



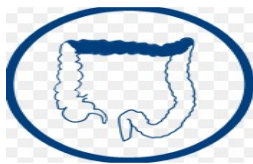
نکات تغذیه ای در بیماران مبتلا به

بیماریهای التهابی روده

رویا رنجبر میری

دانشجوی کارشناسی ارشد ۹۶





معرفی بیماری:

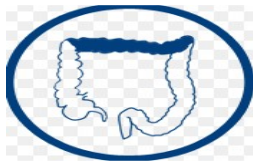
اگر چه تعداد قابل ملاحظه ای از ارگانیزم های عفونی و روندهای غیر عفونی می توانند به التهاب روده ای منجر شوند اما اصطلاح بیماریهای التهابی روده یا (IBD) عموماً به طور اولیه به دو بیماری ایدپاتیک اشاره دارد: **کولیت اولسر و بیماری کرون**

احتمال بروز کولیت اولسراتیو طی دهه سوم و هفتم بالاتر می رود. شیوع بیماری کرون مختصری از کولیت اولسر کمتر بوده و در ۱۵٪ موارد افتراق کولیت اولسراز کرون غیر ممکن است که این موارد به عنوان کولیت نامعین طبقه بندی می شود.

بیماری التهابی روده، اختلال شایعی در سراسر جهان با نرخ شیوع ۰,۱ تا ۰,۴ درصد از جمعیت کلی می باشد. بر اساس یک بررسی سیستماتیک که به ارزیابی روند گسترش بیماری IBD در جهان پرداخته شده است بروز و شیوع IBD را در ۵-۴ دهه گذشته روند رو به افزایش نشان داده است. علیرغم ماهیت مزمن این دو بیماری، داروهای ضد التهاب در کاهش شدت بیماری و بهبود کیفیت زندگی کمک زیادی می کند.

پاتوفیزیولوژی:

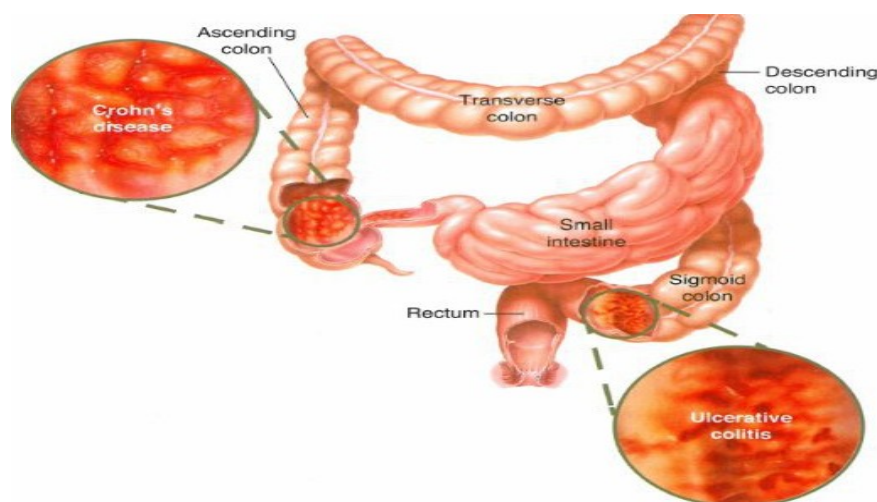
اگرچه بیماری التهابی روده در حال حاضر ناشناخته مانده است اما پیشرفت های اخیر در فهم فاکتورهای ژنتیکی، ایمنولوژیکی و محیطی برای شناخت علل این اختلالات پیچیده صورت گرفته است. در حال حاضر، تئوری اصلی به پاتوژنز بیماری التهابی روده اختلال در تنظیم پروسه های طبیعی ایمنی روده است. این اختلال تنظیم احتمالاً منجر به پاسخ شدید و بیش از حد به فلورای میکروبی روده شخص یا دیگر عوامل محیطی شناخته نشده، می شود. پاسخ های التهابی مانند افزایش سابتوکاین ها و پروتئین های فاز حاد، افزایش نفوذپذیری GI، افزایش پروتئازها، افزایش رادیکال های اکسیژن و کلوترین ها مسئول صدمات بافت GI هستند.



رژیم غذایی از جمله فاکتورهای محیطی تحریک کننده IBD است. مواد غذایی خاص، میکروب ها، غذاها و آلودگی های تصادفی منجر به ورود میزان زیادی آنتی ژن های بالقوه با در نظر گرفتن پیچیدگی و تنوع رژیم های غذایی مدرن امروزی می گردد. سوءتغذیه بر عملکرد غشای مخاطی، سلولی و سدهای ایمنی بدن تاثیر می گذارد. رژیم غذایی بر ترکیب نسبی و نوع میکروفلور روده تاثیرگذار می باشد. ترکیبات رژیم غذایی مانند چربی ها برپاسخ های ایمنی موثر می باشند.

آلرژی های غذایی و سایر واکنش های خاص غذایی در پاتوژنز IBD نقش دارند. اگرچه شواهد مرتبط با تاثیر آلرژی های غذایی در مقایسه با عدم تحمل های غذایی کمتر می باشد. عدم تحمل های غذایی در بیماران IBD نسبت به جمعیت نرمال بیشتر دیده می شود و از فردی به فرد دیگر و حتی در یک فرد از یک زمان به زمان دیگر متفاوت است و به شدت، محل و عوارض مرتبط با بیماری ها مربوط می شود. در کولیت اولسراتیو روده کوچک در گیر نمی شود اما ایلئوم ترمینال می تواند دچار تغییرات التهابی شود.

یافته های کلیدی در کولیت اولسراتیو درگیری یکپارچه و ممتد کولون و رکتوم است. وجود مناطق دست نخورده و یا ضایعات پرشی مطرح کننده کرون می باشد. بیماری کرون برخلاف کولیت اولسراتیو، یک فرایند التهابی تمام جدار است که هر قسمتی از سیستم گوارشی از دهان تا مقعد را می تواند درگیر کند.



Inflammatory bowel disease. (reprinted with permission from Anatomical Chart Company. Understanding inflammatory bowel disease 2009)



علائم بالینی:

بیماری کرون و کولیت اولسراتیو اشکال بالینی مشترک دارند: عدم تحمل های غذایی، اسهال، تب، کاهش وزن، آنمی ها، سوءتغذیه، عقب افتادگی رشد، آرتريت، عوارض پوستی و کبدی.

اگرچه سوءتغذیه در هر دو شکل IBD ممکن است رخ بدهد، ولی در بیماری کرون عمده تر و طولانی تر می باشد. در هر دو شکل با طولانی شدن ابتلا خطر بدخیمی افزایش می یابد.

تظاهرات خارج روده ای شامل: درگیری کبد، کلانژیت اسکروزان اولیه، پری کلانژیت، کارسینوم مجاری صفراوی، آرتريت، ضایعات چشمی و

تظاهرات خارج روده ای در کرون شایع تر از کولیت اولسراتیو است.

توصیه های تغذیه ای:

وضعیت تغذیه ای ضعیف ممکن است با کاهش دریافت به علت انورکسیا، تهوع، استفراغ، درد شکمی، رژیم محدود شده، عوارض جانبی داروها، از دست دهی پروتئین از ضایعات زخمی موکوس یا خونریزی یا نیازهای بهبود زخم، رشد بیش از حد باکتریها و سوء تغذیه مرتبط باشد. بنابراین تغذیه درمانی بخش مهم و ضروری درمان است.

➤ هیچ رژیم اختصاصی و منفردی برای کاهش علائم و ویژگی های این بیماری وجود ندارد. رژیم و مواد غذایی ممکن است نقش حمایتی در حفظ وضعیت تغذیه ای بیمار، محدود نمودن علائم و حمایت رشد در کودکان مبتلا داشته باشد.

➤ تغذیه با شیر مادر توصیه می شود چون غذای مفیدی برای نوزاد بوده و خطر ابتلا به IBD را کاهش می دهد.

➤ احتیاجات بیماران IBD چندان افزایش نمی یابد (مگر اینکه افزایش وزن مدنظر باشد). در هنگام فعال شدن بیماری متابولیسم پایه افزایش می یابد در عین حال فعالیت بدنی کاهش پیدا میکند. بنابراین مقدار کل انرژی مورد نیاز ثابت می ماند.



- دریافت میوه و فیبر بالا محافظت کننده است.
- مواد غذایی نفاخ مانند سبزیجات خام (پیاز، تربچه، ترب، کلم، گل کلم و....) و حبوبات محدود شود. مصرف سبزیجات پخته (در غذاها یا به عنوان سالاد) بهتر از سبزیجات خام می باشد. پوست و هسته میوه جدا شود
- درتنگی و فیستول رژیم کم فیبر با محتوای انرژی و پروتئین بالا توصیه می شود. پروتئین دریافتی به مقدار کافی در رژیم غذایی وجود داشته باشد. مانند انواع گوشت کاملاً پخته خصوصاً ماهی. نیازهای پروتئینی ممکن است براساس شدت، مرحله بیماری و نیاز به ترمیم آسیب های وارده افزایش یابد. التهاب و درمان با کورتیکواستروئیدها منجر به تعادل منفی نیتروژن و از دست دهی توده عضلانی می گردد. در مناطق درگیر شده ملتهب و زخم شده اپی تلیال نیز از دست دهی پروتئین وجود دارد. برای حفظ تعادل مثبت نیتروژن میزان ۱،۵-۱ گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن پروتئین موردنیاز می باشد .
- دریافت زیاد منو و دی ساکارید ها و چربی ریسک بیماری را افزایش میدهد
- اگر استئاتوره وجود داشته باشد MCT بهتر تحمل می شود چربی های امگا ۳ نیز ممکن است مفید باشد. مکمل های اسیدچرب امگا ۳ در بیماری کرون فعالیت بیماری را به صورت معنی داری کاهش می دهد. استفاده از کپسول روغن ماهی در بیمار کولیت اولسراتیو منجر به بهبود تاثیرات درمانی ناچیز داروها با کاهش فعالیت بیماری و افزایش مدت زمانی می گردد که فرد در وضعیت بهبودی سپری می کند
- از ماهی و روغن ماهی در رژیم غذایی استفاده شود.
- برای بعضی از بیماران TF همراه با اضافه کردن گلوتامین می تواند مفید باشد
- فرمول های پلیمریک قابل قبول است و فرمولای المنتال نیاز نیست. تغذیه روده ای نسبتاً موثر است.
- رژیم غذایی را با مولتی ویتامین ها و مینرال ها به خصوص تیامین، فولات، ویتامین B12 و ویتامین E و ویتامین D و روی و کلسیم، منیزیم و آهن مکمل یاری کنید.
- ویتامین A, K باید یک روز در میان داده شود



- اگر برداشت روده بیش از ۲۰۰ سانتیمتر باشد ممکن است کمبود سلنیوم ایجاد شود و باید به دقت کنترل شود.
- اگر عدم تحمل لاکتوز وجود دارد دریافت آن باید کاهش یابد.
- تحمل برای گندم و گلوتن باید چک شود.
- پیشرفته تغذیه ای را به دقت کنترل کنید بیماران ممکن است وعده های غذایی کوچک و مکرر را بهتر تحمل کنند.
- غذاها و مکمل های پروبیوتیک باعث نگه داری فلور میکروبی طبیعی روده می شوند و فرآیندهای التهابی موجود در IBD را کاهش می دهند. مکمل هایی با دوز بالای پروبیوتیک ها در بیماران که دارای puchitis و بیماری هایی که در ناحیه ایلئوم التهاب دارند و به دنبال کولستومی منجر به بهبود بیماری میگردند. اما مکمل های دیگر با دوزهای پایین تر اثری در کاهش علائم نداشته اند. به نظر می رسد پروبیوتیک ها در کودکان و بالغین مبتلا به کولیت اولسراتیو منجر به بهبودی و افزایش طول مدت زمانی که فرد عود ندارد، می گردد. با این حال چنین اثری در بیماری کرون در بالغین و کودکان مبتلا دیده نشد.
- استفاده از پره و پروبیوتیک ها در جلوگیری از رشد بیش از حد باکتری در روده کوچک در افراد مستعد و درمان اسهال نقش دارد. ولی مطالعات بیشتری برای تعیین مقدار مناسب و دستیابی به هدف در مقایسه با روش های درمانی موجود مورد نیاز می باشد.
- پیشرفته تغذیه ای را به دقت کنترل کنید بیماران ممکن است وعده های غذایی کوچک و مکرر را بهتر تحمل کنند.
- از مصرف نوشیدنیهای گازدار اجتناب شود.
- فاکتورهای خطر مرتبط با عود IBD میتواند شامل افزایش دریافت ساکارز، کمبود دریافت میوه ها و سبزیجات و کاهش دریافت فیبرهای رژیمی، مصرف گوشت قرمز و الکل و تغییر نسبت دریافت امگا ۶ به امگا ۳ باشد. بنابراین تغییرات رژیمی که منجر به تعدیلات فوق گردد در بهبود بیماری موثر نخواهد بود.

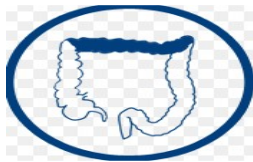


- فیتوکمیکال هایی مثل زردچوبه، فلفل قرمز capsaicin، میخک، زنجبیل، رازیانه، ریحان و رزماری، سیر، انار می توانند مسیر التهاب را سرکوب کنند.
- دریافت منابع غذایی پتاسیم در دوره های اسهال افزایش یابد.
- تغذیه لوله ای کامل با فرمولای مایع، التهاب روده را کم می کند و موجب تخفیف در کرون فعال می شود.
- تراکم استخوان هر سال باید بررسی شود اهمیت کلسیم و ویتامین D توضیح داده شود منابع جایگزین شیر در صورت عدم تحمل توضیح داده شود همچنین ورزش توصیه شود
- دقت در آماده سازی غذا و شستن دستها در جلوگیری از آلودگی افراد با پاتوژنهای بیماری های غذازاد به خصوص در دوره های اسهال و ناراحتی های مرتبط اهمیت دارد.
- وعده های غذایی کوچک و مکرر دریافت کل مواد مغذی را افزایش می دهد و ۲ تا ۳ ساعت قبل از خواب باید خودداری شود.
- از خوردن نوشیدنی های یخی و کربناته که ممکن است پریستالتیس را در زمان بیماری تشدید کند اجتناب شود.
- بیماران را راهنمایی کنید که غذا بخورند و خوب بجوند و در مورد ترس از خوردن بحث کنند.
- به بیماران آموزش داده شود که بخورند و ترس مرتبط با زمان وعده های غذایی کاهش داده شود. ارزیابی های دوره ای و یا پایش توسط یک رژیم شناس کمک کننده است



تداخلات غذا و دارو

- استفاده از داروهای ضد التهابی مثل 5-ASA عوارضی شامل تهوع، استفراغ، سوزش سردل، اسهال، سردرد، و تخلیه فولات بدن دارد.
- استفاده از کورتیکواستروئیدها در درگیری های کولون بسیار موثر است. بیماران به رژیمی نیاز دارند که پروتئین و کلسیم و پتاسیم کافی را تامین کنند و سدیم محدود شود.
- مترونیدازول (آنتی بیوتیک) در مواردی که مقعد درگیر است استفاده میشود. تهوع، استفراغ، بی اشتهایی یا اسهال ممکن است رخ دهد.
- داروهای ضد اسهال مثل diphenoxylate, loperamide و کدئین ممکن است استفاده شود.
- سطوح کم مواد مغذی معین به خصوص ویتامین D ممکن است ریسک بیماری را افزایش دهد.
- همچنین رتینوئیک اسید ایمنی روده را تامین میکند.
- در پلی مورفیسم MTHFR، L-متیل فولات مفید است.



رفرنس:

1-Nutrition and Diagnosis Related Care by Sylvia Escott-Stump. •
ed. ۲۰۱۵

2-Forbes, A., Escher, J., Hébuterne, X., Kłęk, S., Krznaric, Z., Schneider, S., ... & Bischoff, S. C. (2017). ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*, 36(2), 321-347

3-Krause, s Food & The nutrition food process; 2017

۴-مبانی طب داخلی سیسیل، بیماریهای دستگاه
گوارش ۲۰۱۵