه مکرر به مراکز طبی می باشند. در اینجا وظیفه پزشک این است که به بیمار ماهیت مزمن و خوش خیم بیماری را بفهماند و او را در جهت تطابق با بیماری یاری نماید. در درمان این بیماران تجویز داروهای موثر برروده معمولا به تنهایی کافی نمی باشند و باید از داروهای ضد افسردگی و یا ارجاع به مراکز طبی روانشناختی کمک گرفت. باید به خاطر داشت که مهمترین بخش درمان در این بیماران برقراری ارتباط مداوم با بیمار و حمایت روانی اجتماعی از وی می باشد. در این رابطه ویزیت های کوتاه و منظم (هر ۶-۴ هفته) توصیه می شود.

www.SID.ir

Archive of SID

پیش آگهی

پیگیری طولانی مدت بیماران مبتلا به IBS حاکی از آن است که اکثر بیماران علیرغم درمان مناسب همچنان دارای علامت می باشند. از طرف دیگر احتمال اینکه در دراز مدت یک تشخیص خطرناک برای بیماران مطرح شود بسیار کم می باشد. بر اساس برخی مطالعات ، نوع علامت بارز در دراز مدت معمولا تغییر نمی کند در حالی که شدت علائم در نوسان است. باید توجه داشت که هر چند علائم در بسیاری از افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر تداوم می یابد ولی با مداخله مناسب درمانی کیفیت زندگی بیماران را می توان به میزان قابل توجهی بهبود بخشید. عوامل نشان دهنده پیش آگهی بهتر شامل جنس مذکر، سابقه کوتاه مدت علائم، علامت بارز یبوست، پاسخ اولیه مناسب به درمان و عدم وجود اختلالات روانی همراه می باشند. همچنین براساس مطالعات آموزش صحیح، اطمینان بخشیدن و برقراری ارتباط مناسب و مداوم با بیماران باعث کاهش علائم، هراس و نگرانی و میزان مراجعه به پزشک می شود و در بهبود پیش آگهی دراز مدت بیماران تاثیر به سزایی خواهد داشت (۲و۴۲).

References:

1. Thompson WG, Irvine EJ, Pare P, et al. Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. Dig Dis Sci 2002; 47:225-235.
2. Feldman M, Scharschmidt BF, Sleizenger MH, eds. Sleizenger and Fordtran's gastrointestinal and liver diseases. 7th ed. Philadelphia, PA: Saunders Co;2002:1794-1805.
3. Mitchell CM, Drossman DA. Survey of the AGA membership relating to patients with functional gastrointestinal disorders. Gastroenterology 1987;92:1282-1284.
4. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. Gastroenterology 20ý02: 123:2108-2131.
5. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40000 subjects. Aliment Pharmacol Ther 2003; 17:643-650.
6. Whitehead WE, Plasson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? Gastroenterology 2002;122:1140-1156.
7. Azpiroz F, Dapoigny M, Pace F, Muller -Lissner S, et al. Nongastroinestinal disorders in the irritable bowel syndrome. Digestion 2000; 62:66-72.
8. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? Gastroenterology. 2002;122:1140-1156.
9. Kennedy TM, Joncsý RH, Hungin AP, et al. Irritable bowel syndrome, gastro-oesophageal reflux, and bronchial hyper-responsiveness in the general population. GUT 1998 Dec; 43(6): 770-774.
10. Van wijk HJ, Smout AJ, Akkermans LM, et al. Gastric emptying and dyspeptic symptoms in the irritable bowel syndrome. Scand J Gastroenterol. 1992;27: 99-102.
11. Irwin C, Falsetti SA, Lydiard RB, et al. Comorbidity of posttraumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. J Clin Psychiatry. 1996; 57: 576-578.
12. Lydiard RB, Fossey MD, Marsh W, et al. Prevalence of psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome: Psychosomatics. 1993 May-Jun; 34: 229-234.
13. Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, et al. Psychiatric diagnoses, sexual and physical victimization, and disability in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. Psychol Med. 1995; 25:1259-67.
14. Daryani NE, Babakhani S, Tajik M, et al. Exteraintestinal Manifestations of Irritable Bowel Syndrome. The 4th Iranian congress of gastroenterology and hepatology abstract book. .2004. Abstract No: 1260.
15. Whitehead WE, Burnet CK, Cook EW, et al. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life. Dig Dis Sci. 1995; 41: 2248-2253.
16. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. N Engl J Med. 1996; 334: 835-840.
17. Hahn BA, Yan S, Strassel S. Impact of irritable

www.SID.ir

Archive of SID

bowel syndrome on quality of life and resource use in the United states and the United kingdom. Digestion. 1999; 60: 77-81.

18. Granlek IM, Hays RD, Kilbourne A, et al. The impact of irritable bowel syndrome on health related quality of life. Gastroenterology. 2000; 119: 654-660.

19. Chassany o, Bergmann JF. Quality of life in irritable bowel syndrome, effect of therapy. Eur J Surg Suppl. 1998; 583: 81-86.

20. 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.

21. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel syndrome. Br Med J 1978; 2: 653-654.

22. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gut 1999; 45 suppl 2:II 43-47.

23. Boyce PM, Koloski NA, Talley NJ. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteri: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive in research and practice? Am J Gastroenterol 2000; 95: 3176-3183.

24. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG, et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol 1999; 94: 2912-2917.

25. Hamm LR, Sorrells SC, Harding JP, et al. Additional investigations fail to alter the diagnosis of irritable bowel syndrome in subjects fulllfilling the Rome criteria. Am J Gastroenterol 1999; 94: 1279- 1282.

26. Horwitz BJ, Fisher RS. Current concepts: the irritable bowel syndrome. N Engl J Med. 2001; 344: 1846-1850.

27. Colwell LJ, Prather CM, Phillips SF, et al. Effects of an irritable bowel syndrome education class on health promoting behaviors and symptoms. Am J Gastroenterol 1998; 93: 901-905.

28. Brandt LJ, Bjorkman Dý, Fennerty B, et al. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. Am J Gastroenterol 2002; 97: s7-26.

29. Lynn RB, Friedman LS. Irritable bowel syndrome. N engl J Med 1993; 32: 1940.

30. Jaliwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized comtrolled trials. Ann Intern Med 2000; 133: 136-147.

31. Thompson WG The treatment of irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2002; 16: 1359- 1406.

32. Dalvi SS, Nadkarni PM, Pardesi R, et al. Effect of peppermint oil on gastric emptying in man: a preliminary study using a radiolabelled solid test meal. Indian J Physiol Pharmacol. 1991; 35: 212-214.

33. Sciarretta G, Furno A, Mazzoni M, et al. post-cholecyctectomy diarrhea: evidence of bile acide malabsorption assessed by SeHCAT test. Am J Gastroenterol 1992; 87: 1852-1854.

34. Lancaster-Smith MJ, Prout BJ, Pinto T, et al. influence of drug treatmcnt on the irritable bowel syndrome and its interaction with psychoneurotic morbidity. Acta Psychiatr Scand 1982; 66: 33-41.

35. Wang WA, Qian JM, Pan GZ. Treatment of refractory irritablc bowel syndrome with saubclinical dosage of antidepressants. Zhongguo Yi Xuc Ke Xue Yuan Xua Bao 2003; 25: 74-78.

36. Kozlowaki CM, Green A, Grundy D, etý al. The 5-HT3 receptor antagonist alosetron inhibits the colorectal distention induced depressor response and spinal c- fos expression in the anaesthetized rat. Gut 2000; 46: 474-480.

37. Chang L, Ameen VZ, Dukes GE, et al. A dose ranging phase II study of the efficacy and safety of alosetron in men with diarrhea- predominant IBS. Am J Gastroenterol 2005; 100: 115-123.

38. Nyhlin H, Bang C, Elsborg L, et al. A double blind placebo control randomizcd study to evalute the efficacy, safety and tolerability of tegaserod in patients with irritable bowel syndrome. Scand J Gastroenterol 2004; 39: 119-126.

39. Bouras EP, Camilleri M, Burton DD, et al. Prucalopride accelerates gastrointestinal and colonic transit in patients with constipation without a rectal evaluation disorder. Gastroentrology 2001; 120: 354-360.

40. Delvaux MM. Pharmacology and clinical experience with fedotozinc. Expert Opin Invest Drugs 2001; 10: 97-110.

41. Malcolm A, Camilleri M, Kost L, et al. Toward identifying optimal doses for alpha-2 adrenergic modulation of colonic and rectal motor and sensory function. Aliment Pharmacol Ther 2000; 14: 783-789.

42. Sperbel AD, Carmel S, Atzmon Y, et al. Use of the functional bowel disorder severity index(FBDSI) in a study of patients with the irritable bowel syndrome and fibromyalgia. Am J Gastroenterol 2000; 95: 995-998.

www.SID.ir

Archive of SID

خودآزمایی

۱- بر اساس معیار رم II جزء اصلی تشخیصی در IBS چیست؟

الف- اسهال و یا یبوست غالب
ب- دردشکمی همراه با تغییر عادات مربوط به اجابت مزاج
ج- نفخ یا احساس اتساعه شکم
د- تخلیه ناکامل مدفوع

۲- کدامیک از موارد ذیل از علائم هشداردهنده در تشخیص IBS نمی باشد؟

الف- درد شکمی
ب- اسهال شبانه
ج- کاهش وزن
د- تب

۳- خانم ۳۰ ساله ای با سابقه درد مزمن شکمی همراه با احساس نفخ مراجعه نموده است. بیمار از اسهال و یبوست متناوب شاکی است. درد بیمار با اجابت مزاج بهتر می شود. بیمار هیچ یک از علائم هشدار دهنده را ندارد. کدامیک از آزمایشات و روشهای تشخیصی زیر در مرحله اول ضروری نمی باشد؟

الف- شمارش سلولهای خون(CBC)
ب- کولونوسکوپی
ج- آزمایش مدفوع از نظر خون مخفی
د- ESR

۴- کدامیک از موارد زیر پیش آگهی را در بیماران مبتلا به IBS بهتر می کند؟

الف- جنس مونث
ب- طول مدت کوتاه بیماری
ج- علامت غالب اسهال
د- وجود نفخ شکمی

۵- در بیمار با تشخیص اولیه IBS با علامت اسهال غالب که به درمان پاسخ نداده است کدام تست تشخیصی ذیل کمک کننده می باشد؟

الف- پروکتوگرافی دفعی
ب- مانومتری آنورکتال
ج- حجم و چربی مدفوع ۲۴ ساعته
د- اندوسکوپی فوقانی دستگاه گوارش

۶- در بیمار با تشخیص اولیه IBS با علامت یبوست غالب که به درمان پاسخ نداده است کدام تست تشخیصی ذیل کمک کننده می باشد؟

الف) کولونوسکوپی
ب) مانومتری آنورکتال
ج) تست CTT(Colon Transit Time)
د) هر سه مورد صحیح است.

۷- کدامیک از داروهای زیر که در درمان IBS کاربرد دارند جزو داروهای ضد اسپاسم نمی باشد؟

الف) هیوسیامین
ب) مبورین
ج) لوپرامید
د) دی سیکلومین

www.SID.ir

Archive of SID

۸- در مورد IBS کدام مورد زیر صحیح می باشد؟

الف-کیفیت زندگی در مبتلایان از بسیاری از بیماریهای ارگانیک بهتر است.

ب-شیوع این بیماری در جوامع مختلف ۵-۲۰ درصد گزارش شده است.

ج- در همه جوامع شیوع آن در زنان بیشتر است.

ذ- اختلال در تنظیم محور مغز- روده از مکانیسم های فرعی دخیل در ایجاد آن است.

۹- کدامیک از علائم زیر حمایت کننده تشخیص IBS نمی باشد؟

الف- تشدید علائم با مصرف غذا

ب- گوناگونی علائم گوارشی موجود

ج- احساس رنج و ناراحتی متناسب با شدت بیماری

د- تشدید علائم با مشکلات زندگی

۱۰- خانم ۲۰ ساله ای با دل درد و اسهال متناوب که از حدود ۵ سال پیش بیمار را آزار می دهد مراجعه نموده است. جهت وی پس از بررسیهای اولیه تشخیص IBS مطرح می گردد. بیمار مکررا به خاطر مشکل موجود از محل کار غیبت می نماید. علاوه بر اطمینان دادن به بیمار و اصلاح شیوه زندگی کدام درمان زیر دردرمان اولیه این بیمار توصیه می شود؟

الف- آمی تریپتیلین + لوپرامید

ب- فلوکسیتین + دی سیکلومین

ج- آلوسترون

د- تگازرود + آمی تریپتیلین

۱۱- خانم ۲۰ ساله با شکایات اسهال آبکی و کرامپ شکمی به همراه تنسم از ? سال قبل مراجعه کرده است، معاینه بالینی وی کاملا طبیعی است. آزمایشات روتین و بیوشیمی سرم و ESR طبیعی است، کاهش وزن واضح ندارد. بیمار به درمان معمول IBS طی این مدت پاسخی نداده است، در این مرحله کدام اقدام را توصیه می کنید؟

الف- افزایش دوز داروی ضد افسردگی سه حلقه ای

ب- کولونوسکوپی

ج- شروع فلوکستین

د- ترانزیت روده باریک

۱۲- کدام گزینه در رابطه با معیار رم II صحیح است؟

الف- ارزش اخباری مثبت آن از حساسیت آن بیشتر است.

ب- معیار رم II منفی کاذب ندارد.

ج- ویژگی رم II از حساسیت آن کمتر است.

د- معیار رم II موارد مثبت کاذب زیادی دارد

۱۳- خانم ۳۴ ساله با علائم مطابق با IBS از ۵ سال قبل که با غذا و استرس تشدید می شود، جهت check up مراجعه کرده است. علائم ۳-۲ بار در ماه بوده و با فعالیت زندگیش تداخل ندارد. سابقه کانسر کولون را در عمه خود میدهد که سبب نگرانی او شده است، اقدام مناسب در این بیمار کدام است؟

www.SID.ir

Archive of SID

الف- آموزش بیمار و توصیه به تغییر شیوه زندگی
ب - انجام کولونوسکوپی
ج - شروع داروی ضد افسردگی
د - رواندرمانی

۱۴ -آقای ۳۰ساله، مورد شناخته شده IBS با علائم درد و اسهال با شدت متوسط تا شدید تحت درمان با TCA قرار می گیرد.۲ هفته بعد از شروع درمان به علت عدم پاسخ به ما مراجعه کرده است، بهترین اقدام در این مرحله چیست؟

الف- تغییر TCA به فلوکستین
ب - تغییر TCA به تگاسرود.
ج - ارزیابی مجدد بیمار بعد از ? هفته
د- تغییر TCAبه آلوسترون

۱۵- کدامیک از عوامل زیر پیشگوئی کننده پاسخ به درمانهای روانشناختی بیماران مبتلا به IBS است؟

الف- وجود اختلالات اضطراب و افسردگی همراه
ب-علامت بارز اسهال و درد شکم
ج - عود و فروکش کردن درد شکم در پاسخ به عوامل محرک
د - همه موارد فوق

۱۶ - گزینه غلط در درمان IBS را انتخاب کنید:

الف- فلوکستین داروی مناسب برای بیماران IBS با علامت بارز یبوست است.
ب - تگاسرود داروی مناسبی برای IBS با علامت بارز اسهال است.
ج - آلوسترون داروی مناسبی برای بیماران IBS با علامت بارز اسهال است.
د - اندانسترون IBS داروی مناسبی برای بیماران با علامت بارز درد است.

۱۷ - آقای ۲۵ساله با علائم درد و احساس ناراحتی درشکم از حدود ۲ سال قبل که همراه با افزایش دفعات اجابت مزاج بوده است. علائم بیمار با دفع بهبود و با خوردن تشدید می شود. پدر بیمار به علت کانسر کولون فوت کرده است. معاینات بالینی کاملا طبیعی است. آزمایشات CBC و بیوشیمی سرم طبیعی و خون مخفی مدفوع منفی بوده است. در این مرحله چه اقدامی مناسب تر است؟

الف- تست تنفسی هیدروژن
ب-شروع درمان
ج - کولونوسکوپی
د- ترانزیت روده باریک

۱۸- خانم۵۵ ساله به علت درد شکم و اسهال اخیر به متخصص گوارش ارجاع شده است، بعلت کاهش وزن، سابقه فامیلی سرطان ندارد. معاینات فیزیکی طبیعی است و آزمایشات روتین و خون مخفی مدفوع نرمال است. چه اقدامی را توصیه می کنید؟

الف- تجویز آنتی کلینرژیک
ب - تجویز ضد افسردگی سه حلقه ای
ج - کولونوسکوپی
د - تجویز لوپرامید

۱۹- بیمار خانم ۵۲ ساله سه ماه بعد از انجام کوله سیستکتومی از اسهال خفیف شکایت دارد. اسهال بدون تب، خون و کرامپ شکمی است. اسمیر مدفوع طبیعی است. کدام درمان را برای بیمار مناسب می دانید؟

الف- پودر کلستیرامین
ب-قرص دیفنوکسیلات برحسب نیاز
ج - آنتی کلینرژیک برحسب نیاز
د-مکمل های آنزیمی برحسب نیاز

www.SID.ir