



پانکراتیت: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری قبل، حین و بعد از عمل بر اساس آخرین شواهد

مقدمه

پانکراتیت حاد یکی از شایع‌ترین علل بستری در بخش‌های گوارش و مراقبت‌های ویژه محسوب می‌شود که طیف وسیعی از یک بیماری خفیف و خودمحدودشونده تا یک وضعیت تهدیدکننده حیات با نرخ مرگ‌ومیر قابل توجه را شامل می‌شود. با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در درک پاتوفیزیولوژی و روش‌های درمانی، پانکراتیت حاد شدید همچنان یک چالش بزرگ برای سیستم‌های بهداشتی محسوب می‌شود و نیازمند رویکردی چندرشته‌ای و مبتنی بر شواهد است. پرستاران به عنوان اعضای کلیدی تیم درمان، نقشی حیاتی در تمام مراحل از تشخیص تا بهبودی و پیشگیری از عود ایفا می‌کنند. این مقاله بر اساس آخرین دستورالعمل‌های بین‌المللی از جمله راهنمای انجمن بین‌المللی پانکراتولوژی (IAP) ۲۰۲۵ و سایر شواهد به‌روز تدوین شده است.

مروری بر پانکراتیت: تعریف، اتیولوژی و طبقه‌بندی

تعریف و اپیدمیولوژی

پانکراتیت حاد یک بیماری التهابی حاد پانکراس با درگیری متغیر سایر اندام‌ها و سیستم‌های بدن است که می‌تواند از یک التهاب خفیف تا نارسایی چندعضوی پیشرفت کند. این بیماری یکی از شایع‌ترین علل بستری در بخش‌های گوارش محسوب می‌شود و با وجود پیشرفت‌های درمانی، همچنان نرخ مرگ‌ومیر قابل توجهی (حدود ۵-۱۰ درصد در موارد شدید) دارد.

اتیولوژی (علل شایع)

شایع‌ترین علل پانکراتیت حاد بر اساس دستورالعمل IAP 2025 شامل موارد زیر است :

توضیح	علت
-------	-----

سنگ‌های صفراوی	شایع‌ترین علت (حدود ۴۰٪ موارد). انسداد مجرای پانکراس توسط سنگ یا لجن صفراوی
مصرف الکل	دومین علت شایع (حدود ۳۰٪ موارد). اثر مستقیم سمی اتانول بر سلول‌های آسینار
هیپرتری گلیسریدمی	تری گلیسرید بالای ۱۰۰۰ میلی گرم / دسی لیتر
پانکراتیت پس از ERCP	عارضه شناخته‌شده روش‌های آندوسکوپی
داروها	برخی داروها مانند والپروات، آزاتیوپرین و دیورتیک‌ها
عوامل دیگر	هیپرکلسمی، تروما، عفونت‌ها، فاکتورهای ژنتیکی و ایدیوپاتیک

طبقه‌بندی شدت بیماری

بر اساس دستورالعمل‌های جدید، طبقه‌بندی شدت پانکراتیت شامل موارد زیر است:

درجه شدت	معیارها
خفیف	عدم وجود نارسایی عضوی و عوارض موضعی یا سیستمیک
متوسط	نارسایی گذرای عضوی (کمتر از ۴۸ ساعت) یا عوارض موضعی
شدید	نارسایی پایدار عضوی (بیش از ۴۸ ساعت)

مراقبت‌های پرستاری اولیه و احیای مایعات

احیای مایعات: سنگ بنای مراقبت

احیای سریع و مناسب مایعات، یکی از حیاتی‌ترین مداخلات پرستاری در پانکراتیت حاد است که مستقیماً بر پیش‌آگهی بیمار تأثیر می‌گذارد. بر اساس شواهد، یک الگوریتم پرستاری برای احیای مایعات با استفاده از فازهای ROSE (Resuscitation, Optimization, Stabilization, Evacuation) پیشنهاد شده است.

اهداف احیای مایعات:

مایع انتخابی: رینگر لاکتات به دلیل کاهش پاسخ التهابی سیستمیک، نسبت به نرمال سالین ارجحیت دارد .

نرخ انفوزیون اولیه: ۵-۱۰ میلی لیتر/کیلوگرم/ساعت در ۲۴-۱۲ ساعت اول .

اهداف همودینامیک:

ضربان قلب کمتر از ۱۲۰ ضربه در دقیقه

فشار خون متوسط (MAP) بین ۶۵-۸۵ میلی متر جیوه

برون دهی ادراری بیش از ۰.۵ میلی لیتر/کیلوگرم/ساعت

هماتوکریت بین ۳۵-۴۴ درصد

نکته حیاتی: احیای بیش از حد مایعات (Over-resuscitation) می تواند منجر به سندرم کمپارتمان شکمی و نارسایی تنفسی شود و باید با پایش دقیق از آن اجتناب گردد .

پایش مداوم و ارزیابی بالینی

حوزه پایش	دفعات و اقدامات
علائم حیاتی	هر ۱-۲ ساعت در فاز حاد؛ ضربان قلب، فشار خون، تعداد تنفس، اشباع اکسیژن
برون دهی ادراری	هر ۴ ساعت یا با کاتتر ادراری در موارد شدید
معاینه شکم	حداقل هر ۸ ساعت؛ پایش درد، اتساع، صداهای روده
آزمایشات	پایش روزانه آمیلاز/لیپاز، CRP، CBC، الکترولیت ها، کراتینین
پایش فشار داخل شکمی (IAP)	در موارد شدید یا مشکوک به سندرم کمپارتمان

مدیریت تغذیه: آغاز زودهنگام تغذیه روده ای

بر اساس آخرین دستورالعمل های بین المللی، رویکرد تغذیه در پانکراتیت حاد دستخوش تغییرات اساسی شده است. برخلاف گذشته که بر "استراحت پانکراس" و ناشتایی طولانی مدت تأکید می شد، شواهد فعلی به شدت از آغاز زودهنگام تغذیه روده ای (در ۲۴-۴۸ ساعت اول) حمایت می کنند .

اصول کلیدی تغذیه

شرح	اصل
تغذیه خوراکی یا روده‌ای باید در ۴۸-۲۴ ساعت اول پس از پذیرش آغاز شود	آغاز سریع
تغذیه خوراکی (در صورت تحمل) یا لوله بینی-معده (NG) لوله ژژونوستومی برای مواردی که تحمل NG را ندارند	مسیر ترجیحی
فرمول‌های استاندارد کافی هستند و نیازی به فرمول‌های تخصصی یا ایمونونوتریشن نیست	نوع فرمول
فقط در صورتی که تغذیه روده‌ای تحمل نشود و بیمار نتواند کالری کافی دریافت کند	تغذیه تزریقی (TPN)
مدیریت تغذیه با هدایت سونوگرافی در موارد پیچیده (مانند سندرم کمپارتمان شکمی)	نقش پرستار

نکته بالینی: در بیماران بدحال با سندرم کمپارتمان شکمی، پرستاران آموزش دیده می‌توانند با استفاده از سونوگرافی، جایگذاری و پایش لوله تغذیه را انجام دهند و تغذیه روده‌ای ایمن و مؤثری را فراهم آورند.

مراقبت‌های تخصصی پرستاری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)

پانکراتیت شدید (SAP) یکی از چالش‌برانگیزترین شرایط در مراقبت‌های ویژه است و نیازمند رویکرد پرستاری جامع و جزئی‌نگر (Refined ICU Nursing) است.

مراقبت جامع و جزئی‌نگر

یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی شده نشان داده است که اجرای مراقبت جامع پرستاری در ICU منجر به بهبود چشمگیر پیامدهای بالینی می‌شود:

گروه مراقبت معمول	گروه مراقبت جامع	پیامد
۸۰.۹۵٪	۹۷.۶۲٪	نرخ مؤثر بودن مراقبت
طولانی‌تر	به طور معنی‌داری کوتاه‌تر	زمان رفع علائم

طولانی‌تر	کوتاه‌تر	مدت بستری
۲۳.۸۱٪	۷.۱۴٪	میزان عوارض
۷۳.۸۱٪	۹۵.۲۴٪	رضایت بیمار

اجزای کلیدی مراقبت جامع پرستاری

بر اساس این مطالعه، مراقبت جامع پرستاری شامل موارد زیر است :

تشکیل تیم تخصصی: یک تیم پرستاری مجرب با آموزش‌های ویژه و برنامه‌ریزی مراقبت فردی‌سازی شده بر اساس شدت بیماری

پایش پویا و پیشگیری از عوارض: پایش مداوم علائم حیاتی و عملکرد اندام‌ها، پیشگیری از زخم فشاری و نظارت دقیق بر دفع

آموزش به بیمار: استفاده از فیلم‌ها و بروشورهای آموزشی

حمایت روانی: ارائه حمایت هدفمند با به اشتراک‌گذاری موارد موفق و تشویق مشارکت خانواده

مدیریت تغذیه مرحله‌ای: ناشتایی با حمایت تغذیه‌ای در فاز حاد و سپس انتقال تدریجی به رژیم معمولی پس از بهبود علائم

تحرك زودهنگام: یک مداخله نوین پرستاری

یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی شده بر روی ۲۴۰ بیمار با پانکراتیت حاد نشان داد که برنامه تحرك زودهنگام با هدایت پرستار در ۲۴ ساعت اول پذیرش، مزایای قابل توجهی دارد :

بهبود عملکردی: نمره شاخص بارتل (Barthel Index) در گروه مداخله به طور معنی‌داری بالاتر بود (۷۵.۸۴ در مقابل ۶۵.۵، $p<0.001$)

رضایت بیمار: رضایت در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر بود (میانگین ۸ در مقابل ۷، $p<0.001$)

ایمنی: میزان عوارض در گروه مداخله کمتر بود (۲.۱٪ در مقابل ۴.۶٪) اگرچه از نظر آماری معنی‌دار نبود

نتیجه‌گیری: تحرک زودهنگام با هدایت پرستار، یک مداخله ایمن و مؤثر برای بهبود بهبودی عملکردی و رضایت بیماران مبتلا به پانکراتیت حاد است.

مدیریت درد

درد شکمی، شایع‌ترین و آزاردهنده‌ترین علامت پانکراتیت است و مدیریت مؤثر آن، یکی از اولویت‌های اصلی پرستاری محسوب می‌شود. بر اساس دستورالعمل: IAP 2025

استفاده از مسکن‌های کافی و به‌موقع برای کاهش درد و بهبود تحمل بیمار

در موارد شدید، استفاده از اپیوئیدهای وریدی (مانند مورفین یا پتیدین) تحت نظر پزشک

پایش مداوم شدت درد با استفاده از ابزارهای استاندارد (مانند VAS)

پایش عوارض و شناسایی زودهنگام علائم هشداردهنده

پرستاران نقش کلیدی در شناسایی زودهنگام عوارض تهدیدکننده حیات دارند:

اقدامات پرستاری	علائم هشداردهنده	عارضه
گزارش فوری به پزشک، آمادگی برای درناژ یا مداخله	تب مداوم، بدتر شدن علائم، افزایش CRP	نکروز عفونی
اندازه‌گیری فشار داخل شکمی، گزارش فوری	اتساع شدید شکم، الیکوری، افزایش فشار داخل شکمی > ۲۰ میلی‌متر جیوه	سندرم کمپارتمان شکمی
اکسیژن‌درمانی، گزارش فوری	کاهش اشباع اکسیژن، افزایش تعداد تنفس، دیسترس تنفسی	نارسایی تنفسی
پایش دقیق ورودی و خروجی، گزارش فوری	کاهش برون‌دهی ادراری، افزایش کراتینین	نارسایی کلیه
احیای مایع، گزارش فوری، آمادگی برای مداخلات پیشرفته	افت فشار خون، تاکی‌کاردی، تب بالا، تغییر سطح هوشیاری	شوک سپتیک

تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

بر اساس شواهد موجود، تشخیص‌های پرستاری اصلی در پانکراتیت عبارتند از:

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
درد حاد	ارزیابی مداوم شدت درد، تجویز مسکن‌های تجویز شده، استفاده از روش‌های غیر دارویی (تغییر وضعیت، کمپرس سرد)
خطر کاهش حجم مایعات	احیای دقیق مایعات با رینگر لاکتات، پایش برون‌دهی ادراری و علائم حیاتی، پایش الکترولیت‌ها
عدم تعادل تغذیه‌ای (کمتر از نیاز بدن)	آغاز زودهنگام تغذیه روده‌ای، همکاری با متخصص تغذیه، پایش تحمل تغذیه
خطر عفونت	پایش علائم نگروز عفونی، رعایت اصول آسپتیک در مراقبت‌های تهاجمی
اضطراب	ارائه اطلاعات دقیق، حمایت روانی، مشارکت خانواده در مراقبت
کمبود دانش	آموزش در مورد بیماری، علائم هشداردهنده، پیشگیری از عود (پرهیز از الکل، رژیم کم‌چرب)

برنامه‌ریزی ترخیص، آموزش و پیشگیری از عود

معیارهای ترخیص بر اساس دستورالعمل IAP 2025

توانایی تحمل تغذیه خوراکی

کنترل درد با مسکن‌های خوراکی

عدم وجود تب و علائم عفونت

توانایی انجام فعالیت‌های روزمره

آموزش به بیمار و پیشگیری از عود

محتوای کلیدی	حوزه آموزشی
--------------	-------------

پرهیز از الکل	در موارد با اتیولوژی الکلی، پرهیز کامل مادام‌العمر از الکل
رژیم غذایی	رژیم کم‌چرب، وعده‌های کوچک و مکرر، پرهیز از غذاهای سرخ‌کرده و پرچرب
مدیریت عوامل خطر	کنترل تری‌گلیسرید (در صورت هیپرتری‌گلیسریدمی)، مدیریت سنگ‌های صفراوی
علائم هشداردهنده	آموزش علائم عود (درد شکمی، تهوع، استفراغ) و زمان مراجعه به پزشک
پیگیری	پیگیری منظم با پزشک گوارش

نقش کلیدی پرستار: خلاصه و جمع‌بندی

پرستاران در مدیریت پانکراتیت، نقشی چندوجهی و حیاتی ایفا می‌کنند که شامل موارد زیر است:

ارزیاب و مراقب بالینی: پایش دقیق علائم حیاتی، احیای هدفمند مایعات، و شناسایی زودهنگام عوارض

مدیر تغذیه: آغاز و پایش تغذیه روده‌ای بر اساس آخرین شواهد

توانبخش: اجرای برنامه تحرک زودهنگام برای بهبود عملکردی بیماران

آموزنده: ارائه آموزش‌های جامع به بیمار و خانواده در مورد مدیریت بیماری و پیشگیری از عود

حمایت‌کننده روانی: کاهش اضطراب و استرس از طریق حمایت هدفمند و مشارکت خانواده

همهانگ‌کننده تیم درمان: همکاری با پزشکان، متخصصان تغذیه، فیزیوتراپیست‌ها و سایر اعضای تیم

منابع

- Alamari AA, et al. Acute Pancreatitis: CT Severity Index, Fluid-Resuscitation Nursing Algorithms, and Lipase/CRP as Outcome Markers. Saudi Journal of Medicine and Public Health. 2025;2(2):947-960.
- Kotchergerin VG, Pasechnik IN. Nutritional support in acute pancreatitis: a review of clinical guidelines. Clinical Nutrition. 2024;5(4):179-186.

International Association of Pancreatology, et al. IAP/APA/EPC/IPC/JPS Revised Guidelines on Acute Pancreatitis 2025. *Pancreatology*. 2025;25(6):770.

He, et al. Development of a nursing management plan for early fluid resuscitation in acute pancreatitis patients. *BMC Nursing*. 2025;24:28.

Refined ICU nursing care in severe acute pancreatitis. *Langenbeck's Archives of Surgery*. 2026;411:24.

Nurse-led early mobilization versus standard care in acute pancreatitis. *Digestive Diseases and Sciences*. 2026;71:256-265.

Jin J, Wang X, Li Z, et al. Ultrasound-guided enteral nutrition support for a patient with severe acute pancreatitis complicated by abdominal compartment syndrome. *Journal of Pancreatology*. 2025;8(S1):S5

