رویکرد جامع به یبوست مزمن

با تأکید بر مداخلات غیردارویی در سالمندان

مرور تلفیقی راهنماهای WGO 2025 وHAZZARD Geriatric book

ASCRS 2024

یبوست

مشکل شایع در سالمندان
اضطراب زا- افسردگی
موثر بر کیفیت زندگی و سلامت

اسکرین :
تمام افراد بالای 65
در دهه هشت زندگی شیوع بسیار بالا دارد . اهمیت پر رنگ تر اسکرین
اسکرین در بیمارانی که قادر به ارتباط نیستند از مراقبین پرسش شود
در مراکز سالمندی پریودیک اسکرین هر سه ماه - ماهانه ارجح تر است

یبوست گزارش‌شده توسط خود فرد

"آیا یبوست مکرر دارید؟"

دفعات کم مدفوع؟

دو یا کمتر دفع مدفوع در هفته کمتر از حد طبیعی است.

دشواری در تخلیه؟

اسکرین یبوست

اسکرین :
تمام افراد بالای 65
در دهه هشت زندگی شیوع بسیار بالا دارد . اهمیت پر رنگ تر اسکرین
اسکرین در بیمارانی که قادر به ارتباط نیستند از مراقبین پرسش شود
در مراکز سالمندی پریودیک اسکرین هر سه ماه - ماهانه ارجح تر است

یبوست گزارش‌شده توسط خود فرد

"آیا یبوست مکرر دارید؟"

دفعات کم مدفوع؟

دو یا کمتر دفع مدفوع در هفته کمتر از حد طبیعی است.

دشواری در تخلیه؟

می‌تواند منجر به احتقان رکتوم و کثیف شدن شود

عوارض یبوست

- Fecal incontinence [1]
- Fecal impaction [1]
- Diverticular disease [2]
- Urinary retention [2]
- Sigmoid volvulus [2]
- Acquired megacolon [2]
- Rectal prolapse [3]
- Stercoral perforation [3]
- Impaired quality of life [3]
- Agitation in patients with dementia [3]

Level [1] indicates good evidence

Level [2] indicates fair evidence

۱. تعریف بالینی: یبوست فقط کاهش دفعات دفع نیست

یبوست	پرسش بالینی	بُعد ارزیابی
دفعات دفع ناکافی	کمتر از ۳ دفع خودبه‌خودی در هفته؟	دفعات دفع ناکافی
سفتی مدفوع	مدفوع سفت یا گلوله‌ای؟ (بریستول ۱–۲)	قوام مدفوع
اختلال دفع	زور زدن، انسداد یا تخلیه ناکامل؟	تلاش برای دفع- احساس دفع ناکافی
اختلال خروجی	نیاز به مانور انگشتی یا فشار پرینه؟	رفتارهای کمکی
شرح حال زمانی دقیق ضروری است.	علائم طی ماه‌ها و تکرارشونده؟ **در سالمندان، تغییر نسبت به الگوی معمول فرد و اثر علائم بر کیفیت زندگی و عملکرد نیز مهم است.**	مزمن بودن

۲. اپروچ اولیه: شرح حال هدفمند

حوزه	مواردی که باید پرسیده شود	
الگوی دفع	شروع و مدت، دفعات، قوام، زور زدن، احساس تخلیه ناکامل	
علایم همراه و هشدار دهنده	درد/نفخ، خون‌ریزی، کاهش وزن، تهوع/استفراغ	
رژیم و آب	فیبر، میوه/سبزی، مایعات، محدودیت‌های تغذیه‌ای	
تحرک و عملکرد	راه‌رفتن، وابستگی، دسترسی به توالت، افت عملکرد	
یبوست دارویی شایع و قابل اصلاح	اپیوئید، آنتی‌کولینرژیک، آهن، کلسیم، CCB و...	
بررسی علل ثانویه و اختلالات عصبی - سابقه پزشکی	دیابت، کم‌کاری تیروئید، پارکینسون، سکته، جراحی‌ها	

منبع: ASCRS 2024؛ WGO 2025

۳. اپروچ: علائم هشدار و زمان ارجاع

اقدام بالینی	علامت / وضعیت
ارزیابی علت؛ در صورت اندیکاسیون بررسی اندوسکوپیک	خون‌ریزی رکتال یا خون در مدفوع
بررسی بیماری ارگانیک، از جمله بدخیمی بر اساس زمینه	کم‌خونی فقر آهن یا کاهش وزن ناخواسته
ارزیابی هدفمند؛ به‌ویژه در شروع جدید در سنین بالاتر	تغییر جدید و پایدار در عادت دفع یا قطر مدفوع
ارزیابی فوری متناسب با شدت؛ انسداد را رد کنید	توده شکمی/رکتال، درد شدید یا اتساع پیشرونده
ارجاع اورژانسی برای احتمال انسداد/شکم حاد	استفراغ، عدم دفع گاز، درد حاد شدید
بررسی اندوسکوپیک بر اساس ریسک و برنامه غربالگری	سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال یا غربالگری عقب‌افتاده

یبوست جدید در سالمند را بدون شرح حال و معاینه، صرفاً «عملکردی» فرض نکنید.

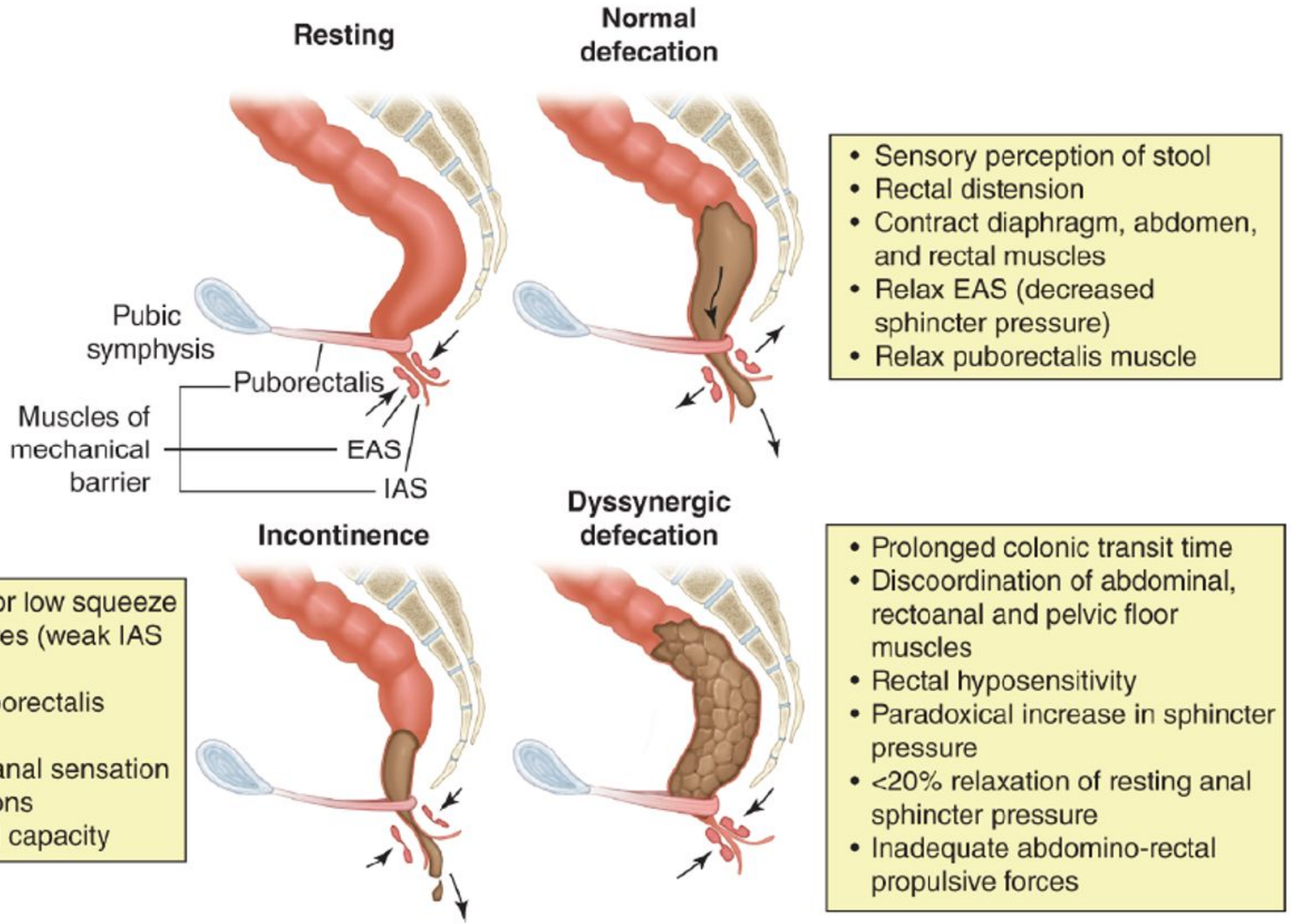
منبع: ASCRS 2024؛ WGO 2025

۴. اپروچ: معاینه و آزمایش‌های هدفمند

نکات عملی	جزء ارزیابی
وضعیت آب بدن، وزن، تحرک، شکم، اتساع یا توده	معاینه عمومی
در صورت امکان و اندیکاسیون: توده، شقاق، پرولاپس، مدفوع نهفته، تون و هماهنگی کف لگن	معاینه آنورکتال
پارکینسونیسم، ضعف، حس، راه‌رفتن و توانایی انتقال به توالت	معاینه عصبی/عملکردی
روتین برای همه لازم نیست؛ بر اساس شرح حال: TSH، CBC، کلسیم، قند، عملکرد کلیه و...	آزمایش‌ها
بر اساس علائم هشدار، غربالگری، یافته معاینه و شک بالینی؛ نه صرفاً به‌علت یبوست ساده	تصویربرداری/کولونوسکوپی

در سالمندان، ارزیابی گیرکردگی مدفوع (fecal impaction) و اسهال سرریزی را فراموش نکنید.

منبع: ASCRS 2024؛ WGO 2025



- Sensory perception of stool
- Rectal distension
- Contract diaphragm, abdomen, and rectal muscles
- Relax EAS (decreased sphincter pressure)
- Relax puborectalis muscle

- Low resting and/or low squeeze sphincter pressures (weak IAS and EAS)
- Weakness of puborectalis
- Neuropathy
- Altered rectal or anal sensation
- Diarrheal conditions
- Diminished rectal capacity

- Prolonged colonic transit time
- Discoordination of abdominal, rectoanal and pelvic floor muscles
- Rectal hyposensitivity
- Paradoxical increase in sphincter pressure
- <20% relaxation of resting anal sphincter pressure
- Inadequate abdomino-rectal propulsive forces

TABLE 95-5 ■ RISK FACTORS FOR CONSTIPATION IN OLDER PEOPLE

Medications
Polypharmacy (≥ 5 medications) [2]
Anticholinergic drugs (tricyclics, antipsychotics, antihistamines, antiemetics, drugs for detrusor hyperactivity) [1]
Opiates [2]
Iron supplements [3]
Calcium channel antagonists (nifedipine and verapamil) [2]
Calcium supplements [2]
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs [2]
Impaired mobility [2]
Nursing home residency [2]
Neurological conditions
Dementia [2]
Parkinson disease [1]
Diabetes [1]
Autonomic neuropathy [2]
Stroke [3]
Spinal cord injury or disease [1]
Depression [3]
Dehydration [2]
Low dietary fiber [3]
Metabolic disturbances
Hypothyroidism
Hypercalcemia
Hypokalemia
Uremia
Patients receiving renal dialysis [3]
Mechanical obstruction (eg, tumor, rectocele)
Lack of privacy or comfort
Poor toilet access [3]

۷. الگوریتم مرحله‌ای: از ارزیابی تا درمان

گام ۱ | علائم هشدار یا احتمال انسداد؟ ← بله: بررسی فوری/هدفمند؛ خیر: ادامه

گام ۲ | شرح حال، معاینه، داروها، رژیم، آب، تحرک، الگوی دفع و هدف بیمار

گام ۳ | اصلاح علت‌های قابل برگشت + مداخلات غیردارویی متناسب با بیمار

گام ۴ | اگر پاسخ ناکافی است: درمان دارویی مناسب؛ پایبندی، دوز و تحمل را بازبینی کنید

گام ۵ | عدم پاسخ به فیبر/تغییرات غذایی و ملین اسموتیک یا علائم اختلال خروجی؟ ← ارزیابی اختلال دفع

گام ۶ | آزمون‌های فیزیولوژیک بر اساس فنوتیپ؛ درمان اختصاصی (مثلاً بیوفیدبک برای دیس‌سینرژی)

گام ۷ | پیوست مقاوم: بازبینی تشخیص، داروها، نهفتگی، علل ثانویه و ارجاع تخصصی

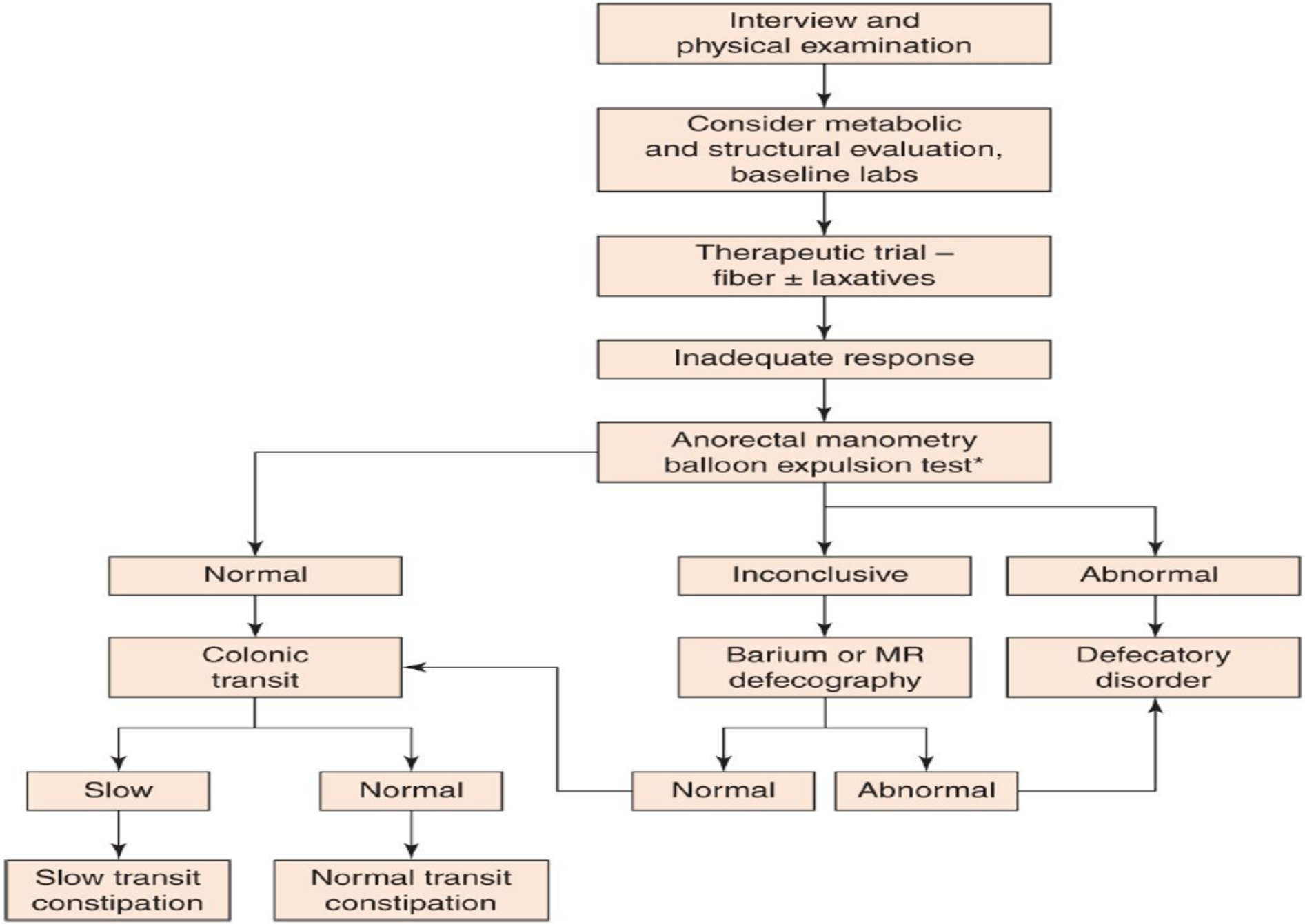

Interview and physical examination
Consider metabolic and structural evaluation, baseline labs
Therapeutic trial – fiber ± laxatives
Inadequate response
Anorectal manometry balloon expulsion test*
Normal
Inconclusive
Abnormal
Colonic transit
Barium or MR defecography
Defecatory disorder
Slow
Normal
Normal
Abnormal
Slow transit constipation
Normal transit constipation

TABLE 95-7 ■ PATIENT EDUCATION

Toilet Habits and Positioning

Do not delay having a bowel movement when you feel the urge.

Put aside a particular time each day (we would advise after breakfast) when you can sit on the toilet without being in a hurry.

A relaxed attitude to bowel evacuation will especially help if you have problems with straining or a feeling of anal blockage.

If straining is a problem, it is helpful to have a footstool under your feet while sitting on the toilet as this increases the ability of your abdominal muscles to help evacuation of stool.

Abdominal Massage

Lie on the bed with pillows under your head and shoulders.

Your knees should be bent up with a pillow underneath them for support.

Cover your abdomen with a light sheet.

Massage your abdomen with firm but gentle circular movements starting at the right side and working across to the left side.

Continue the massage for approximately 10 min.

This massage should be a pleasant experience—if you feel any discomfort then stop.

Diet

To help prevent constipation you should eat more of the foods from list A and less of the foods from list B. Foods in list A tend to make the stool softer and easier to pass, because they are high in fiber. Foods in list B tend to make the stool harder, because they bind together the contents of the bowel.

List A: Fresh fruit, prunes and other dried fruit, whole meal bread, bran cereals and porridge, salad, cooked vegetables (with skin where possible), beans, lentils.

List B: Milk, hard cheese, yogurt, white bread or crackers, refined cereals, cakes, pancakes, noodles, white rice, chocolate, creamed

۵. اپروچ: مشخص‌کردن الگو و شدت علائم

کاربرد در تصمیم‌گیری	ابزار / الگو
حداقل ۲ علامت از زور زدن، مدفوع سفت، تخلیه ناکامل، احساس انسداد، مانور دستی، کمتر از ۳ دفع خودبه‌خودی در هفته؛ در بیش از ۲۵٪ دفعات برای بیشتر علائم	معیارهای Rome IV
نوع ۱–۲: مدفوع سفت؛ نوع ۳–۴ معمولاً شکل مطلوب؛ نوع ۶–۷ شل	مقیاس بریستول
دفعات، قوام، زور زدن، دارو/مداخله، فوریت و علائم همراه را ثبت کند	دفترچه دفع
هدف فقط افزایش تعداد دفع نیست؛ کاهش زور زدن، تخلیه بهتر، آسایش و استقلال مهم‌اند.	شدت و هدف بیمار

معیارهای Rome IV برای تشخیص رسمی نیازمند تداوم علائم طی ۳ ماه اخیر با شروع حداقل ۶ ماه قبل‌اند؛ شرح حال بالینی همچنان پایه تصمیم است.

منبع: Rome IV؛ WGO 2025

۶. اپروچ: فنوتیپ‌سازی برای انتخاب درمان

جهت‌گیری درمان	سرنخ‌های بالینی	فنوتیپ محتمل
اصلاح تدریجی رژیم، مایعات متناسب، تحرک و عادات دفع	رژیم محدود، بی‌تحرکی، علائم خفیف	دریافت ناکافی فیبر/مایعات یا کم‌تحرکی
درمان استاندارد؛ در مقاوم‌ها بررسی ترانزیت کولون	دفعات بسیار کم، پاسخ ضعیف به درمان اولیه	یبوست با عبور آهسته محتمل
معاینه رکتال؛ تست خروج بالون/مانومتری در صورت نیاز؛ بیوفیدبک	زور زدن شدید، انسداد، مانور دستی، تخلیه ناکامل	اختلال دفع / خروجی
بازبینی علت و اصلاح آن در کنار درمان علامتی	شروع پس از دارو یا بیماری جدید	یبوست ثانویه / دارویی
ارزیابی و رفع نهفتگی؛ از افزودن کورکورانه فیبر پرهیز	بی‌اختیاری یا نشت مدفوع، شکم/رکتوم پر	مدفوع نهفته / اسهال سرریزی

منبع: WGO 2025؛ ASCRS 2024

۸. مداخله غیرداروییِ: فیبر غذایی و مکمل‌ها

احتیاط / محدودیت	توصیه عملی	مؤلفه
افزایش ناگهانی نفخ، گاز و کرامپ را بیشتر می‌کند	حدود ۲۰–۳۰ گرم فیبر کل روزانه، متناسب با تحمل و رژیم فرد	هدف کلی
با وضعیت جویدن/بلع، دندان و توان خرید/آماده‌سازی تطبیق دهید	غلات کامل، سبزی، میوه، حبوبات، مغزها و دانه‌ها	منابع غذایی
با دوز کم شروع و طی چند هفته تدریجی افزایش دهید	پسیلیوم از گزینه‌های دارای شواهد برای یبوست مزمن است	مکمل فیبر
در محدودیت مایعات قلبی/کلیوی، نسخه فردی لازم است	در صورت مجاز بودن، مصرف مایع کافی برای تحمل فیبر اهمیت دارد	مایعات همراه
در اختلال دفع، افزودن فیبر به‌تنهایی ممکن است ناکافی یا بدتحمل باشد	انسداد احتمالی، نهفتگی قابل‌توجه یا اختلال دفع درمان‌نشده	موارد پرهیز

توصیه ASCRS: اصلاح رژیم، دریافت مایعات کافی و مکمل فیبر از اقدامات اولیه است؛ قدرت توصیه قوی، کیفیت شواهد پایین.

منبع: WGO 2025؛ ASCRS 2024

۹. مداخله غیردارویی: مایعات و تغذیه

نکته سالمندی	رویکرد بالینی	موضوع
نیاز را با نارسایی قلبی/کلیوی، دیورتیک‌ها و خطر هیپوناترمی تطبیق دهید	کم‌آبی را شناسایی و در صورت مجاز بودن اصلاح کنید	مایعات
هدف، دریافت کافی و جلوگیری از کم‌آبی است؛ نه تجویز یکسان برای همه	افزایش آب در فردی که کم‌آب نیست، لزوماً درمان مستقل مؤثری نیست	واقع‌بینی درباره آب
بی‌اشتهایی، سوءتغذیه، محدودیت جویدن و دسترسی به غذا را بسنجید	فیبر را از غذا و در صورت نیاز مکمل تأمین کنید	الگوی غذایی
در صورت تپش قلب، اختلال خواب یا تداخل‌ها، توصیه عمومی ندهید	قهوه/نوشیدنی گرم ممکن است در برخی افراد محرک روده باشد	نوشیدنی‌های محرک
به کمک مراقب یا چک‌لیست ساده، در اختلال شناختی	ثبت مصرف، قوام مدفوع و علائم طی چند هفته	پایش

منبع: WGO 2025؛ کاربرد بالینی سالمندی

۱۰. مداخله غیرداروییِ: فعالیت بدنی و تحرک

اصل راهنما: فعالیت بدنی منظم توصیه می‌شود؛ شدت و نوع آن باید با وضعیت قلبی‌ریوی، تعادل، درد، شکنندگی و هدف عملکردی سازگار باشد.

نمونه نسخه عملی فردمحور:

- سالمند مستقل: پیاده‌روی منظم یا فعالیت هوازی قابل‌تحمل؛ افزایش تدریجی مدت و دفعات.
- سالمند کم‌تحرک: چند نوبت کوتاه راه‌رفتن در روز، ایستادن و جابه‌جایی ایمن در حد توان.
- بیمار بستری یا وابسته: تحرک در تخت/صندلی، انتقال ایمن، فیزیوتراپی و کاهش زمان بی‌حرکتی.
- در ضعف یا خطر سقوط: ابتدا ارزیابی تعادل، کفش و وسیله کمکی؛ از توصیه کلی «بیشتر راه برو» فراتر بروید.

نکته شواهد: ورزش برای سلامت کلی و تحرک روده معقول است، اما اثر اختصاصی آن بر یبوست در همه فنوتیپ‌ها یکسان و قطعی نیست.

منبع: WGO 2025

۱۱. مداخله غیردارویی: عادات دفع و وضعیت توالت

دلیل / نکته	روش اجرا	مداخله
نادیده‌گرفتن urge می‌تواند تخلیه را دشوارتر کند	به‌تعویق‌انداختن دفع را کاهش دهید	پاسخ به احساس دفع
رفلکس گاستروکولیک می‌تواند کمک‌کننده باشد	زمان آرام و منظم، اغلب پس از صبحانه یا وعده غذایی	زمان‌بندی
ممکن است خروج را تسهیل کند؛ شواهد محدودتر از بیوفیدبک است	پاها روی زیرپایی، زانوها کمی بالاتر از لگن، تنه کمی به جلو	وضعیت بدن
به‌ویژه در هموروئید، افتادگی یا سرگیجه	زمان توالت را محدود و از تلاش طولانی/تکراری پرهیز کنید	پرهیز از زورزدن طولانی
موانع محیطی و ترس از سقوط در سالمندان مهم‌اند	توالت نزدیک، نور کافی، دستگیره، صندلی توالت در صورت نیاز	دسترسی و حریم خصوصی

منبع: WGO 2025؛ کاربرد بالینی سالمندی

۱۲. مداخله غیردارویی: بازبینی دارو و علل ثانویه

اقدام پیشنهادی	دارو/علت احتمالی
بررسی ضرورت و رژیم درمانی؛ در یبوست ناشی از اپیوئید مسیر اختصاصی لازم است	اپیوئیدها
کاهش بار آنتی‌کولینرژیک در صورت امکان؛ قطع ناگهانی داروهای ضروری نکنید	آنتی‌کولینرژیک‌ها و برخی داروهای روان‌پزشکی
بررسی زمان شروع، ضرورت، دوز و جایگزین مناسب با تجویزکننده	مسدودکننده‌های کانال کلسیم، آهن، کلسیم
تغییر فقط با ملاحظه کنترل بیماری زمینه‌ای	داروهای ضدپارکینسون و سایر داروهای مؤثر بر تحرک
ارزیابی هدفمند بر اساس شرح حال و معاینه؛ آزمایش‌های گسترده روتین برای همه لازم نیست	علل متابولیک/عصبی و بیماری‌های همراه

بازبینی دارو بخشی از درمان فعال یبوست است؛ نه فقط توصیه‌ای جانبی.

منبع: ASCRS 2024؛ WGO 2025

۱۳. شخصی‌سازی در سالمندی: شکنندگی، شناخت و ایمنی

تغییر در برنامه درمان	عامل سالمندی
اهداف قابل‌دستیابی؛ تحرک و دسترسی به توالت را بخشی از نسخه بدانید	شکنندگی و محدودیت حرکتی
دستور ساده، روتین ثابت، مشارکت مراقب و ثبت دفع	اختلال شناختی/وابستگی
برنامه مایع فردی؛ هماهنگی با وضعیت قلبی/کلیوی و داروها	خطر کم‌آبی یا محدودیت مایعات
انتخاب بافت ایمن غذا؛ پیش از افزایش فیبر، بلع و تغذیه را بررسی کنید	دیسفاژی/مشکل جویدن
نهفتگی مدفوع و اسهال سرریزی را بررسی کنید؛ صرفاً ضداسهال ندهید	بی‌اختیاری یا نشت مدفوع
کاهش زورزدن طولانی، دسترسی ایمن به توالت و بازبینی داروها	پلی‌فارماسی و افت فشار/سقوط

کاربرد بالینی اصول طب سالمندی؛ راهنماها اختصاصی سالمندان نیستند

درمان غیر دارویی یبوست

میزان مصرف فیبر خود را به‌تدریج افزایش دهید؛ زیرا تغییر ناگهانی مقدار فیبر در رژیم غذایی ممکن است باعث نفخ موقت و بی‌نظمی در اجابت مزاج شود. مهم است که مواد غذایی حاوی فیبر را در طول روز مصرف کنید، نه اینکه فقط در یک وعده، مانند صبحانه، آن‌ها را بخورید.

مقدار مایعات مصرفی خود را به‌تدریج افزایش دهید تا به ۸ تا ۱۰ لیوان در روز برسد. سعی کنید آب، آب‌میوه و نوشیدنی‌های گازدار بیشتری بنوشید.

تقویت عضلات اسفنکتر (عضلات کنترل‌کننده دفع)

یادگیری نحوه انجام تمرین‌ها

در وضعیت راحتی بنشینید و زانوهای خود را کمی از هم فاصله دهید. حالا تصور کنید که می‌خواهید جلوی خروج گاز از مقعد را بگیرید. برای این کار باید عضلات اطراف مقعد را منقبض کنید.

سعی کنید این عضلات را تا حد امکان محکم منقبض کرده و به سمت بالا بکشید. باید بتوانید حرکت عضلات را احساس کنید. باسن، شکم و پاهای شما نباید اصلاً حرکت کنند.

باید متوجه شوید که پوست اطراف مقعد سفت می‌شود و به سمت بالا و دور از صندلی کشیده می‌شود. سعی کنید این حالت را به‌خوبی احساس کنید. در این مرحله، شما در حال تمرین دادن عضلات اسفنکتر مقعد هستید.

درمان غیر دارویی یبوست

انجام تمرین‌ها

1. عضلات اسفنکتر مقعد را تا حد امکان محکم منقبض کنید و به سمت بالا بکشید. این انقباض را حداقل به مدت ۵ ثانیه نگه دارید، سپس حداقل ۱۰ ثانیه عضلات را شل کنید.

این تمرین را حداقل ۵ بار تکرار کنید. این تمرین باعث افزایش قدرت عضلات شما می‌شود.

2. سپس عضلات را تا حدود نصف حداکثر قدرت انقباض خود بکشید. ببینید چه مدت می‌توانید این حالت را حفظ کنید. سپس حداقل ۱۰ ثانیه عضلات را شل کنید.

این تمرین را حداقل ۵ بار تکرار کنید. این کار به افزایش استقامت یا توانایی عضلات برای حفظ انقباض کمک می‌کند.

3. عضلات را تا حد امکان سریع و محکم به سمت بالا بکشید، سپس آن‌ها را شل کنید و دوباره منقبض کنید. ببینید پیش از خسته شدن، چند بار می‌توانید این حرکت را انجام دهید. سعی کنید حداقل ۵ انقباض سریع انجام دهید.

این تمرین انقباض سریع را حداقل ۱۰ بار در روز انجام دهید.

4. تمام این تمرین‌ها را با حداکثر توان خود و حداقل ۵ نوبت در روز انجام دهید. با قوی‌تر شدن عضلات، متوجه خواهید شد که می‌توانید در هر نوبت، تعداد بیشتری انقباض انجام دهید، بدون اینکه عضلات خسته شوند.

تقویت عضلات با تمرین زمان‌بر است. ممکن است لازم باشد چندین ماه به‌طور منظم تمرین کنید تا عضلات به حداکثر قدرت خود برسند.

دستورالعمل استفاده شیاف

این شیاف را می‌توان پرستار، مراقب یا خود شما (در صورتی که از نظر جسمی قادر باشید) از طریق مقعد وارد راست‌روده کرد.

1. در صورت نیاز، ابتدا به دستشویی بروید و اگر می‌توانید روده‌های خود را تخلیه کنید.
2. دست‌های خود را بشویید.
3. هرگونه فویل یا پوشش اطراف شیاف را بردارید.
4. به پهلو دراز بکشید؛ به‌طوری‌که پای زیرین صاف باشد و پای بالایی به سمت کمر خم شود. همچنین می‌توانید در حالت چمباتمه قرار بگیرید.
5. شیاف را به‌آرامی اما محکم، ابتدا از سمت نوک باریک آن، با استفاده از انگشت وارد مقعد کنید. آن را به‌اندازه کافی به داخل فشار دهید (حدود ۲٫۵ سانتی‌متر) تا دوباره بیرون نیاید.
6. ممکن است احساس کنید که بدن شما می‌خواهد شیاف را بیرون براند. پاهای خود را به هم نزدیک کنید و برای چند دقیقه بی‌حرکت بمانید.
7. سعی کنید حداقل ۱۰ تا ۲۰ دقیقه پس از گذاشتن شیاف، اجابت مزاج نداشته باشید.

نکته: اگر این دستورالعمل‌ها برای درمان ضعف عضلات مقعد یا بی‌اختیاری مدفوع به شما داده شده‌اند، بهتر است تمرین‌ها را طبق توصیه پزشک یا فیزیوتراپیست کف لگن انجام دهید. همچنین، دستور مصرف شیاف ممکن است بسته به نوع دارو متفاوت باشد؛ بنابراین بروشور همان دارو را نیز بررسی کنید.

۱۴. درمان دارویی ۱: جایگاه دارو در الگوریتم

نکات تصمیم‌گیری	گزینه‌ها	مرحله
در علائم خفیف و دریافت ناکافی فیبر؛ نه در انسداد محتمل	فیبر/پسیلیوم در بیمار مناسب؛ اصلاح عادات	پس از ارزیابی اولیه
ASCRS: توصیه قوی، شواهد با کیفیت متوسط	ملین اسموتیک؛ به‌ویژه PEG، یا لاکتولوز بر حسب دسترسی/تحمل	درمان دارویی خط اول
برای نجات/کوتاه‌مدت یا در صورت نیاز؛ تحمل و عوارض را پایش کنید	ملین محرک مانند بیساکودیل یا سدیم پیکوسولفات	درمان نجات یا خط دوم
در صورت فنوتیپ مناسب، داروهای نسخه‌ای جدید یا ارجاع	بازبینی تشخیص، پایبندی و داروها؛ بررسی اختلال خروجی	پاسخ ناکافی/یبوست مقاوم
افزایش ملین به‌تنهایی مشکل هماهنگی عضلات را برطرف نمی‌کند	بیوفیدبک کف لگن درمان اختصاصی خط اول	اختلال دفع اثبات‌شده

منبع: WGO 2025؛ ASCRS 2024

۱۵. درمان دارویی ۲: ملین‌های اسموتیک

نکات بالینی در سالمندان	جایگاه و شواهد	دارو
نفخ/اسهال و وضعیت مایعات را پایش کنید؛ دوز بر اساس پاسخ تنظیم شود	از گزینه‌های ترجیحی؛ در ASCRS نسبت به لاکتولوز در چند پیامد برتر گزارش شده	پلی‌اتیلن گلیکول (PEG)
نفخ، گاز و ناراحتی شکمی شایع‌تر است	گزینه مؤثر، در صورت عدم دسترسی یا تحمل/ترجیح بیمار	لاکتولوز
در نارسایی کلیه/اختلال عملکرد کلیه خطر تجمع و هایپرمنیزمی؛ با احتیاط یا پرهیز	در برخی شرایط مؤثر؛ انتخاب بیمارمحور	نمک‌های منیزیم
دفعات دفع، قوام، زور زدن، نشت و عوارض را پیگیری کنید	یک گزینه را با هدف مشخص شروع و پاسخ را بازبینی کنید	اصل تجویز

تفاوت تأکید دو راهنما: PEG، WGO و لاکتولوز را گزینه‌های دارای شواهد قوی می‌داند؛ ASCRS برتری PEG نسبت به لاکتولوز را برجسته می‌کند؛ تناقض اساسی نیست.

منبع: WGO 2025؛ ASCRS 2024

۱۶. درمان دارویی ۳: ملین‌های محرک

احتیاط	کاربرد	دارو/گروه
کرامپ شکمی، فوریت و اسهال؛ از مصرف نامتناسب پرهیز شود	درمان نجات یا خط دوم در صورت نیاز	بیساکودیل / سدیم پیکوسولفات
پایش تحمل، دفعات مصرف و الکترولیت‌ها در مصرف مکرر/طولانی	گزینه محرک در برخی بیماران	سنا
شواهد بلندمدت محدودتر؛ بازبینی علت یبوست، دوز و عوارض لازم است	نباید به‌طور خودکار ممنوع یا بی‌خطر مطلق تلقی شود	مصرف طولانی‌مدت
در یبوست مقاوم، فقط افزایش محرک را جایگزین ارزیابی فنوتیپ نکنید	اسموتیک‌ها معمولاً خط اول؛ محرک‌ها نجات/خط دوم	پیام مشترک WGO و ASCRS

منبع: WGO 2025؛ ASCRS 2024

۱۷. درمان دارویی ۴ و بیوست مقاوم: داروهای نسخه‌ای

نکته بالینی	نقش احتمالی	گروه / مثال
اسهال، تحمل، منع مصرف و هزینه/دسترسی را در نظر بگیرید	در بیوست مزمن ایدیوپاتیک در صورت پاسخ ناکافی به درمان‌های بدون نسخه/متناسب با دسترسی	ترشح‌افزاها: لیناکلوتاید، پلکاناتاید، لوبیپروستون
عملکرد کلیه و تنظیم دوز طبق برچسب دارو بررسی شود	آگونیست 5-HT4؛ گزینه در موارد منتخب مقاوم	پروکالوپراید
تشخیص نادرست یا اختلال خروجی می‌تواند علت شکست درمان باشد	پایبندی، دوز، نهفتگی، داروهای بیوست‌زا و علل ثانویه را بازبینی کنید	پیش از تشدید دارو
ASCRS: توصیه مشروط با شواهد کم‌کیفیت	ارزیابی اختلال خروجی با تست‌های آنورکتال/تصویربرداری دینامیک بر حسب دسترسی	پس از شکست فیبر + اسموتیک
ASCRS: توصیه قوی با شواهد کیفیت متوسط	بیوفیدبک درمان خط اول برای اختلال دفع علامت‌دار	دیس‌سینرژی کف لگن

منبع: ASCRS 2024؛ AGA–ACG 2023

درمان غیر دارویی یبوست

میزان مصرف فیبر خود را به‌تدریج افزایش دهید؛ زیرا تغییر ناگهانی مقدار فیبر در رژیم غذایی ممکن است باعث نفخ موقت و بی‌نظمی در اجابت مزاج شود. مهم است که مواد غذایی حاوی فیبر را در طول روز مصرف کنید، نه اینکه فقط در یک وعده، مانند صبحانه، آن‌ها را بخورید.

مقدار مایعات مصرفی خود را به‌تدریج افزایش دهید تا به ۸ تا ۱۰ لیوان در روز برسد. سعی کنید آب، آب‌میوه و نوشیدنی‌های گازدار بیشتری بنوشید.

تقویت عضلات اسفنکتر (عضلات کنترل‌کننده دفع)

یادگیری نحوه انجام تمرین‌ها

در وضعیت راحتی بنشینید و زانوهای خود را کمی از هم فاصله دهید. حالا تصور کنید که می‌خواهید جلوی خروج گاز از مقعد را بگیرید. برای این کار باید عضلات اطراف مقعد را منقبض کنید.

سعی کنید این عضلات را تا حد امکان محکم منقبض کرده و به سمت بالا بکشید. باید بتوانید حرکت عضلات را احساس کنید. باسن، شکم و پاهای شما نباید اصلاً حرکت کنند.

باید متوجه شوید که پوست اطراف مقعد سفت می‌شود و به سمت بالا و دور از صندلی کشیده می‌شود. سعی کنید این حالت را به‌خوبی احساس کنید. در این مرحله، شما در حال تمرین دادن عضلات اسفنکتر مقعد هستید.

درمان غیر دارویی یبوست

انجام تمرین‌ها

1. عضلات اسفنکتر مقعد را تا حد امکان محکم منقبض کنید و به سمت بالا بکشید. این انقباض را حداقل به مدت ۵ ثانیه نگه دارید، سپس حداقل ۱۰ ثانیه عضلات را شل کنید.

این تمرین را حداقل ۵ بار تکرار کنید. این تمرین باعث افزایش قدرت عضلات شما می‌شود.

2. سپس عضلات را تا حدود نصف حداکثر قدرت انقباض خود بکشید. ببینید چه مدت می‌توانید این حالت را حفظ کنید. سپس حداقل ۱۰ ثانیه عضلات را شل کنید.

این تمرین را حداقل ۵ بار تکرار کنید. این کار به افزایش استقامت یا توانایی عضلات برای حفظ انقباض کمک می‌کند.

3. عضلات را تا حد امکان سریع و محکم به سمت بالا بکشید، سپس آن‌ها را شل کنید و دوباره منقبض کنید. ببینید پیش از خسته شدن، چند بار می‌توانید این حرکت را انجام دهید. سعی کنید حداقل ۵ انقباض سریع انجام دهید.

این تمرین انقباض سریع را حداقل ۱۰ بار در روز انجام دهید.

4. تمام این تمرین‌ها را با حداکثر توان خود و حداقل ۵ نوبت در روز انجام دهید. با قوی‌تر شدن عضلات، متوجه خواهید شد که می‌توانید در هر نوبت، تعداد بیشتری انقباض انجام دهید، بدون اینکه عضلات خسته شوند.

تقویت عضلات با تمرین زمان‌بر است. ممکن است لازم باشد چندین ماه به‌طور منظم تمرین کنید تا عضلات به حداکثر قدرت خود برسند.

دستورالعمل استفاده شیاف

این شیاف را می‌توان پرستار، مراقب یا خود شما (در صورتی که از نظر جسمی قادر باشید) از طریق مقعد وارد راست‌روده کرد.

1. در صورت نیاز، ابتدا به دستشویی بروید و اگر می‌توانید روده‌های خود را تخلیه کنید.
2. دست‌های خود را بشویید.
3. هرگونه فویل یا پوشش اطراف شیاف را بردارید.
4. به پهلو دراز بکشید؛ به‌طوری‌که پای زیرین صاف باشد و پای بالایی به سمت کمر خم شود. همچنین می‌توانید در حالت چمباتمه قرار بگیرید.
5. شیاف را به‌آرامی اما محکم، ابتدا از سمت نوک باریک آن، با استفاده از انگشت وارد مقعد کنید. آن را به‌اندازه کافی به داخل فشار دهید (حدود ۲٫۵ سانتی‌متر) تا دوباره بیرون نیاید.
6. ممکن است احساس کنید که بدن شما می‌خواهد شیاف را بیرون براند. پاهای خود را به هم نزدیک کنید و برای چند دقیقه بی‌حرکت بمانید.
7. سعی کنید حداقل ۱۰ تا ۲۰ دقیقه پس از گذاشتن شیاف، اجابت مزاج نداشته باشید.

نکته: اگر این دستورالعمل‌ها برای درمان ضعف عضلات مقعد یا بی‌اختیاری مدفوع به شما داده شده‌اند، بهتر است تمرین‌ها را طبق توصیه پزشک یا فیزیوتراپیست کف لگن انجام دهید. همچنین، دستور مصرف شیاف ممکن است بسته به نوع دارو متفاوت باشد؛ بنابراین بروشور همان دارو را نیز بررسی کنید.

TABLE 95-9 MEDICATIONS USED IN OLDER PEOPLE WITH CONSTIPATION

TYPE	GENERIC NAME	TRADE NAME	DOSAGE	SIDE EFFECTS	TIME TO ONSET OF ACTION (*H*)	MECHANISM OF ACTION
Fiber	Bran	—	1 cup/d	Bloating, flatulence, iron and calcium malabsorption	—	Stool bulk increases, colonic transit time decreases, gastrointestinal motility increases
	Psyllium	Metamucil Konsyl	1 tsp up to 3 times daily	Bloating, flatulence	—	
	Methylcellulose	Citrucel	1 tsp up to 3 times daily	Less bloating	—	
	Calcium polycarbophil	FiberCon	2–4 tablets once daily	Bloating, flatulence	—	
Stool softener	Docusate sodium	Colace	100 mg twice daily		12–72	
Hyperosmolar agents	Sorbitol	—	15–30 mL once daily or twice daily	Sweet tasting, transient abdominal cramps, flatulence	24–48	Nonabsorbable disaccharides metabolized by colonic bacteria into acetic acid and other short-chain fatty acids
	Lactulose	Chronulac	15–30 mL once daily or twice daily	Same as sorbitol	24–48	
	PEG	Golytely Colyte Miralax	8–32 oz once daily	Incontinence due to potency	0.5–1	Osmotically increases intraluminal fluids
Stimulant	Glycerin		Suppository; up to once daily	Rectal irritation	0.25–1	Evacuation induced by local rectal stimulation
	Bisacodyl	Ducolax	10 mg suppositories or 5–10 mg by mouth up to 3 times/wk	Incontinence, hyperkalemia, abdominal cramps, rectal burning with daily use of suppository form	0.25–1	Bisacodyl and sodium picosulfate are prodrugs that are hydrolyzed by colonic bacteria (sodium picosulfate) or intestinal and colonic brush border enzymes (bisacodyl) to the active metabolite, bis-(p-hydroxyphenyl)-pyridyl-2-methane, which has antiabsorptive/secretory and prokinetic effects
	Picosulfate					Similar to bisacodyl
	Anthraquinones (senna, cascara)	Senokot Perdiem (plain) Peri-Colace	2 tablets once daily to 4 tablets twice daily 1–2 tsp once daily 1–2 tablets once daily	Degeneration of Meissner and Auerbach plexus (unproven), malabsorption, abdominal cramps, dehydration, melanosis coli	8–12 8–12 8–12	Electrolyte transport altered by increased intraluminal fluids; myenteric plexus stimulated; motility increases

Saline laxative	Magnesium	Milk of magnesia	15–30 mL once daily or twice daily	Magnesium toxicity, dehydration, abdominal cramps, incontinence	1–3	Fluid osmotically drawn into small bowel lumen; cholecystokinin stimulated; colon transit time decreases
		Haliey's M-O (with mineral oil)	15–30 mL once daily or twice daily		1–3	
Lubricant	Mineral oil	—	15–45 mL	Lipid pneumonia, malabsorption of fat-soluble vitamins, dehydration, incontinence	6–8	Stool lubricated
Enemas	Mineral oil retention enema	—	199–250 mL once daily per rectum	Incontinence, mechanical trauma	6–8	Stool softened and lubricated
	Tap water enema	—	500 mL per rectum	Mechanical trauma	5–15 min	Evacuation induced by distended colon; mechanical lavage
	Phosphate enema	Fleet	1 unit per rectum	Accumulated damage to rectal mucosa, hyperphosphatemia, mechanical trauma	5–15 min	
	Soapsuds enema	—	1500 mL per rectum	Accumulated damage to rectal mucosa, mechanical trauma	2–15 min	

GENERIC NAME (TRADE NAME)	MECHANISM OF ACTION	METABOLISM, BIOAVAILABILTY	PHARMACODYNAMIC EFFECTS	CLINICAL TRAILS	SIDE EFFECTS	CARDIOVASCULAR SAFETY[a]
Secretagogues						
Lubioprostone (Amitiza)[b]	Stimulate instestinal chloride and fluid secretion by activating chloride channels	Intestinal degradation, minimal oral bioavailability	Accelerated small bowel and colonic transit in health	Phases 2 and 3 in CC, IBS-C	Diarrhea, nausea	No arrhythmic effects
Linaclotide (Linzess)[b]	Stimulate instestinal chloride and fluid secretion by activating CFTR	Intestinal degradation, minimal oral bioavailability	Dose-related acceleration of colonic transit in IBS-C	Phases 2 and 3 in CC, IBS-C	Diarrhea	No arrhythmic effects
Serotonin 5-HT$_4$ receptor agonists						
Prucalopride[c] (Resolor)	High selectivity and affinity for 5-HT$_4$ receptors; much weaker affinity for human D4 and s1 and mouse 5-HT$_3$ receptors	Limited hepatic, not CYP3A4	Accelerated colonic transit in health and CC	Phases 2 and 3 in CC	Diarrhea, headache	No arrhythmic activity in atrial cells; inhibits hERG at very high µmol/L concentration; no clinically relevant adverse cardia effects in large trials (>4000 subjects)

TABLE 95-11 PHARMACOLOGIC TREATMENT OF CONSTIPATION IN OLDER PEOPLE: A STEPWISE APPROACH

Chronic Constipation

In ambulant older people

- Bulk laxative (psyllium) 1–3 times daily with fluids as required
- If symptoms persist, add senna 1–3 tablets at bedtime
- In individuals with questionable fluid intake or those intolerant of bulk laxatives, start with senna 1–2 tablets at bedtime
- If symptoms persist, add sorbitol or lactulose 15 mL daily as needed, titrating the dose to achieve regular (≥ 3 times a week) and comfortable evacuation

In high-risk patients (bedridden individuals, patients with neurological disease, and patients with history of fecal impaction)

- Senna 2–3 tablets at bedtime and sorbitol or lactulose 30 mL daily, titrating upward as needed
- If symptoms persist, give PEG (half to two sachets daily)

Colonic Fecal Impaction
Clinical or radiological obstruction
Daily retention enemas (eg, arachis oil) until obstruction resolves, before starting oral laxatives
Colonic disimpaction
Daily enemas (preferably tap water) until no further washout result
PEG (0.5–2 L daily or 2–3 sachets of Movicol) with fluids
Ensure that patient has easy access to toilet to avoid fecal incontinence
When impaction resolves, give laxative regimen for chronic constipation in high-risk patients for long term to avoid recurrence
Rectal Outlet Delay
Rectal disimpaction
Manual disimpaction where necessary, followed by phosphate enema(s) for initial complete clearance of rectal impaction
Regular treatment
Glycerine suppositories at least once a week and as required to relieve symptoms
For persistent symptoms, use Bisacodyl suppositories instead of glycerine suppositories
In patients at high risk of rectal impaction (rectal dysmotility, neurological disease), give regular enemas (usually once weekly) and daily suppositories
If stool is hard or infrequent, add daily laxative as for chronic constipation

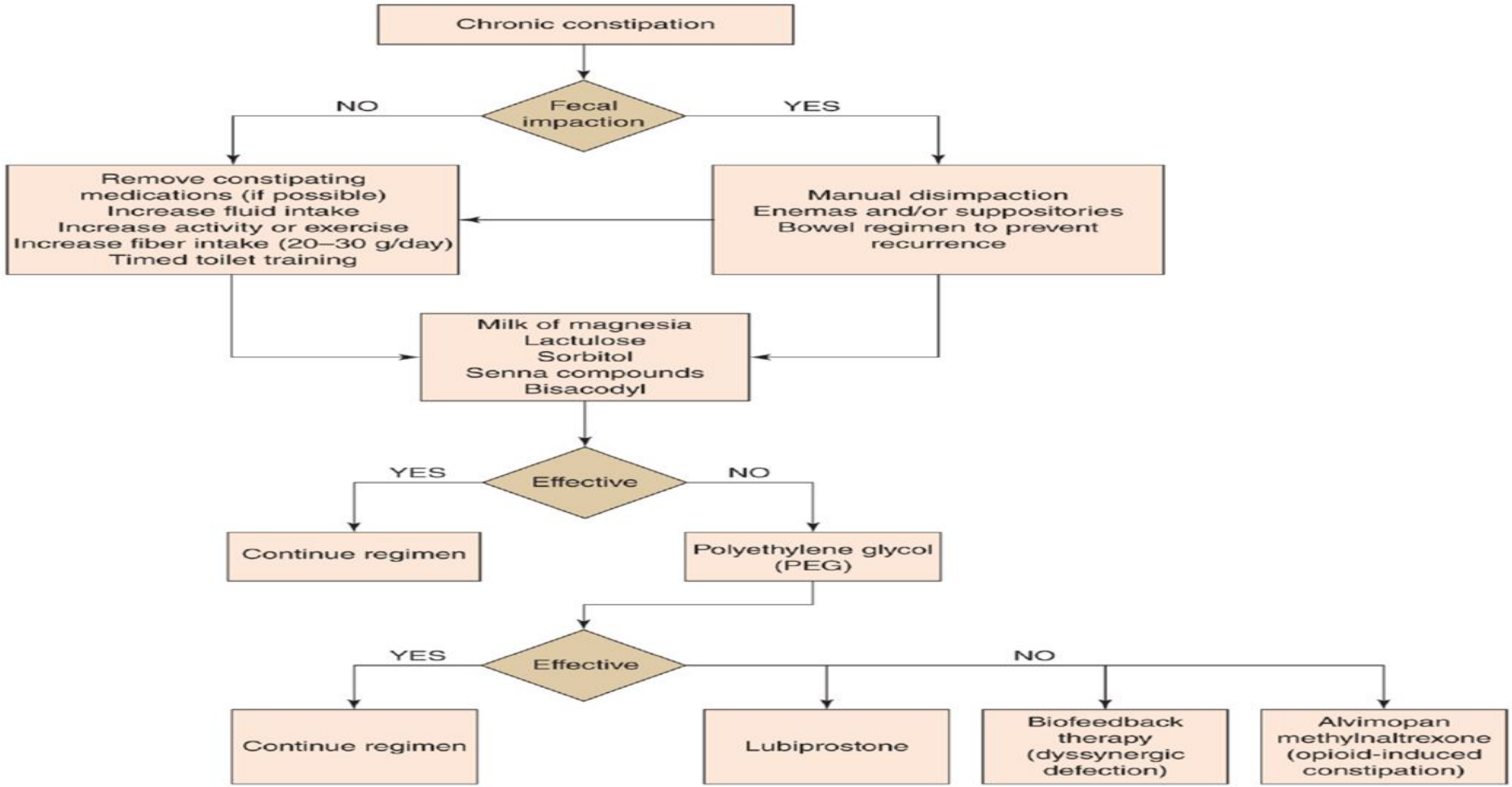


FIGURE 95-6. Treatment algorithm for the management of chronic constipation in older adults. (From Rao SS, Go JT. Update on the

You should increase your fiber intake gradually because sudden change in fiber content may cause temporary bloating and irregularity. It is important to eat the foods that contain fiber all through the day and not just at one meal such as breakfast.

Increase the amount of fluid that you drink gradually up to 8 to 10 glasses a day. Try to drink more water, fruit juices, and fizzy drinks.

Sphincter Strengthening

Learning to do your exercises

Sit in a comfortable position with your knees slightly apart. Now imagine that you are trying to stop yourself passing wind from the bowel. To do this you must squeeze the muscle around the back passage. Try squeezing and lifting that muscle as tightly as you can. You should be able to feel the muscle move. Your buttocks, abdomen, and legs should not move at all. You should be aware of the skin around the back passage tightening and being pulled up and away from your chair. Really try to feel this. You are now exercising your anal sphincter muscles. (You do not need to hold your breath when you tighten the muscles!)

Practicing your exercises

Tighten and pull up the anal sphincter muscles as tightly as you can. Hold tightened for at least 5 s, then relax for at least 10 s.

Repeat this exercise at least 5 times. This will work on the strength of your muscles.

Next, pull the muscles to approximately half of their maximum squeeze. See how long you can hold this for. Then relax for at least 10 s.

Repeat at least 5 times. This will work on the endurance or staying power of your muscles.

Pull up the muscles as quickly and tightly as you can and then relax and then pull up again, and see how many times you can do this before you get tired. Try for at least 5 quick pull-ups. Try this quick pull-up exercise at least 10 times each day.

Do all these exercises as hard as you can and at least 5 times a day. As the muscles get stronger, you will find that you can do more pull-ups each time without the muscle getting tired.

It takes time for exercises to make muscle stronger. You may need to exercise regularly for several months before the muscles gain their full strength.

Instructions for Using Suppositories

These may be inserted into your rectum (back passage) by your nurse or caregiver or yourself if you are physically able to do it.

If necessary go to the toilet and empty your bowels if you can.

Wash your hands.

Remove any foil or wrapping from the suppository.

Either lie on your side with your lower leg straight and your upper leg bent toward your waist or squat.

Gently but firmly insert the suppository, narrow end first, into the rectum using a finger. Push far enough (approximately 1 in) so that it does not come out again.

You may find your body wanting to push out the suppository. Close your legs and keep still for a few minutes.

Try not to empty your bowels for at least 10 to 20 min.