

کولیت اولسراتیو: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری بر اساس آخرین شواهد

مقدمه

کولیت اولسراتیو (Ulcerative Colitis) یکی از دو نوع اصلی بیماری التهابی روده (IBD) است که با شیوع رو به رشد در سراسر جهان، به یک چالش جدی برای سیستم‌های بهداشتی تبدیل شده است. این بیماری با التهاب مداوم و پیوسته مخاط روده بزرگ (کولون) و رکتوم مشخص می‌شود که اغلب منجر به فرسایش و ایجاد زخم می‌گردد. بر خلاف بیماری کرون که می‌تواند هر بخشی از دستگاه گوارش را با الگوی ناپیوسته درگیر کند، کولیت اولسراتیو محدود به کولون بوده و الگوی درگیری آن پیوسته و از رکتوم به سمت بالا پیشرفت می‌کند. این بیماری یک وضعیت مزمن با دوره‌های عود و بهبودی است که می‌تواند از یک بیماری خفیف و آزاردهنده تا یک وضعیت کاملاً ناتوان‌کننده متغیر باشد. پرستاران به عنوان اعضای کلیدی تیم چندتخصصی (MDT) مراقبت از این بیماران، نقشی حیاتی در تمامی مراحل از تشخیص تا مدیریت طولانی‌مدت ایفا می‌کنند. این مقاله بر اساس آخرین دستورالعمل‌های علمی، از جمله کتابچه راهنمای پرستاری IBD (نسخه ۲۰۲۵)، تدوین شده است.

آناتومی، پاتوفیزیولوژی و اپیدمیولوژی

تعریف بیماری

کولیت اولسراتیو یک بیماری التهابی مزمن با دوره‌های بهبودی (Remission) و عود (Flare-up) است که علت دقیق آن هنوز به طور کامل شناخته نشده است. نظریه‌های فعلی به ترکیبی از عوامل ژنتیکی، پاسخ ایمنی غیرطبیعی به میکروبیوتای روده و عوامل محیطی اشاره دارند. با شیوع روزافزون این بیماری، نیاز به مراقبت آگاهانه و بیمارمحور بیش از پیش احساس می‌شود.

ویژگی‌های پاتولوژیک متمایز کننده کولیت اولسراتیو از کرون

ویژگی	کولیت اولسراتیو	بیماری کرون
درگیری	محدود به کولون و رکتوم	هر نقطه از دستگاه گوارش (از دهان تا مقعد)
الگوی درگیری	پیوسته (از رکتوم به سمت بالا)	ناپیوسته (مناطق سالم بین نواحی ملتهب)
عمق التهاب	محدود به مخاط و زیرمخاط	ترانس مورال (همه لایه‌های دیواره روده)
عوارض شایع	خونریزی، مگاکولون توکسیک، افزایش خطر سرطان کولون	فیستول، تنگی (استریکچر)، آبسه

اپیدمیولوژی و عوامل خطر

شیوع کولیت اولسراتیو در سراسر جهان رو به افزایش است. به عنوان مثال، در ژاپن، یک بررسی ملی در سال ۲۰۲۳ تعداد تقریبی ۳۱۶,۹۰۰ بیمار را با شیوع ۲۵۴.۸ مورد در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر تخمین زد که نسبت به سال ۲۰۱۵ حدود ۱.۴ برابر افزایش نشان می‌دهد. در ایالات متحده، این بیماری ممکن است تا ۷۰۰,۰۰۰ آمریکایی را تحت تأثیر قرار دهد.

عوامل خطر شامل استعداد ژنتیکی، عوامل محیطی (مانند رژیم غذایی و عفونت‌ها) و تغییرات در میکروبیوتای روده است. با این حال، علت دقیق بیماری همچنان ناشناخته باقی مانده است.

تظاهرات بالینی و شدت بیماری

طبقه‌بندی بر اساس شدت بیماری

کولیت اولسراتیو بر اساس شدت علائم بالینی طبقه‌بندی می‌شود که برای تصمیم‌گیری در مورد بستری و درمان بسیار مهم است:

درجه شدت	علائم بالینی
خفیف	تا ۴ بار دفع مدفوع شل در روز (ممکن است خونی یا غیر خونی باشد). درد خفیف کرامپی، تِنِسْموس (احساس دفع ناقص) و یبوست متناوب. بدون علائم سمیت سیستمیک.
متوسط	بیش از ۴ بار دفع مدفوع شل و خونی در روز. کم خونی خفیف، درد متوسط شکمی. علائم سمیت سیستمیک مانند تب خفیف.
شدید	۶ بار یا بیشتر دفع مدفوع خونی در روز همراه با کرامپ شدید. علائم سمیت سیستمیک شامل تب (دمای ≤ 37.5 درجه سانتی گراد)، تاکی کاردی (ضربان قلب ≤ 90 در دقیقه)، کم خونی (هموگلوبین > 10.5 گرم/دسی لیتر) و کاهش وزن سریع. این وضعیت اغلب نیاز به بستری دارد.

علائم و نشانه‌های کلیدی

اسهال خونی (هماتوئیدی): شایع‌ترین علامت، همراه با خون و مخاط.

درد شکمی کرامپی: معمولاً در ناحیه تحتانی شکم.

تِنِسْموس: احساس دفع ناقص و فشار مداوم برای تخلیه روده.

خستگی مفرط: یکی از ناتوان‌کننده‌ترین علائم، حتی در دوران بهبودی.

تب و تاکی کاردی: در حملات شدید.

علائم خارج روده‌ای: آرتریت، اختلالات پوستی (اریتم ندوزوم)، التهاب چشم (یوئیت)، و اسکروزان کولانژیت (بیماری کبدی).

فرآیند تشخیصی

تشخیص کولیت اولسراتیو بر اساس ترکیبی از تظاهرات بالینی، یافته‌های آندوسکوپی و آزمایشگاهی انجام می‌شود :

کاربرد و شرح	روش تشخیصی
استاندارد طلایی. مشاهده مستقیم التهاب پیوسته مخاط از رکتوم به بالا و نمونه‌برداری تأییدکننده.	کولونوسکوپی با بیوپسی
در موارد شدید که کولونوسکوپی کامل منع مصرف دارد، برای ارزیابی رکتوم و سیگموئید.	سیگموئیدوسکوپی
CBC برای ارزیابی کم‌خونی و لکوپنی، CRP و ESR برای ارزیابی شدت التهاب، آلبومین برای ارزیابی وضعیت تغذیه.	آزمایش خون
نشانه‌های غیرتهاجمی التهاب روده؛ برای پایش فعالیت بیماری و تمایز از سندرم روده تحریک‌پذیر.	کالپروتکتین مدفوع
در موارد شدید برای ارزیابی اتساع کولون و رد ماکولون توکسیک.	رادیوگرافی شکم

مراقبت‌های پرستاری: یک رویکرد جامع و مبتنی بر شواهد

اصول کلی مراقبت پرستاری در کولیت اولسراتیو

بر اساس کتابچه راهنمای پرستاری IBD (نسخه ۲۰۲۵)، مراقبت پرستاری در کولیت اولسراتیو بر چند محور اصلی استوار است :

شرح	حوزه مراقبتی
همکاری با متخصص گوارش، جراح، متخصص تغذیه، روانشناس و مددکار اجتماعی	عضویت در تیم چندتخصصی (MDT)
پاسخگویی به سوالات و نگرانی‌های بیماران از طریق خطوط مشاوره تخصصی	ارائه مشاوره و حمایت به‌موقع
مدیریت انتقال بین بخش‌ها و اطمینان از تداوم مراقبت	هماهنگی مراقبت‌های سرپایی و بستری

آموزش خودمراقبتی و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی	توانمندسازی بیمار
--	-------------------

مراقبت‌های ویژه در دوره عود و بستری

بیماران با عود شدید نیاز به بستری و مراقبت‌های ویژه دارند. یک مطالعه جدید در (NEJM ۲۰۲۶)
 بروز رسانی‌هایی را در مورد مدیریت بستری این بیماران ارائه داده است. مراقبت‌های پرستاری بر اساس شواهد
 شامل موارد زیر است:

مداخلات کلیدی مبتنی بر شواهد	تشخیص پرستاری
ثبت دقیق تعداد و حجم دفع -پایش علائم دهیدراتاسیون (تورگور پوست، رطوبت مخاط) -احیای مایع وریدی در صورت نیاز -پایش الکترولیت‌ها (پتاسیم، منیزیم)	اسهال / کاهش حجم مایعات
-ارزیابی ماهیت و شدت درد؛ نظارت بر علائم هشدار دهنده مانند درد شدید ناگهانی که می‌تواند نشانه سوراخ‌شدگی یا مگاکولون توکسیک باشد -تجویز مسکن‌های تجویز شده با احتیاط	درد حاد شکمی
-پایش علائم مگاکولون توکسیک: اتساع شکم، تب بالا، تاکی کاردی، کاهش سطح هوشیاری -همکاری در انجام رادیوگرافی سریال شکم هر ۱۲ ساعت تا بهبودی	خطر عفونت / عوارض
-ارزیابی وضعیت تغذیه با ابزارهای استاندارد -همکاری با متخصص تغذیه برای برنامه غذایی مناسب	سوءتغذیه
-ایجاد فضایی برای بیان احساسات و نگرانی‌ها -ارائه اطلاعات دقیق در مورد روند درمان و جراحی احتمالی -معرفی به گروه‌های حمایت از بیماران	اضطراب و اختلال در تصویر بدنی

مدیریت دارویی مبتنی بر شواهد

طبقه‌بندی داروهای مورد استفاده در کولیت اولسراتیو

توضیح و کاربرد	مثال‌ها	دسته دارویی
درمان خط اول برای موارد خفیف تا متوسط؛ اثر موضعی بر مخاط روده	سولفاسالازین، مزالازین	آمینوسالیسیلات‌ها (5-ASA)
کنترل سریع التهاب در حملات حاد؛ درمان کوتاه‌مدت به دلیل عوارض جانبی	پردنیزولون، بودزوناید	کورتیکواستروئیدها
درمان نگهدارنده و کاهش وابستگی به استروئید	آزاتیوپرین، ۶-مپ	سرکوب‌کننده‌های ایمنی
مهارکننده‌های هدفمند $\text{TNF-}\alpha$ و اینتگرین‌ها؛ برای موارد متوسط تا شدید	اینفلیکسیماب، آدالیموماب، ودولیزوماب	درمان‌های بیولوژیک
گزینه‌های خوراکی جدید برای موارد مقاوم به درمان	توافاسیتینیب (مهارکننده JAK)	مولکول‌های کوچک

پایش عوارض جانبی داروها از جمله سرکوب مغز استخوان (نوتروپنی، آنمی، ترومبوسیتوپنی) و عفونت‌های فرصت‌طلب، یکی از مسئولیت‌های کلیدی پرستار است. میزان عدم پایداری به درمان با 5-ASA در بیماران با سابقه بیماری بیش از یک سال، ۵۹.۴٪ گزارش شده است که خطر عود را ۲.۳ برابر افزایش می‌دهد.

مراقبت‌های بلندمدت و توانمندسازی بیمار

مدیریت سبک زندگی

توصیه‌های کلیدی	حوزه
-----------------	------

تغذیه	-هیچ رژیم غذایی یکسانی برای همه بیماران وجود ندارد -شناسایی غذاهای محرک با کمک دفترچه یادداشت غذایی -در طول عود، مصرف لبنیات، حبوبات خام، کلم، بروکلی و آب میوه‌ها را محدود کنید؛ این مواد در صورت پخته شدن بهتر تحمل می‌شوند
مدیریت استرس	استرس می‌تواند علائم را تشدید کند؛ استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی، تنفس عمیق، بیوفیدبک، هیپنوتیزم و ورزش‌های ملایم مانند پیاده‌روی و شنا
ورزش	فعالیت بدنی منظم به کاهش التهاب و بهبود خلق‌وخو کمک می‌کند
برنامه‌ریزی سفر	آگاهی از مکان سرویس‌های بهداشتی در مسیر، همراه داشتن لباس و دستمال توالت اضافی، و همراه داشتن داروهای کافی

آموزش خودمراقبتی (نقش کلیدی پرستار)

یک مطالعه بر روی ۱۵۲ بیمار نشان داد که برنامه آموزشی ۸ تا ۱۲ هفته‌ای تحت نظر پرستار، منجر به افزایش چشمگیر نمره آگاهی بیماران از ۱۷.۵۳ به ۸۷.۴۱ و بهبود قابل توجه سبک زندگی شد (۷۸.۷٪ به سطح خوب رسیدند در حالی که ۸۹.۳٪ گروه کنترل در سطح ضعیف باقی ماندند). این یافته، ارزش حیاتی آموزش پرستاری را در مدیریت این بیماری مزمن نشان می‌دهد.

اجزای کلیدی آموزش خودمراقبتی بر اساس مطالعات انجام‌شده :

مدیریت داروها و مراقبت از زخم

مدیریت علائم و تشخیص زودهنگام عود

مدیریت استرس و هیجانات

پایش رژیم غذایی و شناسایی غذاهای محرک

مراقبت از استوما (در صورت نیاز)

مراقبت مستمر از راه دور (نوآوری در پرستاری)

یک مطالعه بر روی ۳۰۰ بیمار نشان داد که مداخله پرستاری مستمر مبتنی بر بستر «اینترنت پلاس» به طور معنی‌داری نشانگرهای التهابی (کاهش IL-17 و IL-23، افزایش IL-25، پایبندی به درمان، توانایی خودمراقبتی و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد و اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد. این رویکرد، پاسخی به نیازهای منحصربه‌فرد مدیریت بیماری مزمن است: پایش طولانی‌مدت نشانگرهای زیستی (مانند کالپروتکتین مدفوع)، مدیریت عود (با نرخ سالانه ۳۰-۵۰٪) و حمایت روانی مستمر.

جراحی و مراقبت‌های پس از آن

حدود ۱۰ تا ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو در نهایت نیاز به پروکتو کولکتومی (برداشتن رکتوم و کولون) پیدا می‌کنند. این جراحی می‌تواند به ایجاد استوما (ایلئوستومی دائمی) یا کیسه (Pouch) منجر شود. مراقبت پرستاری در این زمینه شامل:

مشاوره قبل از عمل و آماده‌سازی روانی

آموزش مراقبت از استوما) به ویژه با همکاری پرستاران تخصصی زخم و استوما (WOCN) -

مدیریت عوارض مانند تحریک پوستی و انسداد

حمایت روانی برای پذیرش تغییرات تصویر بدنی

عوارض حاد و اورژانسی (هشدارهای پرستاری)

اقدامات پرستاری	شرح و علائم هشداردهنده	عارضه
بستری در ICU، استراحت مطلق روده، دکومپرسیون با لوله NG -پایش مکرر علائم حیاتی و علائم بالینی -رادیوگرافی سریال شکم هر ۱۲ ساعت تا بهبودی	اتساع غیرانسدادی کولون ≤ 6 سانتی‌متر (یا سکوم ≤ 9 سانتی‌متر) همراه با علائم سمیت سیستمیک. معیارهای تشخیص: حداقل ۳ علامت از ۴ علامت (تب ≤ 38 درجه سانتی‌گراد، لکوسیتوز $> 10,500$ ، تاکی‌کاردی > 120 ،	مگا کولون توکسیک

کم خونی) + حداقل ۱ علامت از علائم (دهیدراتاسیون، تغییر سطح هوشیاری، اختلال الکترولیت، هیپوتانسیون)	آمادگی برای جراحی اورژانسی در صورت عدم پاسخ
خونریزی شدید	احیای مایع و تزریق خون، هماهنگی با تیم جراحی
سوراخ شدگی کولون	گزارش فوری به پزشک، آمادگی برای جراحی اورژانسی
درد شدید شکم، افساع، تب، علائم پریتونیت	

نقش کلیدی پرستار: مراقبتی فراتر از بیماری

پرستار تخصصی IBD نقشی چندوجهی و حیاتی در طول سیر بیماری ایفا می کند :

شرح وظایف بر اساس شواهد	نقش
پایش علائم بیماری، عوارض و پاسخ به درمان؛ مدیریت دوره های بستری	ارزیاب و مراقب بالینی
ارائه آموزش های دقیق در مورد داروها (با تأکید بر پایبندی به درمان)، رژیم غذایی، مدیریت علائم، مراقبت از استوما و خودمراقبتی	آموزنده و مشاور
کمک به بیمار برای سازگاری با بیماری مزمن، حفظ تصویر بدنی و بازگشت به فعالیت های عادی؛ ارائه حمایت عاطفی	حمایت کننده روانی-اجتماعی
همه گیری مراقبت های بین رشته ای (با پزشکان، جراحان، داروسازان، متخصصان تغذیه و فیزیوتراپیست ها)، پیگیری نتایج و حمایت از حقوق بیمار در محیط های اجتماعی مانند مدرسه و محل کار	همه گیری کننده و مدافع بیمار

جمع بندی

کولیت اولسراتیو یک بیماری مزمن و پیچیده با دوره‌های عود و بهبودی است که نیازمند رویکردی چندرشته‌ای، بیمارمحور و مبتنی بر شواهد است. پرستار تخصصی IBD به عنوان محور اصلی این تیم، با ایفای نقش‌های خود در ارزیابی، آموزش، حمایت روانی، هماهنگی و مدیریت عوارض، نقشی غیرقابل انکار در موفقیت درمان، کاهش عوارض، بهبود کیفیت زندگی و توانمندسازی بیماران برای زندگی با این بیماری مزمن ایفا می‌کند. استفاده از رویکردهای نوین مانند مراقبت مستمر از راه دور (اینترنت پلاس) و برنامه‌های آموزشی ساختاریافته پرستاری، چشم‌انداز جدیدی را در مدیریت مؤثر این بیماری فراهم کرده است.

منابع

- Sturm A, White L, editors. Inflammatory Bowel Disease Nursing Manual. 2nd ed. Cham: Springer; 2025.
- White L, Tan M, Leong JWH. Inpatient Care. In: Sturm A, White L, editors. Inflammatory Bowel Disease Nursing Manual. 2nd ed. Cham: Springer; 2025.
- Goren I, Barkan R, Dotan I, et al. IBD Nurse Within the MDT. In: Sturm A, White L, editors. Inflammatory Bowel Disease Nursing Manual. 2nd ed. Cham: Springer; 2025.
- Zhu J, Ren X, Wang Q, et al. Impact of Continuous Nursing Intervention Delivered via Internet+ Platform on Inflammatory Responses in Ulcerative Colitis Patients. Patient Prefer Adherence. 2026;20:571511.
- Hashino A, Hara K. Nursing Care and Patient Education for Ulcerative Colitis Patients in Japan: A Scoping Review. Cureus. 2026;18(1):e102024.
- Harris H, Jelemensky L. Managing the ups and downs of ulcerative colitis. Nursing. 2014;44(8):36-42.
- Hassan Sadiq C, Mohammed Aziz P. Effectiveness of a Nurse-Led Educational Program on Ulcerative Colitis Patients' Knowledge and their lifestyle. UHD J Sci Technol. 2026;10(1):58-68.
- Application of Orem's Self-Care theory in nursing of patients with ulcerative colitis of colon damp-heat syndrome treated with retention enema of Traditional Chinese Medicine. Directory of Open Access Journals. 2024.

UC in the Classroom: Helping Children and Teens Navigate IBD at School. Ubie
Doctor's Note. 2026.

