

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดอาหารแบบ ไวเวอร์-ลูอิส Nursing Care for Patients Following Ivor Lewis Esophagectomy

วิภาวดี จันทรนัน¹ อัญชลี ทองโสม¹

Vipawadee Jannan¹ Anchalee Thongsome¹

1งานการพยาบาลวิกฤต¹ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร¹

Critical Care Nursing Unit¹, Nursing Division, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Bangkok

(Received: February 28, 2026; Revised: March 4, 2026; Accepted: April 10, 2026)

บทคัดย่อ

การผ่าตัดหลอดอาหารแบบไวเวอร์-ลูอิส (Ivor Lewis Esophagectomy) เป็นการผ่าตัดรักษามะเร็งหลอดอาหารส่วนกลางและส่วนล่าง ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนสูงและมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ การพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจในพยาธิสรีรวิทยา วิธีการผ่าตัด และการดูแลแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ บทความนี้นำเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดอาหารแบบไวเวอร์-ลูอิส โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดทันทีจนถึงการดูแลต่อเนื่องระยะยาว โดยเน้นการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น การรั่วของรอยต่อ, ภาวะแทรกซ้อนทางปอด และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ทั้งนี้บทความได้นำหลักการตามแนวทางการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดมาใช้ร่วมกับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ : “การดูแลหลังการผ่าตัด”, “การผ่าตัดหลอดอาหาร”, “มะเร็งหลอดอาหาร”

Abstract

Ivor Lewis esophagectomy is a complex surgical procedure for threatening middle and lower esophageal cancer, associated with significant morbidity and potential complications. Postoperative nursing care requires comprehensive knowledge of pathophysiology, surgical techniques, and systematic holistic care approaches. The article presents evidence-based nursing guidelines for patients undergoing Ivor Lewis esophagectomy, covering the immediate postoperative period through long-term follow-up care. The focus is on prevention and management of major complications including anastomotic leak, pulmonary complications, and thromboembolic events, with the goals of reducing morbidity and mortality while enhancing patient quality of life after surgery. The guidelines incorporate Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) principles and multidisciplinary care strategies to optimize patient outcomes.

Keywords: “Postoperative care”, “Esophagectomy”, “Esophageal Neoplasm”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: vipawadee.jan@mahidol.ac.th)

บทนำ

มะเร็งหลอดอาหารเป็นมะเร็งที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก¹ ในบริบทของประเทศไทย มะเร็งหลอดอาหารพบเป็นอันดับที่ 6 ในเพศชาย มีอัตราการเกิดโรคประมาณ 4-5 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ตามข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ในประเทศไทยมักได้รับการวินิจฉัยในระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 35.2 และ 59.3 ตามลำดับ ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 2 ปี เพียงร้อยละ 20^{1,12} การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลักที่ให้โอกาสรอดชีวิตระยะยาวที่ดีที่สุด การผ่าตัดไอวอร์-ลูอิส (Ivor Lewis Esophagectomy) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Lewis Ivor ในปี ค.ศ. 1946 เป็นการผ่าตัดแบบสองช่องทาง ประกอบด้วย การเข้าทางช่องท้องและช่องอก² การผ่าตัดชนิดนี้มีข้อบ่งชี้หลักสำหรับมะเร็งหลอดอาหารส่วนกลางและส่วนล่าง โดยทำการตัดหลอดอาหารบริเวณที่มีเนื้องอกออก พร้อมการตัดต่อมน้ำเหลือง (lymphadenectomy) บริเวณรอบ ๆ จากนั้นนำกระเพาะอาหารส่วนบนขึ้นมาดัดแปลงเป็นท่อน้ำ (gastric conduit) และเย็บต่อกับหลอดอาหารที่เหลืออยู่โดยการต่อหลอดอาหารในช่องอก (intrathoracic anastomosis)³

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดชนิดนี้มีความหลากหลายและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมสูงถึงร้อยละ 40-60⁴ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การรั่วของรอยต่อ (anastomotic leak) ซึ่งพบร้อยละ 5-15 และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตหลังผ่าตัด^{1,2} ภาวะแทรกซ้อนทางปอด พบร้อยละ 10-20⁶ และภาวะน้ำเหลืองในช่องเยื่อหุ้มปอด (chyllothorax) จากการบาดเจ็บต่อท่อน้ำเหลืองหลัก พบร้อยละ 1-4⁷ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ล้วนต้องการการเฝ้าระวังและการจัดการที่เป็นระบบ โดยทีมพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ การประเมินและติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง การดูแลระบบทางเดินหายใจและสายระบายช่องอก การตรวจจับสัญญาณเตือนของการรั่วของรอยต่อตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การบริหารยาแก้ปวดและการดูแลสมดุลสารน้ำ การดูแลด้านภาวะโภชนาการทั้งทางสายและทางปาก รวมถึงการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่เนิ่น ๆ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลที่มีคุณภาพสูงในระยะหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต⁵ การศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis ที่รวมข้อมูลจาก 56 การศึกษาและผู้ป่วยมากกว่า 385,000 ราย พบว่าโรงพยาบาลที่มีปริมาณผู้ป่วยสูง (high-volume hospital) มีอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดต่ำกว่าโรงพยาบาลที่มีปริมาณผู้ป่วยต่ำอย่างมีนัยสำคัญ⁵ แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลภาวะแทรกซ้อนอยู่พอสมควร แต่ยังคงขาดแนวทางการพยาบาลที่เป็นระบบและครอบคลุม โดยเฉพาะในบริบทของหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดในประเทศไทย ทีมพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตผ่าตัดโรงพยาบาลรามธิบดีจึงได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และรวบรวมประสบการณ์ทางคลินิกเพื่อนำเสนอแนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหลอดอาหารแบบไอวอร์-ลูอิสอย่างครอบคลุม ตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดทันทีจนถึงการดูแลต่อเนื่องระยะยาว โดยเน้นการป้องกันและการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้อง

หลอดอาหารเป็นท่อน้ำเนื้อยาวประมาณ 25 เซนติเมตร ทำหน้าที่ขนส่งอาหารจากช่องปากสู่กระเพาะอาหาร ผนังหลอดอาหารไม่มีชั้นเยื่อหุ้มนอกสุด (serosa) ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่ทำให้มะเร็งหลอดอาหารสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียงได้ง่าย และเป็นสาเหตุให้รอยต่อมีความเสี่ยงต่อการรั่วสูง ความ

เข้าใจกายวิภาคของหลอดอาหารมีความสำคัญต่อการพยาบาลเนื่องจากเชื่อมโยงโดยตรงกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การไหลเวียนเลือดของ gastric conduit ที่นำขึ้นมาต่อหลอดอาหารต้องพึ่งพา right gastric artery และ right gastroepiploic artery เป็นหลัก ภาวะขาดเลือดของรอยต่อจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการรั่วของรอยต่อ พยาบาลต้องติดตามสัญญาณของการขาดเลือด เช่น ของเหลวจากสายระบายที่มีลักษณะผิดปกติ อาการไข้ หรือความดันโลหิตต่ำ ท่อน้ำเหลืองหลัก (thoracic duct) เดินทางช่องอกด้านขวา การบาดเจ็บของท่อน้ำเหลืองระหว่างการผ่าตัดอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเหลืองในช่องเยื่อหุ้มปอด (chylothorax) ซึ่งพยาบาลสังเกตได้จากของเหลวจากสายระบายที่มีสีขาวขุ่นคล้ายนมหลังเริ่มให้อาหารที่มีไขมัน⁷

ภาพรวมการผ่าตัด Ivor Lewis Esophagectomy

หัตถการนี้มีข้อบ่งชี้หลักสำหรับมะเร็งหลอดอาหารส่วนกลางและส่วนล่าง เป็นการผ่าตัดแบบสองช่องทาง ประกอบด้วย การเข้าทางช่องท้องเพื่อสร้าง gastric conduit และการเข้าทางช่องอกด้านขวาเพื่อแยกหลอดอาหารออกจากเนื้อเยื่อโดยรอบทำการตัดและนำออก ตัดต่อมน้ำเหลืองและทำ intrathoracic anastomosis โดยอาจใช้เทคนิคการเปิดอกแบบเดิม (open thoracotomy) การส่องกล้องช่องอก (video-assisted thoracoscopic surgery; VATS) หรือการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ช่วย (robotic-assisted minimally invasive esophagectomy; RAMIE)³ การศึกษาจาก National Cancer Database พบว่า RAMIE มีอัตราการรอดชีวิตระยะยาวดีกว่าการผ่าตัดแบบเปิดอก³ ส่วน MIRO trial ใน N Engl J Med พบว่าการผ่าตัดแบบ minimally invasive มีภาวะแทรกซ้อนทางปอดน้อยกว่า⁸

การผ่าตัดสองช่องทางทำให้ผู้ป่วยมีแผลทั้งช่องอกและช่องท้อง ส่งผลให้มีความปวดรุนแรง จำกัดการหายใจและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางปอดสูง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต พร้อมเครื่องช่วยหายใจในระยะแรก มีสายระบายช่องอก (Chest tube) 1-2 เส้น สายสวนกระเพาะอาหารทางจมูก (nasogastric tube; NG tube) เพื่อระบายกระเพาะอาหารและลดแรงดันที่รอยต่อ¹⁰ และสายสวนลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม (jejunostomy tube) สำหรับโภชนาการ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมสูงถึงร้อยละ 40-60^{4,6} ซึ่งทุกภาวะต้องการการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและแนวทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

1. การรั่วของรอยต่อ (Anastomotic Leak)

การรั่วของรอยต่อ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุด พบร้อยละ 5-15 ของผู้ป่วยทั้งหมด^{1,2} มักเกิดในวันที่ 5-10 หลังผ่าตัด

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญจากการศึกษาฐานข้อมูล NSQIP ที่รวมผู้ป่วย 2,739 ราย² ได้แก่ ภาวะโภชนาการไม่ดีก่อนผ่าตัด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่ เบาหวานที่ควบคุมไม่ดี การได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาก่อนการผ่าตัด² และเทคนิคการผ่าตัด

อาการและอาการแสดงของ anastomotic leak ได้แก่ ไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ปริมาณของเหลวจากสายระบายช่องอกเพิ่มขึ้นหรือมีลักษณะเปลี่ยนแปลง (เช่น มีเศษอาหาร มีกลิ่นเหม็น) และเจ็บหน้าอกหรือเจ็บบริเวณคอ

การรักษา¹ ได้แก่ การงดอาหารทางปากและให้อาหารทางหลอดเลือด (total parenteral nutrition; TPN) การให้ยาปฏิชีวนะสเปกตรัมกว้าง การระบายของเหลวที่รั่วออกมา และการผ่าตัดซ้ำในรายที่รุนแรงมาก

2. ภาวะแทรกซ้อนทางปอดและระบบทางเดินหายใจ

ภาวะแทรกซ้อนทางปอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 20-40⁶ ได้แก่ ปอดแฟบ (atelectasis) พบได้ร้อยละ 15-25 ปอดอักเสบ (pneumonia) พบได้ร้อยละ 10-20 การสำลัก (aspiration) และภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS)

การป้องกันตามแนวทาง ERAS⁹ ประกอบด้วย การถอดท่อช่วยหายใจให้เร็วที่สุด การฝึกหายใจลึกและการไอระบายเสมหะทุก 1-2 ชั่วโมงในวันแรก การใช้ incentive spirometry อย่างสม่ำเสมอ การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด การนอนศีรษะสูง 30-45 องศา การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและการหลีกเลี่ยงการให้น้ำมากเกินไป

3. ภาวะน้ำเหลืองในช่องเยื่อหุ้มปอด (Chylothorax)

ภาวะน้ำเหลืองในช่องเยื่อหุ้มปอด (chylothorax) เกิดจากการบาดเจ็บต่อท่อน้ำเหลืองหลัก (thoracic duct) ระหว่างผ่าตัด อุบัติการณ์ร้อยละ 1-4 ลักษณะเฉพาะคือ ของเหลวจากสายระบายมีสีขาวขุ่นคล้ายนม โดยเฉพาะหลังเริ่มให้อาหารที่มีไขมัน

การรักษาเริ่มต้นด้วยการจัดการแบบ conservative โดยการงดอาหารทางปาก ให้อาหารทางหลอดเลือดหรือให้อาหารที่มีกรดไขมันสายกลาง (medium-chain triglycerides; MCT) ทางลำไส้ เนื่องจาก MCT ถูกดูดซึมเข้าสู่ระบบหมุนเวียนโดยตรงโดยไม่ผ่านระบบน้ำเหลือง⁷ หากไม่ดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ อาจต้องพิจารณาผ่าตัด

4. ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolic Events)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก (deep vein thrombosis; DVT) และลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) การป้องกันตามแนวทางของ ERAS⁹ ประกอบด้วย การใช้ถุงน่องหรือเครื่องกดขาแบบลม (sequential compression device) ตั้งแต่วันที่ผ่าตัด การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด เช่น low molecular weight heparin และการเริ่มการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วที่สุด (early mobilization)

5. ภาวะเส้นประสาทกล่องเสียงถูกทำลาย (Recurrent Laryngeal Nerve Injury)

เกิดจากการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทกล่องเสียงระหว่างผ่าตัด อุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5-15 อาการได้แก่ เสียงแหบ และทำให้สำลักอาหารและน้ำได้ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อปอดอักเสบจากการดูดสำลัก พยาบาลต้องประเมินเสียงและการกลืนอย่างละเอียดก่อนเริ่มให้อาหารทางปาก

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. การพยาบาลหลังผ่าตัดทันที

1.1 การดูแลระบบหายใจ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและต้องการเครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilator) ในระยะแรก เป้าหมายความอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation; SpO₂) ควรมากกว่าร้อยละ 95 และควรถอดท่อช่วยหายใจให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด⁹

การดูแลสายระบายช่องอก (chest tube) มีความสำคัญมาก ต้องตรวจสอบและบันทึกปริมาณ สี และลักษณะของของเหลวที่ระบายออกทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะแรก หากพบของเหลวที่มีสีขาวขุ่นคล้ายนมน้ำ อาจบ่งชี้ถึงภาวะน้ำเหลืองในช่องเยื่อหุ้มปอด (chylothorax) ซึ่งต้องรายงานแพทย์ทันที⁷

1.2 การดูแลระบบไหลเวียนเลือดและสัญญาณชีพ

ต้องติดตามสัญญาณชีพ (vital signs) อย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit; ICU) ประกอบด้วย ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ อุณหภูมิ และความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO₂) ทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะแรก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะ atrial fibrillation พบได้ร้อยละ 10-20 หลังการผ่าตัด มักเกิดในวันที่ 2-4 หลังผ่าตัด⁶

การจัดการสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (fluid and electrolyte balance) มีความสำคัญมาก ผู้ป่วยมักได้รับของเหลวทางหลอดเลือดปริมาณมากระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ต้องติดตามปริมาณของเหลว เข้า-ออก น้ำหนักตัว และระดับเกลือแร่ (electrolytes) อย่างใกล้ชิด

1.3 การดูแลสายสวนและการระบาย

ตรวจสอบตำแหน่งของสายทุกเวร บันทึกปริมาณและลักษณะของของเหลวที่ระบายออก และไม่ควรดึงหรือเลื่อนสายโดยไม่ได้รับคำสั่งแพทย์ เนื่องจากอาจทำให้รอยต่อได้รับความเสียหาย¹⁰

1.4 การจัดการความปวด

ผู้ป่วยมักมีความปวดอย่างรุนแรงหลังการผ่าตัดทั้งสองช่องทาง การบรรเทาปวดที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญมากต่อการฟื้นตัว เพราะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เต็มที่ ไอระบายเสมหะได้ดี และเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น⁹

วิธีบรรเทาปวดที่แนะนำ ได้แก่ การให้ยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลัง (epidural analgesia) การฉีดยาชาบริเวณเส้นประสาท (paravertebral block) การให้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ทางหลอดเลือดแบบ patient-controlled analgesia (PCA) และการให้ยาแก้ปวดกลุ่ม non-opioids เช่น paracetamol ร่วมด้วย⁹

1.5 การจัดการด้านโภชนาการ

ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารมักมีภาวะโภชนาการไม่ดีมาก่อนผ่าตัด โภชนาการที่ดีหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน^{7,9}

1.6 การให้อาหารทางลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม (Jejunostomy Feeding)

การให้อาหารทางสายสวนลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม (jejunostomy tube) เป็นวิธีหลักในระยะแรกหลังผ่าตัด โดยเริ่มให้อาหารปริมาณน้อย (trophic feeding) ประมาณ 10-20 มล.ต่อชั่วโมง⁷ แล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณทุก 8-12 ชั่วโมงตามการรับได้ของผู้ป่วย

โปรโตคอลการให้อาหารตามแนวทาง ERAS⁹:

วันที่ 1 เริ่ม trophic feeding 10-20 มล./ชั่วโมง

วันที่ 2-3 เพิ่มเป็น 30-40 มล./ชั่วโมง

วันที่ 4-5 เพิ่มเป็น 50-60 มล./ชั่วโมง

เป้าหมาย 25-30 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน และโปรตีน 1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน

ในระยะแรกควรใช้สูตรอาหารที่มีกรดไขมันสายกลาง (MCT-based formula) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด chylothorax⁷

1.7 การเปลี่ยนผ่านสู่การกินทางปากตามแนวทาง ERAS⁹

โดยทั่วไปเริ่มการทดสอบการกลืนด้วยน้ำในวันที่ 5-7 หลังผ่าตัด หลังจากยืนยันว่าไม่มีการรั่วของรอยต่อจากการตรวจ contrast swallow study⁷ การเปลี่ยนผ่านสู่การกินทางปากต้องทำอย่างค่อยเป็นค่อยไปและระมัดระวัง

ขั้นตอนการเปลี่ยนผ่าน: เริ่มด้วยทดสอบการกลืนน้ำเปล่า 30-50 มล. สังเกตอาการสำลัก จากนั้นอาหารเหลวใส (clear liquid) ปริมาณน้อย ๆ 30-60 มล. ทุก 2-3 ชั่วโมง ตามด้วยอาหารเหลวข้น (full liquid) เพิ่มปริมาณเป็น 60-100 มล./มื้อ อาหารอ่อน (soft diet) รับประทานมื้อเล็ก ๆ 5-6 มื้อ/วัน และค่อย ๆ เปลี่ยนเป็นอาหารปกติ⁹

ข้อเสนอนะสำคัญ: รับประทานอาหารในท่านั่งตัวตรง และพักในท่านั่งอย่างน้อย 30 นาทีหลังรับประทานอาหาร รับประทานอาหารมื้อเล็ก ๆ บ่อย ๆ 5-6 มื้อ/วัน เคี้ยวอาหารให้ละเอียด กลืนช้า ๆ และหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส⁹

1.8 การเคลื่อนไหวร่างกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Early Mobilization)

ตามแนวทางการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS)⁹ การเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่นาทีแรก (early mobilization) เป็นส่วนสำคัญของการดูแลที่มีประโยชน์มากมาย ได้แก่ ลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก (DVT) ช่วยให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารกลับมาเร็วขึ้น ป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยมีขวัญกำลังใจดีขึ้น

โปรโตคอล mobilization⁹:

วันที่ 0 (วันผ่าตัด) เคลื่อนไหวแขนขาบนเตียง หมุนตัวด้านข้าง

วันที่ 1 นั่งตัวตรงบนเตียงหรือขอบเตียงอย่างน้อย 2 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที

วันที่ 2 ยืนข้างเตียงและเดินรอบ ๆ เตียง 2-3 ครั้ง

วันที่ 3 เดินในห้องและระเบียง 3-4 ครั้ง ระยะทางอย่างน้อย 50 เมตร

วันที่ 4 เป็นต้นไป เพิ่มระยะทางและความถี่ในการเดิน เป้าหมาย 4-6 ครั้ง/วัน

2. การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านและการดูแลต่อเนื่อง

2.1 เกณฑ์การจำหน่ายกลับบ้าน

เกณฑ์การจำหน่ายกลับบ้านตามแนวทาง ERAS^{4,11} สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีไข้ ความปวดควบคุมได้ด้วยยารับประทาน สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ และได้รับพลังงานอย่างน้อยร้อยละ 50 ของความต้องการ เคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ ถอดสายระบายช่องอก (chest tube) และสายสวนกระเพาะอาหารทางจมูก (NG tube) แล้ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติพร้อมและเข้าใจการดูแลที่บ้าน

2.2 การให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน

พยาบาลต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ:

2.2.1 การรับประทานอาหาร: รับประทานอาหารมื้อเล็ก ๆ บ่อย ๆ 5-6 มื้อ/วัน หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส

2.2.2 ท่าทางและกิจกรรม: ยกหัวเตียงสูง 30-45 องศา เดินเล่นวันละ 3-4 ครั้ง

2.2.3 การดูแลแผล: เน้นความสะอาดและแห้ง โดยไม่ต้องเปิดทำแผลจนกว่าจะถึงวันนัด
ระวังแผลโดนน้ำ รักษาแผลให้แห้งและปิดสนิท หากมีอาการผิดปกติ เช่น แผลซึม ปวด แดง บวม มี
หนอง ให้กลับมาพบแพทย์

2.2.4 อาการเตือนที่ต้องรีบพบแพทย์: ใช้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส กลืนลำบาก เจ็บ
หน้าอก หายใจเหนื่อย อาเจียนเป็นเลือด หรือแผลแดงบวม

2.3 การติดตามผลและการดูแลระยะยาว

แผนการติดตามผลหลังจำหน่ายมีความสำคัญต่อการตรวจจับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดซ้ำและการ
ประเมินผลลัพธ์ระยะยาว^{3,4} กำหนดการนัดหมาย:

สัปดาห์ที่ 1-2 ตรวจแผล ประเมินการรับประทานอาหาร

สัปดาห์ที่ 4-6 ประเมินน้ำหนัก ภาวะโภชนาการ

เดือนที่ 3 ประเมินสมรรถภาพการกลืน (swallow function) ดู anastomotic stricture ทุก 3-6
เดือนในปีแรก จากนั้นทุก 6-12 เดือน ติดตามมะเร็งกลับเป็นซ้ำ

ผลลัพธ์ระยะยาวที่ติดตาม รวมถึงอัตราการรอดชีวิต คุณภาพชีวิต (quality of life) สถานะ
โภชนาการและการกลับมาทำกิจกรรมตามปกติ การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยเทคนิคที่ทันสมัย
และการดูแลตามแนวทาง ERAS มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว^{3,4}

บทบาทพยาบาลในทีมสหสาขาวิชาชีพ

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด Ivor Lewis Esophagectomy ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ
(multidisciplinary team; MDT) ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาล โภชนาการ
กายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ⁵ การศึกษาแบบ systematic review และ meta-
analysis พบว่าโรงพยาบาลที่มีปริมาณผู้ป่วยสูง (high-volume center) มีผลลัพธ์ที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ⁵
ทั้งนี้เพราะมีทีมผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ มีระบบการดูแลที่เป็นมาตรฐานและมีการทำงานเป็นทีมที่ดี

บทบาทสำคัญของพยาบาลในทีม MDT เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแล คือ nurse coordinator/liaison
ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางประสานข้อมูลระหว่างศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ โภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนัก
สังคมสงเคราะห์ พยาบาลในบทบาทนี้ต้องติดตามแผนการรักษาของแต่ละสาขาให้สอดคล้องกัน ไม่ให้เกิด
ความขัดแย้งหรือช่องว่างในการดูแล รวมทั้งสื่อสารข้อมูลสำคัญแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเชิงบูรณาการ การมี
พยาบาลที่ทำหน้าที่ประสานงานอย่างชัดเจนช่วยลดความสับสนในการดูแล เพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา
และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและเป็นระบบมากขึ้น

นอกจากนี้ความเชื่อมโยงระหว่างการทำงานเป็นทีมกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (patient outcomes) ที่
เป็นรูปธรรมเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ การศึกษาในโรงพยาบาลที่มีปริมาณผู้ป่วยสูงพบว่าการทำงานแบบ
MDT ที่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (length of stay) อัตราการกลับเข้า
รักษาซ้ำ (readmission rate) และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ⁵ พยาบาลที่มีบทบาทชัดเจนในทีมจะ
สามารถตรวจจับปัญหาได้ตั้งแต่ระยะแรก ลดความล่าช้าในการให้การรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น
ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะยาว

ด้านการประเมินคุณภาพการดูแล พยาบาลในหน่วยวิกฤตควรมีบทบาทในการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพ
(quality indicators) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดอาหาร เช่น อัตราการเกิด anastomotic

leak อัตราภาวะแทรกซ้อนทางปอด ระยะเวลาเฉลี่ยในการรอดต่อช่วยหายใจ ระยะเวลาการนอนใน ICU และ อัตราการปฏิบัติตาม ERAS protocol ครบถ้วน การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นระบบช่วยให้ทีม พยาบาลสามารถประเมินคุณภาพการดูแลได้อย่างเป็นรูปธรรม นำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ตอบสนองต่อ ปัญหาจริงในบริบทของสถาบัน และยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างต่อเนื่อง

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยหลังทำหัตถการ Ivor Lewis Esophagectomy เป็นงานที่ต้องอาศัยทั้งความรู้เชิงลึก ทักษะการสังเกตที่เฉียบแหลม และการตัดสินใจเชิงคลินิกที่รวดเร็ว สิ่งที่พยาบาลควรจดจำไว้เป็นหลักคือ การ รวบรวมรอยต่อและภาวะแทรกซ้อนทางปอดเป็นภัยคุกคามหลักที่ต้องเฝ้าระวังอย่างเข้มข้นตลอด 10 วันแรก หลังผ่าตัด และการนำแนวทาง ERAS มาประยุกต์ใช้อย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอสามารถลดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ^{4,9} โดยเฉพาะการใช้โปรโตคอล mobilization ตาม แนวทาง ERAS⁹ เป็นกรอบในการวางแผนการดูแลรายวัน การประเมิน anastomotic leak อย่างเป็นระบบ โดยเน้นลักษณะของเหลวจากสายระบายและสัญญาณชีพ การดูแลการเปลี่ยนผ่านโภชนาการจากทางสายสู่ ทางปากตามขั้นตอนที่กำหนดอย่างเคร่งครัด และการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายอย่าง ครบถ้วนเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

อย่างไรก็ตาม บทความนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการนำไปประยุกต์ใช้ ข้อมูลส่วนใหญ่อ้างอิงจาก การศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีบริบทระบบสุขภาพ ทรัพยากร และความพร้อมของบุคลากรแตกต่าง จากประเทศไทย ทั้งยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการพยาบาลหลัง Ivor Lewis Esophagectomy ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย โปรโตคอลที่นำเสนอมาจาก ERAS Society guidelines⁹ ซึ่งอาจต้องปรับให้เหมาะสมกับแนวปฏิบัติและทรัพยากรของแต่ละสถาบัน นอกจากนี้ หลักฐานบางส่วนในเรื่องการจัดการ chylothorax และภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อยยังมีระดับหลักฐานไม่สูงนัก

สำหรับการพัฒนาองค์ความรู้ในอนาคต สถาบันที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรเก็บข้อมูลผลลัพธ์การดูแลอย่าง เป็นระบบเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณในประเทศไทย เกี่ยวกับอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและประสิทธิผลของ ERAS protocol ในโรงพยาบาลไทยจะเป็นประโยชน์ อย่างยิ่งต่อการยืนยันความเหมาะสมของแนวทางนี้ในบริบทท้องถิ่น¹² ควบคู่กับการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาล วิกฤตผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง และการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Ubels S, Verstegen MHP, Rosman C, Reynold JV. Anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer: risk factors and operative treatment. *Ann Esophagus*. 2021;4:8. <https://dx.doi.org/10.21037/aoe-2020-18>
2. Palleiko BA, Dickson KM, Crawford A, Shafique S, Emmerick I, Uy K, et al. Preoperative risk factors for anastomotic leak after esophagectomy with gastric reconstruction: a 6-year national surgical quality improvement NSQIP database analysis. *Surgery*. 2024;176(1):93-99. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2024.03.029>

3. Byiringiro I, Aurit SJ, Nandipati KC. Long-term survival outcomes associated with robotic-assisted minimally invasive esophagectomy (RAMIE) for esophageal cancer. *Surg Endosc.* 2023;37(5):4018-4027. <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09588-x>
4. Huang U, Xie Q, Wei X, Xiang J, Zhu Z, Chen H, et al. Enhanced recovery protocol versus conventional care in patient undergoing esophagectomy for cancer. *Ann Surg oncol.* 2024;31(9):5706-16. <https://doi.org/10.1007/s00595-020-01956-1>
5. Di J, Lu XS, Sun M, Zhao ZM, Zhang CD. Hospital volume-mortality association after esophagectomy for cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg.* 2024;110(5):3021-3029. <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000001185>
6. Low DE, Kuppusamy MK, Alderson D, Cecconello I, Chang AC, Darling G, et al. Benchmarking complications associated with esophagectomy. *Ann Surg.* 2019;269(2):291-8. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002611>
7. Pan S, Cheah L, Bushra R, Ribbits A, Grimes S, O'Neill JR. Impact of early enteral feed composition on the rate of chyle leak post-esophagectomy. *Dis Esophagus.* 2024;37(6):doae008. <https://doi.org/10.1093/dote/doae008>
8. Mariette C, Markar SR, Dabakuyo-Yonli TS, Meunier B, Pezet D, Collet D, et al. Hybrid minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer. *N Engl J Med.* 2019;380(2):152-62. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1805101>
9. Low DE, Allum W, De Manzoni G, Ferri L, Immanuel A, Kuppusamy M, et al. Guidelines for perioperative care in esophagectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *World J Surg.* 2019;43(2):299-330. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4786-4>
10. Guo R, Shao L, Li B, Sun Y, Hu H, Zhang Y, et al. Safety of omitting nasogastric decompression after esophagectomy: a propensity score-matched study. *J Thorac Dis.* 2023;15(11):6000-6008. <https://doi.org/10.21037/jtd-23-844>
11. Sims CR 3rd, Abou Chaar MK, Kerfeld MH, Liptay MJ, Seder CW, Shrager JB, et al. Esophagectomy enhanced recovery after surgery initiative results in improved outcomes. *Ann Thorac Surg.* 2024;117(4):847-54. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2023.10.032>
12. Nun-Anan P, Vilaichone RK. Late state and grave prognosis of esophageal cancer in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(5):1747 <http://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.5.1747>