

جراحی تومور معده: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری قبل، حین و بعد از عمل

مقدمه

کارسینوم معده، پنجمین بدخیمی شایع و سومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در جهان محسوب می‌شود. با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در درمان‌های چندوجهی، جراحی رزکسیون سنگ بنای درمان با هدف درمان قطعی باقی مانده‌است. با این حال، این جراحی‌ها به دلیل پیچیدگی آناتومی معده و عوارض بالا، نیازمند مراقبتی دقیق، جامع و مبتنی بر شواهد از سوی تیم پرستاری هستند. نقش پرستار در تمامی مراحل، از ارزیابی‌های قبل از عمل تا مراقبت‌های بلندمدت پس از ترخیص، برای بهینه‌سازی نتایج درمان و کیفیت زندگی بیمار حیاتی است. این مقاله بر اساس آخرین دستورالعمل‌های علمی و شواهد به‌روز تا سال ۲۰۲۶ تدوین شده است.

مروری بر جراحی و روش‌های درمانی

انواع روش‌های جراحی

انتخاب نوع جراحی به محل، وسعت تومور و وضعیت بیمار بستگی دارد

روش جراحی	توضیح
گاسترکتومی ساب‌توتال (زیرمجموعی)	برداشتن بخش دیستال معده. معمولاً برای تومورهای یک‌سوم تحتانی معده استفاده می‌شود
گاسترکتومی توتال (کامل)	برداشتن کل معده. برای تومورهای پروگزیمال یا منتشر استفاده می‌شود.
گاسترکتومی پروگزیمال	برداشتن بخش فوقانی معده و اتصال آن به مری

در سال‌های اخیر، روش‌های کم‌تهاجمی مانند لاپاراسکوپي و جراحی روباتیک به دلیل برابری در نتایج انکولوژیک، کاهش عوارض و بهبود سرعت بهبودی، در مراکز با تجربه بالا به عنوان روش انتخابی مطرح شده‌اند. توجه ویژه به لنفادنکتومی: D2 انجام لنفادنکتومی D2 (برداشتن غدد لنفاوی سطح دوم) به عنوان استاندارد طلایی برای مرحله‌بندی دقیق و کنترل موضعی بیماری در جراحی سرطان معده پیشرفته، بهبودی در بقا نسبت به D1 نشان داده است.

درمان‌های چندوجهی

جراحی به تنهایی اغلب کافی نیست و با درمان‌های کمکی ترکیب می‌شود:

شیمی‌درمانی نئوآدجوانت (قبل از جراحی): برای کاهش اندازه تومور و افزایش شانس رزکسیون کامل.

شیمی‌درمانی و رادیوتراپی آدجوانت (پس از جراحی): برای از بین بردن سلول‌های سرطانی باقی‌مانده و کاهش خطر عود موضعی. این روش‌ها می‌توانند با عوارضی مانند سرکوب مغز استخوان (نوتروپنی، آنمی، ترومبوسیتوپنی) همراه باشند

مراقبت‌های پرستاری: یک فرآیند جامع از قبل تا بعد از عمل

۱. ارزیابی و مراقبت‌های قبل از عمل (Preoperative)

هدف اصلی: بهینه‌سازی وضعیت جسمی و روانی بیمار برای تحمل جراحی و بهبودی پس از آن

ارزیابی جامع و آموزش

ارزیابی تغذیه‌ای: از آنجایی که سوءتغذیه در بیماران کاندید جراحی معده شایع است، غربالگری تغذیه‌ای با ابزار NRS-2002 و ارزیابی تکمیلی با PG-SGA در اولین فرصت انجام شود. برای بیماران با سوءتغذیه متوسط تا شدید، حداقل ۷ تا ۱۴ روز تغذیه درمانی قبل از جراحی توصیه می‌شود.

آموزش تمرینات تنفسی: بیمار باید استفاده از اسپرومتری تشویقی و تمرینات سرفه و تنفس عمیق را قبل از عمل یاد بگیرد تا از عوارض ریوی پس از عمل پیشگیری شود.

آمادگی روده و ناشتایی: طبق دستور پزشک، ممکن است نیاز به مصرف ملین‌ها و رعایت ناشتایی از نیمه‌شب قبل از عمل باشد

مراقبت‌های بلافاصله پس از عمل (Postoperative)

پس از جراحی بزرگ معده، بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) منتقل می‌شود و نظارت دقیق پرستاری آغاز می‌شود

مدیریت لوله‌ها و درن‌ها

بیمار با چندین لوله و درن از ریکاوری خارج می‌شود که هر کدام هدف مشخصی دارند

هدف و مراقبت	لوله/درن
برای تخلیه شیر معده، کاهش تهوع و جلوگیری از اتساع. باز بودن آن بسیار حیاتی است. تخلیه روتین لوله NG ضروری نیست و می‌تواند در روز اول پس از عمل قطع شود	لوله بینی-معده (NG Tube)
تخلیه خون و مایعات از محل جراحی. باید میزان، رنگ و بو ترشحات پایش شود.	درن‌های شکمی
اندازه‌گیری دقیق خروجی ادرار برای ارزیابی وضعیت مایعات و عملکرد کلیه	کاتتر ادراری
برای تجویز مایعات، داروها و تغذیه تزریقی	دسترس‌ی وریدی مرکزی

مدیریت درد

درد در هفته اول طبیعی است و باید به طور موثر کنترل شود. روش‌های مختلفی وجود دارد که پرستار باید ارزیابی کرده و در صورت نیاز به پزشک گزارش دهد:

آنالژزی کنترل شده توسط بیمار (PCA): بیمار با فشار یک دکمه، مسکن وریدی دریافت می‌کند.

اپیدورال: داروی بی‌حسی از طریق یک کاتتر نازک در پشت بیمار تجویز می‌شود که کنترل عالی درد را فراهم می‌کند.

پیشگیری از عوارض

عفونت محل جراحی: عواملی مانند سن بالا، دیابت، جراحی باز و زمان طولانی عمل خطر را افزایش می‌دهند. مراقبت دقیق از زخم، پانسمان خشک و تمیز و بررسی علائم عفونت (تب، قرمزی، ترشح چرکی) ضروری است.

ترومبوآمبولی وریدی: خطر ترومبوز پس از جراحی معده قابل توجه است. ترکیبی از اقدامات مکانیکی (جوراب‌های ضد آمبولی، پنوموتیک فشاری متناوب) و دارویی (تجویز هپارین) برای پیشگیری توصیه می‌شود.

تغذیه و شروع تغذیه

شروع زودهنگام تغذیه خوراکی بر اساس پروتکل Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) توصیه می‌شود و با کاهش طول مدت بستری و عوارض همراه است.

برنامه غذایی پلکانی: معمولاً از ساعت‌ها پس از جراحی با جرعه‌های آب شروع و سپس به مایعات شفاف، مایعات کامل، غذاهای پوره‌شده و نرم و نهایتاً غذاهای جامد پیشرفت می‌کند.

تغذیه روده‌ای از طریق لوله (ژژونوستومی) ممکن است برای بیماران دچار سوءتغذیه شدید یا با رزکسیون وسیع، به ویژه در منزل، برنامه‌ریزی شود.

تحرک زودهنگام

بیمار باید ظرف **۱۲ ساعت** پس از عمل در تخت بنشیند و روز بعد با کمک فیزیوتراپیست راه برود. این کار به پیشگیری از ترومبوز، آتلکتازی و بهبود عملکرد روده کمک می‌کند.

۳. مراقبت‌های پس از ترخیص و توانبخشی

بیشترین چالش‌های تغذیه‌ای پس از ترخیص رخ می‌دهد. تا ۸۰٪ بیماران دچار سوءتغذیه پس از عمل می‌شوند و حدود ۳۰٪ تا یک سال پس از جراحی همچنان دچار این مشکل هستند. مراقبت پرستاری در این مرحله حیاتی‌ترین نقش را ایفا می‌کند.

اصول طلایی تغذیه در منزل (بر اساس بهترین شواهد)

پس از ترخیص، برنامه غذایی باید با دقت و بر اساس اصول زیر تنظیم شود:

شرح	اصل کلیدی
به دلیل کاهش حجم معده، بیمار باید ۶ وعده یا بیشتر در روز غذا بخورد. در بازسازی Roux-en-Y، هر وعده کمتر از ۳۰۰ میلی‌لیتر است	وعده‌های کوچک و مکرر
برای جلوگیری از تهوع و استفراغ	آهسته غذا خوردن و جویدن کامل
مایعات را حداقل ۳۰ دقیقه قبل یا بعد از غذای جامد مصرف کنید تا زودتر سیر نشوید و از سندرم دامپینگ جلوگیری شود.	جداسازی مایعات از غذا
برای ترمیم بافت‌ها و جلوگیری از سندرم دامپینگ. استفاده از مکمل‌های غذایی خوراکی (ONS) حداقل ۴۰۰-۶۰۰ کیلوکالری در روز توصیه می‌شود.	رژیم غذایی پرپروتئین و کم کربوهیدرات
نیاز انرژی: ۲۵-۳۰ کیلوکالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن. نیاز پروتئین: ۱ تا ۱.۵ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن.	محاسبه انرژی

مدیریت عوارض شایع تغذیه‌ای

مدیریت پرستاری	علائم	عارضه
-مصرف مواد غذایی خشک و پرهیز از قندهای ساده	فخ، درد شکم، تهوع، تپش قلب، سرگیجه و تعریق پس از خوردن مواد قندی	سندرم دامپینگ زودرس

		-دراز کشیدن به مدت ۳۰ دقیقه پس از صرف غذا
سندرم دامپینگ دیررس	افت قند خون ۱-۳ ساعت پس از غذا	مصرف وعده‌های کوچک و مکرر با پروتئین بالا
رفلاکس و سوزش سردل	سوزش، برگشت اسید	-ایستادن یا راه رفتن آرام تا ۳۰ دقیقه پس از غذا -بالا بردن بالای تنه هنگام خواب -عدم صرف غذا تا ۳ ساعت قبل از خواب
تهوع و استفراغ	حس ناخوشایند و دفع محتویات معده	مصرف غذاهای خنک، سبک و خشک و پرهیز از غذاهای چرب و محرک
اسهال	دفع مکرر مدفوع آبکی	رژیم غذایی کم چرب، کم فیبر و کم لاکتوز و دریافت مایعات کافی

مکمل‌های ضروری برای تمام عمر

برداشتن معده، ترشح فاکتور داخلی (Intrinsic Factor) را متوقف می‌کند که برای جذب ویتامین B12 ضروری است. بنابراین:

تجویز تزریق ویتامین B12 به صورت مادام‌العمر، معمولاً هر ۳ ماه یکبار، حیاتی است.

پایش منظم سطح آهن، کلسیم، فولات و ویتامین‌های محلول در چربی (A, D, E, K) و تجویز مکمل در صورت نیاز توصیه می‌شود.

فعالیت و مراقبت از زخم

فعالیت: حدود ۲ هفته از بلند کردن اجسام سنگینتر از ۵ کیلوگرم خودداری شود. پیاده‌روی منظم به بهبودی کمک می‌کند.

مراقبت از زخم: استحمام به صورت دوش مجاز است، اما از حمام رفتن در وان یا استخر خودداری شود تا خطر عفونت کاهش یابد. نوارهای چسب روی زخم باید خودبه‌خود بیفتند.

پایش علائم خطر: پرستار باید به بیمار آموزش دهد که در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر، فوراً به پزشک مراجعه کند: تب بالای ۳۸ درجه، لرز، ترشح بدبو از زخم، درد یا استفراغ پس از غذا خوردن، سکسکه‌های مداوم، اسهال بیش از یک هفته.

نقش تیم چندتخصصی

مدیریت موفقیت‌آمیز بیماران مبتلا به سرطان معده مستلزم همکاری یک تیم چندتخصصی (MDT) متشکل از جراح، انکولوژیست، متخصص تغذیه، پرستار و مددکار اجتماعی است. این تیم باید یک برنامه تغذیه شخصی‌سازی شده برای منزل طراحی کرده و یک راهنمای تغذیه خانگی در زمان ترخیص در اختیار بیمار قرار دهد.

جمع‌بندی

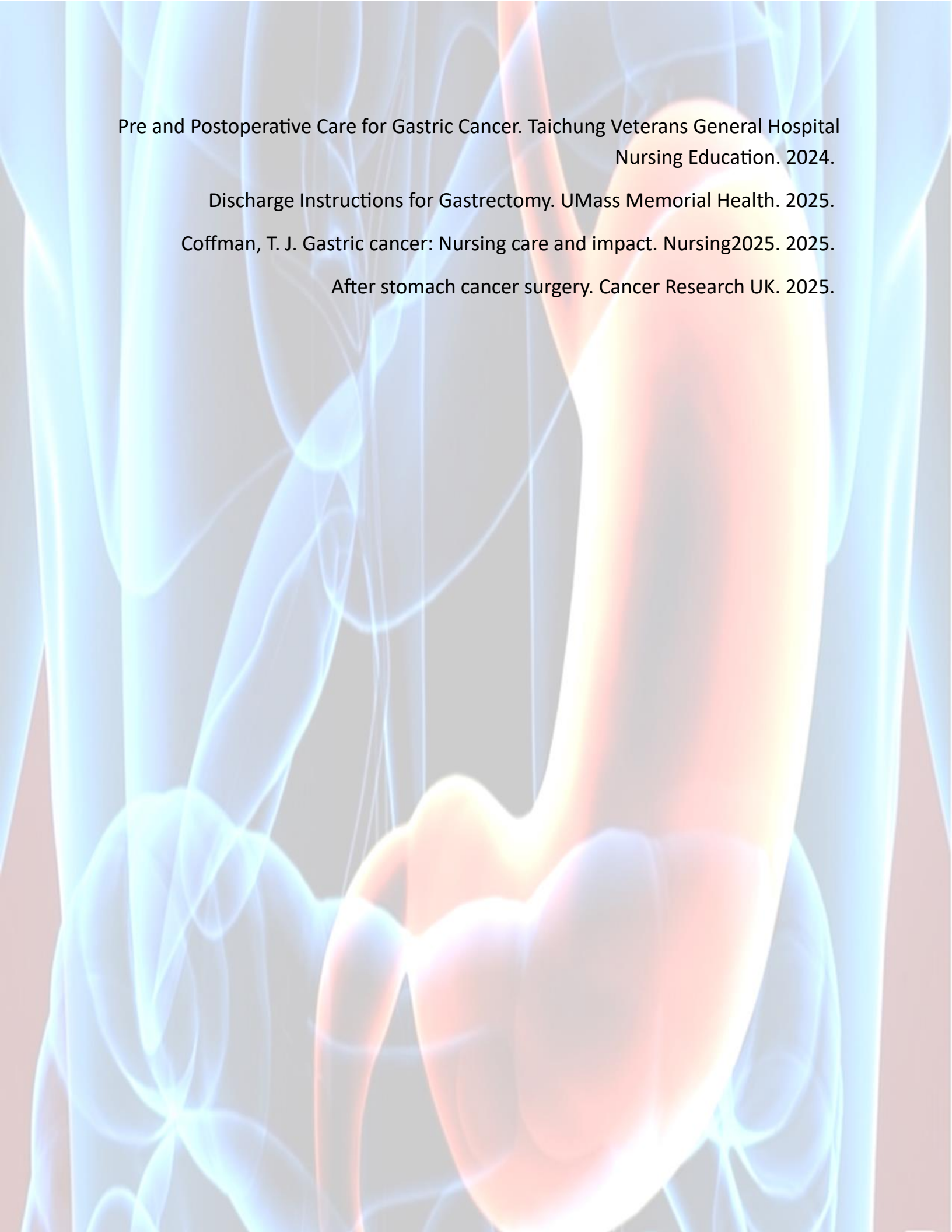
جراحی تومور معده یک مداخله پیچیده و پرخطر است که پیامدهای آن تا سال‌ها پس از عمل ادامه می‌یابد. از این رو، مراقبت پرستاری نباید تنها به دوران بستری محدود شود. یک رویکرد جامع مبتنی بر شواهد شامل آمادگی دقیق قبل از عمل، مدیریت هوشمندانه عوارض فوری پس از جراحی، و توانمندسازی بیمار و خانواده برای مقابله با چالش‌های تغذیه‌ای و عوارض بلندمدت در منزل، سنگ بنای بهبود کیفیت زندگی و بقای این بیماران است. به‌کارگیری پروتکل‌های ERAS و پیروی از آخرین توصیه‌های مبتنی بر شواهد، نقشی محوری در کاهش عوارض، کوتاه‌تر کردن بستری و بازگشت موفقیت‌آمیز بیمار به زندگی عادی ایفا می‌کند.

منابع

Best practices for home nutritional management in postoperative gastric cancer patients: an evidence summary. BMC Cancer. 2025.

Nursing Care of the Patient Undergoing Gastric Resection for Malignancy. Saudi Journal of Medicine and Public Health. 2025.

Discharge Instructions for Gastrectomy. Northwestern Medicine. 2025.



Pre and Postoperative Care for Gastric Cancer. Taichung Veterans General Hospital
Nursing Education. 2024.

Discharge Instructions for Gastrectomy. UMass Memorial Health. 2025.

Coffman, T. J. Gastric cancer: Nursing care and impact. Nursing2025. 2025.

After stomach cancer surgery. Cancer Research UK. 2025.