

ERCP: (آندوسکوپی رتروگرید کلانژیوپانکراتوگرافی) راهنمای

جامع مراقبت‌های پرستاری

مقدمه

ERCP یک روش آندوسکوپی پیشرفته و پیچیده است که هم برای تشخیص و هم برای درمان بیماری‌های مجاری صفراوی و پانکراس کاربرد دارد. این روش ترکیبی از آندوسکوپی و فلوروسکوپی است و برخلاف آندوسکوپی معمولی، یک روش تهاجمی با ریسک بالاتر محسوب می‌شود ERCP. معمولاً برای برداشتن سنگ‌های مجاری صفراوی، رفع انسداد، گشاد کردن تنگی‌ها و گذاشتن استنت انجام می‌شود.

پرستاران نقش حیاتی در آماده‌سازی دقیق بیمار، پایش حین عمل و مراقبت‌های پس از آن ایفا می‌کنند. یک مطالعه موردی نشان داد که مراقبت‌های پرستاری جامع در بیماران تحت ERCP می‌تواند منجر به عدم بروز عوارض و توانایی خودمراقبتی بیمار در منزل شود.

مراقبت‌های پرستاری قبل از ERCP

۱. آماده‌سازی و ارزیابی بیمار

حوزه	اقدامات کلیدی
ناشتایی (NPO)	بیمار باید ۶ تا ۸ ساعت قبل از عمل ناشتا باشد. مصرف آب تا ۲ ساعت قبل معمولاً مجاز است

داروهای ضد انعقاد	قطع داروهای ضد پلاکت و ضد انعقاد طبق نظر پزشک، بسته به نوع دارو. آسپرین و NSAIDs معمولاً نیازی به قطع ندارند
ارزیابی آزمایشگاهی	بررسی PT، PTT، CBC، آمیلاز و لیپاز قبل از عمل
حساسیت به ید	حساسیت به ید یا ماده حاجب را از بیمار پرسید و به پزشک گزارش دهید
خارج کردن پروتزها	جواهرات، لنز تماسی و دندانهای مصنوعی را خارج کنید

۲. پروفیلاکسی دارویی (بر اساس شواهد ۲۰۲۶-۲۰۲۵)

مهم ترین مداخله پیشگیرانه: تجویز شیاف رکتال دیکلوفناک یا ایندومتاسین ۱۰۰ میلی گرم بلافاصله قبل از ERCP در همه بیماران بدون منع مصرف NSAIDs. این کار به طور قابل توجهی خطر پانکراتیت پس از ERCP (PEP) را کاهش می دهد .

نکته: شواهد جدید نشان می دهد دیکلوفناک ممکن است برتری جزئی نسبت به ایندومتاسین داشته باشد، اما هر دو مؤثر هستند .

مراقبت های پرستاری حین ERCP

۱. مدیریت آرام بخشی و پایش بیمار

ERCP معمولاً تحت آرام بخشی عمیق با پروپوفول انجام می شود. یک مطالعه نشان داد که پایش BIS (شاخص دوطیفی) می تواند دوز پروپوفول مصرفی را کاهش دهد و زمان ریکاوری را کوتاه تر کند .

حوزه	اقدامات
پایش علائم حیاتی	پایش مداوم ضربان قلب، فشار خون، تعداد تنفس و اشباع اکسیژن

مدیریت راه هوایی	بیمار در وضعیت دمر (Prone) قرار می گیرد. خطر هیپوکسی وجود دارد و باید آمادگی برای تهویه با کیسه-ماسک باشد
پایش سطح هوشیاری	ارزیابی مداوم پاسخ بیمار به تحریک و تنظیم دوز پروپوفول

نکته بالینی: در بیماران با سیروز کبدی، دوز مورد نیاز پروپوفول کمتر است و زمان ریکاوری طولانی تر است. این بیماران نیاز به پایش دقیق تری دارند.

۲. کمک به پزشک

تحويل ابزارها (کاتتر، گایدوایر، اسفنکترتوم، بسکت، بالون) به پزشک

مدیریت ماده حاجب و نمونه ها

ثابت سازی لوله بینی-صفراوی (NBD) در صورت کارگذاری

مراقبت های پرستاری پس از ERCP

۱. مراقبت در ریکاوری

حوزه	اقدامات
پایش علائم حیاتی	ادامه پایش تا بازگشت به سطح پایه
مراقبت از راه هوایی	تا بازگشت رفلکس بلع، NPO بماند. گلودرد خفیف طبیعی است
پایش عوارض	پانکراتیت: درد شکم، تهوع، استفراغ. خونریزی: افت فشار خون، ملنا. کلانژیت: تب، لرز

۲. شروع تغذیه و مراقبت های بعدی

NPO تا بازگشت رفلکس بلع (حدود ۲ ساعت).

۶ ساعت پس از عمل: می‌توان با مایعات یا غذای سبک شروع کرد .

ادرار کردن: حتماً تا ۸ ساعت پس از عمل ادرار کنید .

۳. علائم هشداردهنده (مراجعه فوری)

علامت	اقدام
درد شدید شکم	اورژانس
تب و لرز	تماس با پزشک/اورژانس
خونریزی (مدفوع سیاه، استفراغ خونی)	اورژانس
تنگی نفس	اورژانس

ارگونومی در ERCP: نکته مهم برای پرستاران

مطالعات نشان می‌دهد که پرستاران و تکنسین‌های کمک‌کننده در ERCP در معرض خطر بالای آسیب‌های اسکلتی-عضلانی (به ویژه اندام فوقانی) هستند. استفاده از پروتکل‌های ارگونومیک، تنظیم ارتفاع تخت، و وقفه‌های استراحت توصیه می‌شود .

جمع‌بندی

ERCP یک روش پیچیده با ریسک بالاست که نیازمند آماده‌سازی دقیق (NPO، قطع داروهای ضد انعقاد) پروفیلاکسی با NSAIDs رکتال، پایش مداوم حین عمل و مراقبت‌های پس از عمل (پایش پانکراتیت، خونریزی و کلانژیت) است. پرستاران با ایفای نقش‌های خود در آموزش بیمار، پایش دقیق، مدیریت عوارض و حمایت روانی، نقشی حیاتی در کاهش عوارض و بهبود پیامدهای این روش ایفا می‌کنند .

Palmeri E, et al. European Consensus Recommendations for Direct Cholangioscopy and Pancreatoscopy. United European Gastroenterol J. 2025;13(9):1652-1667 [cited 2026 Sep 21].

ESGE Guideline: ERCP-related adverse events. Endoscopy. 2020;52(2):127-149 [cited 2026 Sep 21].

Kamel Y, et al. Bispectral Index Guidance Reduced Target Plasma Propofol Concentration During ERCP in Patients with Liver Cirrhosis. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2024;52(5):169-179 [cited 2026 Sep 21].

Burtea ED, et al. Periprocedural Role of Nurses During Interventional Endoscopic Procedures Under Deep Sedation. Curr Health Sci J. 2018;44(1):14-18 [cited 2026 Sep 21].

Undersökning och behandling av gallvägarna – ERCP. 2025 [cited 2026 Sep 21].

Nursing Care for Patients with Common Bile Duct Stones Undergoing ERCP: A Case Study. ThaiJO. 2026 [cited 2026 Sep 21].

Mukai S, et al. Clinical Practice Guidelines for post-ERCP pancreatitis 2023. Dig Endosc. 2025;37(6):573-587 [cited 2026 Sep 21].

Arham M, et al. Rectal Diclofenac Versus Indomethacin in Preventing Post-ERCP Pancreatitis. Dig Dis Sci. 2026;71(6):2383-2393 [cited 2026 Sep 21].

Wehrmann T, et al. Electroencephalogram monitoring facilitates sedation with propofol for routine ERCP. Gastrointest Endosc. 2002;56(6):817-824 [cited 2026 Sep 21].

Cetin AU, et al. Ergonomic Considerations in ERCP Practice. Gastroenterol Nurs. 2026 [cited 2026 Sep 21].

Veterans Health Library. ERCP. 2025 [cited 2026 Sep 21].

ERCP. [cited 2026 Sep 21]. دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مراقبت‌های بعد از انجام.

Dumonceau JM, et al. ERCP-related adverse events: ESGE Guideline. Endoscopy. 2020;52(2):127-149 [cited 2026 Sep 21].

Swaminathan G, et al. Why is the rectal route for NSAIDs favorable for preventing post-ERCP pancreatitis? Pancreatology. 2025 [cited 2026 Sep 21].

Paspatis GA, et al. Efficacy of bispectral index monitoring as an adjunct to propofol deep sedation for ERCP. Endoscopy. 2009;41(12):1046-1051 [cited 2026 Sep 21].

Wille RT, et al. Routine droperidol pre-medication improves sedation for ERCP. Gastrointest Endosc. 2000;52(3):362-366 [cited 2026 Sep 21].

StatPearls. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. NIH. 2025 [cited 2026 Sep 21].