

اهمیت و روش‌های درمان یبوست بارداری در طب سنتی ایران و مقایسه آن با طب رایج

محمدعلی زارعیان^۱، فاطمه نجات‌بخش^۲، ملیحه تبرایی آرانی^{۲*}

۱. دانشجوی دکترای تخصصی طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۱۱

خلاصه

مقدمه: یبوست یکی از شایع‌ترین شکایات در دوران بارداری است که درصد قابل توجهی از زنان باردار تجربه‌ای از ابتلاء یا تشدید آن در دوران بارداری را ذکر می‌کنند. در این مقاله توصیه‌های مربوط به رفع یبوست در زمان بارداری از منابع طب سنتی و پایگاه‌های اطلاعاتی طب رایج استخراج و مقایسه شدند.

روش کار: در این مطالعه مروری و کتابخانه‌ای ابتدا توصیه‌های مربوط به یبوست بارداری از کتب مرجع و مهم طب سنتی بررسی شد، سپس مقالات فارسی و انگلیسی پایگاه‌های SID، Scopus، PubMed، Google scholar، iranmedex و magiran با کلیدواژه‌های انگلیسی pregnancy، constipation و constipation و کلیدواژه‌های فارسی یبوست، بارداری و ترکیب این دو کلمه بدون ایجاد محدودیت زمانی مورد جستجو و بررسی قرار گرفت و یافته‌های به دست آمده در مرحله اول که حاصل از منابع طب سنتی بودند، با موارد به دست آمده از مقالات مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در طب سنتی ایران این اعتقاد وجود دارد که رفع یبوست و استفاده از ملینات در صورت ضرورت در زمان بارداری بسیاری از عوارض بارداری را کاهش می‌دهد. توصیه‌های مربوط به پیشگیری و درمان یبوست بارداری در طب سنتی ایران به چند دسته قابل تقسیم هستند که شامل: توصیه‌های غذایی مانند مصرف سوپ‌های چرب، توصیه‌های دارویی مانند استفاده از فلوس و گل سرخ، توصیه‌های غیرخوراکی مانند پیاده‌روی ملایم و انما، موارد منع مصرف و نیازمند احتیاط مانند پرهیز از غذاهای تند و تلخ و قابض می‌باشد. در طب رایج نیز مانند طب سنتی، خط اول درمان برای درمان یبوست در زمان بارداری تغییر رژیم غذایی و سبک زندگی عنوان شده است و استفاده از دارو تا حد امکان منع شده است.

نتیجه‌گیری: مسیر کلی برخورد با یبوست بارداری در منابع طب سنتی مشابه یافته‌های پزشکی رایج می‌باشد، ولی جزئیات توصیه‌های موجود در این منابع از سطح شواهد مطلوب برخوردار نیست. هم‌چنین اهمیت توجه به یبوست در کاهش عوارض مختلف بارداری در این منابع بسیار مورد تأکید است که شایسته بررسی بیشتر می‌باشد.

کلمات کلیدی: بارداری، طب سنتی ایران، عوارض بارداری، ملین، یبوست

* نویسنده مسئول مکاتبات: ملیحه تبرایی آرانی؛ دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۱۲۷۹۰۹۹۰۶؛ پست الکترونیک: dr.mtabarrai@yahoo.com

مقدمه

یبوست یکی از شایع‌ترین بیماری‌های گوارشی و شکایاتی است که توسط گروه‌های مختلف سنی مطرح می‌شود. این بیماری علاوه بر تأثیرات منفی بر سبک زندگی و عوارض جسمی، هزینه‌های بسیاری نیز به بیمار و سیستم سلامت وارد می‌کند. مثلاً مطالعه سانچز و همکار (۲۰۱۱) در آمریکا ذکر کرده بود که اگرچه آمارهای رسمی هزینه سالانه درمان یبوست را ۸۰۰ میلیون دلار برآورد می‌کنند، ولی این رقم بیشتر است؛ چراکه بسیاری از بیماران بدون مراجعه به سیستم سلامت، از ملین‌های موجود در بازار استفاده می‌کنند (۱). این بیماری از عوارض شایع دوران بارداری است که بعد از تهوع، رتبه دوم ناخوشی‌های گوارشی در زمان بارداری را داراست. برای یبوست دلایل مختلفی از جمله مسائل تغذیه‌ای، تغییر در جذب و مصرف آب به ویژه در سه ماهه سوم، کاهش فعالیت بدنی، مصرف مکمل‌های آهن، سبک زندگی، بیماری‌های کولون، اختلالات متابولیک و اختلالات نورولوژیک را برشمرده‌اند، ولی عمده‌ترین دلیل یبوست در زمان بارداری، ترکیبی از فاکتورهای هورمونی و مکانیکال است که دستگاه گوارش را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲، ۵). کاهش زمان ترانزیت کولون در سه ماهه دوم و سوم بارداری که عمدتاً ناشی از تأثیرات پروژسترون بر حرکات روده باریک و بزرگ است، نمودی از تأثیر عوامل هورمونی در ایجاد یبوست می‌باشد (۴).

یبوست با استفاده از کرایتریای Rome III به دو سندرم: یبوست عملکردی^۱ و سندرم روده تحریک‌پذیر با غلبه یبوست^۲ تقسیم می‌شود. البته بررسی دیگری نیز در مورد یبوست انجام می‌گیرد که ارزیابی زمان ترانزیت کولونی و عملکرد آنورکتال می‌باشد و بر این اساس یبوست به سه دسته: ترانزیت طبیعی یا سندرم روده تحریک‌پذیر، اختلال عملکرد پلویک و یبوست ناشی از ترانزیت کند تقسیم می‌شود که دسته اول شایع‌تر از بقیه می‌باشد (۶).

اگرچه کرایتریای Rome III برای ارزیابی یبوست‌های مزمن کارآمد است، ولی برای شرایط بارداری مناسب به نظر نمی‌رسد؛ چراکه بیماران شکایت‌هایی مبنی بر سختی دفع یا کاهش دفعات آن را در بارداری ذکر می‌کنند که با این کرایتیریا قابل تطبیق نیست. یک کرایتریای ساده‌تر برای تشخیص یبوست در بارداری می‌تواند به صورت کاهش دفعات دفع (کمتر از ۳ بار در هفته)، مدفوع سفت و یا سختی دفع مدفوع باشد (۳).

بیش از ۴۰٪ زنان در زمان بارداری تجربه‌ای از یبوست دارند، در حالی که بعضاً هیچ تجربه‌ای از این عارضه قبل از بارداری نداشته‌اند. البته این مشکل در عموم مردم نیز شایع می‌باشد؛ به گونه‌ای که در برخی مطالعات آمار ابتلاء به آن را تا ۳۰٪ از افراد جامعه ذکر کرده‌اند. زنانی که قبل از بارداری دچار یبوست هستند عمدتاً در زمان بارداری با تشدید این عارضه مواجه می‌شوند (۳، ۵). یبوست علاوه بر ناخوشایند بودن، می‌تواند با عوارض مانند مگاکولون، ضعف عمومی، هموروئید و عوارض پایداری هم‌چون آسیب عصب پودندال و اختلال در عملکرد عضلات کف لگن ناشی از فشار بیش از حد برای دفع و حتی پرولاپس یوتروواژینال همراه باشد (۳، ۷). همچنین مطالعات نشان داده‌اند زنانی که مبتلا به یبوست شدید هستند، بیشتر در معرض جراحی‌های ژنیکولوژی هستند (۳).

در مطالعات جدید ملین‌ها بر اساس مکانیسم اثرشان در ۵ گروه دسته‌بندی می‌شوند و مطالعات کافی درباره عوارض جانبی آنها موجود نیست (۸) (جدول ۱).

¹ Functional constipation

² constipation-predominant IBS

جدول ۱- انواع ملین‌ها

نوع ملین	مکانیسم اثر	مثال	مصرف در بارداری	عوارض محتمل
حجم‌دهنده‌های مدفوع	نگه داشتن آب در کولون با اتصال برقرار کردن با آن و افزایش حجم و تسهیل دفع مدفوع	پسیلیوم، سبوس	ایمن برای مصارف طولانی مدت در بارداری به دلیل نبود جذب سیستمیک و نداشتن آسیب جنینی	عدم تأثیر در برخی بیماران نفخ، کرامپ، افزایش دفع گاز نامناسب برای رفع سریع علائم (۵)
نرم‌کننده‌های مدفوع	تحریک ترشح آب، سدیم، کلر و پتاسیم و مهار جذب گلوکز و بی‌کربنات در ژژونوم	دوکوزات سدیم یا دوکوزات کلسیم	ایمن به دلیل نداشتن آسیب جنینی	امکان ایجاد هیپومنیزیمی در نوزاد با مصرف طولانی مدت
ملین‌های لوبریکان	کاهش تنش سطحی مایعات روده‌ای و در نتیجه باقی ماندن مایع بیشتر در روده‌ها و تسهیل دفع و کاهش فشار برای دفع	روغن‌های معدنی	ایمن به دلیل نداشتن آسیب جنینی برخی مطالعات منع کرده‌اند (۵)	امکان اختلال در جذب ویتامین‌های محلول در چربی از جمله ویتامین K و به دنبال آن افزایش خطر خونریزی. (مشاهده‌ای در این زمینه گزارش نشده است) (۳)
ملین‌های اسموتیک	افزایش تنش اسمولار منتج به افزایش جذب آب به مجرای روده، اتساع و افزایش حرکات روده‌ای و دفع	نمک‌ها (مانند سدیم کلراید یا پتاسیم کلراید)، منیزیم سولفات یا سیترات، سوربیتول، لاکتولوز، پلی‌اتیلن گلیکول	ایمن به دلیل جذب سیستمیک کم، دوره‌های کوتاه، نیازمند افزایش مصرف آب برای افزایش کارایی، برخی مطالعات مصرف این دسته را در بارداری نیازمند احتیاط دانسته‌اند (۵)	نفخ، احتمال ایجاد اختلال الکترولیتی با مصرف طولانی مدت
ملین‌های محرک	تحریک حرکات کولونی و کاهش جذب آب از روده بزرگ	بیزاکودیل، سنا	نیازمند احتیاط ولی جذب سیستمیک کم، دوره‌های کوتاه، نیازمند افزایش مصرف آب برای افزایش کارایی (۵)	کرامپ، احتمال ایجاد اختلال الکترولیتی (۲)

روش کار

در این مطالعه مروری و کتابخانه‌ای، ابتدا فصل تدابیر حوامل از مقاله دوم از فن ۲۱ از کتاب سوم القانون فی الطب ابن سینا بررسی شد و توصیه‌های مربوط به یبوست در بارداری استخراج و طبقه‌بندی شدند. سپس مطالب با همین موضوع از سایر کتب مرجع طب سنتی الحاوی رازی، ذخیره خوارزمشاهی جرجانی و طب اکبری و مفرح القلوب حکیم ارزانی، خلاصه الحکمه عقیلی خراسانی، اکسیر اعظم حکیم اعظم خان و کامل الصناعه حکیم اهوازی و برخی کتب متأخرین از جمله راز درمان دکتر احمدیه مورد بررسی قرار گرفت. همچنین توصیه‌های پیرامون پیشگیری و درمان یبوست در بارداری و اهمیت و ضرورت آن با استفاده از ترکیبی از کلیدواژه‌های «یبوست»، «حوامل»، «حبالی»، «لینت

همچنین ملین‌های حاوی آنتراکینون به دلیل احتمال ایجاد ناهنجاری در جنین در بارداری منع مصرف دارند. از دیگر ملین‌هایی که باید با احتیاط مصرف شود، روغن کرچک است که می‌تواند منجر به تحریک انقباضات رحمی زودرس شود. ملین‌های نمکی اسموتیک نیز با وجود اینکه باعث احتباس سدیم می‌شوند، در برخی مطالعات مصرف کوتاه مدت‌شان مجاز دانسته شده است (۳، ۴).

اگرچه ملین‌های محرک تأثیر بهتری نسبت به ملین‌های حجم‌دهنده و ملین‌های اسموتیک دارند، ولی عوارض جانبی آنها از جمله درد شکمی و اسهال مصرف آنها را محدود می‌سازد (۲).

طبع^۱، «لینت مزاج»^۴، «حصر بطن»^۵، «عقل بطن»^۶ و «قولنج»^۷ جمع‌آوری و دسته‌بندی شدند. در ادامه مقالات فارسی و انگلیسی پایگاه‌های Google Scholar، PubMed، Scopus، SID، Magiran و iranmedex با کلیدواژه‌های انگلیسی pregnancy، constipation و constipation و کلیدواژه‌های فارسی یبوست، بارداری و ترکیب این دو کلمه بدون ایجاد محدودیت زمانی مورد جستجو و بررسی قرار گرفت و یافته‌های به دست آمده در مرحله اول که حاصل از منابع طب سنتی بودند با موارد به دست آمده از مقالات مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در منابع طب سنتی ایران برای دفع و مدفوع طبیعی ویژگی‌هایی برشمرده‌اند که شامل: قوام خمیری، رنگ زرد یا قهوه‌ای روشن، بودار بودن ولی عاری بودن از بوی عفونت و ماندگی، همراه نبودن دفع با سر و صدای زیاد، خروج آسان و ارادی، فرم یکنواخت و تکه‌تکه نبودن، احساس سبکی بعد از دفع، نبودن کف همراه با مدفوع، منظم بودن دفع و سوزش خفیف مقعد بعد از دفع می‌باشد (۹، ۱۰).

در طب سنتی ایران اهمیت رفع یبوست در بارداری به قدری است که استفاده از ملینات برای رفع آن در زمان حاملگی به شدت مورد توصیه قرار گرفته و حتی نقش لینت مزاج در کاهش اکثر عوارض حاملگی بسیار برجسته شده است؛ مثلاً بوعلی در ابتدای بحث تدبیر کلی حوامل چنین می‌گوید: «یجب أن یعتنی بتلین طبیعتهن دائماً بما یلین باعتدال مثل الإسفیذباجات الدسمة» یعنی واجب است که همیشه لینت مزاج در زنان باردار با استفاده از ملینات معتدل مانند سوپ‌های چرب مورد توجه باشد (۱۱).

حکیم ارزانی در کتاب مفرح القلوب ذکر می‌کند که بسیار مشاهده شده است که دادن ملین‌ها به زنان باردار باعث پیشگیری از ابتلای آنان به عوارض حاملگی می‌شود. همچنین او گزارشی از یک مورد بالینی بیان کرده که زنی حامله با سابقه سه نوبت سقط در سه ماهه سوم، در نوبت‌های قبلی حاملگی، به او مراجعه کرده است و در سوابق دوران حاملگی از یبوست شدید نیز رنج می‌برده است. این زن با تجویز ملینات مناسب از ماه ششم، حاملگی خود را با موفقیت به پایان رسانده است (۱۲).

در اهمیت توجه به وضعیت دستگاه گوارش در طب سنتی ایران، دکتر احمدیه در کتاب راز درمان چنین می‌نویسد: «باید دانست که بیشتر بیماری‌ها را اختلال و خرابی معده و تنبلی روده باعث می‌شود. در ضمن هر بیماری نیز اشکال و اختلال در دستگاه گوارش ایجاد می‌نماید. بنابراین باید به دستگاه گوارش توجه نمود، آن را پاک کرد و به راه انداخت. آنگاه چنانچه باز بیماری مداومت یافت به درمان خاص آن پرداخت». هم‌چنین ایشان در جایی دیگر چنین بیان می‌کند: «پیشینیان در درمان بیماری‌ها، تخلیه روده و تصفیه مزاج را از اهم امور شمرده و در این کار اصرار و ابرام زیاد داشتند و بقیه معالجات را در درجات بعد قرار می‌دادند. بنده نیز همین روش را برگزیده‌ام؛ چون یبوست و اختلال گوارش یا علت هر بیماری است یا شریک و یار آن مرض». هم‌چنین او در جایی دیگر از شیوع یبوست در بین زنان به ویژه در دوران بارداری صحبت به میان می‌آورد و آن را در عوارض مختلف بارداری از جمله آلبومینوری دخیل می‌داند و در ادامه گزارشی از یک مورد بالینی پره‌اکلامپسی شدید مطرح می‌کند که با تمرکز بر درمان یبوست بهبود پیدا می‌کند (۱۳).

در مجموع برای یبوست به صورت کلی در منابع طب سنتی، ۴ سبب عمده برشمرده‌اند:

- اختلال در عملکرد دفعی روده و گازهای روده‌ای: ناشی از احتباس مدفوع و باد شکم، کمی مدفوع، مصرف مخدرها، سوء مزاج‌های مختلف به ویژه سوء مزاج سرد روده‌ها، کاهش ریزش صفرا به روده‌ها.

۱ و ۲. هر دو واژه به معنای «زنان باردار» یکی از ریشه «حمل» و دیگری از ریشه «حبل» pregnant women
 ۱ و ۴. هر دو واژه معنایی مخالف یبوست دارند و به معنای طبیعی بودن دفع مدفوع می‌باشند: Normal defecation
 ۵ و ۶. هر سه واژه به معنای یبوست در منابع طب سنتی استفاده شده‌اند. Constipation

مزاج نیز مؤثر است؛ البته حجم وعده‌ها باید متناسب با افزایش تعداد وعده‌ها کاهش یابد (۱۶، ۱۷).

- داشتن برنامه غذایی منظم و متناسب با اشتهای (۱۰، ۱۳).

- مصرف غذاهای نرم و زود هضم (۱۰، ۱۸، ۱۹) به دلیل ضعف هضم ناشی از حاملگی دستگاه گوارش فرآیند هضم تا دفع غذاهای دیرهضم را طولانی می‌کند و این امر منجر به یبوست خواهد شد (۲۰).

- آش‌های ساده چرب (۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۱): البته باید توجه داشت که غذاهای چرب می‌توانند سوزش سر دل را که خود از عوارض شایع حاملگی است، تشدید کنند (۲) که برای رفع این عارضه در منابع طب سنتی توصیه شده بعد از مصرف این غذاها، خوراکی‌های گس و خوشبو مانند به برشته مصرف شود و یا دانه انار یا برگ نعنا داخل دهان نگه داشته شود (۲۱). البته لینت مزاج خود از مواردی است که باعث کاهش تهوع و استفراغ بارداری می‌شود (۲۲). هم‌چنین مصرف غذاهای چرب زمانی که رطوبت مزاجی زن باردار بالا است، باید منع شود چون عوارض ناشی از افزایش رطوبت را تشدید می‌کند (۱۸). مورد دیگری که در توصیه به غذاهای چرب باید مدنظر داشت این است که اگر زن باردار دچار بی‌اشتهایی شده باشد، مصرف غذاهای بسیار چرب و بسیار شیرین باید منع شوند (۲۱).

- میوه‌های توصیه شده در زمان بارداری نیز یا ملین هستند (۲۳)، یا به دلیل خاصیت قبض و تحریک عملکرد دفعی گوارش که دارند اگر بعد از غذا مصرف شوند موجب لینت مزاج می‌شوند؛ چنان که عقیلی خراسانی در کتاب خلاصه‌الحکمه ذکر کرده داروهای دارای قبض و همچنین داروهای شیرین و ترش قوی نیستند و سطح اثرشان محدود به معده و روده است و لذا باید آنها را از دسته ملین‌ها به حساب آورد (۱۶، ۲۴). این میوه‌ها عبارتند از سیب، به شیرین، گلابی، انار، انجیر، مویز (۱۲، ۱۷، ۲۱).

- استفاده از ترکیباتی مانند شیر و شکر، حریره روغن بادام، سوپ مرغ فربه، خورش کدو و انار دانه (۱۴).

- اختلال در قوام و کیفیت مدفوع: ناشی از مصرف غذاهای بالقوه و بالفعل خشک مانند غذاهای سرخ‌کردنی و کبابی، بلوط، برنج، ذرت، سیب ترش، سوء مزاج گرم گوارشی و کبدی، افزایش دفع مایعات از مسیره‌های مختلف مانند مصرف داروهای مدر و معرق، گرمی شدید هوا، کم‌خوری و کم‌نوشی، غلبه سودا، آمیزش جنسی زیاد.

- اختلال در جداره روده‌ها: زخم و ورم و توده‌ها
- اختلال در قوای هاضمه: ناشی از سوء مزاج‌های مختلف، تحرک شدید با فاصله کم بعد از غذا، پرخوری و فساد هضم (۹، ۱۰، ۱۴).

درمان یبوست ابتدا متمرکز بر رفع اسباب ایجادکننده یبوست مانند مصرف غذاهای خشک یا مخدرها است و در ادامه بر درمان سوء مزاج‌های گوارشی و غیرگوارشی مؤثر در یبوست نیز توجه دارد. البته مجموعه‌ای از توصیه‌ها برای رفع یبوست، چه در زمان بارداری چه غیر آن، در منابع طب سنتی پیشنهاد شده است که در چند دسته قابل طبقه‌بندی هستند که شامل: توصیه‌های غذایی و دارویی برای ایجاد لینت مزاج، سایر توصیه‌های مؤثر در ایجاد لینت مزاج مانند پیاده‌روی ملایم، موارد ممنوع و نیازمند احتیاط می‌باشد. البته نباید فراموش کرد که اگر عامل یبوست سوء مزاج باشد، نباید از درمان آن غافل شد. شرح دسته‌بندی بیان شده در بالا در ادامه آمده است. البته توصیه‌هایی که در ادامه آمده‌اند مجموعه‌ای از توصیه‌های مربوط به لینت مزاج هستند که در بخش‌های مختلف منابع پیرامون روش‌های مؤثر در ایجاد لینت مزاج یا پیشگیری از یبوست بیان شده‌اند که با توجه به موارد ممنوع در حاملگی در ذیل توصیه‌های غذایی و دارویی تفکیک شده‌اند.

توصیه‌های غذایی برای ایجاد لینت مزاج:

- اجتناب از مصرف غذاهای افزایشنده خشکی (۱۰) مانند غذاهای کبابی و سرخ شده (۱۵).

- پرهیز از غذاهای نفاخ (۱۰) مانند حبوبات، سیب، خیار، ماست (۱۵).

- افزایش وعده‌های غذا: افزایش تعداد وعده‌های غذا علاوه بر کاهش عوارضی مانند ریفلاکس، در لینت

- استفاده از سبزیجات ملین در غذاها مانند اسفناج، کاهو، تره، برگ کلم (۱۰، ۱۴).
- مصرف آب کافی (۱۰): علاوه بر منابع طب سنتی در دستورالعمل‌های جدید درمان یبوست در حاملگی نیز مصرف آب کافی به ویژه یبوست مؤثر تلقی شده است (۳). البته در منابع طب سنتی توصیه به افزایش مصرف آب در رفع تمام انواع یبوست مؤثر دانسته نشده است (۱۰).
- نوشیدن آب گرم ناشتا (۱۰): این کار علاوه بر مؤثر بودن در لینت مزاج در کاهش تهوع و استفراغ بارداری نیز مفید است (۲۲). البته باید دانست که استفاده از آب گرم به منظور تأمین لینت مزاج برای کوتاه مدت قابل توصیه است و در درازمدت منجر به ضعف معده می‌شود (۱۲).
- تنقلاتی مانند انجیر خشک، پسته، بادام، مویز، مغز گردو با انجیر خشک، میوه‌های پخته، خربزه رسیده شیرین قبل از غذا (۱۰).
- توصیه‌های دارویی برای ایجاد لینت مزاج:**
- زنجبیل: علاوه بر ملین بودن در رفع تهوع حاملگی نیز مؤثر می‌باشد (۱۰، ۲۵).
- شیرخشت و امثال آن با مغز فلوس خیارشنبه همراه با روغن بادام: البته در برخی افراد مصرف فلوس باعث دل‌پیچه و اسهال ناخوشایندی می‌شود که باید منع شود (۱۲، ۱۶).
- گل‌قند به تنهایی یا تمر هندی با گل‌قند (۱۴): روش تهیه گل‌قند بدین‌صورت است که گلبگ‌های گل‌محمدی را با هم وزن آن عسل یا شکر با هم ترکیب می‌کنند و مدتی آن را در شرایط دمایی مناسب قرار می‌دهند تا فرآیند معجون شدن را طی کند. گل‌قند علاوه بر ایجاد لینت مزاج در پیشگیری از سقط، کاهش نفخ و تقویت دستگاه گوارش نیز نقش مؤثری دارد (۲۰، ۲۵).
- ترنجبین با گلاب: در کتاب خلاصه‌الحکمه این ترکیب بهترین ترکیب ملین ذکر شده است که در بیشتر مزاج‌ها و اوقات و شهرها قابل استفاده است و خوردن آن نیز راحت است و البته کسانی که مستعد اسهال هستند باید در مصرف آن احتیاط کنند (۱۲، ۱۶).
- گلبگ گل‌سرخ را به مقدار ۱۰ گرم یا بیشتر، بسته به نیاز، شب در مقداری گلاب خیسانده و صبح آن را باریک بسایند؛ به نحوی که نیازمند صاف کردن نباشد، سپس در آب بریزند و با قند یا نبات، شیرین کنند و سه روز مصرف نمایند و اگر گلبگ‌های تازه گل‌سرخ باشد، نیاز به خیساندن ندارد و تلین بیشتری ایجاد می‌کند (۱۹). در کتاب مفرح‌القلوب، این دستور بهترین دستور ذکر شده و بیان شده که در بیشتر مزاج‌ها و اوقات و شهرها قابل استفاده است و خوردن آن نیز راحت است (۱۲).
- مصرف روزانه روغن بادام شیرین در صورت بروز یبوست در ماه آخر بارداری (۱۹).
- ملین مبارک: مؤلف میزان‌الطب ترکیبی را با عنوان ملین مبارک در این کتاب بیان کرده که بر اساس تجربیات او در اکثر امراض باطنی و ظاهری مفید است و با بیشتر مزاج‌ها موافقت دارد و قابل استفاده در زنان باردار و کودکان و سالمندان نیز می‌باشد و در تب‌ها و التهاب‌های گوارشی نیز قابل استفاده و بسیار مفید است. برای تهیه ملین مبارک باید مغز فلوس خیارشنبه را به میزان مورد نیاز در گلاب یا آب گرم بخیسانند و بفشارند و صاف کنند و به بیمار بدهند و اگر در بیمار علائم التهاب و گرمی وجود داشته باشد، آب کاسنی یا شیره تخم‌های دیگر و در صورت وجود التهاب در روده‌ها عصاره تاجریزی به آن اضافه شود. اگر بخواهند که ملین مذکور قوی شود، باید شیرخشت و ترنجبین به آن اضافه کنند. شیره رازیانه، گل‌قند، عتاب، سپستان، گل بنفشه، مویز، گاوزبان و امثال آن می‌توانند بسته به نیاز به ترکیب فوق اضافه شوند (۲۶). لازم به ذکر است که در تجویز داروها رعایت مزاج و عادت بیمار ملاک امر است و لحاظ کردن آن در هر توصیه‌ای لازم (۱۲، ۱۶). همچنین تجویز دارو نیازمند مراقبت از نزدیک است و صرفاً تا زمان رفع علائم باید ادامه یابد (۳).
- سایر توصیه‌های مؤثر در ایجاد لینت مزاج**
- ورزش سبک مانند پیاده‌روی ملایم: ورزش سنگین علاوه بر افزایش خطر سقط باعث ایجاد یا تشدید یبوست خواهد شد (۲۰). ورزش‌های سبک از جمله

- تخمه: تخمه حالتی از سوء هضم است که در محاورات عامیانه برای روی هم‌خواری نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. این کار عمدتاً احتمال اسهال و استفراغ را بالا می‌برد که به گفته حکما در زمان حاملگی نسبت به یبوست نیز پرعارضه‌تر است. ولی به دلیل ایجاد سوء هضم و تأخیر در هضم، می‌تواند منجر به کندی در دفع فضولات گردد (۱۰).
- روغن مالی شکم: روغن مالی شکم گرچه در کاهش یبوست مؤثر است، ولی به دلیل افزایش خطر سقط در زمان حاملگی منع دارد و تنها روغنی که در زمان حاملگی توصیه شده، روغن گل است که به منظور کاهش گرفتگی عضلات پیشنهاد شده است و باعث شلی عضلات نیست (۱۰، ۱۱، ۲۰).
- بنفشه: به دلیل مضر قلب بودن و ایجاد کرب و بی‌قراری در برخی افراد و افزایش احتمال سقط، مصرف آن در بارداری ممنوع است (۱۲، ۱۶).
- ختمی: به دلیل مدرّ حیض بودن باعث افزایش احتمال سقط جنین می‌شود، خصوصاً در زنانی که سابقه سقط دارند یا از ضعف قوای جسمی رنج می‌برند (۱۲، ۱۶، ۱۹).
- گیاه پنیرک و مانند آن و هرچه که مضع قلب و معده و لغزاننده و مسقط جنین باشد در حاملگی منع مصرف دارد (۱۶، ۱۹).
- ملین‌ها و مسهل‌هایی که قادرند منافذ موجود در بافت‌ها و عروق رحم را باز نمایند (۱۶). داروهای مسهل به ویژه مسهل‌های قوی: توصیه به پرهیز از مصرف مسهل در زمان بارداری به این دلیل است که رحم با روده‌ها مشارکت و مجاورت دارد و دفع مکرر و اسهال شدید که عارضه مسهلات قوی است، باعث ضعف رحم و افزایش استعداد سقط می‌شود. همچنین هیچ داروی قوی‌الاسهالی بی‌سمیّت نیست و هرچه دارای سمیّت است برای زن باردار منع مطلق دارد (۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۸). زکریای رازی خوردن داروی مسهل را از علل بروز سقط در زنان باردار ذکر کرده است (۲۸). باید دانست که منع مصرف مسهلات قوی هرچند برای همه ایام بارداری است، ولی قبل از شروع ماه چهارم و بعد از ماه هفتم بارداری شدیداً پرهیز داده شده است، به ویژه

- پیاده‌روی ملایم علاوه بر مؤثر بودن در لینت مزاج، در کاهش تهوع و استفراغ حاملگی نیز مؤثر هستند (۲۲).
- ایجاد نظم در دفع و اجابت مزاج در هنگام احساس دفع (۱۰).
- گرم نگه داشتن بدن در محیط‌های خیلی سرد (۱۰).
- گرم نگه داشتن شکم به ویژه در سرد مزاجان (۱۰، ۱۸).
- حقنه (enema): علاوه بر غذاها و داروهای خوراکی، تجویز داروها از طریق مقعد که در پزشکی امروز به آن انما می‌گویند، نیز در منابع طب سنتی مجاز دانسته شده است و ذکر شده که در سالمندان، افراد باردار و شیرده، خصوصاً آنها که ضعف قوای جسمی دارند، حتی‌المقدور مسهل تجویز نشود و در صورت ضرورت اجتناب‌ناپذیر مسهلات ضعیف و ملینات و حقنه‌های ملین استعمال نمایند و از داروهای قوی اجتناب کنند (۲۷).

موارد ممنوع و نیازمند احتیاط:

- مواد خوراکی خیلی سرد (۱۸): خوراکی‌های بسیار سرد به صورت عموم در حاملگی منع شده‌اند، ولی برای آنها در ایجاد یبوست نیز می‌توان نقش قائل شد؛ چراکه سردی بیش از حد از یک سو ایجاد تخدیر می‌کند و از سوی دیگر تمام افعال از جمله قوه دافعه و قوه هاضمه نیازمند حرارت معتدل است و مصرف خوراکی‌های بسیار سرد می‌تواند باعث سرکوب حرارت و کاهش قوای دافعه و هاضمه و ایجاد یبوست شود (۱۱، ۱۴، ۲۰، ۲۵).
- خوراکی‌های تند و تلخ (۱۲، ۱۶-۱۸): مواد تلخ و تند نیز می‌توانند ایجاد خشکی و یبوست نمایند و عمدتاً جزء مسهل‌های قوی هستند و همچنین ابن‌سینا هشدار داده که این داروها می‌توانند باعث سقط جنین شوند (۱۱).
- غذاهای قابض: این غذاها به دلیل قبض خود می‌توانند باعث ایجاد یبوست شوند، ولی مصرف مقدار کم خوراکی‌های قابض بعد از غذا مانند میوه به بریان می‌تواند به لینت مزاج و کاهش تهوع کمک کند (۲۱).
- پرخوری (۲۰).

هفته‌های ابتدایی بارداری که خطر سقط در آن بالاتر است (۱۲، ۱۷، ۲۱).

منابع طب سنتی ایران مسهلات را بر اساس سطح اثرشان به سه دسته تقسیم می‌کنند:

الف- دوی مسهل قوی: این دسته نیازمند اصلاح و تدابیر خاص برای کاهش سمیت می‌باشد و سطح نفوذ آن در بدن به اندازه‌ای است که تا اعماق بدن نفوذ و به رطوبت‌ها دست‌اندازی می‌کند مانند برخی گیاهان از جمله ماذریون و دند و خربق.

ب- دوی مسهل متوسط: تأثیر آن ضعیف‌تر از دسته اول می‌باشد و نیازمند اصلاح کمتری است، مانند سنا که با گل‌سرخ همراه می‌شود و هلیله و تربد که با روغن بادام چرب می‌شوند.

ج- دوی ملین یا مسهل ضعیف: سطح نفوذ این داروها عمدتاً داخل دستگاه گوارش می‌باشد و برخی نیازمند اصلاح نمی‌باشند مانند ترنجبین و شیرخشت و برخی محتاج اصلاح هستند مانند فلوس خیارشبر که با روغن بادام مصرف می‌شود (۲۴، ۲۵).

در زمان بارداری دسته سوم یا ملین‌ها مجاز دانسته شده‌اند و دسته اول منع مطلق شده‌اند. در مورد دسته دوم اظهار نظر مستقیمی نشده است و باید در مصرف آنها احتیاط نمود.

از سوی دیگر مسهلات بر اساس مزه نیز تقسیم شده‌اند که مسهلات تند و تیز یا اصطلاحاً حاد در زمان حاملگی منع شده‌اند و مسهلات قابض و مالج و شیرین از دسته ملینات به حساب آمده‌اند که در بارداری مصرف آنها مجاز دانسته شده است.

با این وجود هر دارویی حتی مسهل ضعیف اگر شرایط بیان‌شده در موارد ممنوع و مورد احتیاط را داشته باشد، باید در مصرف آن احتیاط نموده و حتی‌المقدور از مصرف آن خودداری نمود. هم‌چنین حکمای طب سنتی معتقد بوده‌اند داروهای مسهل چه قوی و چه ضعیف یا همان ملین، خالی از سمیت نیستند و هرچه تأثیر آنها قوی‌تر باشد، سمیت آنها نیز بیشتر خواهد بود (۲۵).

• پرهیز از مصرف داروهای مدر و معرق: چراکه با کاهش مایعات بدنی منجر به تشدید یبوست می‌شوند (۱۰).

• پرهیز از مصرف مخدرها: چراکه با کاهش حرکات روده‌ها منجر به تشدید یبوست می‌شوند (۱۰).

• پرهیز از مدرات طمث (۱۲، ۱۶): داروهای مدر طمث داروهای هستند که باعث شروع خونریزی قاعدگی می‌شوند، لذا استعداد سقط جنین را افزایش می‌دهند. مثلاً کنگد علی رغم داشتن خاصیت لینت‌بخشی به دلیل مدر طمث بودن در دوران حاملگی باید با احتیاط مصرف شود (۱۱). البته این داروها در هر حجمی و به هر شکلی منع مصرف ندارند مثلاً کنگد برای باز کردن قاعدگی باید به صورت جوشانده و در حجم مشخصی استفاده شود، لذا علی ابن عباس در کتاب کامل الصناعت ترکیبی را برای ایجاد لینت مزاج معرفی کرده که در آن از کنگد نیز استفاده شده است (۱۷).

• کاهش میزان نزدیکی به نسبت قبل از حاملگی: افزایش نزدیکی علاوه بر اینکه خطر سقط را بالا می‌برد، به دلیل افزایش تحلیل رطوبت‌های بدنی و دفع آنها باعث ایجاد یا تشدید یبوست می‌شود (۱۴، ۲۰).

• پرهیز از استرس‌های شدید و حالات روحی- روانی شدید مانند اندوه یا غضب مفرط: هیجانات شدید علاوه بر تأثیر منفی بر وضعیت جنین در عملکرد دستگاه گوارش و هضم و دفع اختلال ایجاد می‌کند (۱۳، ۱۶).

بحث

از نظر تعریف، تفاوت عمده‌ای بین تعریف طب سنتی از یبوست و کرایتریای رم وجود ندارد، به جز تعداد دفعات دفع در هفته که در کرایتریا، ۳ بار در هفته طبیعی تلقی می‌شود و در طب سنتی کمتر بودن دفعات دفع از تعداد وعده‌های غذایی غیرطبیعی به شمار می‌آید (۹).

در طب سنتی ایران خط اول درمان یبوست حاملگی، تغییر سبک زندگی است که در قسمت یافته‌ها به تفصیل بیان شد (۱۹). در طب جدید نیز مانند طب سنتی، خط اول درمان برای درمان یبوست در زمان بارداری تغییر رژیم غذایی و سبک زندگی عنوان شده است و استفاده از دارو تا حد امکان منع شده است (۳، ۴، ۶، ۲۹). این توصیه‌ها شامل: دریافت آب کافی در طی روز، مصرف غذاهای با فیبر بالا و افزایش فعالیت‌های جسمانی سبک می‌باشد (۴، ۵، ۸). فیبرهای غذایی با

شواهد کافی وجود ندارد (۲، ۸). البته همان‌طور که طب جدید از درمان بیماری‌های زمینه‌ای مؤثر بر یبوست غفلت ندارد، در منابع طب سنتی نیز درمان سوء مزاج‌های مختلف برای رفع یبوست به خوبی مورد توجه قرار گرفته است. مجموعه توصیه‌های بیان شده در منابع طب سنتی در جدول ۲ با توصیه‌های موجود در منابع جدید مقایسه شده‌اند.

آب پیوند برقرار می‌کنند و باعث افزایش حجم مدفوع، نرم شدن آن و افزایش تعداد دفعات دفع خواهند شد. البته فیبرهایی که توسط باکتری‌های کولون تجزیه شوند، کمتر مؤثر واقع می‌شوند (۳). اگرچه شواهد مؤید تأثیر فیبرها محدود هستند (۲). البته برخی مطالعات مصرف غذاهای پروبیوتیک را نیز مؤثر دانسته‌اند، ولی نه در مورد غذاهای حاوی فیبر و نه غذاهای پروبیوتیک

جدول ۲- مقایسه توصیه‌های طب سنتی با طب جدید

توصیه طب سنتی	نظر منابع طبیبی جدید
توصیه‌های غذایی	
اجتناب از مصرف غذاهای افزاینده خشکی	مشقتات آهن از نگاه منابع طب سنتی یک داروی با خاصیت خشک‌کنندگی بالاست (۲۵) و در مطالعات جدید نیز نقش مشقتات آهن در ایجاد و تشدید یبوست تأیید شده است و به همین دلیل از توجه به تأثیر مکمل‌های آهن در ایجاد یبوست در بارداری نیز نباید غافل شد (۳، ۵).
پرهیز از غذاهای نفاخ	مطالعات جدید این مسأله را تأیید نمی‌کنند؛ مثلاً حبوبات علی‌رغم نفاخ بودن به دلیل برخورداری بودن از میزان فیبر مناسب در رفع یبوست مؤثر هستند (۳۰). با این حال مطالعاتی هستند که نشان داده‌اند مصرف غذاهای حاوی فیبر در افراد مبتلا به یبوست شدید همراه با کندی ترانزیت کولون، باعث تشدید بیماری می‌شود (۳۱).
افزایش وعده‌های غذا	در مطالعات جدید نیز مشخص شده که حرکات تونیک و کلونیک و فازیک کولون با خوردن هر وعده غذا افزایش می‌یابند (۶).
داشتن برنامه غذایی منظم و متناسب با اشتها	در مطالعات جدید نیز ارتباط برنامه غذایی نامنظم با یبوست تأیید شده است (۳۱).
مصرف غذاهای نرم و زودهضم	مطالعه‌ای در ژاپن نیز نتایج مشابهی در زمینه تأثیر الگوهای غذایی زودهضم مانند سوپ‌ها بر کاهش میزان یبوست نشان داده‌اند (۳۲)، ولی مطالعات در این زمینه محدود است.
آش‌های ساده چرب	اگرچه مطالعات محدودی در زمینه اثرات سوپ‌های خاص بر یبوست وجود دارد (۳۲، ۳۴)، ولی در زمینه اثر مصرف سوپ‌های چرب مطالعه‌ای یافت نشد.
میوه‌های چون سیب، به شیرین، گلابی، انار، انجیر، مویز	در مورد تأثیر میوه‌ها به عنوان یکی از منابع حاوی فیبر در درمان یبوست هنوز نظر قطعی وجود ندارد و نتایج مطالعات ضد و نقیض است (۲، ۳، ۳۱). البته فیبرها بر اساس نوعشان تأثیرات متفاوتی بر حرکات گوارشی و حجم مدفوع دارند (۳۱).
ترکیباتی مانند شیر و شکر، حریره روغن بادام، سوپ مرغ فربه، خورش کدو و انار دانه	در زمینه غذاهای مطرح شده یا مطالعه‌ای وجود ندارد و یا مطالعات محدود و انگشت شمار هستند، مانند سوپ کدو که از غذاهایی است که در کشورهای دیگر نیز به عنوان ملین استفاده می‌شود (۳۴).
استفاده از سبزیجات ملین در غذاها مانند اسفناج، کاهو، تره، برگ کلم	در مورد تأثیر سبزیجات به عنوان یکی از منابع حاوی فیبر در درمان یبوست هنوز نظر قطعی وجود ندارد و نتایج مطالعات ضد و نقیض است (۲، ۳، ۳۱).
مصرف آب کافی	در دستورالعمل‌های جدید درمان یبوست در حاملگی به صورت مصرف آب کافی به ویژه بعد از مصرف وعده‌های حجیم که می‌تواند در قالب نوشیدنی‌های مختلف و حتی خوراکی‌های پرآب مانند میوه‌ها تأمین شود، در رفع یبوست مؤثر تلقی شده است (۳). البته توصیه به نوشیدن مایعات و آب بیشتر لزوماً یبوست را بهبود نمی‌بخشد و هنوز معیار مشخصی برای تجویز آن وجود ندارد و بهتر است صرفاً در زمان وجود دهیدراتاسیون مانند تب یا فعالیت در مکان‌های گرم آن را توصیه کرد (۲، ۳۱، ۳۵).
نوشیدن آب گرم ناشتا	اگرچه درباره ارتباط مصرف آب و یبوست مطالعاتی وجود دارند (۳۶، ۳۷)، ولی در زمینه اثر مصرف آب گرم ناشتا بر یبوست مطالعه‌ای وجود ندارد.
تنقلاتی مانند انجیر خشک، پسته، بادام، مویز، مغز	اگرچه مطالعه در زمینه تأثیر برخی از این فرآورده‌ها مانند انجیر (<i>Ficus carica</i>) در حد

گردو با انجیر خشک، میوه‌های پخته، خربزه رسیده شیرین قبل از غذا	قابل قبولی هستند، ولی شواهد کافی درباره تأیید تأثیر این فرآورده‌ها بر درمان یبوست وجود ندارد و تأیید نهایی نیازمند مطالعات بیشتر می‌باشد (۳۸).
زنجبیل (<i>Zingiber officinale</i>)	توصیه‌های دارویی زنجبیل تون و حرکات دودی روده‌ها را افزایش می‌دهد. در زمینه مصرف آن در بارداری نیز کارآزمایی بالینی صورت گرفته است، ولی مطالعات کافی نیستند (۳۹).
شیرخشت (<i>Cotoneaster numularia</i>) و امثال آن با مغز فلوس خیارشنبه (<i>Fisch.</i>) همراه با روغن بادام شیرین	شیرخشت یک گلوکومانان است و ساختار پلی‌ساکاریدی جاذب آب دارد که نقش فیبر را بازی می‌کند و از دسته ملین‌های اسموتیک به حساب می‌آید (۴۰). در کارآزمایی‌های بالینی نیز اثر مفید شیرخشت در درمان یبوست دوران بارداری به اثبات رسیده است؛ در این مطالعات شیرخشت به تنهایی با دوز ۴ گرم روزانه یا با لاکتولوز مورد استفاده قرار گرفته است و در مقایسه با درمان‌های مرسوم از جمله منیزیم هیدروکساید بهتر و تقریباً بی‌عارضه بوده است (۷، ۴۰).
گلقدن به تنهایی یا تمرهندی (<i>Tamarindus indica</i>) با گلقدن	درباره اثرات تمرهندی بر حرکات روده‌ای مطالعاتی انجام شده است ولی در زمینه امن بودن این دارو در حاملگی اطلاعات کافی در دسترس نیست (۴۰). البته تاکنون عارضه جانبی خاصی از مصرف مقادیر معمول آن گزارش نشده است (۳۹).
ترنجبین (<i>Alhagi persarum Boiss</i>) با گلاب	ترنجبین نیز یک گلوکومانان است و ساختار پلی‌ساکاریدی جاذب آب دارد که نقش فیبر را بازی می‌کند و از دسته ملین‌های اسموتیک به حساب می‌آید و دوز معمول آن ۱۰۰ میلی‌گرم بر کیلوگرم روزانه می‌باشد (۴۰).
گلبرگ گل‌سرخ (<i>Rosa damascena</i>)	مطالعات مختلف ملین بودن این فرآورده و اثر تحریکی آن بر حرکات روده را نشان داده‌اند، ولی در زمینه اثرات این فرآورده در حاملگی مطالعه کافی وجود ندارد (۴۰). البته تاکنون عارضه جانبی خاصی از مصرف مقادیر معمول این فرآورده گزارش نشده است (۳۹).
مصرف روزانه روغن بادام شیرین (<i>Amygdalus Communis L</i>) در ماه آخر بارداری	اثر بادام در بهبود حرکات کولونی تأیید شده است، ولی درباره اثرات آن در بارداری مطالعه‌ای وجود ندارد (۴۰). اگرچه تاکنون عارضه جانبی خاصی از مصرف مقادیر معمول آن گزارش نشده است (۳۹).
ملین مبارک (مغز فلوس خیارشنبه) (<i>Cassia fistula</i>)	مطالعات امروزی نیز ملین بودن این فرآورده را به اثبات رسانده است ولی در زمینه امن بودن این دارو در حاملگی مطالعات کافی صورت نگرفته است و مصرف این فرآورده که یک ملین تحریکی است، در بارداری منع شده است (۳۹، ۴۰). البته شکل مصرف این فرآورده در طب سنتی با آنچه که امروز در فیتوتراپی رواج دارد متفاوت است، همچنین در مطالعات جدید در مورد برخی ملین‌های تحریکی مانند سنا توصیه به احتیاط در مصرف شده و منع مطلق نشده است و مصرف کوتاه مدت آن بی‌عارضه تلقی شده است (۳).
ورزش سبک مانند پیاده‌روی ملایم	سایر توصیه‌ها افزایش تحرک بدنی و ورزش در برخی از افراد ممکن است در درمان یبوست مؤثر واقع شود، ولی در همه افراد یبوست را برطرف نمی‌کند (۲، ۳۱، ۳۵). البته فعالیت ورزشی متوسط در رفع یبوست‌های شدید کارآمد نیست (۳۱). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که ورزش‌های سنگین می‌توانند باعث تشدید یبوست در دوران بارداری شوند (۳).
ایجاد نظم در دفع و اجابت مزاج در هنگام احساس دفع	مطالعات جدید نیز نقش نظم در دفع مدفوع را در کاهش یبوست تأیید می‌کنند و حتی مطالعاتی هستند که احتباس مدفوع مزمن را با مگاکولون نسبت می‌دهند (۴۱، ۴۳).
گرم نگه داشتن بدن در محیط‌های خیلی سرد	مطالعات جدید نیز نشان داده‌اند که قرار گرفتن در هوای سرد با اختلال در عملکرد دستگاه گوارش و یبوست همراهی دارند (۴۴).
گرم نگه داشتن شکم به ویژه در سردمزاجان	در زمینه تأثیر گرم نگه‌داشتن شکم بر بهبود حرکات روده‌ها و رفع یبوست مطالعات محدودی صورت گرفته که این کار را بر بهبود یبوست مؤثر یافته است (۴۵، ۴۶).
انما (حقنه)	انما از مواردی است که در زمان شکست درمان‌های خوراکی برای درمان یبوست مورد استفاده قرار می‌گیرد و داروهای ملین از طریق رکتوم وارد روده‌ها می‌شوند. انما معمولاً سریع به پاسخ درمانی می‌رسد، ولی استفاده از آن برای مدت کوتاه مناسب می‌باشد (۲۹).
مواد خوراکی خیلی سرد	موارد ممنوع در این زمینه مطالعه‌ای یافت نشد.
خوراکی‌های تند و تلخ	در مورد اثر این مواد بر یبوست تفاوت نظر وجود دارد، ولی در مورد اثر این مواد بر حرکات دستگاه گوارش شکی نیست (۴۷).

غذاهای قابض	موادی که دارای اجزای قابض هستند می‌توانند باعث ایجاد یبوست شوند، ولی سایر اجزای یک ماده خوراکی می‌توانند اثری کاملاً متضاد با اجزای قابض داشته باشند (۴۸).
پر خوری	مطالعات جدید نیز نشان داده‌اند حجم زیاد غذا به ویژه در سه ماهه دوم باعث تشدید یبوست می‌شود (۳).
روغن مالی شکم	در مورد اثرات روغن مالی و ماساژ شکم با روغن در رفع یبوست مطالعاتی انجام شده‌اند (۴۹)، (۵۱)، ولی در زمینه اثرات و عوارض روغن مالی در بارداری مطالعه‌ای وجود ندارد.
بنفشه	به اثرات بنفشه (<i>Viola Tricolor</i>) به عنوان ملین در منابع جدید نیز اشاره شده است، ولی در زمینه مصرف بنفشه در بارداری معنی ذکر نشده است. البته نوع دیگری از بنفشه با نام علمی <i>Viola Odorata</i> وجود دارد که اثرات ضداسهالی دارد و البته منع مصرف در بارداری نیز ندارد (۳۹).
خطمی	در منابع جدید نیز به اثرات خطمی (<i>althaea officinalis</i>) به عنوان ملین اشاره شده است، ولی معنی برای مصرف آن در بارداری ذکر نشده است (۳۹).
گیاه پنیرک	مطالعات جدید نیز وجود موسیلاژ در گیاه خطمی را نشان داده‌اند، ولی منع مصرفی در بارداری برای این فرآورده ذکر نشده است (۳۹).
ملین‌ها و مسهل‌های بازکننده منافذ موجود در بافت‌ها و عروق رحم و مدر طمط	مطالعات کافی در زمینه اثرات داروهای مدر طمط (Menstruation-Inducing Agents) در دوران بارداری انجام نشده است (۵۲)، ولی روش و مقدار مصرف دارو در اثرات آن تأثیر گذار می‌باشد، مثلاً رازیانه علی‌رغم خاصیت مدر طمط بودن، اگر به صورت دمنوش مصرف شود در زمان بارداری معنی ندارد (۳۹).
داروهای مسهل به ویژه مسهل‌های قوی	البته در مطالعات جدید در مورد برخی ملین‌های تحریکی مانند سنا توصیه به احتیاط در مصرف شده و منع مطلق نشده است و مصرف کوتاه‌مدت آن بی‌عارضه تلقی شده است (۳).
پرهیز از مصرف داروهای مدر و معرق	دهیدراسیون یکی از عوارض شایع دیورتیک‌ها یا داروهای مدر است که تشدیدکننده یبوست می‌باشد (۵۳).
پرهیز از مصرف مخدرها	ارتباط یبوست و مصرف مخدرها در طب جدید نیز شناخته شده است (۹، ۳۵، ۵۴).
کاهش میزان نزدیکی به نسبت قبل از حاملگی	اگرچه مطالعاتی درباره ارتباط عملکردهای جنسی زنان باردار با یبوست صورت گرفته است (۹، ۵۵)، ولی درباره نقش فعالیت جنسی در تشدید یبوست صحبتی به میان نیامده است.
پرهیز از استرس‌های شدید و حالات روحی- روانی شدید مانند اندوه یا غضب مفرط	مطالعات جدید نیز ارتباط حالات روحی روانی را با حرکات روده‌ای و یبوست تأیید می‌کنند (۵۶، ۵۷).

یا امن نبودن غذاها و داروها در زمان بارداری ارزشی بیش از پیش پیدا می‌کنند. اگرچه مطالعات و شواهد موجود در زمینه تأثیر و امن بودن داروهای جدید در زمان بارداری نسبت به توصیه‌های منابع طب سنتی از سطح بهتری برخوردار است، ولی به دلیل محدودیت در انجام مطالعات انسانی، هنوز شواهد کافی برای برگزیدن درمانی بر درمان‌های دیگر به صورت قطعی در اختیار قرار نمی‌دهد. هم‌چنین عمده داروهای ملین در رده B و C قرار دارند، یعنی مطالعات انسانی کافی در زمینه امن بودن آنها در زمان بارداری وجود ندارد (۲، ۵).

اما نکته مهمی که درباره اهمیت رفع یبوست در منابع طب سنتی باید مورد توجه قرار گیرد، این است که حکما معتقد بودند که عادت ماهانه و خون حیض یکی از مسیرهای دفع مواد زائد در زنان می‌باشد که در زمان

با توجه به اینکه هنوز مطالعات کافی در زمینه امن بودن داروهای مطرح شده توسط منابع طب سنتی وجود ندارد، در تجویز آنها باید محتاطانه رفتار کرد (۲۵، ۴۰). با این حال رویکرد جدید FDA درباره فرآورده‌ها و داروهای مورد استفاده در دوران بارداری که از ابتدای ژوئن ۲۰۱۵ مورد اجرا قرار گرفته است، اهمیت موارد بیان شده در منابع طب سنتی را افزایش می‌دهد؛ چراکه در این رویکرد جدید گزارش‌های شفاهی درباره امن بودن داروها و فرآورده‌ها در زمان بارداری در حال جایگزین شدن با طبقه‌بندی مرسوم A، B، C، D، X است، زیرا این طبقه‌بندی ۵ گانه پاسخگوی سؤالات مادران باردار و نیز پرسنل پزشکی در زمینه سطح امنیت مصرف داروها در زمان بارداری نبود (۵). با این حساب گزارش‌های موجود در منابع طب سنتی درباره امن بودن

باردار صورت گیرد تا عوارض و میزان تأثیر احتمالی آنها تا حدودی روشن شود.

نتیجه‌گیری

اغلب توصیه‌های موجود در منابع طب سنتی برای درمان یبوست بارداری، نیازمند مطالعات بالینی استاندارد جهت راستی آزمایی هستند، ولی با توجه به محبوبیت روزافزون رویکردهای یکپارچه در پزشکی و نیز معرفی روش‌های جدید تعیین امن بودن فرآورده‌های بیولوژیک و داروها در زمان بارداری، طراحی مطالعات بالینی بر اساس توصیه‌های ساده غذایی و دارویی موجود در منابع طب سنتی با هدف دست یافتن به درمان‌هایی کم‌عارضه و پرفایده برای رفع این مشکل شایع منطقی به نظر می‌رسد؛ چراکه درمان‌های پیشنهادی منابع طب سنتی حاصل تجربیات مکرر گذشتگان بوده است و مطالعات نیز نشان داده‌اند که اولویت‌دهی به درمان‌های معرفی شده در منابع طب سنتی باعث افزایش احتمال موفقیت در رسیدن به داروهای جدید با عوارض کمتر می‌شود. همچنین اهمیت توجه به یبوست در کاهش عوارض مختلف بارداری بسیار مورد تأکید منابع طب سنتی است که شایسته است در این زمینه نیز مطالعات بالینی بیشتری صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کارمندان کتابخانه دانشکده طب سنتی به دلیل همکاری مناسب در طول این مطالعه کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

بارداری این مسیر مسدود می‌شود، لذا باید مسیری نزدیک به مسیر رحم فعال شود تا مواد زائد از مسیر جدید دفع شوند و این مسیر روده بزرگ است که نزدیک‌ترین عضو دفعی مجاور رحم است. به همین دلیل یبوست در زمان حاملگی علاوه بر منع دفع مواد زائد گوارشی، مانعی پیش روی دفع مواد زائد رحمی نیز هست و این اتفاق باعث آزار و اذیت مادر و جنین و ایجاد عوارض بارداری می‌شود (۱۱، ۱۴، ۲۰). در مورد تأثیر رفع یبوست در مقالات نیز مواردی ذکر شده است مانند مطالعه گوپل‌فویل و همکاران (۲۰۱۵) که به بررسی همراهی یبوست و اختلال هذیانی (Delusion) در بارداری و تأثیر رفع یبوست بر درمان این عارضه بدون استفاده از داروهای آنتی‌سایکوتیک پرداخته است (۵۸). بزرگترین نقطه قوت این مطالعه اعتبارسنجی توصیه‌های طب سنتی برای رفع یبوست بر اساس شواهد بالینی و نیز معرفی روش‌های جدید برای انجام کارآزمایی‌های بالینی در جهت درمان یبوست دوران بارداری است. نقطه ضعف اصلی این مطالعه نیز خلأ مطالعات بالینی با سطح شواهد قابل قبول در بسیاری از موارد مطرح شده در منابع طب سنتی است. پیشنهاد ما این است که با توجه به محدودیت انجام کارآزمایی‌های بالینی در دوران بارداری، توصیه‌ها و داروهای مطرح شده در این مطالعه توسط پژوهشگران مورد توجه دوباره قرار گیرند و بر این اساس مطالعات بالینی صورت بگیرد. همچنین با توجه به رواج بسیاری از توصیه‌های طب سنتی در میان مردم از دوران‌های گذشته، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در زمینه میزان استفاده از این روش‌های درمانی در زنان

منابع

1. Sanchez MI, Bercik P. Epidemiology and burden of chronic constipation. *Can J Gastroenterol* 2011; 25(Suppl B):11B-5.
2. Vazquez JC. Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. *BMJ Clin Evid* 2010; 2010:1411.
3. Cullen G, O'Donoghue D. Constipation and pregnancy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21(5):807-18.
4. Keller J, Frederking D, Layer P. The spectrum and treatment of gastrointestinal disorders during pregnancy. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2008; 5(8):430-43.
5. Body C, Christie JA. Gastrointestinal diseases in pregnancy: nausea, vomiting, hyperemesis gravidarum, gastroesophageal reflux disease, constipation, and diarrhea. *Gastroenterol Clin North Am* 2016; 45(2):267-83.
6. Bharucha AE. Constipation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21(4):706-31.
7. Changavi F, Delfan B, Akbari S, Janani F. Evaluation of The effect of Cotoneaster on constipation during pregnancy. *Aflak J* 2008; 1(1):5-9. (Persian).

8. Trottier M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. *Can Fam Physician* 2012; 58(8):836-8.
9. Mozaffarpur A, Mojahedi M. Explanation the definition of constipation and compare its different causes in Iranian traditional medicine and modern medicine. *J Islam Iran Tradit Med* 2012; 3(2):162-73.
10. Elsagh M, Hadizadeh F, Mazaheri M, Yavari M, Babaeian M, Sharifi Olounabadi AR, et al. Constipation in traditional Iranian medicine. *J Islam Iran Tradit Med* 2012; 2(4):361-71.
11. Avicenna A. *The Canon of Medicine*. Beirut, Lebanon: Alaalami Beirut Library Press; 2005.
12. Arzani MA. *Mofarreh Al-Gholob*. 1st ed. Tehran: Almaee; 2012.
13. Ahmadieh A. *Raz-e-darman*. Tehran, Iran: Eghbal Press; 2007.
14. Azam Khan M. *Exir Azam [Great Elixir]*. Lucknow, India: Monshi Nou; 2008.
15. Nejatbakhsh F. *The rules of nutrition in disease based on Iranian traditional medicine*. Tehran, Iran: Choogan; 2013. P. 767.
16. Aqili khorasani S. *Kholasa-al-Hikmat*. Qom, Iran: Esmaeilian; 2006.
17. Ahvazi AA. *Kamel-al-Sanaat-al-tebbieh*. Qom, Iran: Jaleleddin; 2008.
18. Mokaberinejad R, Tansaz M, Bioos S, Jafari Dehkordi E, Akhtari E, Yousefi S, et al. Healthy pregnancy in perspective of iranian traditional medicine and its brief comparison with modern medicine. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(121):1-9. (Persian).
19. Dabaghian FH, Siahpoosh M, Shirazi MT. Iranian traditional medicine views about prenatal care. *Hist Med J* 2016; 4(12):139-59.
20. Arzani MA. *Tebb-e-Akbari*. Tehran, Iran: Institute of Medical History, Islamic and Complementary Medicine, Iran University of Medical Sciences; 2005.
21. Dehestani Ardakani M, Jamali F, Momeni F, Rezayat A, Yavari M. Nutrition in pregnancy: from viewpoint of traditional medicine to new medicine. *J Islam Iran Tradit Med* 2013; 4(4):344-59.
22. Jafari Dehkordi E, Sohrabvand F, Nazem E, Minaei B, Hashem Dabaghian F, Sadeghpour O, et al. Nausea and vomiting in pregnancy: revisiting their a etiologies and treatments in Iranian. *Med Hist* 2013; 5(14):33-48. (Persian).
23. Mozaffarpur SA, Naseri M, Kamalinejad M, Esmaeili DM, Yousefi M, Mojahedi M, et al. Introduction of natural medicinal materia effective in treatment of constipation in Persian traditional medicine.. *Med Hist* 2011; 3(9):79-95. (Persian).
24. Jorjani SI. *Zakhireh Kharazmshahi (Treasure of Kharazmshahi)*. Tehran, Iran: Iranian Culture Foundation; 1976.
25. Khorasani Shirazi MH. *Makhzan-al-Advieh*. Tehran, Iran: Bavardaran; 2001.
26. Arzani MA. *Mizan-al-Tib*. Qom, Iran: Sama Cultural Institue; 2001.
27. Aqili Khorasani MH. *Qarabadin-e-Kabir*. Tehran: Institute for Islamic and Complementary Medicine of Iran University of Medical Science; 2008.
28. Rhazes M. *Al-havi*. Tehran, Iran: International Academy of Medical Sciences; 2005.
29. Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Pratt JJ. *Interventions for treating constipation in pregnancy*. New York: The Cochrane Library; 2015.
30. de Carvalho ÉB, Vitolo MR, Gama CM, Lopez FA, Taddei JAC, de Moraes MB. Fiber intake, constipation, and overweight among adolescents living in Sao Paulo City. *Nutrition* 2006; 22(7):744-9.
31. Fernández-Bañares F. Nutritional care of the patient with constipation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2006; 20(3):575-87.
32. Okubo H, Sasaki S, Murakami K, Kim MK, Takahashi Y, Hosoi Y, et al. Dietary patterns associated with functional constipation among Japanese women aged 18 to 20 years: a cross-sectional study. *J Nutr Sci Vitaminol* 2007; 53(3):232-8.
33. Cass L, Frederik W. Malt soup extract as a bowel content modifier in geriatric constipation; a clinical study. *J Lancet* 1953; 73(10):414-6.
34. Savino F, Maccario S, Guidi C, Castagno E, Farinasso D, Cresi F, et al. Methemoglobinemia caused by the ingestion of courgette soup given in order to resolve constipation in two formula-fed infants. *Ann Nutr Metab* 2006; 50(4):368-71.
35. Malekzadeh F, Ansari R, Malekzadeh R. Approach to chronic constipation. *Govaresh* 2014; 19(1):7-13.
36. Markland AD, Palsson O, Goode PS, Burgio KL, Busby-Whitehead J, Whitehead WE. Association of low dietary intake of fiber and liquids with constipation: evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Gastroenterol* 2013; 108(5):796-803.
37. Park M, Bang YG, Cho KY. Risk factors for functional constipation in young children attending daycare centers. *J Korean Med Sci* 2016; 31(8):1262-5.
38. Wang X, Yin J. Complementary and alternative therapies for chronic constipation. *Evid Based Complement Alternat Med* 2015; 2015:396396.
39. Fleming T. *PDR for herbal medicines*. New York: Thompson health care Inc; 2009.
40. Hashem Dabaghian F, Taghavi Shirazi M, Amini Behbahani F, Shojaee A. Interventions of Iranian traditional medicine for constipation during pregnancy. *Med Plant J* 2015; 1(53):58-68.
41. Pinkerton P. Psychogenic megacolon in children: the implications of bowel negativism. *Arch Dis Child* 1958; 33(170):371-80.

42. Shemerovskii KA. Circadian rhythm of rectal reactivity in individuals with regular and irregular bowel evacuation function. *Bull Exp Biol Med* 2002; 134(6):565-7.
43. Comas Vives A, Polanco Allué I. Case-control study of risk factors associated with childhood constipation. The FREI study. *An Pediatr* 2005; 62(4):340-5.
44. Inaba R, Kurokawa J, Mirbod SM. Comparison of subjective symptoms and cold prevention measures in winter between traffic control workers and construction workers in Japan. *Ind Health* 2009; 47(3):283-91.
45. Nagashima Y, Igaki M, Suzuki A, Tsuchiya S, Yamazaki Y, Hishinuma M, et al. Application of a heat- and steam-generating sheet increases peripheral blood flow and induces parasympathetic predominance. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011; 2011:695095.
46. Hosono K. Effects of abdominal warming on constipation among young female students. *Clin Thermomet* 2007; 25:1-4.
47. Chen D, Xiong Y, Lin Y, Tang Z, Wang J, Wang L, et al. Capsaicin alleviates abnormal intestinal motility through regulation of enteric motor neurons and MLCK activity: relevance to intestinal motility disorders. *Mol Nutr Food Res* 2015; 59(8):1482-90.
48. Palombo EA. Phytochemicals from traditional medicinal plants used in the treatment of diarrhoea: modes of action and effects on intestinal function. *Phytother Res* 2006; 20(9):717-24.
49. Chung M, Choi E. A comparison between effects of aroma massage and meridian massage on constipation and stress in women college students. *J Korean Acad Nurs* 2011; 41(1):26-35.
50. Nam MJ, Bang YI, Kim TI. Effects of abdominal meridian massage with aroma oils on relief of constipation among hospitalized children with brain related disabilities. *J Korean Acad Nurs* 2013; 43(2):247-55.
51. Kim MA, Sakong JK, Kim EJ, Kim EH, Kim EH. Effect of aromatherapy massage for the relief of constipation in the elderly. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2005; 35(1):56-64.
52. Dugoua JJ, Seely D, Perri D, Koren G, Mills E. Safety and efficacy of chastetree (*Vitex agnus-castus*) during pregnancy and lactation. *Can J Clin Pharmacol* 2008; 15(1):e74-9.
53. York NE, Borofsky MS, Lingeman JE. Risks associated with drug treatments for kidney stones. *Expert Opin Drug Saf* 2015; 14(12):1865-77.
54. Argoff CE, Brennan MJ, Camilleri M, Davies A, Fudin J, Galluzzi KE, et al. Consensus recommendations on initiating prescription therapies for opioid-induced constipation. *Pain Med* 2015; 16(12):2324-37.
55. Tosun Güleröğlü F, Gördeles Beşer N. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *J Sex Med* 2014; 11(1):146-53.
56. Bielefeldt K, Tuteja A, Nusrat S. Disorders of gastrointestinal hypomotility. *F1000Res* 2016; 5:1897.
57. Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Does psychological distress modulate functional gastrointestinal symptoms and health care seeking? a prospective, community cohort study. *Am J Gastroenterol* 2003; 98(4):789-97.
58. Guilfoyle P, O'Brien H, O'Keefe ST. Delusions of pregnancy in older women: a case series. *Age Ageing* 2015; 44(6):1058-61.