

علل یبوست مزمن و عوامل مرتبط با آن در کودکان ارجاع شده به بیمارستان بوعلی سینا، ساری از سال ۸۵ تا ۸۶

حسن کرمی^۱- سید عبدالله موسوی^۲- محمد خادملو^۳- فرشته سلیمانی^۴

چکیده

زمینه و هدف: یبوست یک مشکل شایع در کودکان می‌باشد که ۳٪ مراجعات سرپایی به متخصصین کودکان را به خود اختصاص می‌دهد. در بیشتر کودکان، علت عضوی مشخصی برای بیماری یافت نمی‌شود. این مطالعه با هدف بررسی علل یبوست در کودکان مراجعه‌کننده به درمانگاه گوارش کودکان بیمارستان بوعلی سینا ساری انجام شد.

روشن تحقیق: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی (مقطعی)، کودکانی که با شکایت یبوست مزمن به بیمارستان بوعلی سینا ساری مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. معیار ورود به مطالعه شامل سن کمتر از ۱۵ سال و ابتلا به یبوست برای بیش از ۲ هفته بود. کودکانی که سابقه مصرف داروهای آنتی‌اسپاسمودیک طولانی‌مدت یا سابقه جراحی داشتند، از مطالعه حذف شدند. بیماران به دو دسته تقسیم شدند و از نظر علل یبوست عملکردی و عضوی مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: ۲۵۰ کودک ۱ ماهه تا ۱۵ ساله با میانگین سنی $50/62 \pm 15$ ماه مورد مطالعه قرار گرفتند. ۱۴۰ کودک (۵۶٪) پسر بودند. شایترین علت یبوست از نوع عملکردی، در ۱۹۵ نفر (۷۸٪) و در درجه بعدی نوع عضوی، در ۳۹ نفر (۱۵٪) دیده شد. شایترین علت یبوست در گروه سنی زیر ۱ سال، هیرشپرونگ و در سنین بالاتر از نوع عملکردی بود. بین جنس دختر و پسر از نظر علل یبوست تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: شایترین علت یبوست در سنین زیر ۱ سال برخلاف بالای یک سال که از نوع عملکردی می‌باشد، از نوع عضوی است و در موارد شروع زودرس یبوست، علل عضوی باید در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: یبوست مزمن، کودکان، یبوست عضوی، یبوست عملکردی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی پیرجنده، ۱۳۸۸: ۱۶: ۵۱-۵۶

دریافت: ۱۳۸۷/۲/۱۴ اصلاح نهایی: ۱۳۸۸/۸/۱۸ پذیرش: ۱۳۸۸/۸/۲۰

^۱ نویسنده مسؤول؛ فوق تخصص گوارش کودکان، استادیار گروه آموزشی کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
آدرس: مازندران-ساری-بلوار پاسداران-بیمارستان بوعلی سینا

تلفن: ۰۹۱۱۱۵۵۶۷۱۱-۰۶ نمبر: ۱۵۱۲۳۳۴۵۰۶ پست الکترونیکی: dr_hkarami87@yahoo.com

^۲ فوق تخصص جراحی کودکان؛ استادیار گروه آموزشی جراحی، بیمارستان بوعلی سینا ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

^۳ استادیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

^۴ دانشجوی پزشکی

روش تحقیق

مقدمه

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی (مقطعی) کودکانی که با شکایت بیوست مزمن و بیوست بیشتر از ۲ هفته در سال‌های ۸۵ تا ۸۶ به درمانگاه گوارش بیمارستان بوعلی سینا شهر ساری مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن کمتر از ۱۵ سال و داشتن بیوست برای بیشتر از ۲ هفته بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل وجود سابقه مصرف داروهای آنتی‌اسپاسمودیک طولانی‌مدت یا سابقه جراحی و عدم پیگیری در طول درمان بود. اطلاعات مربوط به سن، جنس، زمان شروع بیوست، وجود یا عدم وجود اجتناب از دفع، وجود بی‌اختیاری مدفع، سابقه خانوادگی بیوست و اختلال وزن‌گیری ثبت شد.

بیماران به دو دسته تقسیم شدند:

دسته اول شامل کسانی بودند که علائم بیوست عملکردی داشتند که در این افراد درمان به صورت تخلیه توده‌های مدفعی به صورت سرپایی توسط پارافین و یا شیاف بیزاکودیل انجام گرفت. در کسانی که تخلیه مدفع به صورت سرپایی نارسا بود، تخلیه توسط انما نرمال سالین و پارافین همزمان با بستری شدن بیمار انجام شد؛ سپس بیماران به صورت سرپایی تحت درمان با پارافین خوارکی و شربت سنگل قرار گرفتند. پاسخ به درمان شامل دفع مدفع نرم و حجمی حداقل یک مرتبه در روز بود. تمامی بیماران برای مدت ۶ ماه ارزیابی شدند. در صورت عدم پاسخ به درمان (نداشتن حداقل یک نوبت دفع مدفع طبیعی بعد از یک ماه)، بررسی از جهت وجود اختلالات عضوی انجام شد که شامل انجام تست تیروئید، باریم انما و در صورت ضرورت، بیوپسی رکtal بود.

دسته دوم شامل بیمارانی بودند که در آنان از ابتدا شک به علل عضوی وجود داشت (وزن‌گیری ناقص، اتساع شدید شکم، شروع زودرس بیوست). در این گروه ضمن رد هیپوتیروئیدی، باریوم انما تشخیصی، مانومتری رکtal و بیوپسی رکtom انجام گردید. در این دسته از بیماران تا

انجمن گوارش آمریکای شمالی، بیوست را به صورت تأخیر یا مشکل در دفع مدفع برای مدت دو هفته یا بیشتر که باعث نگرانی بیمار و والدین می‌شود، تعریف نموده است (۱).

بیوست یک مشکل گوارشی شایع در جامعه، هم در کودکان و هم در بالغین می‌باشد که باعث تحمیل هزینه‌های زیادی به جامعه می‌شود. این مشکل، شکایت اصلی در ۳٪ مراجعات سرپایی پزشکان، متخصصین کودکان و ۱۰ تا ۲۵٪ مراجعات گوارش کودکان را شامل می‌شود (۲-۵). بیوست بیشتر از آن که یک بیماری باشد، یک علامت است (۶) که اغلب به عنوان یک مشکل عمده هم برای بیمار و هم برای خانواده مطرح می‌شود. شیوع واقعی این مشکل در کودکان نامعلوم است اما مطالعات مختلف در سطح جامعه نشان می‌دهد که شیوع آن در بالغین در کشورهای غربی و آسیایی حدود ۱۰ تا ۲۰٪ و در کودکان، بین ۰/۷ تا ۰/۲۹٪ متغیر است (۶-۷). این بیماری در تمامی طبقات اجتماعی رخ می‌دهد (۱۰). عوامل مختلفی از قبیل استعداد ژنتیکی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، مصرف کم فیبر، عدم مصرف کافی مایعات و عدم تحرک از مواردی هستند که می‌توانند باعث ایجاد بیوست شوند (۶).

بعضی از مطالعات حاکی از آن است که در ۹۰ تا ۹۵٪ کودکان، علت عضوی مشخصی برای بیوست یافت نمی‌شود و فقط ۵ تا ۱۰٪ بیماران دارای عامل عضوی می‌باشند که در سینین مختلف، متفاوت می‌باشد (۱۱، ۳، ۱)؛ به عنوان مثال در دوره نوزادی، هیرشپرونگ از علل شایع بیوست می‌باشد (۵، ۱). در بعضی از مطالعات علل غیرعضوی مسؤول درصد کمتری از علل بیوست می‌باشند.

به دلیل عوامل متفاوت ایجادکننده بیوست در جوامع مختلف، مطالعه حاضر با هدف تعیین علل مختلف و عوامل مرتبط با آن در کودکان مراجعه کننده به درمانگاه گوارش کودکان بیمارستان بوعلی سینا شهر ساری انجام شد.

مشخص شدن تشخیص نهایی، اقدام درمانی لازم صورت گرفت. ۵ تا ۱۱ سال و ۳ نفر (۰.۳۶/۸٪)، ۹۲ نفر (۰.۴۶/۴٪) ۱ تا ۴ سال، ۱۲ سال و بیشتر بودند. بیشترین شیوع بیوست عملکردی در گروه سنی ۱ تا ۴ سال و در درجه بعدی گروه سنی ۵ تا ۱۱ سال دیده شد.

در ۱۱۰ نفر از پسران (۸۲/۱٪) و ۸۰ نفر از دختران (۷۲/۷٪) علل بیوست از نوع عملکردی بود. در هر دو جنس، علل عضوی در درجه دوم قرار داشت؛ به طوری که در پسران ۱۲/۸۵٪ و در دخترها ۱۹/۰۹٪ علل از نوع عضوی بود.

داروها عامل ۵٪ علل بیوست در پسران و ۸/۲٪ علل بیوست در دختران بود. مقایسه علل بیوست در دختران و پسران در دو جنس معنی دار نبود ($P > 0.05$).

از علل نادر بیوست در افراد زیر ۱ سال، ۱ مورد تنگی رکتال، ۲ مورد میلومنگولس در سنین ۱-۴ سال، ۱ مورد انسداد کاذب روده و ۱ مورد دیس موتیلیتی ناشی از سندروم داون در سنین ۱۱۰-۵ سال و ۱ مورد انسداد کاذب روده در

سنین ۱۲ سال و بیشتر مشاهده شد.

جدول ۱- علل ایجادکننده بیوست به تفکیک سن در کودکان مراجعه کننده به بیمارستان بوعالی سینا ساری.

جمع	علل دارویی	بیوست عضوی			بیوست عملکردی	علت
		سایر علل	هیپوتیروئیدی	هیرشپرونگ		
فراوانی (درصد)						
۳۹ (۱۰۰٪)	۸ (۲۰/۵۱٪)	۱ (۲/۵۶٪)	۱ (۲/۵۶٪)	۱۳ (۳۳/۳۴٪)	۱۶ (۴۱/۰۲٪)	زیر ۱ سال
۱۱۶ (۱۰۰٪)	۴ (۳/۵٪)	۲ (۱/۷٪)	.	۹ (۷/۸٪)	۱۰۱ (۸۷٪)	۴-۱ سال
۹۲ (۱۰۰٪)	۴ (۴/۳٪)	۲ (۲/۲٪)	۳ (۳/۳٪)	۷ (۷/۶٪)	۷۶ (۸۲/۶٪)	۱۱-۵ سال
۳ (۱۰۰٪)	.	۱ (۳۳/۳٪)	.	.	۲ (۶۶/۶٪)	۱۲ سال و بیشتر
۲۵۰ (۱۰۰٪)	۱۶ (۶/۴٪)	۶ (۲/۴٪)	۴ (۱/۶٪)	۲۹ (۱۱/۶٪)	۱۹۵ (۷۸٪)	جمع

جدول ۲- علل ایجادکننده بیوست به تفکیک جنس در کودکان مراجعه کننده به بیمارستان بوعالی سینا ساری

کل	علل دارویی	بیوست عضوی			بیوست عملکردی	علت
		جنس				
۱۴۰ (۱۰۰٪)	۷ (۵٪)	۱۸ (۱۲/۸۵٪)	۱۱۵ (۸۲/۱۴٪)	پسر		
۱۱۰ (۱۰۰٪)	۹ (۸/۲٪)	۲۱ (۱۹/۰۹٪)	۸۰ (۷۲/۷۲٪)	دختر		
۲۵۰ (۱۰۰٪)	۱۶ (۶/۴٪)	۳۹ (۱۵/۶٪)	۱۹۵ (۷۸٪)	جمع		

بحث

وجود رفتارهای اجتناب از دفع و احساس درد و ناراحتی حین

دفع در بیماران به مدت طولانی تداوم می‌یابد.

از علل مهم دیگر یبوست، هیپوتیروئیدی می‌باشد. در دوره نوزادی حدود ۹۵٪ بیماران مبتلا به هیپوتیروئیدی به دلیل عبور T₄ مادری از جفت ممکن است بدون علامت یا کم علامت باشند ولی بعد از دوره نوزادی بیماری خود را به صورت اتساع شکم، یبوست و کاهش حرکات روده‌ای نشان می‌دهد (۱۲)؛ البته هیپوتیروئیدی از علل با شیوع بسیار کم یبوست در تمامی گروههای سنی است و با توجه به غربالگری هیپوتیروئیدی نوزادان در کشور، در آینده انتظار می‌رود از شیوع این اختلال در بین کودکان مبتلا به یبوست مزمن کاسته شود که دلیل آن تشخیص بموقع آن در دوره نوزادی و درمان مناسب آن است.

انسداد کاذب روده هم می‌تواند از علل یبوست مزمن باشد که در این مطالعه درصد شیوع این عارضه بسیار کم بود. این گروه از اختلالات، در اثر عیب عصبی یا عضلانی جدار روده ایجاد می‌شوند و از این جهت به دو دسته نوروپاتیک و میوپاتیک تقسیم می‌شوند که هریک از این دو دسته در اثر علل اولیه یا ثانویه به وجود می‌آیند. در تمام مواردی که پاسخ به درمان معمول یبوست ایجاد نشود و بیمار دچار نفخ زیاد شکم و درد کرامپی باشد، بایستی این گروه از اختلالات حرکتی در نظر گرفته شوند. تشخیص بیماری با رد علل عضوی معمول و انجام یبوپسی روده، رنگ‌آمیزی استیل کولین استراز و مانومتری روده امکان‌پذیر می‌باشد (۱۳).

از علل نسبتاً شایع یافته شده در چند ماه اول زندگی، مصرف داروهای آنتی اسپاسمودیک برای کودکان با مشکل کولیک شکم می‌باشد که این داروها باعث کاهش دفعات دفع در شیرخواران و نگرانی والدین می‌شود؛ با قطع مصرف دارو حرکات دفعی شیرخوار بهبود می‌یابد (۱۴). در این مطالعه ۶/۴٪ بیماران سابقه درمان با داروهای آنتی اسپاسمودیک را داشتند؛ به طوری که از میان کل علل یبوست در این سن، ۲۰/۵٪ از آن مربوط به علل دارویی می‌باشد. در این بررسی،

این مطالعه با هدف تعیین علل یبوست مزمن در کودکان زیر ۱۵ سال انجام گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که شایعترین علت یبوست در بیماران مورد بررسی از نوع یبوست عملکردی است و در درجهات بعدی یبوست عضوی و ناشی از دارو قرار داشت.

بر اساس نتایج مطالعات قبلی، بیش از ۸۵-۹۰٪ علل یبوست، از نوع عملکردی بوده و کمتر از ۱۰٪ را انواع عضوی تشکیل می‌داد (۱، ۳، ۶). یافته‌های این مطالعه تفاوت اندکی با نتایج مطالعات ذکر شده دارد؛ به طوری که در مطالعه حاضر علل عضوی در تعداد بیشتری از بیماران دیده شد که شاید یک دلیل آن، این امر باشد که مطالعه حاضر در یک مرکز فوق تخصصی ارجاعی گوارش کودکان انجام شده که انتظار بر این می‌باشد که علل عضوی درصد بیشتری را شامل شود. در این مطالعه بیشترین علت عضوی در کودکان زیر ۱ سال را بیماری هیرشپرونگ تشکیل داد؛ این بیماری در دوره نوزادی با تأخیر دفع مکونیوم و اتساع شکم تشخیص داده می‌شود. با این حال مطالعات نشان داده است که ۸-۲۰٪ بیماران با بیماری هیرشپرونگ تا سن ۳ سالگی تشخیص داده نمی‌شوند (۱). در این مطالعه علت یبوست در ۳۴/۳۳٪ موارد زیر ۱ سال و ۸٪ سین ۱ تا ۴ سال، این بیماری بود که در مقایسه با یافته سایر محققین تفاوت چندانی ندارد (۹، ۸). این یافته‌ها لزوم توجه بیشتر به این بیماری در سن کمتر از ۱ سال را نشان می‌دهد.

در این مطالعه در گروه سنی بالاتر از ۱ سال علل عمده یبوست از نوع یبوست عملکردی بود. بیشترین درصد شیوع آن در گروه سنی ۴-۱ سال دیده شد. یافته‌های فوق نشان‌دهنده این مطلب می‌باشد که یبوست‌های عضوی معمولاً در سین ۱ سال تشخیص داده می‌شود و افراد مبتلا به یبوست در سین بالاتر از ۱ سال اغلب مبتلا به نوع عملکردی آن می‌باشند. یبوست عملکردی اغلب همزمان با آموزش توالت کردن کودکان شروع می‌شود و در صورت

بایستی در نظر گرفته شود؛ با این حال، هرچه سن شروع بیوست پایین‌تر باشد، احتمال وجود یک علت عضوی بیشتر است؛ بنابراین مجموعه‌ای از معیارها همچون سن بیمار، زمان شروع بیوست، وجود یا عدم وجود انساع شکم، اختلال وزن‌گیری، وضعیت دفع مکونیوم بدو تولد، می‌تواند در تشخیص اولیه علت بیوست کمک‌کننده باشد و نکته بعدی این که بعضی علل عضوی بیوست که عمدتاً در سنین زیر ۱ سال بوده، می‌تواند در سنین بالاتر با علایم خفیفتر خود را نشان دهد؛ به همین دلیل لازم است در تمام مواردی که بیمار به درمان معمول پاسخ مناسب نمی‌دهد، علل عضوی تشخیص داده نشده در نظر گرفته شود. شیوع بالای بیوست عملکردی رسید و پاسخ به درمان نیز می‌تواند تاییدی بر تشخیص صحیح باشد.

نتایج یک مطالعه مروری، بیوست در دختران در دو مطالعه انجام شده در آسیا شیوع بیشتری از پسران داشته است؛ البته گروه سنی مورد مطالعه آنها ۵-۳ سال و ۱۲-۷ سال بود و در چند مطالعه دیگر اختلاف جنسی بین پسران و دختران مشاهده نشده است (۱۵).

نکته قابل توجه در این مطالعه شیوع نسبتاً بالای بیوست عملکردی در سنین زیر ۱ سال است که در مقالات متعدد اخیر به آن اشاره شده است. با معاینه بالینی بیمار و گرفتن شرح حال کافی و دقیق در بیشتر موارد می‌توان به تشخیص بیوست عملکردی رسید و پاسخ به درمان نیز می‌تواند تاییدی بر تشخیص صحیح باشد.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های اخیر می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که بیوست عملکردی در تمام سنین شیوع قابل توجهی داشته و

منابع:

- 1- Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, Croffie JM, Di Lorenzo C, Ector W, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1999; 29(5): 612-26.
- 2- Loening-Baucke V. Chronic constipation in children. *Gastroenterology.* 1993; 105(5): 1557-64.
- 3- Benninga MA, Voskuijl WP, Taminiua JA. Childhood constipation: is there new light in the tunnel? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004; 39 (5): 448-64.
- 4- Agnarsson U, Warde C, McCarthy G, Evans N. Perianal appearances associated with constipation. *Arch Dis Child.* 1990; 65(11):1231-4.
- 5- Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton B, (eds). Nelson textbook of Pediatric. 18th. ed. USA: Saunders; 2007. pp: 1564-8.
- 6- Benninga M, Candy DC, Catto-Smith AG, Clayden G, Loening-Baucke V, Di Lorenzo C, et al. The Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology (PACCT) Group. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005; 40(3): 273-5.
- 7- Loening-Baucke V. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr.* 2005; 146(3): 359-63.
- 8- Ip KS, Lee WT, Chan JS, Young BW. A community-based study of the prevalence of constipation in young children and the role of dietary fibre. *Hong Kong Med J.* 2005; 11(6): 431-6.
- 9- Miele E, Simeone D, Marino A, Greco L, Auricchio R, Novek SJ, et al. Functional gastrointestinal disorders in children: an Italian prospective survey. *Pediatrics.* 2004; 114(1):73-8.
- 10- Di Lorenzo C. Pediatric anorectal disorders. *Gastroenterol Clin North Am.* 2001; 30(1):269-87.

- 11- van der Plas RN, Benninga MA, Büller HA, Bossuyt PM, Akkermans LM, Redekop WK, et al. Biofeedback training in treatment of childhood constipation: a randomised controlled study. Lancet. 1996; 348(9030):776-80.
- 12- Loening-Baucke V. Functional fecal retention with encopresis in childhood. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2004; 38(1): 79-84.
- 13- Aliye UC, Paul E. Gastric motility disorder. In: Wyllie R, Hyams JS, editors. Pediatric Gastrointestinal Disease. 2th ed. USA: Saunders; 2005. pp: 257-69.
- 14- Borowitz SM, Cox DJ, Tam A, Ritterband LM, Sutphen JL, Penberthy JK. Precipitants of constipation during early childhood. J Am Board Fam Pract. 2003; 16(3): 213-8.
- 15- van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. Am J Gastroenterol. 2006; 101(10): 2401-9.

Etiology of chronic constipation and related causes in children referred to Boo-Ali Sina Hospital in Sari between 2006 and 2007

H. Karami¹, A. Mousavi², M. Khademloo³, F. Soleimani⁴

Background and Aim: Constipation is a common elimination dysfunction in children which covers more than 3% of outpatients' visits to pediatricians. The etiology of functional constipation is not clear in most cases. This study focused on the evaluation of the etiology of constipation in pediatric patients who referred to department of pediatric Gastroenterology at Boo-ali Sina hospital in Sari during 2006-2007.

Materials and Methods: In this cross-sectional and descriptive study, children with clinical manifestations of chronic constipation who had been referred to Boo-Ali Sina hospital were assessed. Inclusion criteria were age under 15 years, and being constipated for more than 2 weeks. Children with a history of using antispasmodic drugs for a long time or previous history of surgical procedure were excluded from the study. The patients were assessed as regards the causes of functional and organic constipation. The obtained data was analyzed using SPSS software.

Results: Two-hundred and fifty children aged between 1 month and 15 years (mean age 50.62 ± 15 months) were studied. One-hundred and forty (56%) were males. The most common cause of constipation was functional constipation in 195 (78%) cases but organic constipation was diagnosed in 39 cases (15.6%). The most common cause of constipation was Hirschsprung's disease in patients under one year, and functional causes in older patients. There were no significant differences between the two sexes regarding the causes of constipation.

Conclusion: The results of this study showed that the most common cause of constipation in under-one year olds was organic defect; whereas the most common cause of constipation in older children was functional defect. Organic causes of constipation must be taken into account in cases of early onset of the disorder.

Key Words: Chronic constipation, Pediatric, Organic, Functional

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2010; 16(4): 51-56

Received: 3.5.2008 Last Revised: 9.11.2009 Accepted: 11.11.2009

¹ Corresponding Author; Assistant Professor of Pediatric Gastroenterology, Department of Pediatric Gastroenterology, Mazandaran University of Medical Sciences. dr_hkarami87@yahoo.com

² Assistant Professor of Pediatric Surgery, Department of Pediatric Surgery, Mazandaran University of Medical Sciences

³ Assistant Professor of Community Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences

⁴ Medical Student