



سیروز کبدی: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری بر اساس آخرین شواهد

مقدمه

سیروز کبدی، مرحله نهایی بسیاری از بیماری‌های مزمن کبدی است که با تخریب پیشرونده بافت کبد و جایگزینی آن با بافت فیبروتیک (اسکار) مشخص می‌شود. این وضعیت، دوازدهمین علت مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود و شیوع آن به دلیل افزایش موارد بیماری کبد چرب متابولیک (MASLD) و هپاتیت‌های ویروسی، رو به رشد است. سیروز به دو مرحله کلی تقسیم می‌شود: سیروز جبران‌شده که در آن بیمار ممکن است بدون علامت باشد، و سیروز جبران‌نشده که با بروز عوارضی مانند آسیت، خونریزی واریسی، آنسفالوپاتی کبدی و یرقان همراه است و پیش‌آگهی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

با وجود پیشرفت‌های درمانی، سیروز کبدی یک بیماری غیرقابل برگشت محسوب می‌شود و درمان آن بر کنترل علت زمینه‌ای، پیشگیری از پیشرفت بیماری، مدیریت عوارض و در نهایت، ارزیابی برای پیوند کبد متمرکز است. پرستاران به عنوان اعضای کلیدی تیم درمان، نقشی حیاتی در تمام مراحل از تشخیص و مدیریت عوارض حاد تا آموزش و حمایت طولانی‌مدت بیماران ایفا می‌کنند. این مقاله بر اساس آخرین دستورالعمل‌های علمی از جمله راهنمای کالج گوارش آمریکا (ACG) در مورد سوءتغذیه و تغذیه در بیماری کبد (۲۰۲۵) و سایر شواهد به‌روز تدوین شده است.

آناتومی، پاتوفیزیولوژی و اتیولوژی

تعریف و پاتوفیزیولوژی

سیروز کبدی، نتیجه نهایی آسیب مزمن به کبد است که در آن بافت سالم با بافت اسکار (فیروز) و ندول‌های بازساختی جایگزین می‌شود. این فرآیند، ساختار طبیعی لوپول‌های کبدی را مختل کرده و منجر به افزایش فشار خون پورتال (پرفشاری پورت) و کاهش عملکرد سلول‌های کبدی می‌شود. عوارض اصلی سیروز از دو مکانیسم اصلی ناشی می‌شوند: نارسایی سلول‌های کبدی (کاهش سنتز پروتئین‌ها، فاکتورهای انعقادی و کاهش متابولیسم مواد زائد مانند آمونیاک) و پرفشاری پورت (ایجاد واریس‌های مری و معده، آسیت و اسپلنومگالی).

علل شایع

بر اساس منابع معتبر، شایع‌ترین علل سیروز کبدی عبارتند از :

توضیح	علت
الکل با اثر سمی مستقیم بر سلول‌های کبدی و ایجاد التهاب و استئاتوز، شایع‌ترین علت در کشورهای غربی	مصرف مزمن الکل
عفونت مزمن با ویروس‌های هپاتیت B و C که منجر به التهاب مزمن و فیروز می‌شود	هپاتیت‌های ویروسی B و C
تجمع چربی در کبد به دلیل چاقی، دیابت و سندرم متابولیک که شایع‌ترین علت در حال رشد است	بیماری کبد چرب متابولیک (MASLD)
هپاتیت خودایمن که در آن سیستم ایمنی به سلول‌های کبدی حمله می‌کند	بیماری‌های خودایمن
تجمع آهن (هموکروماتوز) یا مس (بیماری ویلسون) در کبد	بیماری‌های ارثی
کلانژیت صفراوی اولیه و اسکروزان که به انسداد و آسیب مجاری صفراوی منجر می‌شود	بیماری‌های مجاری صفراوی

تظاهرات بالینی و تشخیص

علائم و نشانه‌های کلیدی

در مراحل اولیه (سیروز جبران‌شده)، بیمار ممکن است بدون علامت باشد. با پیشرفت بیماری (سیروز جبران‌نشده)، علائم زیر ظاهر می‌شوند :

علائم و نشانه‌ها	سیستم درگیر
بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، کاهش وزن، بزرگی شکم (آسیت)، درد مبهم شکم	گوارشی
گیجی، فراموشی، خواب‌آلودگی، تغییرات شخصیتی (آنسفالوپاتی کبدی)، لرزش دست‌ها (فلپینگ ترمور)	سیستم عصبی

خونریزی و انعقاد	کبودی آسان، خونریزی لثه، خونریزی گوارشی (مدفوع سیاه، استفراغ خونی)
پوستی	زردی (یرقان)، خارش، قرمزی کف دست (اریتم پالمار)، گشاد شدن عروق خونی عنکبوتی (اسپایدر آنژیوما)
عدد درون ریز	بزرگی پستان در مردان (ژنیکوماستی)، کوچکی بیضه‌ها، ناتوانی جنسی، آمنوره در زنان

روش‌های تشخیصی

آزمایشات خون: شمارش کامل سلول‌های خونی (CBC) برای ارزیابی کم‌خونی و ترومبوسیتوپنی، تست‌های عملکرد کبد ALT، AST، ALP، بیلی‌روبین، آلبومین، تست‌های انعقادی (PT/INR)، تست‌های کلیوی (کراتینین، BUN و الکترولیت‌ها).

تصویربرداری: سونوگرافی شکم (برای ارزیابی آسیب، بزرگی کبد و طحال، و غربالگری سرطان کبد)، الاستوگرافی (برای ارزیابی سفتی کبد)، سی‌تی اسکن یا ام‌آر‌آی.

آندوسکوپی فوقانی: برای غربالگری و مدیریت واریس‌های مری و معده.

بیوپسی کبد: در موارد مبهم برای تأیید تشخیص و تعیین شدت فیروز.

مراقبت‌های پرستاری در شرایط حاد (۲۴ ساعت اول)

مدیریت بیماران با سیروز جبران‌نشده در ۲۴ ساعت اول بستری، یک اولویت حیاتی است. بر اساس دستورالعمل بیمارستان دانشگاه‌های لستر (NHS)، یک بسته مراقبتی جامع برای این بیماران تعریف شده است که پرستار نقش کلیدی در اجرای آن دارد:

حوزه مراقبتی	اقدامات کلیدی پرستاری در ۲۴ ساعت اول
ارزیابی اولیه و آزمایشات	-انجام سریع آزمایشات: بیوشیمی خون، الکترولیت‌ها، INR، شمارش کامل خون، کراتینین، منیزیم، کشت خون و CRP

	-انجام رادیوگرافی قفسه سینه و آزمایش ادرار
مدیریت سپسیس	-در صورت مشکوک به عفونت، شروع سریع آنتی بیوتیک های وسیع الطیف طبق پروتکل سپسیس بیمارستان
مدیریت خونریزی گوارشی	-در صورت $INR > 2$ یا پلاکت $< 50,000$ ، مشاوره با هماتولوژی برای تزریق پلازما یا پلاکت -ترانسفوزیون خون در صورت هموگلوبین < 7 یا خونریزی شدید -همانگی برای آندوسکوپی اورژانسی طی ۱۲ ساعت پس از احیا
مدیریت نارسایی کلیه (AKI) و هیپوناترمی (سدیم < 125)	قطع تمام دیورتیک ها و داروهای نفروتوکسیک -شروع دقیق چارت ورودی و خروجی و اندازه گیری وزن روزانه -در صورت علائم هیپوولمی، شروع مایعات وریدی (ترجیحاً آلبومین ۴.۵٪) با هدف خروجی ادرار ۱-۰.۵ میلی لیتر / کیلوگرم / ساعت
مدیریت آنسفالوپاتی کبدی	-بررسی و درمان عوامل محرک (خونریزی، یبوست، دهیدراتاسیون، سپسیس) -تجویز لاکتولوز ۳۰-۲۰ میلی لیتر هر ۶ ساعت یا تنقیه فسفات برای ایجاد ۲ تا ۳ اجابت مزاج نرم در روز -در صورت لزوم، انجام سی تی اسکن مغز
مدیریت سندرم ترک الکل	-در صورت مصرف بیش از حد الکل، ارجاع به تیم مشاوره الکل -تجویز پابرینگس (ویتامین های گروه B) وریدی، ۲ جفت ویال هر ۸ ساعت

مراقبت های پرستاری: مدیریت عوارض

۱. آسیت (Ascites)

آسیت، شایع‌ترین عارضه سیروز جبران‌نشده است و در حدود ۵۰ درصد از بیماران طی ۱۰ سال رخ می‌دهد. ایجاد آسیت، نشان‌دهنده گذار از سیروز جبران‌شده به جبران‌نشده است و با افزایش مرگ‌ومیر همراه است (۱۵٪ در یک سال و ۴۴٪ در ۵ سال).

مداخلات پرستاری کلیدی:

اقدامات پرستاری	حوزه مراقبتی
اندازه‌گیری وزن روزانه (صبح، بعد از تخلیه ادرار، قبل از صبحانه) و ثبت آن - اندازه‌گیری دور شکم در یک نقطه ثابت (روزانه) - پایش ورودی و خروجی مایعات (I/O) دقیق - پایش علائم حیاتی و الکترولیت‌های سرم (به ویژه سدیم و پتاسیم)	پایش
- تجویز دیورتیک‌ها طبق دستور پزشک (معمولاً اسپرونولاکتون و فوروزماید به نسبت ۴۰:۱۰۰ میلی‌گرم در روز) - پایش عوارض دیورتیک‌ها: هیپوکالمی، هیپوناترمی، دهیدراتاسیون و نارسایی کلیه	مدیریت دارویی
هماهنگی و کمک در انجام پاراسنتز درمانی (تخلیه مایع آسیت) در صورت نیاز - پایش بیمار حین و پس از پاراسنتز برای علائم افت فشار خون و عفونت	کمک در پاراسنتز
- اهمیت رژیم غذایی کم‌سدیم (کمتر از ۲۰۰۰ میلی‌گرم در روز) - اهمیت مصرف منظم دیورتیک‌ها و پایش علائم احتباس مایعات	آموزش به بیمار

۲. خونریزی واریسی (Variceal Bleeding)

پرفشاری پورت در سیروز، منجر به ایجاد واریس‌های مری و معده می‌شود که خطر پارگی و خونریزی تهدیدکننده حیات را به همراه دارند .

مداخلات پرستاری کلیدی:

حوزه مراقبتی	اقدامات پرستاری
پایش و پیشگیری	آموزش به بیمار در مورد پایش رنگ مدفوع - (مدفوع سیاه و قیری = ملنا) و استفراغ (خون یا تفاله قهوه) - در صورت مصرف داروهای کاهنده فشار خون (بتا بلوکرها) برای پیشگیری از خونریزی، پایش منظم فشار خون و نبض (۲-۳ بار در هفته) و گزارش افت فشار خون سیستمیک زیر ۹۰
مدیریت در خونریزی فعال	رعایت پروتکل بسته مراقبتی ۲۴ ساعت اول (ذکر شده در بخش قبل) - تجویز ترلی‌پرسین، آنتی‌بیوتیک و ترانسفوزیون طبق دستور - هماهنگی برای آندوسکوپی اورژانسی

۳. آنسفالوپاتی کبدی (Hepatic Encephalopathy)

آنسفالوپاتی کبدی، یک اختلال عملکرد مغزی ناشی از ناتوانی کبد در دفع سموم (به ویژه آمونیاک) است که با طیفی از تغییرات خلقی خفیف تا کما همراه است .

مداخلات پرستاری کلیدی:

حوزه مراقبتی	اقدامات پرستاری
ارزیابی و پایش	ارزیابی روزانه وضعیت روانی و عصبی (سطح - هوشیاری، رفتار، اختلالات خواب، لرزش دست‌ها مانند فلپینگ ترمور)

	– پایش علائم محرک (خونریزی گوارشی، یبوست، عفونت، دهیدراتاسیون، مصرف داروهای خواب آور)
مدیریت	تجویز لاکتولوز با هدف ایجاد ۲ تا ۳ اجابت مزاج نرم در روز -در موارد شدید، تجویز ریفاکسیمین (آنتی بیوتیک غیر قابل جذب) -ارائه محیط ایمن برای جلوگیری از آسیب در بیماران گیج یا بی قرار
آموزش به بیمار و خانواده	-آموزش در مورد علائم هشداردهنده آنسفالوپاتی (خواب آلودگی، تغییرات خلقی، گیجی) -تأکید بر اهمیت دفع منظم و مصرف داروها برای کنترل یبوست

مراقبت های تغذیه ای: رویکردی مبتنی بر شواهد (ACG 2025)

سوء تغذیه، یک مشکل شایع و جدی در سیروز است که در ۲۰ درصد بیماران با سیروز جبران شده و تا ۶۰ درصد موارد جبران نشده دیده می شود و با افزایش مرگ و میر و عوارض همراه است. دستورالعمل جدید کالج گوارش آمریکا (ACG 2025) تغییر پارادایم مهمی را در مدیریت تغذیه این بیماران ارائه داده است. پرستاران نقش کلیدی در پیاده سازی این توصیه ها دارند.

اصول کلیدی و توصیه های ACG 2025

شرح و مداخلات پرستاری	سطح شواهد	اصل / توصیه
۴۸ ساعت آغاز شود تا دریافت کالری و پروتئین افزایش یافته و مرگ و میر داخل بیمارستانی تا حدود ۳۰٪ کاهش یابد. پرستار باید تحمل تغذیه را پایش کرده و در صورت عدم تحمل خوراکی، تغذیه روده ای را هماهنگ نماید	کم / مشروط	آغاز زودهنگام تغذیه در بستری

پرهیز مطلق از محدودیت پروتئین	بسیار کم / مشروط	محدودیت پروتئین در سیروز جبران نشده با آنسفالوپاتی ممنوع است و می تواند سوءتغذیه و سارکوپنی را بدتر کند. دریافت پروتئین حداقل ۱.۵-۱.۲ گرم / کیلوگرم وزن بدن توصیه می شود
ترجیح منابع پروتئین گیاهی	کم / مشروط	در بیماران با آنسفالوپاتی، پروتئین گیاهی (به دلیل محتوای آرژنین و فیبر بیشتر) نسبت به پروتئین حیوانی بهتر تحمل می شود و آمونیاک را کاهش می دهد
مکمل آمینواسیدهای شاخه دار (BCAA)	متوسط / قوی	افزودن BCAA به درمان استاندارد در آنسفالوپاتی، بهبود علائم (نسبت خطر ۰.۶۷) و کاهش مرگ و میر را به همراه دارد . BCAA به دفع آمونیاک از طریق عضلات کمک می کند
میان وعده دیر وقت- (Late-Evening Snack)	متوسط / قوی	مصرف یک میان وعده حدود ۲۰۰ کیلوکالری (کربوهیدرات پیچیده) قبل از خواب، از کاتابولیسم پروتئین جلوگیری کرده و شاخص توده بدنی، توده عضلانی را بهبود می بخشد و بروز آسیت و آنسفالوپاتی را کاهش می دهد
وعده های کوچک و مکرر	توصیه شده	مصرف وعده های کوچک هر ۳-۴ ساعت (۳ تا ۵ وعده اصلی + میان وعده) برای حفظ دریافت کالری و کاهش زمان ناشتایی توصیه می شود

کمبود ویتامین D در سیروز شایع است و با عفونت و مرگ و میر همراه است. مکمل سازی در صورت کمبود توصیه می شود	کم / مشروط	مکمل ویتامین D
در صورت کمبود روی یا علائم کمبود، مکمل سازی توصیه می شود	کم / مشروط	مکمل روی
مصرف حداقل ۲ فنجان قهوه در روز با کاهش خطر پیشرفت فیروز و بروز کارسینوم هپاتوسلولار (HCC) همراه است. پرستار می تواند این توصیه را به بیمار آموزش دهد	کم / مشروط	مصرف قهوه (≤ ۲ فنجان در روز)

مراقبت های پرستاری در منزل و توانمندسازی بیمار

با توجه به ماهیت مزمن و پیشرونده سیروز، توانمندسازی بیمار و خانواده برای مدیریت در منزل، نقشی حیاتی دارد. پرستار باید آموزش های زیر را به بیمار و خانواده ارائه دهد :

حوزه آموزشی	دستورالعمل های کلیدی
فعالیت فیزیکی	- پیاده روی منظم، حداقل ۱۰ دقیقه در روز و ۳-۴ روز در هفته، و افزایش تدریجی تا ۱۵۰ دقیقه در هفته - انجام تمرینات مقاومتی و تعادلی ۲-۳ روز در هفته برای حفظ توده عضلانی
تغذیه سالم	- پیروی از توصیه های تغذیه ای (وعده های کوچک و مکرر، میان وعده دیروقت) - محدودیت سدیم به کمتر از ۲۰۰۰ میلی گرم در روز در صورت وجود آسیت
پایش علائم	وزن روزانه و گزارش افزایش یا کاهش ناگهانی - پایش رنگ مدفوع (سیاه یا قیری نشانه خونریزی) و استفراغ

	پایش وضعیت روانی برای تشخیص زودهنگام آنسفالوپاتی
مدیریت داروها	اهمیت مصرف منظم دیورتیک‌ها (با پایش وزن و الکترولیت‌ها) و لاکتولوز (تنظیم دوز برای ۲-۳ اجابت مزاج نرم در روز) پایش فشار خون در صورت مصرف داروهای کاهنده فشار خون (بتا بلوکرها)
علائم هشداردهنده (مراجعه فوری)	تنگی نفس، درد شدید شکم - تب (دمای بالای ۳۸ درجه) یا احساس ناخوشی با - تب خفیف گیجی شدید، خواب‌آلودگی، ناتوانی در صحبت یا - پیروی از دستورات — استفراغ خون یا تفاله قهوه، مدفوع سیاه یا قیری

تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

بر اساس شواهد، تشخیص‌های پرستاری اصلی در سیروز کبدی عبارتند از :

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
عدم تعادل تغذیه‌ای (کمتر از نیاز بدن)	مشاوره با متخصص تغذیه، تشویق وعده‌های کوچک و مکرر، میان‌وعده دیروقت، پایش وزن و دریافت کالری
اضافه‌حجم مایعات (آسیت، ادم)	پایش وزن و دور شکم روزانه، چارت ورودی و خروجی، محدودیت سدیم، تجویز دیورتیک‌ها و پایش الکترولیت‌ها
خطر خونریزی	پایش علائم خونریزی (مدفوع، استفراغ)، پایش INR و شمارش پلاکت، آموزش پیشگیری از آسیب، استفاده از تیغ برقی و مسواک نرم
اختلال در فرآیندهای فکری (آنسفالوپاتی)	ارزیابی مداوم وضعیت روانی، ارائه محیط ایمن، تجویز لاکتولوز و پایش دفع، آموزش به خانواده
خستگی	برنامه‌ریزی دوره‌های استراحت و فعالیت، کمک در فعالیت‌های روزمره
اختلال در تصویر بدنی	ارائه حمایت روانی، آموزش در مورد تغییرات فیزیکی و راه‌های مقابله با آن‌ها

نقش کلیدی پرستار در تیم چندتخصصی

مدیریت سیروز کبدی یک فرآیند پیچیده و چندبعدی است که نیازمند همکاری نزدیک یک تیم چندتخصصی است. پرستار به عنوان محور اصلی این تیم، نقشی حیاتی در هماهنگی مراقبت‌ها ایفا می‌کند:

ارزیاب و مراقب بالینی: پایش دقیق علائم حیاتی، وضعیت عصبی، علائم خونریزی و احتباس مایعات.

مدیر تغذیه: پیاده‌سازی توصیه‌های تغذیه‌ای جدید (آغاز زودهنگام تغذیه، پرهیز از محدودیت پروتئین، میان‌وعده دیروقت) و پایش تحمل بیمار.

مدیر دارویی: تجویز و پایش پاسخ به داروها (دیورتیک‌ها، لاکتولوز، بتا بلوکرها، ویتامین‌ها) و پایش عوارض جانبی.

آموزنده و مشاور: آموزش به بیمار و خانواده در مورد مدیریت علائم، رژیم غذایی، داروها و علائم هشداردهنده.

هماهنگ‌کننده: هماهنگی با پزشک متخصص گوارش، متخصص تغذیه، مددکار اجتماعی، جراح پیوند و سایر اعضای تیم برای ارائه یک برنامه مراقبتی یکپارچه.

جمع‌بندی

سیروز کبدی یک بیماری مزمن و پیشرونده است که نیازمند رویکردی جامع، مبتنی بر شواهد و بیمارمحور است. پرستاران با ایفای نقش‌های خود به عنوان ارزیاب، مراقب، مربی و هماهنگ‌کننده، نقشی حیاتی در مدیریت موفق این بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران ایفا می‌کنند. پیاده‌سازی توصیه‌های جدید تغذیه‌ای (مانند آغاز زودهنگام تغذیه، پرهیز از محدودیت پروتئین و میان‌وعده دیروقت)، پایش دقیق عوارض (آسیت، خونریزی، آنسفالوپاتی) و توانمندسازی بیمار و خانواده برای خودمراقبتی، سنگ‌بنای یک برنامه مراقبتی موفق در سیروز کبدی است.

منابع

Singal AK, Wong RJ, Dasarathy S, et al. ACG Clinical Guideline: Malnutrition and Nutritional Recommendations in Liver Disease. Am J Gastroenterol. 2025;120(5):950-972.

Thompson J. Liver Disease Malnutrition and Nutritional Management: ACG 2025 Guideline Summary. Medscape. August 2025.

University Hospitals of Leicester NHS Trust. Guidelines on the Assessment and Management of Decompensated Cirrhosis – The First 24 Hours. Trust ref: B24/2015.

Singal AK, Wong RJ, Dasarathy S, et al. ACG Clinical Guideline: Malnutrition and Nutritional Recommendations in Liver Disease. Am J Gastroenterol. 2025;120(5):950-972.

Alberta Health Services. Cirrhosis: Patient care instructions. May 2023.

JoVE Science Education. Chronic problems in rehabilitation of patients with Laennec's cirrhosis.

Prystupa AP, Kiciński P. Management and Outcomes of Patients with Liver Cirrhosis: Current and Future Challenges in Internal Diseases. Nursing Reports (MDPI).

[Nurse.com](https://www.nurse.com). Cirrhosis: Nursing Diagnosis & Interventions. April 2022.

StatPearls. Ascites (Nursing). NIH/NCBI. November 2025.

Lecturio. Liver Cirrhosis Nursing Diagnosis. January 2026.