

تبیین مفهوم یبوست و مقایسه علل مختلف آن در طب سنتی ایرانی و طب جدید

سید علی مظفرپور*، مرتضی مجاهدی

دستیار Ph.D طب سنتی، گروه طب سنتی ایران، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

چکیده

یبوست، یکی از شایع‌ترین عوارض سبک جدید زندگی است. تعریف واحدی از یبوست وجود ندارد. این مطالعه، یک مطالعه کتابخانه‌ای و بررسی متون است که پس از تعریف یبوست، به مقایسه علل آن در کتب معتبر طب سنتی با عللی که در کتابهای مرجع طب داخلی ذکر شده می‌پردازد. سپس علل یبوست از دیدگاه طب سنتی، جمع‌بندی، دسته‌بندی و با علل یبوست از دیدگاه طب جدید، تطبیق داده شد.

تعریف یبوست در طب سنتی ایرانی با طب جدید متفاوت است. به‌طوری که تشخیص یبوست در طب سنتی بسیار زودتر مطرح شده و تعداد موارد طبیعی اجابت مزاج، بیش از تعدادی است که در طب جدید در نظر گرفته می‌شود. لذا تعریف یبوست در این دو طب، تطبیق کامل با هم ندارد.

نگاه طب سنتی به سلامت و بیماری، نگاهی کل‌نگر و عمل‌گرایانه است؛ در حالی که طب جدید با دیدگاه جزءنگر و حس‌گرایانه، به انسان، سلامت و بیماری می‌نگرد.

در مجموع به‌نظر می‌رسد با اینکه در بعضی از موارد، علل یبوست در این دو مکتب طب، قابل تطبیق است، ولی علل یبوست در طب سنتی، عمل‌گرایانه‌تر و با شمول بیشتر است. در حالی که علل یبوست در طب جدید، علی‌رغم دقت بیشتری که در دسته‌بندی اعمال شده، شمول کمتری دارد و یبوستهای عملکردی با شیوع ۹۰٪ طبقه‌بندی مناسبی ندارد.

واژگان کلیدی: اجابت مزاج، یبوست، طب سنتی ایرانی، طب جدید.

مقدمه:

میزان شیوع یبوست در آمریکا را بین ۲٪ - ۲۸٪ می‌دانند. (۲)، که این میزان بالغ بر چهار تا پنجاه و شش میلیون نفر از افراد بالغ در آمریکا است.

در تحقیقی که در سال ۲۰۰۲ در سوئد با استفاده از پرسش‌نامه از دو هزار نفر از افراد ۳۱ - ۷۶ ساله انجام شد، ۲۰٪ از خانم‌ها اعتقاد داشتند که مبتلا به یبوست هستند، با اینکه ۴/۳٪ از آنها دفع مدفوع کمتر از سه بار در هفته داشتند. این میزان در آقایان کمتر بود. با افزایش سن، مصرف داروهای ملین افزایش می‌یافت؛ به طوری که ۲۲٪ خانم‌ها و ۱۰٪ آقایان

با گسترش زندگی ماشینی و کاهش تحرک انسانها یکی از عوارضی که شیوع یافته، اختلال در عمل دفع مدفوع به صورت یبوست است. تعیین شیوع یبوست، به طور دقیق، به دلیل تعاریف متعددی که از آن می‌شود، ممکن نیست. با این حال امروزه در دنیا دو یا کمتر از دو بار دفع مدفوع در هفته را یبوست در نظر می‌گیرند.

در سال ۱۹۹۵ تخمین زده شد که در آلمان حدود ۲۵٪ از خانمها و ۱۰٪ از آقایان با این مشکل مواجهند. (۱)، تخمین

دوم: در بحث معالجات، در زیرمجموعه بیماریهای امعا، زیر مبحث قولنج و علل آن. (عمدتاً در قولنج ثقلی) و یا در مبحث کوچکی به عنوان حصر (بعد از بحث قولنج) ارائه می‌گردد.

با توجه به این موارد، این موضوع در کتابهای زیر مورد جستجو قرار گرفت:

- ۱- قانون فی الطب (شیخ الریس ابن سینا)
 - ۲- الاغراض الطیبه والمباحث العلائیه و ذخیره خوارزمشاهی (حکیم سیداسماعیل جرجانی)
 - ۳- الموجز (حکیم ابن نفیس قرشی)
 - ۴- شرح الاسباب و العلامات (حکیم نفیس ابن عوض کرمانی)
 - ۵- کامل الصناعه (حکیم شیعہ علی ابن عباس اهوازی)
 - ۶- مفرح القلوب، طب اکبری و میزان الطب (حکیم محمد اکبر ارزانی)
 - ۷- خلاصه الحکمه و معالجات عقیلی (حکیم سید محمد حسین عقیلی خراسانی)
 - ۸- اکسیر اعظم (حکیم محمد اعظم خان چشتی)
- آنگاه علل یبوست از دیدگاه طب جدید از دو کتاب معتبر طب داخلی هاریسون (Harrison) و طب داخلی سیسیل (Cecil) استخراج و دسته‌بندی شد.
- سپس این علل در جدولی دسته‌بندی گردید، و یک کار تطبیقی برای مقایسه بین علل یبوست از دیدگاه طب سنتی و طب جدید انجام شد.

یافته‌ها:

۱- تعریف یبوست:

۱-۱- تعریف یبوست در طب سنتی:

در طب سنتی، از مدفوع با عنوان براز و ثقل یاد شده و از یبوست با عناوینی مانند حصر، قبض بطن، احتباس ثقل، احتباس طبیعت، حبس بطن، اعتقال بطن، بستن شکم، امساک بطن، بازگرفتن طبیعت، سخت کردن طبیعت و ... نام برده می‌شود. برای درمان آن از واژه تلیین و عناوینی مثل اطلاق بطن، تلیین بطن، اطلاق طبع، تلیین طبع، تلیین شکم، نرم کردن

حداقل به ازای هر چهار بار دفع مدفوع، یک بار از داروهای ملین استفاده می‌کردند. (۳)، یبوست سالانه در آمریکا منجر به دو میلیون و پانصد هزار ویزیت پزشک می‌شود. (۴)، و ارزش اقتصادی مراقبتهای درمانی هر بیمار مبتلا به یبوست، به‌طور متوسط ۲۷۵۲ دلار تخمین زده می‌شود.

تحقیقهایی که در ایران انجام شده، شیوع یبوست در ایران را کمتر از میزان آن در کشورهای دیگر گزارش می‌دهد. در تحقیقی که در سال ۸۳ در تبریز انجام شد، شیوع آن را ۳/۵٪ گزارش کردند. (۵)

امروزه علاوه بر بزرگسالان، این مشکل در کودکان نیز شیوع بسیاری یافته است.

شیوع یبوست در اطفال را از ۰/۳٪ - ۲۸٪ گزارش کرده‌اند. (۶) و در مواردی که فیبر رژیم غذایی محدود باشد، شیوع آن بیشتر است. (۷)، یبوست دومین علت شایع مراجعه به متخصصان گوارش اطفال است و درصد آن را ۲۵٪ کل ویزیت‌ها تخمین می‌زنند. (۸)

در سنین قبل از بلوغ، شیوع یبوست در پسران بیشتر از دختران است. (۹)، در سنین مدرسه پسران سه برابر دختران یبوست دارند. (۱۰)، اما در بزرگسالی، شیوع یبوست در زن‌ها، سه برابر مردان است. (۱۱)

در بعضی تحقیقها شیوع کلی یبوست در کودکان بستری تا ۴۳٪ نیز گزارش شده است. (۱۲)

روش‌ها:

این بررسی، یک مطالعه کتابخانه‌ای است که با بررسی متون طب سنتی ایرانی و طب جدید غربی، تعریف یبوست در این دو مکتب طبی بیان می‌شود. آنگاه عللی را که در ایجاد یبوست مؤثر دانسته‌اند، استخراج و با هم مقایسه می‌شود.

برای یافتن علل یبوست در کتابهای طب سنتی، باید در دو مبحث به دنبال آن گشت.

نخست: زیر مباحث دلایل و علائم در کلیات طب در مبحثی به عنوان رقت و غلظت براز و در زیرمجموعه براز یا ثقل قرار دارد.

۱-۲- تعریف یبوست در طب جدید:

واژه انگلیسی یبوست (Constipation) از کلمه لاتین Costipare به معنی Crowd Together است.

به طور کلی، یک معنی واحد از یبوست وجود ندارد و اغلب توسط بیماران و پزشکان، به مفاهیم متفاوتی اطلاق می شود. (۱۷)، هر تعریفی از یبوست، نسبی است و به قوام مدفوع، تعداد دفعات دفع مدفوع و میزان دشواری دفع مدفوع بستگی دارد. یک انسان ممکن است دفع مدفوع نرم، هر دو یا سه روز داشته باشد، که در طب مدرن به آن یبوست گفته نمی شود.

البته بسیاری از بیماران مبتلا به یبوست، اگرچه تعداد دفع مدفوع طبیعی دارند، ولی از فشار زیاد هنگام دفع، مدفوع سفت، احساس پری در زیر شکم و احساس عدم تخلیه کامل مدفوع شکایت دارند. (۱۸)، اگرچه فواصل زیاد دفع مدفوع، به تنهایی شاخصی برای تشخیص یبوست نیست، ولی عمدتاً دفع مدفوع سفت که سه روز در میان دفع می شود، باید به عنوان یبوست درمان شود.

میانگین زمان ترانزیت روده ای در کودکان، ۸/۵ ساعت است. بعد از بلوغ، این زمان به ۳۰ - ۴۸ ساعت می رسد. (۱۹)، زمان کل ترانزیت روده ای اگر بیش از ۷۲ ساعت باشد، به طور جدی غیرطبیعی است و کم تحرکی کولون را آشکار می کند. تعریف واحدی از یبوست در اطفال، همانند بزرگسالان، وجود ندارد. اما دفع مدفوع کمتر از سه بار در هفته، عموماً یبوست تلقی می شود. (۲۰)

آنچه همواره به عنوان یبوست پذیرفته است، دفع مدفوع کمتر از سه بار در هفته، دفع مدفوع سخت و دردناک، دوره ای حجم بسیار زیاد مدفوع حداقل یک بار در هر ۷ - ۳۰ روز یا وجود توده قابل لمس در معاینه شکم یا رکتوم است. (۲۱)

شکم، نرم کردن طبع، راندن طبیعت، استطلاق شکم، اسهال بطن، اسهال طبیعت و ... استفاده می شود.

حکمای طب سنتی در تعریف اجابت مزاج طبیعی، خصوصیات را برای براز (مدفوع) طبیعی ذکر می کنند.

حکیم میسری در این باره چنین م سراید:

براز تن درست آنکو بود نرم و رنگش زرد باشد درد او گرم برون آنگاه آید وقت عاد نیارد هیچ نقصان و زیادت برازی کو بود با رنگ ب و مقعد زو بسوزد گیرد آزار مرو را درد از صفرا رس برو بر غلبه صفرا پدیدست برازی خشک کز تری بود دور و آن کس نیز باشد سخت محروور برازی کو لزج باشد و ژندی بدانک این از حرارت، نه زسردی^(۱۳) اسماعیل جرجانی در این مورد می گوید:

بهترین ثقل آن باشد که:

۱- قوام آن هموارتر باشد

۲- پیوسته فرود آید به آسانی

۳- به قوام انگبین باشد

۴- مقعد را نسوزاند

۵- اندکی به زردی گراید

۶- سخت ناخوش بوی نباشد

۷- بی بوی نباشد

۸- با قراقر بادها نباشد

۹- با کفک نباشد

۱۰- به وقت عادت آید بی المی و ثقلی

۱۱- چون فارغ گردد، خفتی در تن وی پدید آید. (۱۴)

لذا به نظر می رسد تعریف یبوست در طب سنتی، گسترده تر و فراگیرتر از آن چیزی است که هم اکنون به آن اطلاق می شود. به طوری که در حالت طبیعی، به ازای هر وعده غذایی، باید یک بار اجابت مزاج وجود داشته باشد. (۱۵)، حکیم ارزانی نیز در تعریف یبوست می گوید: اندر حصر، او آن است که شکم قبض ماند زمانی طویل، خواه با درد، خواه بی درد.

(۱۶)

۲- علل یبوست:

۲-۱- علل یبوست در طب سنتی:

در کتاب شریف قانون علل یبوست ثقل چنین بیان شده است:

و هذا الثقل يبيس، اما

● لانه ثقل اغذيه يابسه

● و اما لانه بقى زمانا "طويلا" فيبيس

● و كان سبب بقاءه ضعف القوة الدافعة في الامعاء،

● فكثيرا "ما يكون هذا البقاء بسبب شرب شىء مخدر يخدر

القوى الفعالة في الثقل و مع ذلك فيجمدا ايضا"

● او لضعف القوة العاصرة في عضل البطن كما يعرض لمن

يكثر الجماع

● او بطلان حس المعى،

● او قلته انصباب المرار الدفاع الغسال

● و لان الماساريقا تشفت منه رطوبة لكثيرة لادرار عرض مفرط

● او رياضيات معرقة

● او شدة تخلخل البدن لمزاج فيذعن لجذب الهواء المحيط

الحار و لذلك كان الاستحمام بالماء الحار مما يحبس الطبيعة

● او لهواء يبلغ من تسخينه ان يجذب الرطوبات، و لو من غير

تسخينه ان يجذب الرطوبات و لو من غير تخلخل، او تخلخل

ناصورى

● و قد يكون بسبب صناعة تحوج الى مقاساة حراره مثل

الزجاجه و الحدادة

● او لمزاج في البطن نفسه حار جدا" يجفف بحرارته

● او يكون السبب في تلك الحرارة في أقل الاحوال كثرة مرار

حار ينصب الى البطن، فيحرق الثقل اذا صادفه متهيئا" لذلك

لقلته، اوليوسه جوهره، و هذا في الاقل و إمافي اكثر، فانه يطلق

الطبيعة . (۲۲)

در کتاب الموجز القانون ابن نفيس قرشی نیز خلاصه علل

ایجاد براز یابس، چنین بیان شده است :

۱- لفرط تحليل بسبب تعب او فرط حرارة و خصوصا"

في الكلى او الكبد

۲- او قلّة شُرْب

۳- او بُيُس اغذيه

۴- او كثرة بول. (۲۳)

در کتاب کامل الصناعت علی ابن عباس اهوازی نیز علل

براز یابس چنین بیان شده است:

و أما البراز اليابس، فإنه يدل على حرارة قوية [شديدة]

في آلات الغذاء نشفت رطوبته، او على حاجة شديدة بالبدن

الى الغذاء فتجذب الكبد عصارة الغذاء جذبا قويا. (۲۴)

اسباب خشکی ثقل نیز در کتاب ذخیره خوارزمشاهی

اسماعیل جرجانی به این صورت بیان شده است:

اسباب خشکی ثقل شش است:

● ۱ حرکت های قوی است که به سبب آن تحلیل بسیار

افتد و اندام ها حاجتمند شوند، بدانکه تری غذا را جذب کند تا

بدان سبب ثقل خشک شود

● ۲ بسیاری ادرار بول است.

● ۳ بسیاری عرق

● ۴ حرارتی قوی که در اندام های غذا پیدا باشد و رطوبت

را نشف کند.

● ۵ خوردن غذاهای خشک

● ۶ ضعیفی قوت دافعه و بماندن ثقل در امعاء (۲۵)

نفیس ابن عوض کرمانی در کتاب گرانقدر شرح الاسباب

و العلامات در بحث قولنج ثقلی علل ایجاد خشکی مدفوع را

چنین بر می شمارد:

و إما . (قولنج) ثقلی و سببه ثقل یجف و یشتد و یتبندق

فی الامعاء :

۱- إما لیبس الأطعمة فی نفسها کالبوط و الجاورس

۲- أو قلّة مقدارها فتقبل الطبيعة علی استقصاء المص حتی

يجف

۳- و إما لحرارة الامعاء و تحليلها لرطوبات الثقل و نشفها

لها. (و علامته دوام بیس الثقل قبله و شدة العطش و وجود

الالتهاب فی المراق و قحوسته لكثرة التحليل و نتن البراز لشدة

تأثير الحرارة الغريبة فيه و سواده إلى الحمرة لإحتراق ما ينصب

إليها من الصفراء و اختلاطها بالثقل المحترق)

۴- و إما لیبسها (الامعاء) و نشفها للرطوبات و جذبها إلى

نفسها (و علامته هذه العلامات من غير التهاب فی المراق و

لاتنن فی ابراز و لا سواد فيه)

۵- أو لذهاب حسها (الامعاء) :

۵-۱- إما للشرب مخدر

۵-۲- أو لسوء مزاج بارد يعرض لها

فلا يتنبه للذع الممرار المنصب إليها و يبقى الثفل فيها مدّة تجفّ رطوباته. (و علامة ذهاب حس الامعاء أن تكون الأغذية الحريفة مثل ما فيه الثوم و الخردل و الكرفس لا يتقاضى بالقيام و لا يحس بأذى الحمولات الحادة مثل البورق و الملح و الصابون و تنفخ البطن بما يتناول لأحتباسه في الامعاء و انفصال ابخرأ ريحيه عنه و لا يوجع وجعاً يعذبه لذهاب الحس و قد يتفق أن يكون هناك ناصورا أفسد الحس بإفساد جوهر العضو و إزالة القابلية للروح الحساس)

۶- إما لكثرة درور البول و إندفاع المائيه من طريق الآخر

۷- أو لكثرة التحليل من البدن بسبب تخلخله متجذب جميع الرطوبات التي في المعدة والامعاء إليه ليصير بدلا للمتحلل كما عند الإغتسال بمياه الحمات أو حرارة الهواء و جذبها للرطوبات إلى الظاهر و تحليلها لها (علامته وجود اسباب التحلل من الهواء الحار الخارجى فتتخلخل المسام و كثرة العرق و مزاولة الصنائع المحللة مثل الحدادة و غيرها)

۸- أو كثرة التعب و تحليل الرطوبات باشتداد الحرارة و

ثورانها(۲۶)

حکیم ارزانی در کتاب طب اکبری علل احتباس ثفل را نه

سبب می‌داند:

احتباس ثفل را نه سبب است:

یکی، آنکه طعام فی حد ذاته خشک باشد چون کاورس و

بلوط و ذرت.

دوم، آنکه قلیل المقدار خورده شود و به سبب قلت او

دافعه بر دفع نپردازد.

سوم، آنکه حرارت یا یبوست در امعاء افتد و بدان سبب ثفل

در روده متحجر شود و بر نیاید. و این، چنان باشد که از جهت

گرمی زهره عارض شود که روده را گرم سازد.

چهارم، آن که مائیت بسیار از بدن بر آید بر سبیل ادرار بول

یا اسهال و مانند آن و بدن خشک گردد. پس اعضا از غذا

جذب مائیت بنماید بالاستقصا(یعنی به طور کامل آب آنها را

بگیرد) و ثفل خشک در روده بماند. و ظاهر است که تا ثفل را

قوام مایل به رطوبت نبود، بر نمی‌آید.

پنجم، آن که تحلیل در بدن بسیار افتد جهت تحلیل بدن و یا گرمی هوا یا تعب مفرط و به علتی که در خروج مائیت گفته شد، احتباس ثفل آرد.

ششم، آن که حس امعاء تباه شود و به واسطه شرب مخدرات یا به سبب سوء مزاج بارد مفرط که در امعاء افتد و باشد که در روده ناصور پدید آید و مزیل حس او گردد.

هفتم، آن که در منفذی که ما بین زهره و امعاء است جهت آمدن صفرا بر معا، سده عارض شود و صفرا که منبه دافعه امعاء از انصباب باز ماند و بالضرور، ثفل بسته شود.

هشتم، آن که دیدان و کرم در امعاء تولد کند و ثفل که به امعاء آید رطوبت او را بخورد و ثفل خشک بسته بماند و قولنج آرد.

نهم، آن که روده قولون ضعیف شود و دفع فضله نتواند کرد. (۲۷)

در خلاصه الحکمه، حکیم سید محمدحسین عقیلی خراسانی، نیز در اسباب براز یابس به این موارد اشاره کرده است:

۱- اسباب خارجی:

● استعمال ادویه یابس و تکرار و تکتار آن

● تعب مفرط معرق

● بسیار نشستن در حمام (خصوصا حار معرق) و بالجمله هر چه محلل است و باعث حدوث یبوست از اغذیه یابسه ظاهر است.

● استعمال مدرات و معرقات نیز از جمله اسباب مجففه براز است.

۲- اسباب داخلی:

● کثرت درور بول و اجزاء بول و عرق، بی‌استعمال مدرات بول و عرق و بدون شرب اشیا معرقه

● شدت حرارت مزاج جمیع بدن و یا کبد و گرده تنها

● طول لبث و درنگ ثفل در امعاء (۲۸)

هم او در کتاب معالجات عقیلی در اسباب ایجاد ثفل یابس زیر قولنج التوایی چنین بر می‌شمارد:

۱- تقدم تناول اطعمه يابسه مانند جاورس و بلوط و ذرت و امثال اينها

۲- قلت مقدار اطعمه که قوت دافعه متوجه آن نگردد به سبب قلت

۳- حرارت امعا که اطفال را خشک و متحجر گرداند (علامت آن شدت عطش و التهاب دائمی و بیس براز و لاغری مراق) گاهی این حرارت در اثر حرارت مراره می باشد.

۴- غلبه یبوست در امعا

۵- کثرت تحلیل رطوبات بدنیه به سبب بسیاری مشی و تعب (رسیدن هوای گرم به بدن و تخلخل مسام و کثرت عرق و مزاولت صنائع محله از قبیل آهنگری و مسگری و حمامی و امثال اينها)

۶- بیس امعا (علامت آن غثیان و عدم تبرز براز)

۷- مائیت بسیار از بدن اخراج یابد به ادرار و یا به اسهال و یا به عرق و بدن خشک گردد و جذب مائیت از امعا نماید.

۸- قوت حس امعا فاسد گردد به آشامیدن مخدرات و یا رسیدن سوء مزاج بارد مفرطه به امعا و یا به سبب ناسور امعا حس آن زائل شود.

۹- در منفذ مابین مراره و امعا سده واقع شود که صفرا بر آن نریزد که باعث غسل اطفال و دغدغه و تنبه اخراج ثفل گردد (علامت آن سفیدی رنگ براز و قراقر بطن و یرقان اصفر است)

۱۰- ضعف قوه دافعه قولون

۱۱- تولد دیدان در امعا (۲۹)

حکیم محمد اعظم خان چشتی، در کتاب اکسیر اعظم در زیر بحث حصر، می گوید:

«اسباب این، مثل اسباب قولنج باشد و گاهی تابع امراض حاده و غیر آن مثل مراق و ریح البواسیر و بواسیر بود. علاج آنچه در قولنج مذکور شد، حسب سبب تدبیری خفیف بهر رفع قبض از آن برگیرند. مثلاً آنجا که سبب غلبه ریح باشد، ادویه ملین کاسر ریح استعمال کنند و آنجا که حرارت و یبوست امعا

سبب قبض بود، ادویه مبرد مرطب مزلق به عمل آورند...». صاحب ترویج الارواح می نویسد که: «حصر، قبض شکم است زمانی طویل، خواه با وی درد باشد یا نه. پس حصر عامتر از قولنج باشد، چه در قولنج بودن درد شرط است و علاج او قریب از علاج قولنج است، اگر تابع امراض حاده نباشد. در بحث قولنج نیز از قول ابن بیطار، تفاوت بین یبوست (اعتقال طبیعت) و قولنج ثفلی را چنین بیان می کند:

«...صاحب جامع می نویسد که قولنج ثفلی، اسلم انواع قولنج و اسهل بره است. و فرق میان این و اعتقال طبیعت آن است که در اعتقال، ثفل در معای مستقیم یا اعور یا در ذات تلافیف محتبس باشد، پس با وی تهوع و تقلب نفس نبود. و این نوع در قولون بود، پس با این، اندک تهوع و تقلب نفس و قلت اشتها حادث شود و لهذا قولنج نامند. (۳۰)

آنگاه علل مختلف قولنج ثفلی را نام برده و درمان های آن را ذکر می کند. خلاصه علل قولنج ثفلی به این ترتیب است:

۱- بیس اغذیه

۲- قلت مقدار اغذیه

۳- حرارت امعا

۴- بیس امعا

۵- کثرت تخلخل بدن

۶- کثرت مشی و تعب و تحلیل کثیر از بدن

۷- کثرت درور بول

۸- احتباس صفرا (سده مجاری صفرا)

۹- بطلان حس امعا به علت شرب مخدرات

۱۰- بطلان حس امعا به علت سوء مزاج بارد مفرط در امعا و رقت مراق

۱۱- ضعف دافعه امعا

۱۲- دیدان. (۳۱)

سرانجام حکیم ناظم جهان در اکسیر اعظم، علل یبوست (حصر) در اطفال را دو مورد می داند:

«گاه باشد که اطفال را به سبب غلبه رطوبات که مضعف قوتهاست، و یا به سبب عدم انصباب صفرا بر امعا، قبض حادث شود». آنگاه با تقسیم بندی آن به دو نوع همراه با تب و بدون تب، به درمان های آن می پردازد. (۳۲)

۲-۲- علل یبوست در طب جدید:

در جمع‌بندی، علل یبوست از نظر کتابهای طب داخلی و مقالات آن، به شرح زیر است:

۱- یبوست عملکردی:

یبوست ساده (ایدیوپاتیک) - سندرم روده تحریک‌پذیر - ترانزیت روده‌ای آهسته - تأخیر در خروجی مقعد - توده مدفوعی - انسداد کاذب

۲- عوامل رفتاری و روان‌پزشکی:

رژیم‌های غذایی با مواد زائد کم - استفاده مزمن مسهل‌ها و تنقیه - بی‌حرکتی - کاهش خوردن غذا - سایکوز - افسردگی - اختلالات غذا خوردن - بیماریهای وسواسی جبری

۳- بیماریهای دستگاه گوارش

الف- انسداد کولون در اثر عوامل خارج مجرای روده‌ای (تومور داخل شکمی یا تومور لگنی - وولولوس مزمن - پرولاپس رکتوم - آسیت - انتهای حاملگی - چسبندگی روده‌ای)
ب- انسداد کولون در اثر عوامل داخل مجرای روده‌ای (بدخیمیهای کولون یا رکتوم) - تومورهای خوش خیم کولون - دیورتیکولیت راجعه - تنگی کولون - کولیت اولسراتیو مزمن - کولیت ائوزینوفیلیک - آمیبیاز مزمن - لنفوگرانولوما ونروم - سیفیلیس - سل - کولیت ایسکمیک - اندومتریوز - ناهنجاری‌های پس از عمل جراحی - درهم فرورفتن روده‌ها)

۴- اختلالات آنورکتال

پروکتیت (خصوصاً زخمی‌شونده) - بواسیر - شقاق و فیستول (مثل بیماری کرون) - آبسه پری آنال - آترزی آنال - تنگی آنال - میوپاتی اسفنگتر داخلی آنال - رکتوسل

۵- علل اندوکراین و متابولیک

هیپو تیروئیدیسم - هیپرکلسمی - پورفیری - فئوکروموسیتوما - کم‌کاری کلی هیپوفیز - دیابت - اورمی - هیپوکالمی - مسمومیت با فلزات سنگین - بارداری - گلوکاگونوما - هیپوپاراتیروئیدیسم کاذب

۶- اختلالات عصبی عضلانی

پارکینسون - سکتة مغزی - تومور مغزی - دمانس ناشی از سن - MS - آسیبهای نخاعی - مگا کولون آگانگلیونیک (هیرشپرونک) - نورو فیروماتوز - نفروپاتی دیابتیک - بیماری

شاگاس - دیسترونی عضلانی - اسکرودرما - آمیلوئیدوز - درماتومیوزیت
۷- داروها:

آنتی‌اسید (کلسیم کربنات - آلومینیوم هیدروکساید) - مخدرها - آنتی‌کولینرژیک - ضد تشنجه‌ها - ضد افسردگیهای سه حلقه‌ای - فنوتیازین‌ها - دیورتیک‌ها - فروس سولفات - ضد فشارخونها - سولفات باریوم - ترکیبات بیسموت - رزین‌های بازجذب‌کننده یون‌ها - ضد اسپاسم‌ها - ضد افسردگیها - ضد سایکوزها - بلوک‌کننده‌های کانال‌های کلسیم - مکمل‌های تغذیه‌ای کلسیم‌دار - سوکرافات - کلستیرامین - مسکنها
علتهای ذکر شده در مقالات بسیار زیاد بوده و علل قطعی نیستند. به عبارت دیگر اکثر این علتهای به‌عنوان علل زمینه‌ساز یبوست مطرحند و ممکن است در بسیاری از موارد به‌تنهایی باعث ایجاد یبوست نشوند.

لذا برای ایجاد انسجام در مباحث، علل ذکر شده در دو کتاب طب داخلی هاریسون و سیسل به‌عنوان مبنای مقایسه قرار می‌گیرند.

در کتاب طب داخلی هاریسون، به‌طور کلی یبوست در دو زیر مجموعه یبوست مزمن و یبوست با شروع ناگهانی دسته‌بندی می‌شود. به‌طور کلی، خوردن ناکافی فیبر و مایعات و نیز ترانزیت کولونی یا عملکرد آنورکتال نامرتب، از علتهای اصلی بروز یبوست دانسته می‌شود. از جمله علتهای آن، اختلالات عصبی دستگاه گوارش، داروها، افزایش سن و بیماریهای سیستمیکی که دستگاه گوارش را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بیان می‌شود.

جدول ۱: علل یبوست در جدول 40-5 هاریسون. (۳۳)

انواع یبوست و علل آن	مثالهای عملی
۱- انسداد کولون ۲- اسپاسم اسفنکتر آنال ۳- داروها	تئوپلاسم، تنگی، ایسکمی، دیورتیکولوم، التهاب فیشر آنال، هموروئید دردناک
۱- سندرم روده تحریک پذیر ۲- داروها ۳- انسداد کاذب کولون ۴- بیماریهای اندوکراین ۵- اختلالات روانپزشکی ۶- اختلالات عصبی ۷- بیماریهای عمومی عضلانی	IBS با غلبه یبوست، IBS با تناوب اسهال و یبوست بلوک کننده های کلسم، ضد افسردگیها یبوست به علت حرکت کند کولون، مگاکولون (بندرت هیرشپرونک، شاگاس) هیپوتیروئیدسم، هیپرکلسمی، بارداری افسردگی، اختلالات غذاخوردن، داروها پارکینسونیسم، MS، آسیب طناب نخاعی اسکروز سیستمیک پیش رونده (۳۳)

مطرح شده و تعداد موارد طبیعی اجابت مزاج، بیش از تعدادی است که در طب جدید در نظر گرفته می شود. بر این اساس وقتی بحث از علل عارضه یبوست می شود، موضوع بحث در این دو طب، تطبیق کامل با هم ندارد.

نگاه کلی طب سنتی به سلامت و بیماری، نگاه کل نگر و عمل گرایانه است. با این دیدگاه بسیاری از عللی که برای یبوست مطرح شده است، علل عملکردی است. در حالی که طب جدید از آنجا که با دیدگاه جزءنگر و حس گرایانه به انسان، سلامت و بیماری می نگرند، در شمردن علل یبوست نیز به دنبال اختلالات محسوس مؤثر در ایجاد یبوست می گردد. البته ممکن است بعضی از عللی که در طب سنتی ایرانی مطرح شده، به راحتی قابل حس و آزمایش نبوده و یا هنوز ابزاری برای سنجش آن پیدا نشده باشد.

بنابراین در زمان تطبیق این دو دسته علل، تعدادی از علل که در طب سنتی شمرده شده و در مورد آن بحث می شود، از آنجا که عینیت محسوس آن به راحتی درک نمی شود، در یک دسته کلی بزرگ (بیش از ۹۰٪ موارد) به عنوان یبوست های عملکردی (Functional) در طب جدید بیان می شود (علت حدود ۱۰٪ موارد یبوستها) که در طب جدید بیان می شود (علت حدود ۱۰٪ موارد یبوستها) موارد محسوس با دقت بسیار و به کمک فناوری، دسته بندی دقیق می شود. در بعضی از این موارد، یافتن علتی که در طب سنتی متناظر با آن باشد، دشوار است.

در مجموع به نظر می رسد با اینکه در بعضی از موارد، علل

علل کلی یبوست در سبیل نیز چنین بیان شده است:

۱- انسداد کاذب مزمن ایدیوپاتیک روده (chronic idiopathic intestinal pseudo-Obstruction)

۲- دفع دشوار مدفوع (Dyschezia) که با علائم فشار، احساس دفع ناکامل مدفوع همراه است که ممکن است جزئی از IBS باشد یا اینکه در اثر علل مکانیکی مثل پرولاپس رکتوم و یا آگانگلیونوزیز (در هیرشپرونک) باشد.

۳- اختلال عملکرد کف لگن (در این مورد، اختلال بازشدن اسفنکتر خارجی مقعد و انقباض متناقض آن، موجب عدم دفع مدفوع و ایجاد یبوست می شود. (۳۴)

نکته جالب اینکه در هاریسون تصریح شده است که در بسیاری از بیماران در بیش از ۹۰٪ موارد هیچ علت زمینه ای (مثل کانسر، افسردگی یا هیپوتیروئیدسم و ...) یافت نمی شود و بیمار به افزایش هیدراسیون، ورزش و افزایش فیبر مواد غذایی (۱۵-۲۵ g/kg) پاسخ درمانی می دهد. (۳۳)

به عبارت دیگر آنچه به عنوان علت یبوست بیان می شود، تنها علت ۱۰٪ یبوستها بوده و بقیه موارد به عنوان یبوستهای عملکردی (Functional) در نظر گرفته می شود.

بحث و نتیجه گیری:

تعریف یبوست در طب سنتی ایرانی با طب جدید متفاوت است. به طوری که در طب سنتی بسیار زودتر تشخیص یبوست

یبوست در این دو طب قابل تطبیق است، ولی علل یبوست در طب سنتی، بسیار عمل‌گرایانه‌تر (ناظر به عملکرد اعضاء) و با شمول بیشتر بوده؛ در حالی که علل یبوست در طب جدید، علی‌رغم دقت بیشتر در دسته‌بندی، شمول کمتری دارد و برای یبوستهای عملکردی که شیوع ۹۰٪ دارد طبقه‌بندی مناسبی ارائه نداده است.

در طب سنتی بسیاری از عللی که برشمرده می‌شود، در گروه علل عملکردی هستند. درحالی‌که در طب جدید، علل عملکردی که حدود ۹۰٪ موارد را تشکیل می‌دهد، جدا شده و آنگاه علل دیگر بیان می‌شوند. در نتیجه بسیاری از علل ذکر شده، نادر هستند.

برای مقایسه بین علل یبوست در طب سنتی ایرانی و طب جدید، در جدول زیر، ابتدا علل یبوست از دیدگاه طب سنتی در سمت راست جدول دسته‌بندی شده، آنگاه علل یبوست که در طب جدید بیان شده و می‌تواند معادل نسبی علت در طب سنتی قرار گیرد، به‌صورت تطبیقی در مقابل آن، مطرح شده است.

از آنجا که علل یبوست در طب جدید منحصر به موارد غیر عملکردی می‌باشد، بقیه موارد از جمله عللی که از نظر طب جدید نامفهوم بوده (مثل اغذیه یابسه با تعریف طب سنتی) و یا مفاهیمی که تطبیق نسبی آنها عملی نبود، می‌تواند از دیدگاه طب جدید در زمره علل عملکردی باشد.

جدول ۲: مقایسه علل یبوست در طب سنتی با طب جدید

علل یبوست در طب سنتی	علل یبوست در طب جدید		
تعب مفرط معرق	(دهیدراتاسیون) عملکردی	سنگین محل ز	سختی در ز
بسیارنشستن در حمام خار معرق	(دهیدراتاسیون) عملکردی		
حرارت هوا	(دهیدراتاسیون) عملکردی		
اغتسال با آبهای قابض	(دهیدراتاسیون) عملکردی		
استعمال ادویه یابسه (تکرار و تکرار)	داروها	زرد نظر	
استعمال مدرات	داروها		
استعمال معرقات	داروها		
اغذیه یابسه	عملکردی		
کم خوردن غذا	اختلالات غذاخوردن		
خوردن مخدرها	داروها		
شدت حرارت مزاج بدن	عملکردی	سختی در ز	
حرارت زیاد کبد	عملکردی		
گرمی زهره	عملکردی		
حرارت زیاد کلیه‌ها	عملکردی		
حرارت امعا	عملکردی		
یبوست امعا	عملکردی		
سوء مزاج سرد مفرط امعا	انسداد کاذب مزمن ایدیوپاتیک روده - یبوست به علت حرکت کند کولون	سختی در ز	
ضعف قوه دافعه در امعا	انسداد کاذب مزمن ایدیوپاتیک روده - حرکت کند کولون		
ضعف قوه عاصره عضلات بطن (مثلا در اثر کثرت جماع)	بیماریهای عمومی عضلانی - اختلال عملکرد کف لگن - آسیبهای طناب نخاعی		
شرب مخدر	داروها		
سوء مزاج بارد مفرط امعا	انسداد کاذب مزمن ایدیوپاتیک روده - یبوست به علت حرکت کند کولون		
ناسور امعا	دفع دشوار مدفوع (Dyschezia) فیشر آنال، هموروئید دردناک		
کاهش انقباض صفرا	عملکردی		

ادامه جدول ۲:

زیادی ادرار (بدون خوردن مدرات)	دهیدراتاسیون) عملکردی
زیادی تعریق (بدون خوردن معرقات)	دهیدراتاسیون) عملکردی
کاهش رطوبت بدن (پس از اسهال، تعریق، ادرار)	دهیدراتاسیون) عملکردی
سده منفذ مراره و امعا	عملکردی
دیدان و کرم	عملکردی
افزایش تخلخل بدن	عملکردی
ضعف قولون	انسداد کاذب مزمن ایدیوپاتیک روده- یبوست به علت حرکت کند قولون
غلبه ریح	عملکردی
تابع امراض حاده و غیر آن (مراق و ریح البواسیر و بواسیر)	اسپاسم اسفنکتر آنال (فیشر آنال، هموروئید دردناک) دفع دشوار مدفوع (Dyschezia)

تشریح و قدردانی:

سستی ایرانی)، در درمان یبوست بوده است. از آقای دکتر ناصری که همواره و نیز در این کار، راهنمای ما بوده‌اند، قدردانی می‌کنیم.

این مطالعه به همراه تحقیق دیگری با عنوان «معرفی گیاهان دارویی موثر در درمان یبوست»، مقدمه کار بالینی برای معرفی یکی از بهترین و کم‌عارضه‌ترین داروها (از ذخیره عظیم طب

REFERENCE:

1. H. Knopf, M. Braemer-Hauth, H. U. Melchert, and W. Thefeld, "Ergebnisse der nationalen untersuchungs-surveys zum laxantiengebrauch," Bundesgesundhbl, vol. 38, pp. 459-467, 1995.
2. Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, et al. Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: Relation of clinical subtypes to socioemographic features. Am J Gastroenterol 1999;94:3530-40
3. American Journal of Gastroenterology (1999) 94, 3530-3540. A Population-based Study on Bowel Habits in a Swedish Community: Prevalence of Faecal Incontinence and Constipation Scandinavian Journal of Gastroenterology 2002, Vol. 37, No. 8, Pages 911-916
4. Sonnenberg A, Koch TR. Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. Dig Dis Sci 1989;34:606-11
5. Khoshbaten, Manoucheh; Ghasemi, Homs; Hekmat doust, Azita; Entezari, Mohsen. Prevalence of Digestive signs and symptoms in the northwest region of Tabriz - Iran. In: Fourth International Congress of Gastroenterology and hepatology. Azar 1383. 15 to 17.
6. Borowitz SM, Cox DJ, Tam A, Ritterband LM, Sutphen JL, Penberthy JK. Precipitants of constipation during early childhood. J Am Board Fam Pract. 2003 May-Jun; 16(3):213-8.
7. de Araújo Sant'Anna AM, Calçado AC. Constipation in school-aged children at public schools in Rio de Janeiro, Brazil. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1999 Aug; 29(2):190-3.
8. Leung AK, Chan PY, Cho HY. Constipation in children. Am Fam Physician. 1996 Aug;54(2):611-8, 627.8
9. Van Ginkel R, Büller HA, Boeckxstaens GE, van Der Plas RN, Taminau JA, Benninga MA. The effect of anorectal manometry on the outcome of treatment in severe childhood constipation: a randomized, controlled trial. Pediatrics. 2001 Jul;108(1):E9.

10. Bellman M. Studies on encopresis. *Acta Paediatr Scand* 1966; Suppl 170.10
11. Sonnenberg A, Koch TREpidemiology of constipation in the United States. *Dis Colon Rectum*. 1989 Jan;32(1):1-8.
12. Rafiee, Mandana; Feyzullah zade, Hossein; Mansouri, Afsaneh. Factors associated with constipation in children hospitalized at Children's Hospital of Tabriz. *Journal of Nursing and Midwifery, Tabriz*. Winter 1387. No. 12: pp. 46-52
13. Hakim Moyasseri. *Encyclopedia of Medicine, the oldest medical collection of Persian poetry*. Tehran: Institute of Islamic Studies at McGill University Publications, Tehran Branch. First print, 1382. Page 262.
14. Jarjani, Hakim Seyed Ismail. "Alaghraz Altebyeh va Almahahesa al alalaeia". Correction by Professor Hassan Tajbakhsh. Tehran university of medical sciences, first print, 1386. Volume 1, pp. 126-127.
15. Naseri, Mohsen; et al. General overview of iranian traditional medicine. Tehran: Nashre shahr publication. Second edition 1388. Page 85.
16. Arzani, Hakim Mohammad Akbar. "teb e Akbari". correction and research by the Institute of Natural Medicine's revival. Tehran. First print, 1387. Volume 2, p 798.
17. Lewis G, Rudolph CD. Practical approach to defecation disorders in children. *Pediatr Ann*. 1997 Apr;26(4):260-8.
18. AS Fauci, E Braunwald, DL Kasper, SL Hauser... - *Harrison's principles of internal medicine*. Mc Graw Hill Medical, USA. 2008.P 253-254
19. Dimson SB. Carmine as an index of transit time in children with simple constipation. *Arch Dis Child*. 1970 Apr;45(240):232-5.
20. Seth R, Heyman MB. Management of constipation and encopresis in infants and children. *Gastroenterol Clin North Am*. 1994 Dec;23(4):621-36.
21. van Ginkel R, Reitsma JB, Büller HA, van Wijk MP, Taminiau JA, Benninga MA. Childhood constipation: longitudinal follow-up beyond puberty. *Gastroenterology*. 2003 Aug;125(2):357-63.
22. Ibn Sina, Hussein ibn Ali. "Ghanoun fi Aldeb". Beirut: Alalamy Publications. 2005. Volume 3, page 265
23. Qureshi, Ibn Nafis. "Mojez alqanoun". Cairo: 2004. Page 54.23
24. Ahwazi, Ali Ibn Abbas. "Kamel al senaa al tabiea". Correction and research by the institute of natural medicine's revival. Tehran. First print, 1387. Vol 2, p 220.
25. Jarjani, Hakim Seyed Ismail. "Zakhireye Kharazmshahi". Tehran: The academy of medical sciences publication, First print .1387. Book II, Vol 1, p 243.
26. Kirmani, Nafis ibn avaz. "Sharh al asbab va al alamat". correction and research by the institute of natural medicine's revival. Tehran. First print, 1387. Volume 2, pp. 102 and 103.
27. Arzani, Hakim Mohammad Akbar. "Teb e Akbari. Correction and research by the institute of natural medicine's revival, Tehran. First print, 1387. Vol 2, p 793.
28. Aghili Khorasani, Seyed Mohammad Hussain. "Kholase al Hekma". Correction by professor Nazim. Tehran. First print, 1385. Volume 1, page 757.

29. Khorasani Aghili, Mohammad Hussain. "moalejat e Aghili". Linear version?? (print?) Institute of medicine's history Studies, Islamic and Complementary Medicine. Tehran 1387, p 707.
30. Choshty, Hakim Mohammad Azam Khan. Azam's Elixir (Exir e Azam). Linear version?? (the year of publication?) Institute of medicine's history Studies, Islamic and Complementary Medicine, Volume 3, pp. 329, 1387.?
31. Choshty, Hakim Mohammad Azam Khan. Azam's Elixir (Exir e Azam). Linear version??? Institute of medicine's history Studies, Islamic and Complementary Medicine, Volume 3, pp. 329 - 333.1387.?
32. Choshty, Hakim Mohammad Azam Khan. Azam's Elixir (Exir e Azam). Linear version??? Institute of medicine's history Studies, Islamic and Complementary Medicine, Volume 3, pp. 345, 1387.?
33. AS Fauci, E Braunwald, DL Kasper, SL Hauser et al . Harrison's principles of internal medicine. Mc Graw Hill Medical, USA. 2008.P 253-254
34. RG Luke, L Goldman et al. Cecil textbook of medicine. 22nd ed. Vol1. Philadelphia, PA: Saunders; 2004;p.690

Archive of SID