



اسهال خونی (Dysentery): راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری بر اساس آخرین شواهد (۲۰۲۵-۲۰۲۶)

مقدمه

اسهال خونی یا دیسانتری، یک سندرم بالینی مهم و اورژانس گوارشی است که با التهاب شدید روده بزرگ و دفع مدفوع خونی و همراه با مخاط مشخص می‌شود. این وضعیت عمدتاً ناشی از دو عامل عفونی اصلی است: باکتری‌های شیگلا (اسهال خونی باکتریال) و آمیب انتاموبا هیستولیتیکا (اسهال خونی آمیبی). اگرچه از نظر علائم مشابه هستند، این دو نوع از نظر نحوه انتقال، درمان و عوارض تفاوت‌های اساسی دارند.

اسهال خونی یک بیماری قابل پیشگیری و درمان است، اما در صورت عدم مدیریت صحیح، به ویژه در کودکان، سالمندان و افراد با سیستم ایمنی ضعیف، می‌تواند عوارض جدی مانند دهیدراتاسیون شدید، سپسیس، سوراخ‌شدگی روده و آبسه کبدی را به همراه داشته باشد. پرستاران به عنوان اولین خط مواجهه با این بیماران، نقشی حیاتی در تشخیص افتراقی، مدیریت مایعات، تجویز درمان و پیشگیری از انتقال بیماری ایفا می‌کنند.

اتیولوژی و پاتوفیزیولوژی

اسهال خونی باکتریال (شیگلوزیس)

عامل بیماری: باکتری‌های جنس شیگلا (شامل گونه‌های *S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii*, *S. sonnei*)
S. sonnei گونه شایع‌ترین عامل در کشورهای توسعه‌یافته است.

پاتوفیزیولوژی: باکتری‌های شیگلا با تهاجم به سلول‌های اپیتلیال مخاط روده بزرگ، باعث التهاب شدید، تخریب بافت و ایجاد زخم‌های سطحی می‌شوند که منجر به دفع خون، مخاط و چرک در مدفوع می‌گردد.

راه‌های انتقال: اصلی‌ترین راه انتقال، مدفوعی-دهانی است که از طریق تماس مستقیم فرد به فرد، مصرف آب یا غذای آلوده به مدفوع، تماس با سطوح آلوده، و تماس جنسی (به ویژه دهانی-مقعدی) رخ می‌دهد. دوز

عفونت‌زایی شیگلا بسیار پایین است (۱۰ تا ۲۰۰ ارگانیزم) و میزان انتقال در خانواده‌ها تا ۴۰ درصد گزارش شده است .

اسهال خونی آمیبی (آمیبیاز)

عامل بیماری :انگل تک سلولی انتاموبا هیستولیتیکا .

پاتوفیزیولوژی :عفونت از طریق بلع کیست‌های انگل (که در محیط خارج از بدن مقاوم‌تر هستند) ایجاد می‌شود. پس از ورود به روده، کیست‌ها به فرم فعال (تروفوزوئیت) تبدیل شده و با نفوذ به دیواره روده، ایجاد زخم‌های عمیق‌تر و نکروتیک می‌کنند که می‌تواند به سوراخ‌شدگی و آبسه کبدی منجر شود.

راه‌های انتقال :مشابه شیگلوزیس، از طریق مدفوعی-دهانی و مصرف آب یا غذای آلوده . دوره کمون آن طولانی‌تر بوده و ممکن است تا چندین ماه طول بکشد.

تظاهرات بالینی و تشخیص

علائم و نشانه‌های کلیدی

تفاوت‌های کلیدی	علائم مشخصه	عامل
دوره کمون کوتاه (۱-۳ روز)، شیوع بیشتر در کودکان ۲-۴ ساله، احتمال تشنج در کودکان خردسال	شروع ناگهانی با تب بالا، کرامپ‌های شکمی، اسهال آبکی که به سرعت خونی و مخاطی می‌شود، تنموس (احساس دفع ناقص و دردناک)	شیگلوزیس (باکتریال)
دوره کمون متغیر (از چند روز تا چند ماه)، احتمال ایجاد آبسه کبدی بدون علائم گوارشی آشکار	شروع تدریجی و مزمن، مدفوع بدبو با خون و مخاط فراوان، درد در نواحی کولون (به ویژه خم‌های کبدی و طحالی)، تب معمولاً پایین‌تر است	آمیبیاز (آمیبی)

روش‌های تشخیصی (نقش کلیدی پرستار)

روش تشخیصی	کاربرد و نکات پرستاری
کشت مدفوع	استاندارد طلایی برای شیکلوزیس. پرستار باید نمونه مدفوع تازه (ترجیحاً حاوی خون و مخاط) را سریعاً به آزمایشگاه منتقل کند
بررسی میکروسکوپی مدفوع	برای تشخیص آمیبیاز ضروری است. نمونه باید بلافاصله و تازه به آزمایشگاه ارسال شود، زیرا تروفوزوئیت‌ها به سرعت خارج از بدن می‌میرند.
سیگموئیدوسکوپی / پروکتوسکوپی	در موارد مشکوک به آمیبیاز که انگل در مدفوع یافت نمی‌شود، نمونه‌برداری از ضایعات روده انجام می‌شود.

مراقبت‌های پرستاری: از پذیرش تا ترخیص

۱. ارزیابی اولیه و تریاژ

پرستار باید بیماران را برای علائم شدید که نیاز به ارجاع یا بستری دارند، غربالگری کند :

سن بسیار پایین یا بالا (کودکان خردسال، سالمندان)

تب بالا

علائم دهیدراتاسیون (کاهش تورگور پوست، خشکی مخاط، کاهش ادرار، بی‌حالی) یا بیش از ۵ بار اجابت مزاج

در روز

درد شدید مقعدی یا تنسموس

بیماران با نقص سیستم ایمنی

۲. مدیریت مایعات و الکترولیت‌ها (اولویت اول)

احیای مایعات، سنگ‌بنای درمان اسهال خونی است و پرستار نقش اصلی را در این زمینه ایفا می‌کند.

الف) محلول خوراکی آبرسانی (ORS) برای دهیدراتاسیون خفیف تا متوسط:

تجویز مکرر و در مقادیر کم

استفاده از محلول‌های استاندارد WHO یا محلول‌های تجاری مانند پدیالیت

برای کودکان: بر اساس راهنمای WHO، در دهیدراتاسیون خفیف ۵۰ میلی‌لیتر/کیلوگرم و در دهیدراتاسیون متوسط ۱۰۰ میلی‌لیتر/کیلوگرم ORS طی ۲-۴ ساعت تجویز شود

ب) مایعات وریدی برای دهیدراتاسیون شدید ($\leq 10\%$ کاهش وزن):

تجویز بولوس ۲۰ میلی‌لیتر/کیلوگرم رینگر لاکتات یا نرمال سالین تا زمانی که نبض، پرفیوژن و وضعیت هوشیاری عادی شود

پایش دقیق ورودی و خروجی مایعات

ج) نکات تغذیه‌ای:

ادامه تغذیه در طول آبرسانی (به ویژه در کودکان). در کودکان شیرخوار، شیردهی مادر باید ادامه یابد.

از نوشیدنی‌های قندی و آب میوه‌ها که می‌توانند اسهال اسمزی را تشدید کنند، خودداری کنید.

پس از بهبودی، رژیم غذایی نرم و کم‌فیبر را شروع کنید.

۳. درمان دارویی

الف) آنتی‌بیوتیک‌ها (در اسهال خونی باکتریال):

کاربرد: برای موارد متوسط تا شدید، بیماران پرخطر، یا موارد تأیید شده شیگلا.

انتخاب دارو بر اساس حساسیت آنتی‌بیوتیکی

بزرگسالان: سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز به مدت ۱۰ روز .

کودکان: سیپروفلوکساسین یا کوتریموکسازول .

نکته مهم: به دلیل مقاومت آنتی بیوتیکی گسترده در شیگلا، انجام آزمایش حساسیت آنتی بیوتیکی ضروری است .

در صورت عدم قطعیت: استفاده از آزیترومایسین، سیپروفلوکساسین یا سفتریاکسون به عنوان درمان تجربی .

ب) درمان ضد آمیبی :

خط اول: مترونیدازول (۵۰۰-۷۵۰ میلی گرم سه بار در روز به مدت ۷-۱۰ روز در بزرگسالان) .

عوارض جانبی مهم (پرستار باید پایش کند): تهوع، بی اشتها، استفراغ، سرگیجه و تغییر رنگ ادرار. به بیمار هشدار دهید که در طول درمان از الکل خودداری کند.

ج) سایر داروها:

روی (زینک): در کودکان به مدت ۱۰-۱۴ روز (۲۰ میلی گرم در روز در کودکان بالای ۶ ماه) باعث کاهش طول مدت و شدت اسهال می شود .

داروهای ضد اسهال: به دلیل خطر تشدید بیماری (به ویژه در کودکان) ممنوع هستند .

۴. پیشگیری از انتقال عفونت (نقش کلیدی پرستار)

آموزش بهداشت: اهمیت شستن کامل دست ها با آب و صابون پس از دستشویی، تعویض پوشک، و قبل از دست زدن به غذا .

ایزوله سازی: بیماران علامت دار باید از تهیه غذا و مراقبت از افراد آسیب پذیر (نوزادان، سالمندان، بیماران نقص ایمنی) معاف شوند .

تمیز کردن سطوح: ضد عفونی سطوح با محلول سفید کننده رقیق (۱ پیمانه سفید کننده در ۹ پیمانه آب) روزانه .

بازگشت به کار/مدرسه: در شیگلوزیس، بازگشت تنها پس از قطع اسهال و دو نتیجه منفی کشت مدفوع (با فاصله ۲۴ ساعت و حداقل ۴۸ ساعت پس از پایان آنتی بیوتیک) مجاز است .

تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

بر اساس شواهد، تشخیص‌های پرستاری اصلی در اسهال خونی عبارتند از :

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
خطر کاهش حجم مایعات	پایش دقیق ورودی و خروجی، ارزیابی علائم دهیدراتاسیون، تجویز ORS یا مایعات وریدی
خطر عدم تعادل الکترولیت	پایش پتاسیم و سدیم سرم، همکاری در جایگزینی الکترولیت‌ها
خطر از دست دادن یکپارچگی پوست	مراقبت از پوست اطراف مقعد (پس از هر اجابت مزاج، پوست را با آب ولرم بشوید و خشک کنید)
خطر انتقال عفونت	آموزش بهداشت دست، ایزوله‌سازی، ضدعفونی سطوح و وسایل
کمبود دانش	آموزش در مورد ماهیت بیماری، اهمیت تکمیل دوره درمان و پیشگیری از انتقال

جمع‌بندی

اسهال خونی یک بیماری التهابی جدی روده است که نیازمند رویکردی سریع، دقیق و مبتنی بر شواهد است. پرستاران با ایفای نقش‌های کلیدی در ارزیابی اولیه، احیای مایعات، تجویز درمان، و پیشگیری از انتقال، تضمین‌کننده اصلی موفقیت درمان و کاهش عوارض هستند. تشخیص افتراقی بین نوع باکتریال و آمیبی برای انتخاب درمان صحیح حیاتی است. توانمندسازی بیمار و خانواده با آموزش‌های دقیق در مورد بهداشت، درمان و علائم هشداردهنده، سنگ‌بنای پیشگیری از عود و انتشار بیماری در جامعه است.

منابع

Oxford Academic. Table 3: Recommendations for management of dysentery.

New Mexico Department of Health. Shigellosis: Manual for Investigation and Control.

iatroX. What supportive care measures should be implemented for patients with dysentery? 2025.

Maine CDC. Shigellosis: School Health Manual.

Jorgensen B. Nursing care of patients with amoebic and bacillary dysentery. Nursing Mirror, 1977.

[Nurse.com](https://www.nurse.com). Bacterial Gastroenteritis: Nursing Guide. 2025.

Dorgan K. Bowel Function: Disorders and Management (Amoebic Dysentery).

CommonSpirit Health. Shigellosis: Patient Education.

Landon and Sider's Communicable Diseases (Amebic Dysentery Nursing Care).

PraxisMed. Initial Management of Pediatric Dysentery. 2025.

NT Health. Shigellosis Fact Sheet.

