



สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์  
 สำนักงานแพทย์ ส่วนพัฒนาบุคลากร  
 รับที่ 7784  
**บันทึกข้อความ**  
 วันที่ ๒๑ ส.ค. ๒๕๖๖  
 เวลา 17.00



ส่วนราชการ (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลสิรินธร โทร ๐๒ ๓๒๕ ๖๕๐๑-๑๙ ต่อ ๑๑๕๕๑)

ที่ กท ๐๖๑๒/๖๐๓๕๕ วันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ สพบ.

เรื่อง ข้าราชการขอรายงานการศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

*[Signature]*  
๒๑ ส.ค. ๒๕๖๖

ตามหนังสือสถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร ด่วนที่สุด ที่ กท ๐๔๐๑/๕๙๓ ลงวันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๕ อนุมัติให้ นายพลาวิต หอวิมานพร ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสิรินธร เข้ารับการศึกษาในประเทศระดับสูงกว่าปริญญาตรี หลักสูตร แพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ณ โรงพยาบาลราชวิถี โดยทุนประเภท ๒ (ทุนส่วนตัว) ใช้เวลาราชการ มีกำหนด ๒ ปี ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ นั้น

บัดนี้ นายพลาวิต หอวิมานพร ได้เข้ารับการศึกษาดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการลาศึกษาดังกล่าว ตามแบบรายงานที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

*[Signature]*

(นางอัมพร เกียรติปวนอภิกุล)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร



<https://shorturl.asia/BDqTE>

- กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ
- กลุ่มงานพัฒนาการบริหาร

*[Signature]*

(นางรัตนา เจริญรัตนทรัพย์)  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ ส่วนพัฒนาบุคลากร  
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการส่วนพัฒนาบุคลากร  
สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานการแพทย์

๒๒ ส.ค. ๒๕๖๖  
มอมตพสุณภวคณเณทศ๑๒

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด  
ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/ ๔๖๗ ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔  
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นายพลาวิต นามสกุล หอวิมานพร  
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ สังกัดงาน/ฝ่าย/โรงเรียน กลุ่มงานศัลยกรรม  
กอง โรงพยาบาลสิรินธร สำนัก/สำนักงานเขต การแพทย์  
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศหลักสูตร แพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุ  
สาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ.  
๒๕๖๖ จัดโดย โรงพยาบาลราชวิถี  
เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ทุนประเภท ๒ บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว  
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น  
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น

ลงชื่อ..... พลาวิต หอวิมานพร .....ผู้รายงาน  
(นายพลาวิต หอวิมานพร)  
นายแพทย์ชำนาญการ

รายงานการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ  
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ-นามสกุล นายพลาวิต หอวิมานพร อายุ ๓๔ปี

การศึกษา

- แพทยศาสตร์บัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
ปีการศึกษา ๒๕๕๖
- วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ รพ.มหาราชนครราชสีมา ปีการศึกษา ๒๕๖๑ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน  
ศัลยกรรมทั่วไป

๑.๒ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ตรวจผู้ป่วยนอก ดูแลผู้ป่วยใน และผ่าตัดผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทาง  
ศัลยกรรม

๑.๓ ชื่อเรื่อง/หลักสูตร แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เพื่อ  ศึกษา  ฝึกรอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน - บาท

ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

สถานที่ ภาควิชาศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อให้ผู้เข้ารับการศึกษา ได้เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ด้านการดูแลผู้ป่วยทาง  
ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ดียิ่งขึ้น

๒.๑.๒ เพื่อนำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วยทาง  
ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ดีถูกต้อง รวดเร็วมากขึ้น

## ๒.๒ เนื้อหา

การฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี ใช้เวลาฝึกอบรมทั้งหมด ๒ ปี โดยตลอดระยะเวลาดังกล่าว แพทย์ประจำบ้านต่อยอดจะได้ปฏิบัติงานทั้งในห้องตรวจผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย และในห้องผ่าตัดตามอาจารย์หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้ง ๔ ท่าน รวมทั้งยังได้มีการทำงานที่ห้องส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประจำหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี

พันธกิจของกรฝึกอบรมอนุสาขาลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก็เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านต่อยอดมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตั้งแต่ตั้งเนื้องอกในลำไส้ไปจนถึงมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรือโรคลุ่มนริดสีดวงทวารหนัก ฝีคัณฑสูตร หรือโรคความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์หรือการขับถ่าย อย่างเป็นมาตรฐานเทียบเคียงระดับสากล และปฏิบัติตามข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมให้วิชาชีพ ตอบสนองความต้องการของประเทศด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน

ปัจจุบันองค์ความรู้ด้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีการพัฒนาและเพิ่มพูนอย่างต่อเนื่อง คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบเพื่อวุฒิบัตรอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (อฝส.๖) จึงเห็นสมควรปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้เหมาะสมกับองค์ความรู้ที่เปลี่ยนไป และเพื่อให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่ประกาศโดยแพทยสภา อฝส.๖ จึงได้ปรับปรุงและจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักฉบับนี้ขึ้น โดยมีพันธกิจที่จะทำให้ศัลยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความรู้ความชำนาญในโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง สามารถให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม นอกจากความรู้และทักษะด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักดังกล่าวแล้ว ศัลยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมควรมีความสามารถด้านอื่นๆ ที่สำคัญได้แก่ มีความสามารถในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีความสามารถด้านการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ มีการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ที่รู้จักการทำงานเป็นทีม และการบริหารจัดการ มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีความรับผิดชอบ มีจริยธรรม ทัศนคติ และเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และองค์กรเพื่อ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริการทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความ ต้องการด้านสุขภาพของชุมชน สังคม และระบบบริการสุขภาพของประเทศ ตลอดจนมีความรับผิดชอบต่อทางสังคม อื่นๆ ตามความเหมาะสม

การบริบาลผู้ป่วย (Patient care)

๑. ซักประวัติผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
๒. ตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยและวางแผนการรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
๓. ส่งตรวจและแปลผลการตรวจคนเพิ่มเติม (Investigation) เพื่อวินิจฉัยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงาน
๔. ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างเหมาะสม

**ความรู้และทักษะหัตถการทางเวชกรรม (Medical knowledge and procedural skills)**

๑. อธิบายกลไกการเกิดโรคและชี้แนะแนวทางรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน (Basic medical science)

๒. อธิบายและตัดสินใจแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (Clinical science)

๓. ทำหัตถการทางการแพทย์ (Medical procedure) เพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ให้การบริบาลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Patient safety)

**ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (Interpersonal and communication skills)**

๑. นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยด้วยการพูดหรือเขียน เพื่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. รับข้อมูลผู้ป่วยจากการอ่านหรือฟัง แล้วสามารถสรุปข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วน

๓. สอนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้แก่นักศึกษาแพทย์ แพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ใช้สื่อต่างๆ ในการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. แสดงออกซึ่งภาวะผู้นำในสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม

**การเรียนรู้และการพัฒนาจากพื้นฐานการปฏิบัติงาน (Practice-based learning and improvement)**

๑. ค้นหาข้อมูลจากหนังสือหรือฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้

๒. วิพากษ์และประเมินคุณภาพของบทความวิชาการทางการแพทย์ได้

๓. ทำวิจัยด้วยตนเองเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ในการดูแลผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

๔. ทบทวนประสบการณ์และสะท้อนคิด (Reflection) อย่างเหมาะสมเพื่อหาแนวทางพัฒนาตน

**วิชาชีพนิยม (Professionalism)**

๑. ประพฤติตนอย่างเคร่งครัดตามหลักจริยธรรมวิชาชีพแพทย์

๒. รับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย

๓. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างให้เกียรติ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย

การทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ (Systems-based practice)

๑. ให้การบริบาลผู้ป่วยบนพื้นฐานความเข้าใจระบบสุขภาพของประเทศไทย

๒. ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสมตามหลักการของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health economics)

**มาตรฐานผลการเรียนรู้**

สถาบันฝึกอบรมจัดการฝึกอบรมให้แพทย์ประจำบ้านได้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับผลลัพธ์ การฝึกอบรมที่พึงประสงค์ เน้นการฝึกอบรมโดยใช้การปฏิบัติเป็นฐาน (Practice-based training)

มีส่วนร่วมใน การบริหารและรับผิดชอบผู้ป่วย มีการบูรณาการภาคทฤษฎีกับภาคปฏิบัติ และมีการติดตามตรวจสอบ กำกับดูแล (Supervision) และให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) แก่แพทย์ประจำบ้าน เพื่อให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงอย่าง สม่าเสมอ โดยสถาบันฝึกอบรมต้องระบุมাত্রฐานผลการเรียนรู้ที่สะท้อนถึงคุณสมบัติของศัลยแพทย์ ลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักตามมาตรฐานความรู้ความชำนาญของศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้ง ๖ ด้าน ดังกล่าวข้างต้น โดยวัตถุประสงค์ เมื่อสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว แพทย์ประจำบ้านควรมีความสามารถดังนี้

๑. รวบรวมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
๒. ประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดและรอบคอบ ตลอดจนแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม เมื่อต้องเลือกการรักษาให้กับผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัด
๓. สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาได้บนพื้นฐานของข้อมูลหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ในปัจจุบันรวมถึงข้อมูลของผู้ป่วย
๔. วางแผนการดูแลผู้ป่วยนอกได้สำเร็จลุล่วง
๕. ให้คำปรึกษาแนะนำและให้ความรู้กับผู้ป่วยรวมถึงครอบครัว โดยใช้ทักษะในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และมีพฤติกรรมที่อ่อนน้อม
๖. ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลรักษาและการตัดสินใจในการรักษาให้เข้ากับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ได้
๗. แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการรักษาผู้ป่วยด้วยยาหรือการทำหัตถการตลอดจนการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ การผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน การผ่าตัดทวารหนัก และลำไส้ตรง การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา การตรวจอัลตราซาวด์ทางทวารหนัก รวมถึงการแปลผลสรีรวิทยาของลำไส้ตรงและทวารหนัก
๘. แสดงให้เห็นความสามารถในการประยุกต์ความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และทางคลินิก ในการตัดสินใจแก้ปัญหาที่ไม่คาดคิดซึ่งเกิดขึ้นทั้งในช่วงก่อนการผ่าตัดและในระหว่างการทำผ่าตัดได้ด้วยตนเอง
๙. แสดงให้เห็นถึงความสามารถให้การดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัดอย่างปลอดภัยรวมถึงตรวจพบ และให้การแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม
๑๐. ทราบถึงวิธีในการรายงานเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์และเข้าใจบทบาทหรือหน้าที่ของตนเอง ตลอดจนความรับผิดชอบในการรายงานเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่านระบบการรายงาน ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เหมาะสม

#### แผนการฝึกอบรม

หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดยังรวมถึงการสอนและให้ความแก่แพทย์ประจำบ้าน ทั้งในภาคปฏิบัติ และภาคทฤษฎีในกิจกรรมของภาควิชา ในรูปแบบการให้ความรู้ระหว่างการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน การบรรยายความรู้จากเคสผู้ป่วย และการทบทวนหรืออ่านวารสารงานวิจัยทางวิชาการ โดยจะมีการเรียนการสอน เป็นรูปแบบดังนี้

๑. กิจกรรมการเรียนการสอน
- ๑) การสอนในระหว่างตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมแพทย์ประจำบ้านช่วงเช้า ๗.๐๐น. - ๘ .๐๐ น.

๒) กิจกรรมศัลยศาสตร์ทั่วไปร่วมกับกลุ่มแพทย์ประจำบ้านทั่วไป และคณะอาจารย์ในภาควิชาศัลยศาสตร์ ช่วงเวลา ๘.๐๐น. - ๙.๐๐ น.

๓) จัดให้แพทย์ประจำบ้านได้ตรวจผู้ป่วยและพบปะพูดคุยกับครอบครัวของผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก และให้ข้อมูลการรักษาและแนวทางที่เหมาะสม

๔) จัดให้แพทย์ประจำบ้านมีส่วนร่วมในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยภายใต้การกำกับของอาจารย์ที่ปรึกษา ได้แก่ การแจ้งถึงความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกอื่นในการรักษาที่วางแผนไว้รวมถึงการขออนุญาตจากผู้ป่วยในการผ่าตัดหรือการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยในการผ่าตัดหรือการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

๕) จัดให้แพทย์ประจำบ้านได้มีส่วนร่วมในการผ่าตัดที่หลากหลายทั้งการผ่าตัดภายในช่องท้อง การผ่าตัดทวารหนักและลำไส้ตรง รวมถึงการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โดยแพทย์ประจำบ้านควรอยู่ในฐานะทั้งเป็นศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัดหรือศัลยแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัดคนที่ ๑ โดยการผ่าตัดหรือหัตถการทั้งหลายควรกระทำภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์เพื่อทำให้มั่นใจว่าแพทย์ประจำบ้านสามารถทำการผ่าตัดรักษาโรค หรือลดอาการเหล่านั้นได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ทั้งนี้ความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นความสำคัญตลอดเวลา

๖) จัดให้แพทย์ประจำบ้านมีส่วนร่วมกับอาจารย์ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และให้การสื่อสารแผนการรักษาหลังผ่าตัดกับผู้ป่วย

๗) จัดให้แพทย์ประจำบ้านได้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์อื่น รวมถึงการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น

๘) จัดให้แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาสรายงานและเขียนรายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบการรายงานอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ของสถาบันฝึกอบรม

๙) จัดให้แพทย์ประจำบ้านได้มีส่วนร่วมในการประชุมแบบสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาล นักกำหนดอาหาร นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนบุคลากรสาขาอื่นๆอย่างเหมาะสม

๑๐) จัดให้แพทย์ประจำบ้านได้มีส่วนร่วมในการตรวจติดตามผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้านในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อจะได้ประเมินผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามแผนที่ได้วางไว้

๑๑) ให้การสนับสนุนแพทย์ประจำบ้านมีส่วนร่วมในการเตรียมการนำเสนอในการประชุมทางวิชาการ เช่น วารสารทางการแพทย์ (Journal Club) และ การวิเคราะห์สาเหตุและการแก้ไขอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (Morbidity and Mortality Conference) ซึ่งกิจกรรมนี้จะทำให้แพทย์ประจำบ้านมีโอกาสได้ทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหรือการแก้ปัญหาผู้ป่วย ตลอดจนปรับปรุงเวชปฏิบัติของแพทย์ประจำบ้านบนพื้นฐานของการรวบรวมข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเหมาะสม

๑๒) จัดให้มีการประเมินแพทย์ประจำบ้านโดยอาจารย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่มีโอกาสได้สังเกตหรือทำงานร่วมกับแพทย์ประจำบ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ในการประเมินทักษะในการบริหารผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้าน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยด้วยความอบอุ่น ตลอดจนการทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นได้

๑๓) จัดให้แพทย์ประจำบ้านรวมอยู่ในคณะกรรมการประเมินการจัดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักในสถาบันนั้นๆ เพื่อทำให้มีการปรับปรุงการเรียนการสอนของแพทย์ประจำบ้าน และการบริหารผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้านในอนาคต

๑๔) กิจกรรมการประชุมประจำสัปดาห์ของหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทุกวันอังคาร  
ช่วงเวลา ๙.๐๐ น. - ๑๒.๐๐ น. โดยแบ่งเป็นสามรูปแบบหลักคือ

- I. การทบทวนวารสารงานวิจัยทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง
- II. การรวบรวมข้อมูลและสรุปองค์ความรู้การศึกษาตามหัวข้อเรื่องต่างๆ
- III. การสรุปข้อมูลผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดในช่วงสัปดาห์ รวมถึงการสรุปผลการรักษาหลังผ่าตัด  
ของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา

IV. การเรียนรู้กรณีศึกษาจากเคสผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

๑๕) การช่วยคุมแพทย์ประจำบ้านในการฝึกผ่าตัด

หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป ๒ - ๓ วันต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยประมาณ ๑๕ - ๓๐ รายต่อวัน  
เข้าปฏิบัติงานในห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี เข้าปฏิบัติงานประมาณ ๑ ครั้งต่อสัปดาห์  
ผู้ป่วยราว ๕ - ๑๕ ราย ต่อวัน การเข้าปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เข้าปฏิบัติงานประมาณ ๑ - ๒ ครั้งต่อสัปดาห์  
โดยเป็นทั้งแพทย์ผ่าตัดและแพทย์ผู้ช่วย

การอยู่เวรนอกเวลาราชการ มีการจัดตารางเวรให้แพทย์ประจำบ้านต่อยอดอยู่เวรนอกเวลาราชการ  
สำหรับการปรึกษาและผ่าตัดโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักฉุกเฉิน โดยเฉลี่ย ๑๐ วันต่อเดือน

#### มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ ๔  
ในสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั่วโลก ในประเทศไทยพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบมากเป็นอันดับ ๓  
ในเพศชาย และเป็นอันดับ ๕ ในเพศหญิง

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใช้เป็นตัวบอกการลุกลาม ความรุนแรง  
ซึ่งเป็นสิ่งที่ใช้พิจารณาการรักษาและการพยากรณ์โรคตามระยะนั้นๆ

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทุกระยะใน ๕ ปี คือ ๖๓ % เมื่อแบ่งตามระยะของตัวโรค  
พบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มะเร็งอยู่ในเยื่อเมือกในลำไส้ใน ๕ ปี คือ ๙๑ % อัตราการ  
รอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มะเร็งกระจายไปอวัยวะและต่อมน้ำเหลืองที่ใกล้เคียงใน ๕ ปี คือ ๗๒ % และ  
อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในระยะแพร่กระจายใน ๕ ปี คือ ๑๓ % สำหรับในมะเร็งลำไส้ตรง  
และทวารหนักมีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักทุกระยะใน ๕ ปี คือ ๖๘ % เมื่อแบ่ง  
ตามระยะของตัวโรค พบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักที่มะเร็งอยู่ในเยื่อ  
เมือกในลำไส้ใน ๕ ปี คือ ๙๐ % อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตรงและทวารหนักที่มะเร็งกระจายไปอวัยวะ  
และต่อมน้ำเหลืองที่ใกล้เคียงใน ๕ ปี คือ ๗๔ % และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก  
ที่อยู่ในระยะแพร่กระจายใน ๕ ปี คือ ๑๗ %

พบว่ามียาหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของตัวโรค เช่น อายุ  
ของผู้ป่วยขณะได้รับการวินิจฉัย ระยะของโรค ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ลักษณะทางพยาธิวิทยา

ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง  
ไม่ว่าจะเป็น การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี รวมไปถึงการผ่าตัดโดยเฉพาะการผ่าตัดผ่านการส่องกล้องแผลเล็ก



(Minimal invasive surgery) เพื่อลดการบาดเจ็บและอาการปวดจากการตอบสนองของร่างกายหลังการผ่าตัด รวมไปถึงลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลรวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

ERAS protocol เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด ซึ่งให้การปฏิบัติรักษาที่มีหลักฐานงานวิจัยรับรองมาแล้ว (evidence-based medicine) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นลง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

ในปีค.ศ. ๒๐๐๕ ได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติ ERAS protocol เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก หลังจากนั้นได้มีการนำ ERAS protocol มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร่วมกับการผ่าตัดผ่านการส่องกล้องแผลเล็ก (Minimal invasive surgery) อย่างแพร่หลายมากขึ้น

มีหลักฐานการวิจัยพบว่า ERAS protocol ส่งผลดีในระยะสั้น (short term outcomes) ได้จริง เช่น การลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา สำหรับผลในระยะยาว (long term outcomes) ต่อมาเริ่มมีหลักฐานทางการวิจัยที่สนับสนุนว่า การใช้แนวทางปฏิบัติการ (ERAS protocol) ในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

#### ปัจจัยที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๑. อายุที่มากกว่า ๕๐ ปี โดยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ๙๐ % พบในคนที่อายุมากกว่า ๕๐ ปี ซึ่งเป็นสาเหตุที่การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเริ่มต้นที่อายุ ๕๐ ปี ในผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงอื่นๆ

๒. ประวัติทางกรรมพันธุ์ ในขณะที่ ๘๐ % ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เกิดขึ้นได้เอง แต่อีก ๒๐ % นั้น สัมพันธ์กับประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว การที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทำให้เกิดการตรวจคัดกรองและตระหนักถึงโอกาสที่จะเป็นโรคของคนนั้นๆ มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติครอบครัว

๓. โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (inflammatory bowel disease) ผู้ป่วยที่มีลำไส้อักเสบอย่างยาวนาน มีโอกาสที่จะเพิ่มความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เนื่องจากอักเสบเรื้อรังของเยื่อบุผนังลำไส้ ทำให้เยื่อบุผนังลำไส้เปลี่ยนแปลงเป็นเนื้อเยื่อที่ผิดปกติในที่สุด

๔. สิ่งแวดล้อมและอาหาร อาหารประเภทไขมันจากเนื้อสัตว์สูงและมีกากใยน้อย เพิ่มความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในขณะที่อาหารที่มีกากใยสูงจะช่วยป้องกันที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

#### อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ในระยะของโรคที่เป็นเพียงเล็กน้อย มักจะไม่แสดงอาการ หรือเป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง เมื่อโรคอยู่ในระยะที่สูงขึ้น ก็จะสามารถมาด้วยอาการที่มีระบบขับถ่ายที่เปลี่ยนไป ท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายเป็นเลือด ปวดท้อง หรืออืด แน่นท้อง เมื่อมีภาวะลำไส้อุดตัน ภาวะชืด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด

#### การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

นอกเหนือจากประวัติและการตรวจร่างกายตามระบบแล้ว การตรวจเพิ่มเติม เช่น การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) เพื่อประเมินตำแหน่งของรอยโรค และตัดชิ้นเนื้อยืนยันการวินิจฉัย การทำเอกซเรย์ช่องท้อง

อุ้งเชิงกรานและช่องอก เพื่อบอกระยะของโรค (clinical staging) โดยระยะของโรคก่อนการผ่าตัดจะช่วยในการวางแผนการรักษา เช่น การฉายรังสีหรือเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด

#### การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ขึ้นอยู่กับระยะของโรค ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง และสภาพร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยหลายข้อพิจารณา ดังนี้

##### ๑. การรักษาด้วยการผ่าตัด

สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยมีหลักการคือ ต้องนำก้อนมะเร็งออกพร้อมกับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงและต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้น โดยมีระยะของขอบลำไส้ที่ติดจนถึงขอบก้อนที่เหมาะสม หากก้อนมะเร็งมีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง หากสามารถผ่าตัดได้ สามารถผ่าตัดออกมาพร้อมก้อนมะเร็งให้เป็นชิ้นเดียวกัน (en bloc resection) โดยมีขอบเขตเนื้อดีเพียงพอ โดยการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ตำแหน่งต่างๆ ขึ้นอยู่กับเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนนั้นๆ

##### ๒. การรักษาด้วยการฉายรังสี

เป็นหนึ่งในการรักษาหลักของมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก เนื่องจากลำไส้ตรงและทวารหนักเป็นอวัยวะที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน การฉายรังสีจึงเป็นวิธีที่สามารถควบคุมตัวโรคในเฉพาะที่ได้ โดยการฉายรังสีเป็นการให้เอ็กซ์เรย์พลังงานสูงเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง เพื่อลดขนาดก้อนและลดการกลับเป็นซ้ำก่อนการผ่าตัด

##### ๓. การรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โดยยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง หรือหยุดยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งโดยลดโอกาสการเป็นซ้ำของโรค การรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังการผ่าตัด มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยระยะของโรค ระยะที่ ๒ ที่มีปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสเกิดโรคซ้ำสูงขึ้นไป โดยปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสเกิดโรคซ้ำสูงมีดังนี้ มีลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็น poorly differentiated , การลุกลามเข้าหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง (Lymphovascular space invasion; LVSI), perineural invasion, tumor budding, positive margins (คำศัพท์เฉพาะทางพยาธิวิทยา ไม่สามารถแปลได้) ภาวะลำไส้อุดตันหรือลำไส้ทะลุ การเก็บต่อมน้ำเหลืองไม่ครบ ๑๒ ต่อม

##### ๔. การรักษาด้วยยามุ่งเป้า (Targeted Therapy)

คือยาที่มีการออกฤทธิ์ จำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งมากขึ้น แต่ไม่สามารถใช้ในผู้ป่วยทุกกรณี โดยต้องมีการตรวจยีน (gene, RAS mutation) ก่อนเริ่มยามุ่งเป้า (Anti-EGFR antibody)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรค (prognostic factors) ที่สัมพันธ์กับการรอดชีพ

##### ๑. ลักษณะทางพยาธิวิทยา

Lymphovascular invasion

Perineural invasion

Tumor budding

MMR deficient or microsatellite instability-high status

Tumor grade

Histologic type

Lymph node positivity and ratio

Extranodal tumor deposits

Mesorectal grade

Tumor regression score

margins

(คำศัพท์เฉพาะทางพยาธิวิทยา ไม่สามารถแปลได้)

๒. อายุ

ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ๔๕ ปีสัมพันธ์กับพยากรณ์โรคที่แย่กว่า เนื่องจากลักษณะทางพยาธิวิทยาที่รุนแรงกว่าและระยะการกระจายของตัวโรคมักมากกว่าขณะได้รับการวินิจฉัย

๓. ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง

โดยพบว่าตำแหน่งของก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ตำแหน่งด้านซ้ายจะมีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่าตำแหน่งด้านขวา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคและลักษณะทางพยาธิวิทยาไปด้วย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก ยิ่งตำแหน่งของก้อนมะเร็งอยู่ในระดับต่ำยิ่งทำให้มีพยากรณ์โรคที่แย่กว่าในแง่ของการผ่าตัดที่ยากกว่าทำให้ระยะของขอบล่างของก้อนมะเร็งจนถึงชั้นเนื้อปกติมีระยะที่สั้นกว่าก้อนมะเร็งที่มีตำแหน่งที่สูงกว่า

๔. การกลายพันธุ์ของยีน (gene B-RAF และ KRAS) สัมพันธ์กับพยากรณ์โรคที่แย่กว่ากลุ่มที่ไม่ได้กลายพันธุ์

๕. ระยะของโรคมมีความสำคัญในการรักษาและพยากรณ์โรค ขึ้นอยู่กับระดับความลึกของเนื้องอก การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ดังนี้

แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย

Enhanced recovery after surgery (ERAS) (ชื่อเฉพาะของแนวทางปฏิบัติการ) เป็นการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด จนถึงหลังผ่าตัด เพื่อช่วยสนับสนุนหรือส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น มีการทำงานของระบบหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหารกลับมาทำงานได้ปกติโดยเร็ว และผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลดลงและสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น

การดูแลคนไข้ แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด (Pre-operative phase), ระหว่างการผ่าตัด (intra operative phase) และหลังการผ่าตัด (Postoperative phase) โดยทีมสหสาขาวิชา ประกอบด้วย ศัลยแพทย์, วิสัญญีแพทย์และพยาบาล พยาบาลจากแผนกที่เกี่ยวข้องเช่น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน พยาบาลออสโตมี นักกายภาพ และนักโภชนาการ โดยมีการประชุมวางแผนร่วมกันเพื่อวางแผนแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดเนื้อหา ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

• การแนะนำให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อลดความกังวล เตรียมตัวรับทราบการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

- การประเมินร่างกายก่อนรับการผ่าตัด การแนะนำการงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อย ๔ สัปดาห์ก่อนการผ่าตัด
- การแนะนำการบริหารสุขภาพกายและสุขภาพจิต การออกกำลังกาย การแนะนำโภชนาการ การแนะนำการผ่อนคลายความกังวล
- การประเมินภาวะโภชนาการเพื่อปรับปรุงฟื้นฟูภาวะทางโภชนาการ หากมีภาวะทุพโภชนาการ ควรได้การเพิ่มเติมอาหารทางปาก อย่างน้อย ๗-๑๐ วัน
- ดูแลภาวะโลหิตจางขาดธาตุเหล็ก ดูแลค่า ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hb) อยู่ระหว่าง ๖๐ - ๑๐๐ กรัมต่อลิตร
- การประเมินความเสี่ยงการเกิดคลื่นไส้อาเจียน และให้ยาป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน หลังผ่าตัด
- หลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines (ชื่อเฉพาะของกลุ่มยา)
- ให้ยาฆ่าเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาทีก่อนลงมีด
- การให้สารน้ำและเกลือแร่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับเตรียมลำไส้
- สามารถรับประทานอาหารเหลวใสจนกระทั่ง ๒ ชั่วโมงก่อนผ่าตัด และ มีการให้ดื่มอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงก่อนรับการผ่าตัด

#### ระยะระหว่างการผ่าตัด

- ใช้ยาดมสลบและยาคลายกล้ามเนื้อที่ออกฤทธิ์สั้น
- พยายามควบคุมการให้สารน้ำอย่างเหมาะสม (near-zero fluid balance) เพื่อลดภาวะการให้สารน้ำเกิน
- ควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้มากกว่า ๓๖ C ระหว่างรับการผ่าตัด
- ผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้อง
- ไม่ใช้สายระบายในช่องท้องเป็นมาตรฐาน

#### ระยะหลังผ่าตัด

- ไม่ใส่สายระบายในกระเพาะ
- หลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม Opioid (ชื่อเฉพาะของกลุ่มยา)
- ถูหนุนหรือเครื่องมือบีบรัดขาแบบครั้งคราว และใช้ยาละลายลิ่มเลือดตามความเหมาะสม
- ควบคุมการให้สารน้ำอย่างเหมาะสม หากเริ่มทานอาหารได้ควรที่จะหยุดสารน้ำทันที
- แนะนำถอดสายระบายปัสสาวะภายใน ๑-๓ วันหลังการผ่าตัด หากปัสสาวะออกปริมาณปกติ และขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัสสาวะไม่ออก(Urinary retention)
- ป้องกันการหยุดทำงานของลำไส้หลังผ่าตัดโดย ผ่าตัดแบบส่องกล้อง, ลดการใส่สายระบายกระเพาะและควบคุมการให้สารน้ำ
- สนับสนุนผู้ป่วยให้เริ่มกินอาหารได้ เริ่มหลังผ่าตัด ๔ ชั่วโมง และปรับตามภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

• สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถลุกออกจากเตียงได้ และกระตุ้นความสำคัญของการ mobilization แก่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วย

การเตรียมตัวที่กล่าวมาข้างต้น ได้ผลดีกว่าการเตรียมตัวแบบดั้งเดิม ซึ่งคือดูแลผู้ป่วยตามลักษณะงานของผู้รับผิดชอบหน้าที่นั้นๆ โดยไม่ได้มีการประสานงานระหว่างกลุ่ม ไม่ได้ให้คำแนะนำหรือประเมินทางโภชนาการ การปฏิบัติตัวให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดอย่างเป็นระบบแบบแผน การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดให้ดื่มน้ำและอาหารตามระยะเวลาและชนิดของอาหารที่รับประทานไม่ได้มีการให้ยาเพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันก่อนผ่าตัด (VTE prophylaxis) ไม่ได้มีการรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตสูงก่อนผ่าตัด โดยในระยะผ่าตัดเป็นไปตามมาตรฐานสำหรับระยะหลังผ่าตัด แพทย์เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยเป็นรายๆ ไปสำหรับการเริ่มกินอาหาร มักจะมีสายระบายหลังการผ่าตัด

### **ฝัคัณหสูตรชนิดซับซัอน**

ฝัคัณหสูตรชนิดเรื่อรังคัือโรคที่เสัันทางเชื่อมต่อระหว่่างรูเป็ดภายใน (internal opening) ภายในทวารหนัก กับรูเป็ดภายนอก (external opening) ที่ผิวหนังบริเวณขอบทวารหนัก ๆ ฝัคัณหสูตรถูกแบ่งเป็นชนิดธรรมดา (simple) ซึ่งรักษาได้ง่่ายโดยไม่มีภาวะแทรกซัอน และชนิดซับซัอน (complex) ซึ่งรักษาได้ง่่าย กลับเป็นซั้ได้ง่่าย และมีอ่าจมีอุบัติการณั้กลัันอูจาระไม่ได้อั้หลังผ่าตัดได้สูง

ในปัจจุบันมีการคิดผ่าตัดรักษาฝัคัณหสูตรชนิดซับซัอนโดยไม่ทำลายกล่้ามเนื้อหุรุด (ligation of the intersphincteric fistula tract) ทำให้อุบัติการณั้กลัันอูจาระไม่ได้อั้หลังผ่าตัดลดลงมาก แต่พบว่าแผลหายเพียง ๖๕.๙% เนื่องจากการผ่าตัดวิธีนี้ไม่สามารถระบายหนองที่อ่าจเกิดขึ้นใหม่จากเนื้อเยื่อที่ยังอ่กเสบอยู่ได้ มีการคิดวิธีผ่าตัดแบบใหม่จาก GARG และคณะ และรายงานผลการรักษาภาวะฝัคัณหสูตรชนิดซับซัอนโดยการตัดกล่้ามเนื้อหุรุดด้านในบางส่วนเพื่อระบายหนอง พบว่าไม่มีอุบัติการณั้กลัันอูจาระไม่ได้อั้หลังผ่าตัด และการหายของแผลสูงถึง ๘๔%

เนื่องจากการวิธีผ่าตัดหุรุดทวารภายในบางส่วนมีผลของการหายของแผลที่สูง และมีข้อมูลว่าการตัดกล่้ามเนื้อหุรุดทวารภายในบางส่วนบริเวณทวารซึ่งยังคงเป็นการรักษาหลักในโรคแผลเรื่อรังที่กัันและไม่มีภาวะกลัันอูจาระไม่ได้อั้หลังผ่าตัด (พบว่ากลัันการผายลมไม่ได้อั้และมีอูจาระเส็ดเส็กน้อยได้ ๔%) การนำวิธีการผ่าตัดหุรุดทวารภายในบางส่วนมารักษาโรคฝัคัณหสูตรชนิดซับซัอนจึงมีอ่อกาสให้สามารถรักษาโรคได้หายขาดมากขึ้น

### **ทฤษฎีการเกิดฝัคัณหสูตร**

ฝัคัณหสูตรส่วนใหญ่เกิดจากการอ่กเสบเรื่อรังของต่อมทวารหนัก สาเหตุของอื่่นๆของการอ่กเสบอ่าจมาจากการติดเชื่อเฉพาะกลุ่ม เช่น วัณโรค อ่กเสบจาก โรค ลำไส้อ่กเสบ จากการฉายแสง โรคมะเรื่ง หรือจากอุบัติเหตุได้

### **ค้ำจัดความของของฝัคัณหสูตรชนิดซับซัอน**

๑. ฝัคัณหสูตรที่วังผ่านกล่้ามเนื้อหุรุดชั้นนอกมาก กว่า ๓๐ เปอร์เซนต์
๒. ฝัคัณหสูตรที่เป็นรูปเก็อกม้่า
๓. ฝัคัณหสูตรในผู้ป่วยลำไส้อ่กเสบเรื่อรัง
๔. ฝัคัณหสูตรในผู้ป่วยที่เคยได้รับการฉายแสง

๕. ฝีคัณฑสูตรชนิดที่เป็นมะเร็ง

๖. ฝีคัณฑสูตรในผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ อยู่เดิมหรือต้องเสียเรื้อรัง

๗. ฝีคัณฑสูตรที่อยู่ทางด้านหน้าในเพศหญิง

แนวทางการรักษาฝีคัณฑสูตรชนิดซับซ้อน

จุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อทำลายเส้นทางของฝีคัณฑสูตร ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดภาวะการติดเชื้อหลังการผ่าตัดและลดอุบัติการณ์การกลั้นอุจจาระหลังผ่าตัดไม่ได้ การเลือกวิธีผ่าตัดที่มีทั้งความเสี่ยงต่ำและมีผลการรักษาที่ดียังคงเป็นเรื่องที่ท้าทาย ในปัจจุบันมีวิธีการผ่าตัดหลายวิธีที่ไม่ต้องทำลายกล้ามเนื้อหูรูด เช่น การฉีดยา หรือ การอุดรูเปิดภายในช่องทวารด้วยเนื้อเยื่อ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้หรือได้น้อยแต่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคได้สูง ในส่วนวิธีการผ่าตัดที่ทำลายกล้ามเนื้อหูรูด เช่น การผ่าตัดตัดหูรูดทวารหนักพบว่า มีผลการหายของแผลที่ดีแต่เกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ในผู้ป่วยบางราย

## ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

### ๒.๓.๑ ต่อตนเอง

มีความรู้และความเข้าใจในกลไกการเกิดโรค และชี้แนะแนวทางการรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างเหมาะสม บนพื้นฐานความรู้ และวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน

อธิบายและตัดสินใจแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างเหมาะสม รวมถึงสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ทำหัตถการทางการแพทย์เพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

### ๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. นำความรู้มาปรับปรุงคุณภาพการบริการและวางแผนในการรักษาผู้ป่วยทางด้านสาขาวิชา ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ

๒. เพื่อนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการสอนและพัฒนาศักยภาพให้นักศึกษาแพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆ ได้ดียิ่งขึ้น

๓. สามารถทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ๒.๓.๓ ในด้านอื่นๆ

๑. สามารถประยุกต์ใช้สื่อต่าง ๆ ในการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์ให้แก่บุคคลทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ได้

๒. แสดงออกซึ่งภาวะผู้นำในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

การเข้าร่วมประชุมวิชาการนี้ออกนอก ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยมีการร่วมมือกับทีมสหสาขา และแพทย์เฉพาะทางในด้านอื่นๆ

๓.๒ การพัฒนา

- พัฒนาการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- พัฒนาการผ่าตัดใน ๑ วัน (one day surgery) ให้มีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. เตรียมหน่วยงานให้ความรู้และเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักแก่ผู้ป่วย
๒. จัดเตรียมเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับตรวจประเมิน และการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
๓. จัดตั้งหน่วยงานนอกเวลาเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการส่งกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ลงชื่อ..... นิสิตา หอวิมานพร.....ผู้รายงาน

(นายปลาวิต หอวิมานพร)

นายแพทย์ชำนาญการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป

.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....  
.....หัวหน้าส่วนราชการ

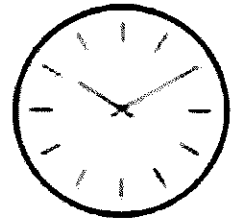
(นางอัมพร เกียรติปานอภิกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

# มะเร็ง “ลำไส้ใหญ่” ภัยร้ายใกล้ตัว



ถ่ายเป็นเลือด



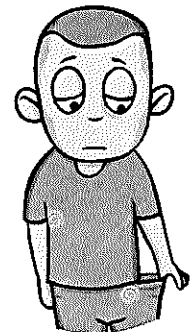
ท้องผูกสลับกับ  
ท้องเสีย



ปวดท้องเรื้อรัง



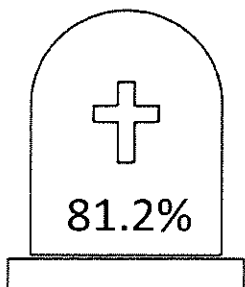
ไม่ถ่าย  
ไม่ผายลม



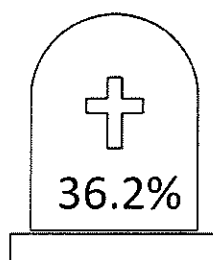
น้ำหนักลดอย่าง  
รวดเร็ว

## มาตรฐานหา “มะเร็งลำไส้ใหญ่” กันเถอะ

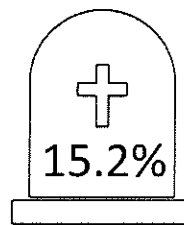
ประโยชน์ที่ได้รับและการนำมาปรับใช้: มีทักษะในการรักษา วินิจฉัยและวิเคราะห์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างแม่นยำและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เมื่อตรวจเจอเร็ว ผู้ป่วยรักษาได้เร็ว เพิ่มอัตราการมีชีวิตรอดที่ 5 ปี  
ผู้จัดทำ นายพลาวิต หอวิมานพร นายแพทย์ชำนาญการ



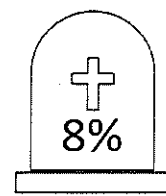
ระยะที่ 4



ระยะที่ 3



ระยะที่ 2



ระยะที่ 1