

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد پزشکی تهران

پایان نامه

جهت اخذ دکترای حرفه ای

### موضوع

بررسی شیوع بیماری سللیاک در مراجعه کنندگان با علائم سندرم روده تحریک پذیر به بیمارستان های

دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران طی سال های ۹۰-۱۳۸۹

### استاد راهنما

جناب آقای دکتر هومن هوشنگی

### نگارش

شیما باقرزاده

شماره: ۴۹۹۸

سال تحصیلی ۱۳۹۰



Islamic Azad University  
Tehran Medical Branch  
Faculty of medical sciences

Thesis

To achieve MD degree

**Subject**

The Prevalence of celiac disease in patients with irritable bowel syndrome in hospitals of Tehran Medical Branch of Islamic Azad University in 1389-90

**Thesis Adviser**

Dr.Hooman Houshangi

**Written by**

Shima Bagherzadeh

Year: 2012

No.4998

پاسکزاری:

از استاد کرامی جناب آقای دکتر هومن هوشنگی که راهنمایی این پایان نامه را به عهده گرفتند و با حسن نیت و دلسوزی، اینجانب را در این تحقیق همراهی نمودند، کمال تشکر و امتنان را دارم.

تقدیم به:

مادر و پدر عزیزم

## فهرست مطالب

|    |   |
|----|---|
| ۱  | چکیده   |
| ۳  | <b>فصل اول: کلیات تحقیق</b>                               |
| ۴  | ۱-۱- مقدمه  |
| ۵  | ۱-۲- بیان مسئله   |
| ۶  | ۱-۳- اهداف مطالعه   |
| ۷  | ۱-۴- سندرم روده تحریک پذیر (IBS) Irritable bowel syndrome |
| ۲۵ | <b>فصل دوم: پیشینه تحقیق</b>                              |
| ۲۶ | ۲-۱- مروری بر مطالعات                                     |
| ۳۱ | ۲-۲- بیماری سلیاک   |
| ۴۰ | <b>فصل سوم: روش انجام مطالعه</b>                          |
| ۴۱ | ۳-۱- مشخصات مطالعه  |
| ۴۳ | ۳-۲- روش انجام مطالعه                                     |
| ۴۴ | <b>فصل چهارم: یافته ها</b>                                |
| ۴۵ | ۴-۱- توزیع فراوانی جنسیت بیماران                          |

|    |   |
|----|---|
| ۴۶ | ۲-۴- بررسی آماری سن بیماران   |
| ۴۸ | ۳-۴- توزیع فراوانی علائم گوارشی بیماران                             |
| ۴۹ | ۴-۴- بررسی آماری مدت زمان ابتلای به بیماری                          |
| ۵۱ | ۵-۴- بررسی نتایج تست های سرولوژی بیماران                            |
| ۵۲ | ۶-۴- بررسی نتایج بیوپسی در افراد سرولوژی مثبت                       |
| ۵۴ | ۷-۴- بررسی توزیع فراوانی ابتلای به اسپروی سلیاک                     |
| ۵۵ | ۸-۴- بررسی ارتباط جنسیت و ابتلای به اسپروی سلیاک                    |
| ۵۷ | ۹-۴- بررسی ارتباط سن و ابتلای به اسپروی سلیاک                       |
| ۵۹ | ۱۰-۴- بررسی ارتباط علائم گوارشی و ابتلای به اسپروی سلیاک            |
| ۶۱ | ۱۱-۴- بررسی ارتباط مدت زمان ابتلا به علائم و ابتلای به اسپروی سلیاک |
| ۶۳ | <b>فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری</b>                                   |
| ۶۷ | فهرست منابع   |
| ۶۹ | چکیده انگلیسی   |

## فهرست جداول

- ۴۵ جدول ۱- بررسی توزیع فراوانی جنسیت در بیماران
- ۴۶ جدول ۲- بررسی آماری سن در بیماران
- ۴۶ جدول ۳- بررسی توزیع فراوانی سن در بیماران
- ۴۸ جدول ۴- بررسی توزیع فراوانی علائم گوارشی در بیماران
- ۴۹ جدول ۵- بررسی آماری مدت زمان ابتلا به بیماری
- ۵۱ جدول ۶- بررسی نتایج تستهای سرولوژی در بیماران
- ۵۲ جدول ۷- بررسی نتایج بیوپسی در بیماران دارای سرولوژی مثبت
- ۵۳ جدول ۸- نتایج تغییرات هیستوپاتولوژیک در بیوپسی بیماران با سرولوژی مثبت
- ۵۴ جدول ۹- بررسی مبتلایان به اسپروسیلیاک
- ۵۵ جدول ۱۰- بررسی ارتباط جنسیت و ابتلای به اسپروسیلیاک
- ۵۷ جدول ۱۱- بررسی ارتباط سن و ابتلای به اسپروسیلیاک
- ۵۹ جدول ۱۲- بررسی ارتباط علائم گوارشی و ابتلای به اسپروسیلیاک
- ۶۱ جدول ۱۳- بررسی ارتباط مدت زمان ابتلای به علائم و ابتلای به اسپروسیلیاک



## فهرست نمودارها

- ۴۵ نمودار ۱- درصد فراوانی جنسیت در بیماران
- ۴۷ نمودار ۲- توزیع فراوانی سن در بیماران
- ۴۸ نمودار ۳- درصد توزیع فراوانی علائم گوارشی در بیماران
- ۵۰ نمودار ۴- درصد فراوانی مدت زمان بروز علائم بیماری
- ۵۱ نمودار ۵- نتایج تست سرولوژی در بیماران
- ۵۲ نمودار ۶- نتایج بیوپسی در بیماران با سرولوژی مثبت
- ۵۴ نمودار ۷- درصد فراوانی مبتلایان به اسپروئیت سلیاک
- ۵۶ نمودار ۸- مقایسه درصد فراوانی جنسیت و ابتلای به اسپروئیت سلیاک
- ۵۸ نمودار ۹- مقایسه درصد فراوانی سن و ابتلای به اسپروئیت سلیاک
- ۶۰ نمودار ۱۰- مقایسه درصد فراوانی علائم گوارشی و ابتلای به اسپروئیت سلیاک
- ۶۲ نمودار ۱۱- درصد فراوانی مدت زمان بروز علائم در مبتلایان به اسپروئیت سلیاک
- ۶۲ نمودار ۱۲- مقایسه درصد فراوانی مدت زمان بروز علائم و ابتلای به اسپروئیت سلیاک

## چکیده

بررسی شیوع بیماری سلیاک در مراجعه کنندگان با علائم سندرم روده تحریک پذیر به بیمارستان های دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران طی سال های ۹۰-۱۳۸۹

نگارش: شیما باقرزاده      استاد راهنما: جناب آقای دکتر هومن هوشنگی

شماره پایان نامه: ۴۹۹۸      کد پایان نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۹۲۱۲۲

تشخیص سندرم روده تحریک پذیر (IBS) بر اساس یافته های کلینیکی (مانند کرایتریای Rome II) صورت می گیرد. که در برخی موارد، تشخیص IBS از بیماری سلیاک بخصوص در مواردی که علائم بیماری در سنین بزرگسالی بروز پیدا می کند، دچار مشکل می شود. برخی از مبتلایان به سلیاک دارای علائم گوارشی مشابه علائم IBS هستند که این باعث می گردد اشتباهاً IBS تشخیص داده شوند.

هدف از این مطالعه، تخمین درصد شیوع بیماری سلیاک در مراجعه کنندگان با علائم IBS بر اساس کرایتریای Rome II) به بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران در طی دو سال اخیر می باشد.

این پژوهش، شامل ۱۵۰ بیمار مراجعه کننده با علائم IBS با میانگین سنی ۳۵ سال (۶۵-۱۰ ساله) بود، که ۵۴٪ بیماران زن و ۴۶٪ مرد بودند.

بر روی تمام بیماران آزمون های سرولوژی از نظر آنتی بادی های ضد ترانس گلوتامیناز بافتی IgA و ضد گلیادین IgA, IgG و ضد اندومیزیوم انجام شد. بیماران با سرولوژی مثبت تحت بیوپسی دئودنوم توسط آندوسکوپی جهت تأیید تشخیص بیماری سلیاک قرار گرفتند.

۴۷ نفر (۳۱/۳٪) از ۱۵۰ بیمار موجود در مطالعه، که دارای علائم مشابه IBS بودند، از نظر سرولوژی مثبت تشخیص داده شدند. در بیوپسی ۲۴ نفر از ۴۷ بیمار با سرولوژی مثبت، تغییرات هیستوپاتولوژیک بیماری سلیاک مشاهده شد (در نتایج بیوپسی بیماران، حتی تغییرات بسیار اندک نیز لحاظ گردید). که بر اساس آن، تنها ۱۰ نفر از بیماران بطور قطعی مبتلا به اسپروی سلیاک

بودند. بر روی تمام بیماران مبتلا به سلیاک، رژیم غذایی فاقد گلوتن آغاز گردید. که در پیگیری های به عمل آمده، بهبودی چشمگیری از لحاظ علائم بیماری مشاهده شد.

بر اساس مطالعه حاضر، درصد شیوع بیماری سلیاک در بیماران با علائم IBS ، ۶/۷٪ تخمین زده شد. بسیاری از بیمارانی که تشخیص IBS برای آنان گذارده شده بود، در حقیقت مبتلا به سلیاک بودند. با توجه به مطالب ذکر شده، بیماری سلیاک باید به عنوان یک تشخیص افتراقی مهم در بیماران با علائم IBS مد نظر قرار گیرد و انجام آزمایشات غربالگری بیماری سلیاک در بیماران با علائم IBS ضروری به نظر می رسد.

**کلمات کلیدی:** سندرم روده تحریک پذیر، بیماری سلیاک، آنتی بادی ضد ترانس گلوتامیناز بافتی، آنتی بادی ضد گلیادین، غربالگری

# فصل اول

کلیات تحقیق

سندرم روده تحریک پذیر (IBS)، یکی از شایعترین مشکلات گوارشی است. ۲۰-۱۰٪ افراد که بر اساس کرایتریای Rome II تشخیص داده شده اند، از این مشکل رنج می برند. (۱)

تشخیص IBS بر اساس علائم آن و رد کردن یکسری از اختلالات ارگانیک که علائم مشابهی دارند، از جمله سلیاک، می باشد. (۳)

در حقیقت، بسیاری از بیماران بخصوص افرادی که در سنین بزرگسالی علائم بیماری سلیاک در آنها بروز پیدا می کند، دارای علائم اندک یا غیر معمول می باشند. (۵) طیف وسیعی از علائم و نشانه ها را می توان در بیماری سلیاک مشاهده کرد. بر این اساس گاهی تشخیص IBS از سلیاک دشوار است. (۴)

ارزیابی های سرولوژی اخیر، در مورد بیماری سلیاک نسبت به گذشته اختصاصی تر و حساس تر شده اند، به همین دلیل تشخیص بیماری نسبت به قبل آسان تر شده و لذا موجب افزایش درصد شیوع این بیماری خواهد گردید. (۶ و ۷) دلایل مذکور، ما را بر آن داشت که به بررسی شیوع بیماری سلیاک در بیماران با علائم سندرم روده تحریک پذیر که به کلینیک های گوارش بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه آزاد اسلامی تهران مراجعه نموده اند، بپردازیم.

## ۱-۲- بیان مسئله

مقالات متعددی در زمینه IBS به چاپ رسیده است در حالیکه مقالات اندکی درباره بیماری های دیگر مانند سلیاک که علائم مشابه این سندرم را دارند قابل مشاهده می باشد.

در گذشته باور بر این بود که بیماری سلیاک در سال های اولیه زندگی با علائمی نظیر اسهال، کاهش وزن، عدم رشد کودک و در موارد شدید تر با سوءتغذیه قابل تشخیص می باشد، اما امروزه تعداد بیمارانی که علائم بیماری در سنین بزرگسالی در آنها بروز می یابد روبه افزایش بوده و علائم غیر معمول که در تقسیم بندی کلاسیک این بیماری نمی گنجد قابل مشاهده می باشد. (۱ و ۵)

بیماری سلیاک نوعی بیماری گوارشی است که با آسیب به پرزهای روده کوچک سبب اختلال در جذب مواد غذایی از طریق روده می گردد. مبتلایان به بیماری سلیاک قادر به تحمل پروتئین گلوتن موجود در گندم، جو و جوی دوسر نیستند. لذا پاسخ سیستم ایمنی بدن در زمان مصرف گلوتن منجر به تخریب پرزهای روده کوچک که مسئول جذب مواد مغذی می باشند، می گردد.

این بیماری به عنوان یک بیماری خود ایمنی، و از طرفی به عنوان یک بیماری سوءجذبی مورد نظر قرار می گیرد که ۱٪ جمعیت را به خود اختصاص داده است. علائم کلاسیک آن شامل: اسهال حجیم و بدبو، کاهش وزن، کندی رشد، خستگی مزمن، سوءجذب چربی، درد استخوان و آنمی فقر آهن است. (۲)

با توجه به مطالب ذکر شده، این مسئله که بسیاری از بیماران با تشخیص IBS در واقع به سلیاک مبتلا می باشند، نگران کننده است.

هدف از این مطالعه بررسی شیوع بیماری سلیاک در مراجعه کنندگان با علائم IBS می باشد تا از این طریق ضرورت انجام آزمون های غربالگری بیماری سلیاک در این بیماران مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد.

## ۱-۳- اهداف مطالعه

### هدف کلی

تعیین میزان شیوع بیماری سلیاک در افراد مراجعه کننده با علائم IBS

### اهداف ویژه

- ۱- تعیین میزان شیوع اسپرووی سلیاک در افراد با علائم IBS به تفکیک سن
- ۲- تعیین میزان شیوع اسپرووی سلیاک در افراد با علائم IBS به تفکیک جنسیت
- ۳- تعیین میزان شیوع اسپرووی سلیاک در افراد با علائم IBS به تفکیک نوع علائم گوارشی (انواع

IBS)

- ۴- تعیین میزان شیوع اسپرووی سلیاک در افراد با علائم IBS به تفکیک مدت زمان ابتلا به علائم

گوارشی

### اهداف کاربردی

با استفاده از نتایج حاصل از این مطالعه، می توان با بررسی میزان شیوع ابتلا به اسپرووی سلیاک در بیماران دارای علائم سندرم روده تحریک پذیر، لزوم انجام آزمون های غربالگری جهت تشخیص بیماری سلیاک را در بیماران با علائم IBS مورد بررسی و تحلیل قرار داد.

## ۴-۱- سندرم روده تحریک پذیر (IBS) Irritable bowel syndrome

سندرم روده تحریک پذیر (IBS)، یک اختلال کارکردی روده است که مشخصه آن تغییر در اجابت مزاج و درد یا ناراحتی شکمی در غیاب اختلالات ساختاری قابل شناسایی می باشد. هیچ شاخص تشخیصی قطعی برای IBS وجود ندارد و لذا تشخیص بیماری بر اساس تظاهرات بالینی است. در سال ۲۰۰۶، معیارهای رم ۲ (Rome II) برای تشخیص IBS مورد بازبینی قرار گرفت. IBS یکی از شایعترین اختلالات بالینی است، اما یکی از ناشناخته ترین آنها نیز می باشد. حدود ۲۰-۱۰ درصد از بزرگسالان و نوجوانان در سراسر دنیا علائم و نشانه هایی دارند که با IBS منطبق است، و اکثر مطالعات شیوع بیشتر آن را در زنان نشان می دهند. علائم IBS معمولاً هر از گاهی ظاهر شده و سپس ناپدید می شوند و اغلب با سایر اختلالات کارکردی نظیر فیبرومیالژی، سردرد، کمردرد، علائم ادراری- تناسلی، همراهی دارد.

شدت علائم متغیر است و می تواند کیفیت زندگی را به شدت مختل کند، و هزینه های بهداشتی سنگینی را به فرد و جامعه تحمیل نماید. پیشرفت های حاصل شده در تحقیقات پایه، مکانیسمی و بالینی، درک ما را از این بیماری ارتقا داده و عوامل فیزیولوژیک و روانی - اجتماعی مؤثر در آن را روشن تر ساخته است. تغییر حرکات دستگاه گوارش، افزایش درک درد احشا، اختلال تعامل میان مغز و لوله گوارش، اختلال پردازش در دستگاه عصبی مرکزی، حوادث اتونوم و هورمونی، عوامل ژنتیکی و محیطی و مشکلات روانی- اجتماعی در ایجاد این اختلال نقش دارند و میزان تأثیر آنها در افراد مختلف متفاوت است. این پیشرفت ها می تواند به بهبود روش های درمانی منجر شود.



## تاریخچه

در طی دهه‌های قبل IBS به مانند امروز شایع نبود، زیرا استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های قوی و داروهای دیگری که مخل رشد طبیعی، سلامت و تعادل باکتری‌های روده هستند رواج امروزی را نداشت. پزشکان سنتی همچنان از گیاهان طبیعی غیرتهاجمی بجای آنتی‌بیوتیک برای درمان عفونت‌های باکتریایی استفاده می‌کنند. داروهای پیشخوانیکه در داروخانه عرضه می‌شوند می‌توانند برای بدن، بسیار تهاجمی باشند. دهه‌ها قبل، در برداشت میوه‌ها و سبزیجات تازه از مواد شیمیایی اندکی استفاده می‌شد در حالی که امروزه اکثر میوه‌ها و سبزیجات موجود در فروشگاه‌های زنجیره‌ای، با چندین ماده شیمیایی آغشته شده‌اند و گوشت گاو موجود در قفسه‌ها از کشتزارهایی آمده‌است که در آن گاوها غذاهای حاوی مواد شیمیایی متعدد مصرف نموده‌اند. رژیم غذایی امروز ما مملو از غذاهایی است که مواد نگهدارنده فراوانی داشته و از ارزش غذایی کمی برخوردارند. در گذشته، غذاهایی که به طور معمول وارد بازار مواد غذایی می‌شدند خالی از مواد نگهدارنده بودند که به همین دلیل در اغلب موارد در مدت زمان کوتاهی فاسد می‌شدند. آن مواد، ارزش غذایی بالایی داشتند. از مدت‌ها قبل، سندرم روده تحریک‌پذیر وجود داشته، لیکن بیشتر یک مشکل نادر روده نامنظم تلقی می‌شد. محقق براون در مقاله‌ای در مجله پزشکی کوه‌های راکیز اولین کسانی بود که در سال ۱۹۵۰ به مفهوم IBS اشاره کرد. این اصطلاح برای دسته‌بندی بیمارانی که علائم گسترده اسهال، درد شکمی و یبوست داشتند ولی عوامل شناخته شده عفونی در آنان یافت نمی‌شد، به کار می‌رفت. تئوری‌های اولیه، عوامل استرس‌زا و مشکلات روانی را باعث بروز IBS دانستند.

## اپیدمیولوژی

مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر در کشورهای مختلف و در گروه‌های سنی مختلف متفاوت است. جدول زیر فهرست مطالعات صورت گرفته در کشورهای مختلف که شیوع IBS و علائم شبیه آن در آنها گزارش شده‌است را در بردارد.

درصد جمعیت مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مناطق جغرافیایی گوناگون

| کشور     | شیوع           | سال/مطالعه‌گر             | توضیحات   |
|----------|----------------|---------------------------|---|
| ژاپن     | ٪۱۰            | Quigley ۲۰۰۶              | شیوع مشکلات گوارشی همراه با درد را نشان می‌دهد.                   |
| انگلستان | ٪ ۸/۲<br>٪۱۰/۵ | Ehlin ۲۰۰۳<br>Wilson ۲۰۰۴ | شیوع از ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۴ به طرز چشم‌گیری افزایش پیدا کرده‌است.        |
| آمریکا   | ٪۱۴/۱          | Hungin ۲۰۰۵               | بیشتر موارد تشخیص داده نشده‌اند.                                  |
| پاکستان  | ٪۱۴            | Jafri ۲۰۰۷                | بیشترین بیمار در محدوده سنی بین ۱۶ تا ۳۰ سال مردان ٪۶۵ و زنان ٪۴۴ |
| برزیل    | ٪۴۳            | Quigley ۲۰۰۶              | شیوع مشکلات گوارشی همراه با درد را نشان می‌دهد.                   |

یک مطالعه بر روی مسافران آمریکایی بازگشته از سفرهای بین‌المللی شیوع بالای IBS و اسهال پایدار و مکرر را نشان داد. این مطالعه بر روی ۸۳ نفر از اهالی ایالت یوتا که در حال بازگشت از سفر بودند صورت پذیرفت. پرسشنامه‌های گوارشی تکمیل شده ۲۷ مورد اسهال پیشرفته در سفر و ۱۰ مورد IBS پیشرفته در حین سفر را گزارش کردند.

## تظاهرات بالینی

### معیارهای تشخیصی برای سندرم روده تحریک پذیر (Rome II)

درد یا ناراحتی راجعه شکمی حداقل به مدت ۳ روز در ماه گذشته، که همراه با حداقل دو تا سه ویژگی زیر باشد: ۱- برطرف شدن درد با اجابت مزاج؛ ۲- شروع علائم همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج؛ ۳- شروع علائم همراه با تغییر در شکل مدفوع. {۱} معیارها باید حداقل به مدت ۳ ماه وجود داشته باشند و علائم حداقل ۶ ماه قبل از تشخیص شروع شده باشند. (۲) ناراحتی به معنای احساس ناخوشایندی است که به شکل درد توصیف نمی شود. در تحقیقات پاتوفیزیولوژی و کارآزمایی های بالینی، وجود درد/ ناراحتی حداقل ۲ روز در هفته در بررسی غربالگری، آستانه قابل قبول برای تشخیص محسوب می شود.

IBS اختلالی است که در تمام سنین رخ می دهد، گرچه اولین علائم در اکثر بیماران در ۴۵ سالگی ظاهر می شوند. بیماران مسن تر کمتر به پزشک مراجعه می کنند. میزان تشخیص IBS در زنان ۲ تا ۳ برابر مردان است و زنان ۸۰٪ از مبتلایان IBS شدید را تشکیل می دهند. همان طور که در کرایتریای تشخیصی Rome II نشان می دهد، درد یا ناراحتی شکم یک علامت اصلی برای تشخیص IBS است. این علائم می بایست با خروج مدفوع بهتر شوند و/ یا شروع آنها با تغییر دفعات یا شکل مدفوع مرتبط باشد. یبوست یا اسهال بدون درد با معیارهای تشخیصی IBS مطابقت نمی کند. علائمی که این تشخیص را تأیید می کنند ولی بخشی از معیارهای تشخیصی نیستند عبارتند از: زور زدن هنگام دفع، احساس فوریت یا احساس تخلیه ناکامل مدفوع، دفع بلغم و نفخ.

**درد شکمی:** بر اساس ملاک های کنونی تشخیص IBS، درد یا ناراحتی شکمی، پیش نیاز تشخیص بالینی IBS است. محل و شدت درد شکمی در IBS بسیار متنوع است. درد در IBS در ۲۵٪ موارد در هیپوگاستر، در ۲۰٪ موارد در سمت راست، در ۲۰٪ موارد در سمت چپ و در ۱۰٪ موارد در اپیگاستر حس می شود. درد غالباً دوره ای و کرامپی بوده ولی ممکن است به یک درد

ممتد زمینه ای افزوده شود. درد می تواند خفیف و قابل تحمل باشد یا فعالیت های روزانه را مختل سازد. علیرغم این، سوء تغذیه ناشی از مصرف ناکافی کالری در IBS بسیار نادر است. اختلالات خواب نیز نامتداول هستند، زیرا درد شکمی تقریباً در تمامی بیماران فقط در ساعات بیداری وجود دارد. هرچند، بیماران مبتلا به IBS شدید اغلب مکرراً در طول شب بیدار می شوند و در نتیجه، درد شبانه ملاک بسیار نامناسبی برای افتراق بیماری روده ای عضوی از بیماری عملکردی (فانکشنال) است. درد غالباً با مصرف غذا یا استرس عاطفی، تشدید و با دفع گاز یا مدفوع برطرف می شود. بیماران مؤنث مبتلا به IBS، عموماً از بدتر شدن علائم در دوره پیش از قاعدگی و قاعدگی شکایت دارند.

**تغییر اجابت مزاج :** تغییر در اجابت مزاج ثابت ترین نشانه بالینی IBS است. بیشترین الگو، یبوست در تناوب با اسهال است که معمولاً یکی از این دو نشانه بارز می باشد. در ابتدا یبوست ممکن است دوره ای باشد، ولی نهایتاً پایدار و به طور فزاینده ای مقاوم به مسهل ها می شود. مدفوع معمولاً سفت و کم قطر می شود که احتمالاً نشانه ی دهیدراسیون شدید به واسطه اسپاسم و احتباس کولونی درازمدت است. همچنین اکثر بیماران یک حس تخلیه ناکامل مدفوع دارند که موجب اقدام پی در پی برای دفع در یک فاصله زمانی کوتاه می شود. بیمارانی که نشانه بازر در آنها یبوست می باشد، ممکن است هفته ها یا ماه ها یبوست را تجربه کنند و در برخی مواقع، به دوره های کوتاهی از اسهال دچار شوند. در سایر بیماران، اسهال ممکن است نشانه اصلی باشد. اسهال در IBS معمولاً به صورت حجم های کوچکی از مدفوع شل می باشد و اکثر بیماران حجم مدفوع کمتر از ۲۰۰ میلی لیتر دارند. اسهال شبانه در IBS دیده نمی شود. اسهال ممکن است با فشار روانی عاطفی یا خوردن، بدتر شود. اسهال ممکن است با دفع مقادیر زیادی بلغم همراه باشد. لذا از واژه کولیت بلغمی برای توصیف IBS استفاده شده که به نظر مناسب نمی رسد، زیرا التهابی وجود ندارد. خونریزی از ویژگی های IBS نیست (مگر عروق بواسیری متأثر شوند) و سوءجذب یا کاهش وزن مشاهده نمی شود.