



ازوفازکتومی: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری قبل، حین و بعد

از عمل

مقدمه

ازوفازکتومی یا برداشتن قسمتی یا تمامی مری، یکی از پیچیده‌ترین و چالش‌برانگیزترین جراحی‌های دستگاه گوارش محسوب می‌شود. این جراحی معمولاً برای درمان سرطان مری (که ششمین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در جهان است) و در موارد نادرتر برای بیماری‌های خوش‌خیم مانند تنگی‌های شدید، آسیب‌های شیمیایی، آسالاژی و مری بارت انجام می‌شود. با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در روش‌های جراحی، این عمل همچنان با میزان عوارض قابل توجه (۴۰ تا ۶۰ درصد) همراه است و خطر عوارض جدی مانند نارسایی تنفسی، نشت آناستوموز، سپسیس و سوءتغذیه شدید را به همراه دارد. به همین دلیل، مراقبت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد و هماهنگ با تیم چندتخصصی، نقشی حیاتی در موفقیت درمان، کاهش عوارض و بهبود کیفیت زندگی بیمار ایفا می‌کند. این مقاله بر اساس آخرین دستورالعمل‌های علمی و پروتکل‌های به‌روز (از جمله پروتکل اروپایی EUPMEN ۲۰۲۵ و دستورالعمل‌های ERAS) تدوین شده است.

مروری بر جراحی و انواع روش‌ها

ازوفازکتومی بسته به محل تومور و رویکرد جراح، به روش‌های مختلفی انجام می‌شود که هر کدام مراقبت‌های خاص خود را می‌طلبند

روش جراحی	توضیح
ازوفازکتومی ترانسهیپاتال	از طریق برش‌هایی در گردن و شکم انجام می‌شود و به حفره قفسه سینه وارد نمی‌شود
ازوفازکتومی ترانسی توراسیک	از طریق برش در قفسه سینه (توراکتومی) انجام می‌شود. دسترسی مستقیم‌تری به مری فراهم می‌کند

ازوفاژکتومی کم‌تهاجمی (لاپاراسکوپی/توراکوسکوپی)	با برش‌های کوچک‌تر و استفاده از دوربین انجام می‌شود که بهبودی سریع‌تر و درد کم‌تری دارد
جراحی روباتیک	نوعی جراحی کم‌تهاجمی با دقت بالاتر

مراقبت‌های قبل از عمل: بهینه‌سازی و آمادگی

مراقبت‌های قبل از عمل، سنگ بنای موفقیت جراحی ازوفاژکتومی محسوب می‌شود و بر اساس پروتکل EUPEMEN، یک رویکرد چندتخصصی (شامل جراح، متخصص بیهوشی، پرستار، متخصص تغذیه و فیزیوتراپیست) برای آن توصیه می‌شود.

ارزیابی و بهینه‌سازی وضعیت بیمار

ارزیابی تغذیه‌ای: سوءتغذیه در این بیماران شایع است و با عوارض بیشتر و بقای کم‌تر همراه است. در صورت نیاز، تغذیه تکمیلی از طریق لوله (ژژونوستومی) قبل از جراحی آغاز می‌شود.

ارزیابی عملکرد ریوی و قلبی: بیماران اغلب سابقه سیگار یا بیماری‌های ریوی دارند؛ تست‌های عملکرد ریه و اکوکاردیوگرافی انجام می‌شود.

ترک سیگار و الکل: حداقل ۲ هفته قبل از جراحی، ترک کامل سیگار توصیه می‌شود. برنامه‌های ترک سیگار می‌توانند کمک‌کننده باشند.

آمادگی جسمانی (پرهیلتاسیون): تمرینات تنفسی با اسپرومتری تشویقی و پیاده‌روی روزانه (۳۰ دقیقه) به بیمار آموزش داده می‌شود تا ظرفیت ریوی بهبود یابد.

آموزش و آمادگی روانی

توضیح کامل فرآیند جراحی، عوارض احتمالی و مسیر بهبودی برای بیمار و خانواده.

تنظیم انتظارات واقع‌بینانه در مورد تغییرات تغذیه‌ای و دوره نقاهت طولانی.

برنامه‌ریزی برای ترخیص و مراقبت در منزل از همان ابتدا.

مراقبت‌های پس از عمل: یک مسیر گام‌به‌گام مبتنی بر پروتکل

پروتکل‌های جدید مانند ERAS و پروتکل EUPMEN، یک مسیر مراقبتی روزانه را برای بیماران پس از ازوفاژکتومی تعریف می‌کنند. این مسیر به تیم پرستاری کمک می‌کند تا مراقبت را به صورت سیستماتیک و مبتنی بر هدف ارائه دهند. جدول زیر خلاصه‌ای از این مسیر را بر اساس پروتکل MSKCC نشان می‌دهد

اهداف و مداخلات کلیدی پرستاری	روز پس از عمل
بیمار در ICU بستری است. -وضعیت سر تخت حداقل ۳۰ درجه بالا نگه داشته شود. -شروع اسپرومتری تشویقی (هر ساعت ۱۰ بار) و تمرینات سرفه و تنفس عمیق. -کنترل دقیق درد (هدف: نمره درد کمتر از ۴ در هنگام سرفه و حرکت) با ترکیب بی‌حسی اپیدورال و PCA (در صورت نیاز)	روز جراحی
نشستن روی صندلی با کمک. -پیاده‌روی ۷ دور در بخش. -آموزش مراقبت از لوله تغذیه و برش‌ها. -احتمال قطع کاتتر ادراری. -ادامه تمرینات تنفسی و اسپرومتری	روز اول
نشستن روی صندلی به مدت ۲ ساعت یا بیشتر. -پیاده‌روی ۱۰ دور در بخش. -تغذیه از طریق لوله ژژونوستومی آغاز می‌شود. -ملاقات با متخصص تغذیه و مددکار اجتماعی	روز دوم
نشستن ۳ ساعت یا بیشتر. -پیاده‌روی ۱۴ دور (حدود یک مایل). -احتمال قطع لوله‌های قفسه سینه و لوله بینی-معده. -شروع تمرین مراقبت از لوله تغذیه توسط بیمار	روز سوم
نشستن ۶ ساعت یا بیشتر و پیاده‌روی روزانه ۱۴ دور. -تمرین کامل مراقبت از لوله تغذیه.	روز چهارم تا ششم

در روز ششم (در صورت ثبات وضعیت)، ترخیص با لوله تغذیه در محل و شروع تغذیه خوراکی با مایعات شفاف (تحت نظر) برنامه ریزی می شود

مدیریت عوارض بحرانی: نقش حیاتی پرستار

پرستار در شناسایی و مدیریت زودهنگام عوارض تهدیدکننده حیات، نقش اولیه دارد:

علائم هشداردهنده	اقدامات پرستاری	عارضه
تب، تاکی کاردی، افزایش ترشحات لوله قفسه سینه (کدر یا حاوی مواد غذایی)، درد قفسه سینه، آمفیزم زیرجلدی	گزارش فوری به تیم جراحی، NPO مطلق، شروع آنتی بیوتیک های وسیع الطیف، آمادگی برای اقدامات تشخیصی و مداخلات بیشتر	نشت آناستوموز
کاهش اشباع اکسیژن، افزایش تعداد تنفس، ترشحات چرکی، تب، افزایش نیاز به اکسیژن	مهم ترین اولویت: حفظ اکسیژناسیون با High Flow Oxygen، فیزیوتراپی تنفسی دو بار در روز، اسپرومتری تشویقی، پایش دقیق CXR روزانه؛ اجتناب از تهویه غیرتهاجمی در آناستوموز بالا	عارضه ریوی (آتلکتازی، پنومونی)
تنگی نفس شدید، کاهش اشباع، بی قراری، خستگی عضلات تنفسی	گزارش فوری، آمادگی برای احیا و لوله گذاری مجدد (بهتر از ادامه تهویه غیرتهاجمی در صورت وخامت)	نارسایی تنفسی
تاکی کاردی، فیبریلاسیون دهلیزی (شایع ترین)	پایش مداوم همودینامیک، انجام ECG، گزارش به تیم ICU و قلب، کنترل الکترولیت ها (پتاسیم و منیزیم)	آریتمی قلبی

تغذیه و رژیم غذایی: یک چالش طولانی مدت

بیماران معمولاً با یک لوله تغذیه ژژونوستومی به مدت ۱ تا ۲ ماه پس از جراحی به منزل بازمی‌گردند که تأمین کالری و مواد مغذی موردنیاز را بر عهده دارد. تغذیه با لوله اغلب در شب انجام می‌شود تا بیمار بتواند در طول روز فعالیت‌های عادی خود را داشته باشد.

رژیم غذایی مرحله‌ای (با شروع از مایعات شفاف و سپس غذاهای نرم) معمولاً ۴ تا ۸ هفته پس از جراحی آغاز می‌شود. نکات کلیدی که پرستار باید به بیمار آموزش دهد:

وعده‌های کوچک و مکرر (۶ تا ۸ وعده در روز) به دلیل کوچک‌تر شدن حجم معده.

مایعات را ۳۰ دقیقه پس از غذای جامد و به آرامی بنوشید تا زودتر سیر نشوید و از سندرم دامپینگ پیشگیری شود.

از غذاهای نرم، مرطوب و کم‌فیبر (برای کاهش گاز) در هفته‌های اول استفاده کنید. از غذاهای تند و نفاخ خودداری کنید.

پس از صرف غذا، حداقل ۱ ساعت به صورت عمودی بنشینید تا حرکت غذا با کمک جاذبه انجام شود.

مراقبت‌های پس از ترخیص و توانبخشی در منزل

مراقبت از لوله تغذیه و زخم

پانسمان روزانه و تمیز کردن پوست اطراف لوله.

فلاش کردن لوله با آب قبل و بعد از هر بار تغذیه.

مدیریت عوارض گوارشی شایع

اسهال: یکی از عوارض شایع پس از واگتومی. استفاده از پسیلیوم (نوعی فیبر محلول) یا داروهای ضداسهال (تحت نظر پزشک) توصیه می‌شود.

سندرم دامپینگ: شامل تهوع، تپش قلب، ضعف و تعریق پس از خوردن مواد قندی. با رژیم کم‌کربوهیدرات، جدا کردن مایعات از غذا و دراز کشیدن پس از غذا کنترل می‌شود.

فعالیت و محدودیت‌ها

بلند کردن اجسام: تا ۶ هفته از بلند کردن اجسام سنگین‌تر از ۵ کیلوگرم خودداری کنید.

رانندگی: حداقل ۳ هفته و تا زمانی که مسکن مصرف می‌کنید، ممنوع است.

خوابیدن: با بالانتنه بالا (با بالش گوه‌ای شکل) بخوابید تا از رفلاکس و سوزش جلوگیری شود.

علائم هشداردهنده (مراجعه فوری به پزشک)

پرستار باید به بیمار آموزش دهد در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر، فوراً با پزشک تماس بگیرد:

تب بالای ۳۸ درجه سانتی‌گراد.

قرمزی، تورم، ترشح چرکی یا خونریزی از برش‌ها.

درد شدید و کنترل‌نشده با مسکن.

تنگی نفس یا سرفه مداوم.

تهوع، استفراغ یا ناتوانی در بلع.

زردی پوست یا چشم‌ها.

اسهال مداوم یا یبوست شدید.

نقش کلیدی پرستار در یک تیم چندتخصصی

بر اساس پروتکل EUPEMEN، پرستار یکی از اعضای کلیدی تیم چندتخصصی (MDT) است و مسئولیت‌های زیر را بر عهده دارد:

آموزش‌دهنده اصلی: ارائه آموزش‌های مداوم به بیمار و خانواده در مورد مراقبت از لوله تغذیه، رژیم غذایی، تمرینات تنفسی و علائم هشداردهنده.

هماهنگ کننده مراقبت: هماهنگی بین جراح، متخصص تغذیه، فیزیوتراپیست و مددکار اجتماعی برای اطمینان از یک برنامه مراقبتی یکپارچه و بدون وقفه.

ارزیاب بالینی: پایش دقیق و روزانه علائم حیاتی، وضعیت تنفسی، عملکرد روده، تغذیه و علائم عوارض. حمایت کننده روانی: ارائه حمایت عاطفی برای سازگاری با تغییرات اساسی در سبک زندگی و غذا خوردن.

جمع بندی

ازوفاژکتومی یک جراحی بزرگ و تحول آفرین در زندگی بیمار است. موفقیت این جراحی، تنها به مهارت جراح محدود نمی شود، بلکه به یک شبکه مراقبتی جامع و هماهنگ بستگی دارد که در آن پرستار نقش محوری ایفا می کند. یک رویکرد مبتنی بر شواهد که شامل آمادگی کامل قبل از عمل، مدیریت دقیق عوارض بلافاصله پس از جراحی بر اساس پروتکل های روزانه، توانبخشی تنفسی و تغذیه ای فعال، و آموزش توانمندساز برای خودمراقبتی در منزل است، می تواند به طور چشمگیری عوارض را کاهش دهد، طول بستری را کوتاه تر کند و کیفیت زندگی بیمار را بهبود بخشد. پرستار با ایفای نقش خود به عنوان عضو کلیدی تیم چندتخصصی، تضمین کننده اجرای این برنامه مراقبتی پیچیده است.

منابع

Esophagectomy - discharge. MedlinePlus Medical Encyclopedia. Updated January 28, 2025.

Optimizing Perioperative Care in Esophageal Surgery: The EUPEMEN Collaborative for Esophagectomy. National Institutes of Health (NIH). July 2025.

Diet and eating after esophagectomy. MedlinePlus Medical Encyclopedia. Updated January 28, 2025.

Minimally Invasive or Robotic-Assisted Esophagectomy Pathway. Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC).

Transhiatal Esophagectomy Periprocedural Care. Medscape. Updated February 2024.

Oesophagectomy Care following Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Pathway
Protocol. BMJ Open. 2022.

Open Esophagectomy Pathway. Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC).

Discharge Instructions for Esophagectomy. UMC Health Library. Updated February
2025.

