

تعیین دستورالعمل‌های مراقبت سرپایی لوکال در زمان شعله‌وری بیماری کولیت اولسراتیو خفیف تا متوسط برای کنترل مؤثر بیماری در منزل

هادی عبدالهی^۱، امین باقری قلعه سلیمی^۲، محمد جعفری^۳، اظهر کوچک^۴، پیمان ادیبی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: به صورت متداول در بالین، درمان فلیز کولیت اولسراتیو (Ulcerative Colitis Flare) به دلیل نیاز به درمان با داروهای تزریقی به صورت بستری انجام می‌شود اما درمان مینی فلیز عموماً غیرتزریقی است و مینی فلیز کولیت اولسراتیو به صورت بالقوه می‌تواند به صورت سرپایی و در منزل مدیریت شود. توجه به عدم وجود یک دستورالعمل مراقبتی لوکال برای مدیریت مینی فلیز کولیت اولسراتیو، در این مطالعه به بررسی و اجماع نظرات متخصصین گوارش برای درمان مینی فلیز در بیماران به صورت سرپایی و در منزل پرداختیم.

روش‌ها: نظرات متخصصین ایرانی نیز در این مطالعه با استفاده از یک پرسشنامه بررسی شده و نظرات آنها تجمیع شد. از یافته‌های مطالعات و تجمیع نظرات متخصصین برای طراحی یک دستورالعمل مراقبت سرپایی در درمان مینی فلیز کولیت اولسراتیو استفاده شد.

یافته‌ها: آموزش خودمراقبتی و سطح آگاهی بیماران در کنترل مینی فلیز موثر بوده و استفاده از ASA-5 و کورتیکواستروئید خوراکی و مقعدی در درمان مینی فلیز توصیه شد. همچنین اصلاح رژیم غذایی در بیماران سودمند دانسته شد. در این مطالعه، تجویز پروبیوتیک‌ها و داروهای بیومولکولار به صورت سرپایی در مینی فلیز توصیه نشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، درمان مینی فلیز به صورت سرپایی و در منزل توصیه شد. در این توصیه باید میزان دسترسی بیمار به مراکز درمانی و سطح آگاهی او و اطرافیان در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: کولیت اولسراتیو؛ مراقبت سرپایی؛ شعله‌وری

ارجاع: عبدالهی هادی، باقری قلعه سلیمی امین، جعفری محمد، کوچک اظهر، ادیبی پیمان. **تعیین دستورالعمل‌های مراقبت سرپایی لوکال در زمان شعله‌وری بیماری کولیت اولسراتیو خفیف تا متوسط برای کنترل مؤثر بیماری در منزل.** مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۱۲): ۳۹۳-۴۰۰.

مقدمه

کولیت اولسراتیو (Ulcerative colitis) UC یک اختلال التهابی مزمن روده (IBD) است که مخاط روده‌ی بزرگ را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در UC، التهاب عموماً از ناحیه‌ی رکتوم شروع می‌شود و امکان دارد تا بخش پروگزیمال کولون نیز پیشرفت کند. میزان درگیری کولون و وسعت مخاط آسیب دیده بر شدت بیماری، نحوه‌ی درمان و پروگنوز بیماری نیز مؤثر

است (۱). رفتار بیماری UC توسط دوره‌های غیرقابل پیش‌بینی بهبودی و عود متغیر می‌باشد. برخی از بیماران مبتلا به UC برای مدت طولانی بدون علامت هستند و در برخی از بیماران با وجود اجرای پروتکل‌های درمانی جدی و شدید، بیماری نسبت به درمان انجام شده مقاوم است و ضایعات التهابی در بررسی‌های بافت روده این بیماران رؤیت می‌گردد (۲، ۳). بالاترین نرخ شیوع UC حدوداً و به ترتیب ۵۰۵ و ۲۴۹ نفر بیمار مبتلا در

۱- استادیار، گروه داخلی (گوارش)، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- فلوشیپ گوارش، گروه داخلی (گوارش)، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار بیماری‌های گوارش و کبد بالغین، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشکده‌ی داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ اصفهان، ایران

۵- استاد بیماری‌های گوارش و کبد بالغین، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: امین باقری قلعه سلیمی: فلوشیپ گوارش، گروه داخلی (گوارش)، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: Amin.bgheri@gmail.com

هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در ناحیه‌ی اروپا و آمریکای شمالی و در ایران حدود ۰/۱ در صد گزارش شده است. در ایران این در بررسی‌ها به نظر می‌رسد هم میزان بروز بیماری UC و هم میزان شیوع آن با گذشت زمان افزایش یافته است که ممکن است این افزایش مرتبط با افزایش میزان تشخیص و شناسایی بیماری یا افزایش واقعی میزان بروز و شیوع آن باشد (۴).

بیماری UC، یک بیماری مادام‌العمر است که در اغلب بیماران در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود. هر مرحله از حملات بیماری در افراد سالم و فعال، با علائمی از جمله اسهال، فوریت در دفع مدفوع، خونریزی در ناحیه‌ی رکتوم، نفخ، درد یا گرفتگی شکم و خستگی دیده شده و همه علائم و نشانه‌های ذکر شده می‌توانند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا تأثیر منفی بگذارند (۵). بیماران مبتلا به UC نیاز به تخصیص سهم قابل توجهی از منابع مراقبت‌های بهداشتی دارند. در بیماران مبتلا به فرم متوسط تا شدید بیماری، هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم نسبت به گروه‌های کنترل به صورت قابل ملاحظه‌ای بالاتر بوده و پیشرفت و عدم کنترل بیماری، منجر به القای هزینه‌های بیشتر به جامعه و سیستم درمانی می‌شود (۶). بروز سالانه این بیماری در کشورهای صنعتی بالاتر بوده و در دهه‌های گذشته نیز در سراسر جهان به طور مستمر افزایش یافته است (۷).

اکثر دستورالعمل‌های ملی و بین‌المللی، بیماری UC را بر اساس شدن فعالیت بیماری و بر اساس شاخص شدت Wits's و Truelove، به سه دسته‌ی خفیف، متوسط و شدید دسته‌بندی می‌کنند. در حال حاضر، هیچ تعریف کاملاً معتبری از بهبودی در این بیماری که مورد توافق باشد وجود ندارد، اما در مطالعات پیشنهاد می‌شود از ترکیبی از پارامترهای بالینی (شامل تکرار مدفوع ≥ 3 در روز بدون خونریزی) و یافته‌های اندوسکوپی (عدم مشاهده ضایعات مخاطی در آندوسکوپی) به عنوان معیاری از بیماری کنترل شده در بالین استفاده شود (۸).

در ارتباط با درمان بیماری، بر اساس آخرین گایدلاین‌های منتشر شده، در درمان UC مینی فلیر، استفاده از داروهای دسته آمینوسالیسیلات‌ها (۳۵-ASA) مانند مسالامین به عنوان درمان اولیه، انتخاب درمانی ارجح به شمار می‌رود. در بیمارانی که محدوده فعالیت بیماری محدود به ناحیه رکتوم است، تجویز درمان موضعی به تنهایی نیز ممکن است کافی باشد اما استفاده از درمان ترکیبی اقدامی مؤثرتر به شمار می‌رود. همچنین برای درمان UC در سمت چپ دستگاه گوارشی و نیز در درمان UC گسترده نیز درمان ترکیبی در گایدلاین‌ها توصیه می‌شود (۹، ۱۰).

مراقبت و کنترل بیماری در بیمارانی که از UC متوسط رنج می‌برند، با وجود کاهش عوارض و مرگ و میر در دهه‌های گذشته به دنبال پیشرفت‌های صورت گرفته همچنان چالش برانگیز است (۱۱). توصیه‌های انجمن گوارش کانادا در خصوص درمان سرپایی بیماران

مینی فلیر کولیت اولسراتیو نیز تقریباً مشلبه موارد بیان شده در سطرهای فوق است. محققین در قالب ۳۴ بیانیه مربوط به پنج گزینه‌ی درمانی اصلی، آمینوسالیسیلات (ASA)، کورتیکواستروئیدها، سرکوبگرهای ایمنی، فاکتور نکروز ضد تومور (TNF) و سایر روش‌های درمانی اظهار نظر کردند. هدف درمان بهبودی کامل، شامل بهبودی علامتی و آندوسکوپی بوده است. درمان معمولاً با همان عواملی که برای القاء استفاده می‌شود (به استثنای کورتیکواستروئیدها)، به منظور حفظ بهبودی کامل ادامه می‌یابد (۱۲).

با توجه به ماهیت مزمن و مدیریت شونده بیماری، این بیماری می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد. عدم کنترل مناسب بیماری منجر به پیشروی و افزایش عوارض و علائم ناشی از بیماری شده که کیفیت زندگی بیماران را به صورت قابل توجهی کاهش می‌دهد (۱۲). در ایران نیز همانند سایر نقاط جهان، تعداد قابل توجهی از افراد با این بیماری دست و پنجه نرم می‌کنند و نیاز به ارائه‌ی راهکارهای مؤثر برای کنترل علائم و جلوگیری از عود کردن نشانه‌های بیماری دارند. مدیریت کولیت اولسراتیو در مراحل مینی فلیر (موارد فلیر با UCEIS بین ۸-۴) اغلب به صورت سرپایی انجام می‌شود (۱۳) با این حال، در زمان شعله‌ور شدن بیماری، بیماران ممکن است نیاز به مراقبت‌های ویژه‌ای داشته باشند که در صورت امکان، بهتر است در محیط خانه انجام شود. این امر نه تنها به کاهش هزینه‌های درمانی کمک می‌کند، بلکه راحتی بیشتری را برای بیماران فراهم می‌آورد و فشار بر سیستم بهداشتی را کاهش می‌دهد (۱۴، ۱۳). همچنین، مدیریت بیماری در زمان‌های وقوع پاندمی نظیر پاندمی اخیر کووید-۱۹، به صورت سرپایی و در منزل، از وقوع عوارض ناخواسته و احتمالی ناشی از بستری بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو در بخش‌های بستری بیمارستانی پیشگیری می‌کند.

با توجه به یافته‌های محققین و توضیحات فوق، هدف از این مطالعه، بررسی و تعیین دستورالعمل‌های لوکال برای درمان شعله‌ور شدن بیماری کولیت اولسراتیو مینی فلیر به صورت سرپایی و در منزل و همچنین راهکارهایی برای پیگیری بیماران در منزل با استفاده از هوش مصنوعی، Application های پزشکی و آزمایشات مختصر در منزل بدون نیاز به مراجعه به مراکز درمانی و با تکیه بر خود مراقبتی می‌باشد.

روش‌ها

عدم وجود یک گایدلاین مناسب، محلی برای تشخیص و مدیریت بیماری مینی فلیر کولیت اولسراتیو به صورت سرپایی، مسأله‌ی اصلی پژوهش حاضر می‌باشد. برای تدوین گایدلاین مناسب لازم است تا دیدگاه‌های متخصصین مجرب و پژوهشگران فعال در زمینه‌ی تشخیص و درمان بیماری کولیت اولسراتیو بررسی و ارزیابی شوند.

از این رو، در پژوهش حاضر رهیافت ما ارزیابی دیدگاه و نحوه عملکرد متخصصین این حوزه می باشد. برای این منظور نظرات متخصصین ایرانی فعال در زمینه تشخیص و درمان بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو مورد ارزیابی قرار گرفت و دیدگاه متخصصین و خبرگان از طریق مصاحبه تلفنی یا حضوری و درخواست کتبی جمع آوری و گزارش شدند و در نهایت گایدلاین بومی سازی شده مناسب برای تشخیص و مدیریت بیماری کولون پیشنهاد شد.

در این پژوهش پاسخ های ذکر شده از حدوداً ۳۵ نفر فوق تخصص گوارش به سؤالات مطرح شده جمع آوری شد. سؤالات مطرح شده در بخش دوم به شرح زیر است:

- سؤال اول: تعداد بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو که در طول ماه ویزیت می کنید چند نفر است؟
- سؤال دوم: آیا در شعله وری خفیف بیماری کولیت اولسراتیو، تصمیم به درمان بیمار در منزل دارید؟ (بلی/خیر)
- سؤال سوم: آیا سطح تحصیلات بیمار بر روی تصمیم شما برای انتخاب درمان در منزل مؤثر است؟ (بلی/خیر)
- سؤال چهارم: آیا فاصله محل زندگی بیمار و میزان نزدیکی آن به مرکز درمانی بر روی تصمیم شما برای انتخاب درمان در منزل مؤثر است؟ (بلی/خیر)
- سؤال پنجم: آیا داشتن یک همراه بیمار آگاه بر روی تصمیم شما برای انتخاب درمان در منزل مؤثر است؟ (بلی/خیر)
- سؤال ششم: آیا عدم ابتلای بیمار به بیماری همزمان شدید بر روی تصمیم شما برای انتخاب درمان در منزل مؤثر است؟ (بلی/خیر)
- سؤال هفتم: نحوه پیگیری بیمار شما در منزل به چه صورت است؟ (تلفن/مراجعه حضوری مکرر/ ترکیب تلفن و مراجعه حضوری)
- سؤال هشتم: برای پیگیری بیماری کدام یک را بررسی می کنید؟ (علایم بالینی/ یافته های آزمایشگاهی/ سطح کالپروتکتین/ ترکیب علایم بالینی و آزمایشات/ ترکیب هر سه روش)
- سؤال نهم: آیا برای درمان در منزل شیاف/انمای 5-ASA تجویز می کنید؟ (بله/خیر)
- سؤال دهم: آیا برای درمان در منزل شیاف/انمای کورتیکواستروئید تجویز می کنید؟ (بله/خیر)
- سؤال یازدهم: آیا برای درمان در منزل 5-ASA خوراکی تجویز می کنید؟ (بله/خیر)
- سؤال دوازدهم: آیا برای درمان در منزل کورتیکواستروئید خوراکی تجویز می کنید؟ (بله/خیر)
- سؤال سیزدهم: آیا برای درمان در منزل Anti-TNF تجویز می کنید؟ (بله/خیر)
- سؤال چهاردهم: آیا برای درمان در منزل داروی بیومولکولار

تجویز می کنید؟ (بله/خیر)

- سؤال پانزدهم: آیا برای درمان در منزل مشاوره تغذیه تجویز می کنید؟ (بله/خیر)
- سؤال شانزدهم: آیا برای درمان در منزل پروبیوتیک تجویز می کنید؟ (بله/خیر)

روش ارزیابی نظرات خبرگان

در خصوص بررسی توصیه های خبرگان لازم به ذکر است که هر یک از توصیه ها شامل ارزیابی قدرت توصیه و کیفیت شواهد بر اساس روش شناسی (۶۱) GRADE و به دنبال آن خلاصه ای از شواهد بود. لذا، دسته بندی توصیه ها به شرح زیر است:

- زمانی که شواهد نشان بدهند که مزیت مداخله یا درمان به وضوح بر هر خطری برتری دارد، قدرت توصیه نخبگان تحت عنوان توصیه ی قوی درجه بندی شدند.
 - زمانی که که نسبت ریسک فایده نامشخص باشد، قدرت توصیه ی نخبگان تحت عنوان توصیه ی مشروط درجه بندی شد.
 - اگر به نظر می رسید که تحقیقات بیشتر نتواند چیزی به قطعیت شواهد اضافه کند، شواهد تحت عنوان شواهد با درجه ی بالا دسته بندی شد.
 - اگر تحقیقات بیشتر احتمالاً تأثیر مهمی ممکن بود روی ارزیابی ها داشته باشد و تخمین ها را تغییر دهد، با درجه ی متوسط مشخص شد.
 - اگر تحقیقات بیشتر به احتمال بسیار زیاد می توانست تخمین ها را تغییر دهد، شواهد تحت عنوان درجه ی پایین دسته بندی شد.
- همچنین، مفاهیم کلیدی شامل عباراتی بودند که به دلیل ساختار سؤال و یا شواهد محدود، تابع فرایند دسته بندی مطابق GRADE نبودند. بیشتر مفاهیم کلیدی بیانگر نظر متخصص بر اساس درک بیرونی از شواهد موجود هستند.

یافته ها

تهیه و تدوین گایدلاین

پس از جمع آوری داده های مذکور و طبقه بندی شواهد، داده های به دست آمده برای جمع بندی نهایی در اختیار ۳۵ نفر از افراد خبره جهت بررسی و تدوین گایدلاین نهایی قرار گرفت. بر اساس توصیه های روش دلفی و همچنین میزان دسترسی به خبرگان، برای جمع بندی داده ها از ۳۵ نفر از افراد خبره برای جمع بندی داده ها استفاده شد. در نهایت جمع بندی حاصل از بررسی مهم ترین مقالات مرتبط با موضوع پژوهش و همچنین نظر خبرگان برای تدوین یک گایدلاین مناسب جهت مدیریت مینی فلیر کولیت اولسروز در منزل مورد استفاده قرار گرفت. همچنین بر اساس روش شناسی دلفی، در صورتی که هر یک از گزاره های ارائه و جمع بندی شده مورد قبول

درمان کولیت اولسروز بررسی و جمع‌بندی شد. در بررسی‌ها متخصصان اعلام کردند که به صورت میانگین $24/77 \pm 10/65$ بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو را در ماه ویزیت می‌کنند. خلاصه پاسخ متخصصین به سؤالات مطرح شده در جدول ۱ آمده است. جدول ۲ جمع‌بندی سطح شواهد و قدرت پیشنهاد گزاره‌های بررسی شده توسط خبرگان را گزارش می‌دهد.

بیش از ۷۰ درصد از خبرگان باشد به صورت پیشنهاد با قدرت قوی گزارش شد. در صورتی که ۷۰-۵۰ درصد از خبرگان گزاره‌ای را تأیید کنند، گزاره‌ی مذکور با قدرت متوسط و در صورتی که زیر ۵۰ درصد موارد مورد تأیید باشد پیشنهاد با قدرت ضعیف در نظر گرفته شد. چکیده‌ی نظرات خبرگان در ادامه آورده شده است: در این مطالعه نظرات ۴۰ فوق تخصص گوارش فعال در زمینه‌ی

جدول ۱. خلاصه پاسخ خبرگان به سؤالات

شماره	متن سؤال	خلاصه پاسخ‌ها (درصد)
۱	سؤال اول: تعداد بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو که در طول ماه ویزیت می‌کنید چند نفر است؟	۱۰/۶۵ ± ۲۴/۷۷
۲	سؤال دوم: آیا در شعله‌وری خفیف بیماری کولیت اولسراتیو، تصمیم به درمان بیمار در منزل دارید؟ (بلی/خیر)	بله ۴۰ (۱۰۰) خیر ۰ (۰)
۳	سؤال سوم: آیا سطح تحصیلات بیمار بر روی تصمیم شما برای انتخاب درمان در منزل مؤثر است؟ (بلی/خیر)	بله ۲۵ (۶۲/۵) خیر ۱۵ (۳۷/۵)
۴	سؤال چهارم: آیا فاصله‌ی محل زندگی بیمار و میزان نزدیکی آن به مرکز درمانی بر روی تصمیم شما برای انتخاب درمان در منزل مؤثر است؟ (بلی/خیر)	بله ۴۰ (۱۰۰) خیر ۰ (۰)
۵	سؤال پنجم: آیا داشتن یک همراه بیمار آگاه بر روی تصمیم شما برای انتخاب درمان در منزل مؤثر است؟ (بلی/خیر)	بله ۳۶ (۹۰) خیر ۴ (۱۰)
۶	سؤال ششم: آیا عدم ابتلای بیمار به بیماری همزمان شدید بر روی تصمیم شما برای انتخاب درمان در منزل مؤثر است؟ (بلی/خیر)	بله ۳۷ (۹۰) خیر ۲۵ (۶۲/۵)
۷	سؤال هفتم: نحوه‌ی پیگیری بیمار شما در منزل به چه صورت است؟ (تلفن/مراجعه حضوری مکرر/ ترکیب تلفن و مراجعه‌ی حضوری)	تلفن ۰ (۰) حضور ۳۰ (۷۵) ترکیبی ۱۰ (۲۵)
۸	سؤال هشتم: برای پیگیری بیماری کدام یک را بررسی می‌کنید؟ (علائم بالینی/ یافته‌های آزمایشگاهی/ سطح کالپروتکتین/ ترکیب علائم بالینی و آزمایشات/ ترکیب هر سه روش)	علائم بالینی ۰ (۰) یافته‌های آزمایشگاهی ۱ (۲/۵) سطح کالپروتکتین ۰ (۰) علائم بالینی و آزمایشات ۳۰ (۷۵) ترکیب سه روش ۹ (۲۲/۵)
۹	سؤال نهم: آیا برای درمان در منزل شیاف/ انمای ۵-ASA تجویز می‌کنید؟ (بله/خیر)	بله ۳۹ (۹۷/۵) خیر ۱ (۲/۵)
۱۰	سؤال دهم: آیا برای درمان در منزل شیاف/ انمای کورتیکواستروئید تجویز می‌کنید؟ (بله/خیر)	بله ۳۸ (۹۵) خیر ۲ (۵)
۱۱	سؤال یازدهم: آیا برای درمان در منزل ۵-ASA خوراکی تجویز می‌کنید؟ (بله/خیر)	بله ۴۰ (۱۰۰) خیر ۰ (۰)
۱۲	سؤال دوازدهم: آیا برای درمان در منزل کورتیکواستروئید خوراکی تجویز می‌کنید؟ (بله/خیر)	بله ۳۷ (۹۲/۵) خیر ۳ (۷/۵)
۱۳	سؤال سیزدهم: آیا برای درمان در منزل Anti-TNF تجویز می‌کنید؟ (بله/خیر)	بله ۳ (۷/۵) خیر ۳۷ (۹۲/۵)
۱۴	سؤال چهاردهم: آیا برای درمان در منزل داروی بیومولکولار تجویز می‌کنید؟ (بله/خیر)	بله ۸ (۲۰) خیر ۳۲ (۸۰)
۱۵	سؤال پانزدهم: آیا برای درمان در منزل مشاوره تغذیه تجویز می‌کنید؟ (بله/خیر)	بله ۳۸ (۹۵) خیر ۲ (۵)
۱۶	سؤال شانزدهم: آیا برای درمان در منزل پروبیوتیک تجویز می‌کنید؟ (بله/خیر)	بله ۸ (۲۰) خیر ۳۲ (۸۰)

جدول ۲. جمع‌بندی شواهد و قدرت توصیه‌های خبرگان

شماره	متن توصیه	قدرت توصیه	کیفیت شواهد
۱	درمان بیمار با مینی فلیر می‌تواند در منزل صورت گیرد.	توصیه قوی	کیفیت بالای شواهد
۲	سطح تحصیلات بیمار بر روی تصمیم بر درمان بیمار در منزل مؤثر است.	توصیه متوسط	کیفیت پایین شواهد
۳	فاصله‌ی محل زندگی بیمار تا محل دریافت خدمت بر روی تصمیم بر درمان بیمار در منزل مؤثر است.	توصیه قوی	کیفیت پایین شواهد
۴	همراه داشتن یک همراه آگاه در تصمیم برای درمان بیمار در منزل مؤثر است.	توصیه قوی	کیفیت پایین شواهد
۵	ابتلای همزمان بیمار به بیماری جدی دیگر در تصمیم برای درمان بیمار در منزل مؤثر است.	توصیه ضعیف	کیفیت متوسط شواهد
۶	شیاف/انمای 5-ASA جهت درمان در منزل در مینی فلیر توصیه می‌شود.	توصیه قوی	کیفیت بالای شواهد
۷	شیاف/انمای کورتیکواستروئید جهت درمان در منزل در مینی فلیر توصیه می‌شود.	توصیه قوی	کیفیت بالای شواهد
۸	5-ASA خوراکی جهت درمان در منزل مینی فلیر توصیه می‌شود.	توصیه قوی	کیفیت بالای شواهد
۹	کورتیکواستروئید خوراکی جهت درمان در منزل در مینی فلیر توصیه می‌شود.	توصیه قوی	کیفیت بالای شواهد
۱۰	Anti-TNF جهت درمان در منزل در مینی فلیر توصیه می‌شود.	توصیه ضعیف	کیفیت متوسط شواهد
۱۱	داروی بیومولکولار جهت درمان در منزل در مینی فلیر توصیه می‌شود.	توصیه ضعیف	کیفیت پایین شواهد
۱۲	مشاوره تغذیه جهت درمان در منزل در مینی فلیر توصیه می‌شود.	توصیه قوی	کیفیت پایین شواهد
۱۳	تجویز پروبیوتیک جهت درمان در منزل در مینی فلیر توصیه می‌شود.	توصیه ضعیف	کیفیت پایین شواهد

بحث

کولیت اولسراتیو، یک بیماری التهابی روده است که به طور عمده به لایه‌های داخلی کولون و رکتوم آسیب می‌زند و با علائمی همچون اسهال خونی، درد شکم و خستگی مزمن همراه است (۱۴، ۱۵). کولیت اولسراتیو، بر اساس وسعت درگیری و شدت علائم بالینی دسته‌بندی می‌شود. در دسته‌بندی بیماری بر اساس شدت علائم، عموماً کولیت اولسراتیو به دسته‌های خفیف تا متوسط و متوسط تا شدید دسته‌بندی می‌شود. در دسته‌بندی بیماری بر اساس وسعت درگیری نیز فرم‌ها محدود به رکتوم یا پروکتیت، UC همراه با درگیری در رکتوم و کولون سیگموئید یا پروکتوسیگموئیدیت، UC سمت چپ و پان کولیت در دسته‌بندی‌ها ذکر می‌شود (۱۶، ۱۷).

کولیت اولسراتیو، یک بیماری با ماهیت التهاب مزمن بوده که با دوره‌هایی از شعله‌وری بیماری و تشدید علائم شناخته می‌شود. در دوره‌های شعله‌وری، بیمار دچار تشدید علائم شده و نیازمند دریافت مراقبت درمانی برای کنترل علائم و خاموش شدن بیماری است. در درمان دوره‌های شعله‌وری، علائم بسیاری نقش بازی می‌کنند که در رأس آن‌ها می‌توان به شدت بیماری در فرد بیمار اشاره نمود. در بسیاری از مطالعات تلاش‌هایی برای معالجه‌ی بیماران مبتلا به UC و فاز شعله‌وری بیماری آن‌ها، خصوصاً در بیماران مبتلا به مینی فلیر به صورت سرپایی و در منزل انجام گرفته است. به صورت سنتی در بالین موارد فلیر کولیت اولسراتیو به صورت بستری درمان می‌شوند تا کورتیکواستروئید تزریقی و یا سایر درمان‌های تزریقی را دریافت کنند. با توجه به این نکته که در درمان مینی فلیر، درمان می‌تواند با توجه به گایدلاین‌های بالینی به صورت خوراکی باشد.

انجمن گوارش آمریکا (American Gastroenterological Association Homepage) نیز دستورالعمل‌های متفاوتی برای مدیریت بیماران مبتلا به فرم خفیف تا متوسط UC و بیماران مبتلا به فرم متوسط تا شدید بیماری ارائه کرده است. در توصیه‌های AGA در ارتباط با بیماران مبتلا به UC خفیف تا متوسط، در درمان نگهدارنده، مزالامین به عنوان درمان ارجح مطرح شده است. این بیماری به‌ویژه در زمان شعله‌وری (فلر) نیازمند توجه ویژه و مدیریت مؤثر برای کاهش علائم و جلوگیری از عوارض جدی‌تر می‌باشد (۱۸).

با توجه به تفاوت‌های ژنتیکی و نژادی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو و همچنین با توجه به محدودیت‌ها و پتانسیل‌های منطقه‌ای در هر کشور، تهیه و تدوین یک دستورالعمل محلی برای بیماران ایرانی مبتلا به مینی فلیر کولیت اولسراتیو خصوصاً در ارتباط با پتانسیل‌های تله‌مدیسن در ارتباط با مدیریت بیماران در منزل، ضروری به نظر می‌رسد. در ارتباط با بیماران ایرانی و با تکیه بر مدیریت مینی فلیر بیماری به صورت سرپایی و در منزل متأسفانه در این لحظه دستورالعمل مشخصی در مطالعات توصیه نشده است. با توجه به اهمیت وجود یک دستورالعمل استاندارد و مبتنی بر شواهد که بر اساس پتانسیل‌ها و محدودیت‌های محلی، تدوین شده باشد، در این مطالعه با بررسی نظرات خبرگان و فوق تخصص‌های گوارش فعال در زمینه درمان کولیت اولسراتیو، نظرات مربوط به آن‌ها را بررسی و جمع‌بندی نمودیم. در نهایت با تجمیع نظرات متخصصین، به ارائه‌ی یک گایدلاین درمانی برای مدیریت مینی فلیر کولیت اولسراتیو در بیماران ایرانی با تأکید بر درمان سرپایی و در منزل پرداختیم. یافته‌های به دست آمده در این مطالعه می‌تواند در بالین و

همچنین در سیاستگذاری سلامت توسط پزشکان و سیاست‌گذاران حوزه‌ی سلامت به کار گرفته شود.

در ارتباط با توصیه‌های نخبگان نیز یافته‌های مطالعه، مشابه با دستورالعمل AGA بود. مهم‌ترین نکته‌های مربوط به توصیه‌های نخبگان در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. توصیه‌های نخبگان

توصیه‌های نخبگان	توضیحات
- تمامی خبرگان درمان مینی فلیر کولیت اولسراتیو به صورت سرپایی و در منزل را توصیه می‌کنند.	
- سطح سواد و آگاهی بیمار، همراهی یک مراقب آگاه به همراه بیمار، سطح تحصیلات بیماران و نیز میزان فاصله‌ی آن‌ها از محل مرکز درمانی در تصمیم‌گیری برای توصیه به درمان سرپایی شعله‌وری بیمار در منزل یا عدم توصیه آن تأثیر گذار است.	افزایش آگاهی و سطح تحصیلات بیمار و همچنین افزایش فاصله محل زندگی بیمار از مرکز درمانی، درمان‌گران را به توصیه به درمان از راه دور و مدیریت علائم به صورت سرپایی و در منزل سوق می‌دهد.
- کورتیکواستروئید مقعدی و ۵-ASA خوراکی و مقعدی توسط اکثر خبرگان توصیه می‌شود. این در حالی است که استفاده از داروهای بیومولکولار و Anti-TNF توسط متخصصان در درمان سرپایی توصیه نمی‌شود.	
- اکثر متخصصان ارجاع به کارشناس تغذیه برای تنظیم رژیم غذایی بیمار را توصیه کرده بودند.	
- اکثر متخصصان استفاده از پروبیوتیک‌ها برای مدیریت شعله‌وری بیماری را توصیه نمی‌کنند.	

میزان دسترسی بیمار به مراکز درمانی بر تصمیم برای درمان بیمار به صورت سرپایی در بالین در نظر گرفته می‌شود. با توجه به یافته‌های مطالعات بر اهمیت میزان پایداری بیماران بر رعایت درمان‌ها در جلوگیری از شعله‌وری بیماری و بروز عوارض و همچنین درمان مؤثرتر علائم در زمان شعله‌وری، به نظر می‌رسد نظر خبرگان مینی در نظر گرفتن آگاهی و تحصیلات بیماران یک ارزیابی کلی و بالینی از احتمال پایداری بیمار به درمان‌های توصیه شده است. چنانچه اگر متخصصان اطمینان بیشتری از پایداری بیمار به درمان داشته باشند، احتمال توصیه به درمان سرپایی از سمت آن‌ها به بیمار افزایش می‌یابد. همچنین میزان دسترسی بیماران به مراکز درمانی نیز در ایران با توجه به کمبود نیروی متخصص و پراکندگی غیر یکنواخت نیروها در سراسر کشور بر تصمیم‌گیری خبرگان مؤثر است.

بر خلاف یافته‌های مطالعات که اهمیت رژیم غذایی در درمان شعله‌وری UC را تحت ابهام می‌دانند، عموم خبرگان به ارجاع بیمار به کارشناس تغذیه برای بررسی و تنظیم رژیم غذایی مناسب توصیه کرده‌اند. با توجه به سطح پایین شواهد موجود در ارتباط با ارتباط رژیم غذایی با بیماری UC و خصوصاً اهمیت رژیم غذایی در فاز شعله‌وری بیماری، به نظر می‌رسد مطالعه و بررسی بیشتر برای حل ناهمخوانی بین نظرات خبرگان و توصیه‌های گایدلاین‌ها و یافته‌های مطالعات، ضروری به نظر می‌سد.

در ارتباط با استفاده از پروبیوتیک‌ها و تلاش برای تغییر در میکروبیوتای روده‌ای برای مدیریت مینی فلیر کولیت اولسراتیو، یافته‌های مطالعات و توصیه‌های AGA با نظرات متخصصان همراست به طوری که هیچ کدام استفاده از پروبیوتیک‌ها در درمان مینی فلیر کولیت اولسراتیو را مفید فایده نمی‌دانند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نظرات خبرگان، دستورالعمل پیشنهادی محققان این مطالعه برای درمان مینی فلیر کولیت اولسراتیو به صورت سرپایی و در منزل به شرح زیر است:

- درمان مینی فلیر کولیت اولسراتیو به صورت سرپایی و در منزل توصیه می‌شود.
- در انتخاب درمان سرپایی برای بیمار در مینی فلیر کولیت اولسراتیو، میزان پایداری بیمار به درمان، میزان دسترسی بیمار به مراکز درمانی و سطح آگاهی بیمار و اطرافیان او باید در نظر گرفته شود.
- افزایش آگاهی بیماران و آموزش خودمراقبتی به بیماران زمینه‌ی افزایش استفاده از درمان سرپایی، افزایش کیفیت زندگی بیمار و کاهش نیاز بیمار به مراجعه به مراکز درمانی را فراهم می‌کند.

در بررسی نظر متخصصان به نظر می‌رسد، اختلاف نظر جدی بین متخصصان و همچنین بین متخصصان و دستورالعمل‌ها و یافته‌های مطالعات در خصوص داروهای مورد استفاده در درمان شعله‌وری وجود ندارد. در تمامی موارد سه‌گانه، استفاده از 5-ASA خوراکی و مقعدی و کورتیکواستروئید خوراکی و مقعدی در درمان سرپایی توصیه شده است (۱۸). همچنین استفاده از داروهای بیومولکولار به صورت سرپایی هم از نظر متخصصان و هم از نظر گایدلاین‌ها و یافته‌های مطالعات توصیه مناسبی به شمار نمی‌رود. در ارتباط با نظرات متخصصان، اجماع متخصصان بر امکان‌پذیر بودن درمان بیماران مبتلا به مینی فلیر کولیت اولسراتیو به صورت سرپایی است. با این حال، وضعیت تحصیلات و آگاهی بیمار و همراهان و

- استفاده از داروهای بیومولکولار و سایر گروه‌های دارویی در درمان سرپایی بیماران در مینی فلیر کولیت اولسراتیو توصیه نمی‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی فلوشیپ رشته‌ی گوارش با کد ۳۴۰۳۱۹۴ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده است

- استفاده از 5-ASA به صورت خوراکی و مقعدی در درمان سرپایی بیماران در مینی فلیر کولیت اولسراتیو توصیه می‌شود.
- استفاده از کورتیکواستروئید به صورت خوراکی و مقعدی در درمان سرپایی بیماران مینی فلیر کولیت اولسراتیو توصیه می‌شود.
- ارجاع به متخصص تغذیه در درمان سرپایی بیماران در مینی فلیر کولیت اولسراتیو توصیه می‌شود.
- استفاده از پروبیوتیک‌ها در درمان سرپایی بیماران در مینی فلیر کولیت اولسراتیو توصیه نمی‌شود.

References

1. Ordás I, Eckmann L, Talamini M, Baumgart DC, Sandborn WJ. Ulcerative colitis. *Lancet* 2012; 380(9853): 1606-19.
2. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology* 2012; 142(1): 46-54. e42.
3. Burisch J, Pedersen N, Čuković-Čavka S, Brinar M, Kaimakliotis I, Duricova D, et al. East-West gradient in the incidence of inflammatory bowel disease in Europe: the ECCO-EpiCom inception cohort. *Gut* 2014; 63(4): 588-97.
4. Eder P, Łodyga M, Gawron-Kiszka M, Dobrowolska A, Gonciarz M, Hartleb M, et al. Guidelines for the management of ulcerative colitis. Recommendations of the Polish Society of Gastroenterology and the Polish National Consultant in Gastroenterology. *Prz Gastroenterol* 2023; 18(1): 1-42.
5. Feuerstein JD, Isaacs KL, Schneider Y, Siddique SM, Falck-Ytter Y, Singh S, et al. AGA clinical practice guidelines on the management of moderate to severe ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2020; 158(5): 1450-61.
6. Nurmi E, Haapamäki J, Paavilainen E, Rantanen A, Hillilä M, Arkkila P. The burden of inflammatory bowel disease on health care utilization and quality of life. *Scand J Gastroenterol* 2013; 48(1): 51-7.
7. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, Ardizzone S, Armuzzi A, Barreiro-de Acosta M, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *J Crohns Colitis* 2017; 11(6): 649-70.
8. Marshall JK, Thabane M, Steinhart AH, Newman JR, Anand A, Irvine EJ. Rectal 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1): Cd004115.
9. Feagan BG, Macdonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: Cd000543.
10. Burri E, Maillard MH, Schoepfer AM, Seibold F, van Assche G, Rivièrè P, et al. Treatment Algorithm for Mild and Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis: An Update. *Digestion* 2020; 101(Suppl 1): 2-15.
11. Bressler B, Marshall JK, Bernstein CN, Bitton A, Jones J, Leontiadis GI, et al. Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis: the Toronto consensus. *Gastroenterology* 2015; 148(5): 1035-58.e3.
12. Kobayashi T, Siegmund B, Le Berre C, Wei SC, Ferrante M, Shen B, et al. Ulcerative colitis. *Nature Reviews Disease Primers* 2020; 6(1): 74.
13. Aslam N, Lo SW, Sikafi R, Barnes T, Segal J, Smith PJ, et al. A review of the therapeutic management of ulcerative colitis. *Therap Adv Gastroenterol* 2022; 15: 17562848221138160.
14. Gros B, Kaplan GG. Ulcerative colitis in adults: A review. *JAMA* 2023; 330(10): 951-65.
15. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet* 2017; 389(10080): 1756-70.
16. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, Sauer BG, Long MD. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J Gastroenterol* 2019; 114(3): 384-413.
17. Feuerstein JD, Isaacs KL, Schneider Y, Siddique SM, Falck-Ytter Y, Singh S. AGA Clinical Practice Guidelines on the Management of Moderate to Severe Ulcerative Colitis. *Gastroenterology* 2020; 158(5): 1450-61.
18. Ko CW, Singh S, Feuerstein JD, Falck-Ytter C, Falck-Ytter Y, Cross RK. AGA Clinical Practice Guidelines on the Management of Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis. *Gastroenterology* 2019; 156(3): 748-64.

Determining Guidelines for Local Ambulatory Care During Flare-Ups of Mild to Moderate Ulcerative Colitis for Effective Control of the Disease at Home

Hadi Abdolahi¹, Amin Bagheri Ghaleh Shahi², Mohammad Jafari³,
Athar Kouchak⁴, Peyman Adibi⁵

Original Article

Abstract

Background: Conventionally, the treatment of ulcerative colitis flares is done on an inpatient basis due to the need for treatment with injectable drugs, but mini flare-ups treatment is generally non-injectable, and mini flare-ups of ulcerative colitis can potentially be managed on an outpatient basis and at home. Given the lack of localized clinical guidelines for managing ulcerative colitis mini flares, this study collected and synthesized expert opinions on treating mini flare-ups in outpatients and at home.

Methods: In this study, the opinions of Iranian experts were examined using a questionnaire and their opinions were summarized. The findings of the studies and the compilation of experts' opinions were used to design an outpatient care guideline for the treatment of ulcerative colitis mini-flares.

Findings: Self-care training and the level of awareness of patients are effective in controlling mini flare-ups, and the use of 5-ASA and oral and rectal corticosteroids is recommended in the treatment of mini flare-ups. Also, modifying the diet in patients was considered beneficial. In this study, the administration of probiotics and biomolecular drugs on an outpatient basis in mini flare-ups was not recommended.

Conclusion: Based on the findings of this study, the mini flare-ups treatment was recommended on an outpatient basis and at home. This recommendation requires consideration of the patient's access to medical centers and the awareness levels of both the patient and caregivers.

Keywords: Outpatient care; Colitis; Ulcerative; Symptom Flare Up

Citation: Abdolahi H, Bagheri Ghaleh Shahi A, Jafari M, Kouchak A, Adibi P. **Determining guidelines for local ambulatory care during flare-ups of mild to moderate ulcerative colitis for effective control of the disease at home.** J Isfahan Med Sch 2025; 43(812): 393-400.

1- Assistant Professor of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Department of Internal Medicine, School of Medicine, Integrative Functional Gastroenterology Research, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Integrative Functional Gastroenterology Research Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Department of Pharmacology, School of pharmacy, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Professor of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Integrative Functional Gastroenterology Research, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Amin Bagheri Ghaleh Shahi, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Integrative Functional Gastroenterology Research, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: Amin.bgheri@gmail.com