

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 ของภาควิชา ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี ใช้เวลาฝึกอบรมทั้งหมด ๒ ปี โดยตลอดระยะเวลาดังกล่าว แพทย์ประจำบ้านต่อยอด จะได้ปฏิบัติงานทั้งในห้องตรวจผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย และในห้องผ่าตัดตามอาจารย์หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ทั้ง ๔ ท่าน รวมทั้งยังได้มีการทำงานที่ห้องส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประจำหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี

พันธกิจของกรฝึกอบรมอนุสาขาลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก็เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านต่อยอด มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตั้งแต่ตั้งเนื้องอกในลำไส้ ไปจนถึงมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรือโรคลุ่มนริดสีดวงทวารหนัก ฝีคัณฑสูตร หรือโรคความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์หรือการขับถ่าย อย่างเป็นมาตรฐานเทียบเคียงระดับสากล และปฏิบัติตามข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการรักษา จริยธรรมให้วิชาชีพ ตอบสนองความต้องการของประเทศด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน

ปัจจุบันองค์ความรู้ด้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีการพัฒนาและเพิ่มพูนอย่างต่อเนื่อง คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบเพื่อวุฒิบัตรอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (อฝส.๖) จึงเห็นสมควรปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้เหมาะสม กับองค์ความรู้ที่เปลี่ยนไป และเพื่อให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่ประกาศโดยแพทยสภา อฝส.๖ จึงได้ปรับปรุงและจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักฉบับนี้ขึ้น โดยมีพันธกิจที่จะทำให้ศัลยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม เพื่อวุฒิบัตรอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความรู้ความชำนาญในโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง สามารถให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม นอกจากความรู้และทักษะด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักดังกล่าวแล้ว ศัลยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม ควรมีความสามารถด้านอื่นๆ ที่สำคัญได้แก่ มีความสามารถในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีความสามารถด้านการวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ มีการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ที่รู้จักการทำงานเป็นทีม และการบริหารจัดการ มีความรู้ความเข้าใจ ในกระบวนการคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีความรับผิดชอบ มีจริยธรรม ทัศนคติ และเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และองค์กรเพื่อ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริการ ทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความ ต้องการด้านสุขภาพของชุมชน สังคม และ ระบบบริการสุขภาพของประเทศ ตลอดจนมีความรับผิดชอบต่อทางสังคม อื่นๆ ตามความเหมาะสม

การบริบาลผู้ป่วย (Patient care)

๑. ซักประวัติผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
๒. ตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยและวางแผนการรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
๓. ส่งตรวจและแปลผลการตรวจคนเพิ่มเติม (Investigation) เพื่อวินิจฉัยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักได้อย่างเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงาน
๔. ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่ และทวารหนักได้อย่างเหมาะสม

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 โดยสถาบันฝึกอบรมต้องระบุมมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่สะท้อนถึงคุณสมบัติของศัลยแพทย์ ลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักตามมาตรฐานความรู้ความชำนาญของศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้ง ๖ ด้าน ดังกล่าวข้างต้น โดยวัตถุประสงค์ เมื่อสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว แพทย์ประจำบ้านควรมีความสามารถดังนี้

๑. รวบรวมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
๒. ประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดและรอบคอบ ตลอดจนแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการตัดสินใจ ได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม เมื่อต้องเลือกการรักษาให้กับผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัด
๓. สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาได้บนพื้นฐานของข้อมูลหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ในปัจจุบันรวมถึงข้อมูลของผู้ป่วย
๔. วางแผนการดูแลผู้ป่วยนอกได้สำเร็จลุล่วง
๕. ให้คำปรึกษาแนะนำและให้ความรู้กับผู้ป่วยรวมถึงครอบครัว โดยใช้ทักษะในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และมีพฤติกรรมที่อ่อนน้อม
๖. ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลรักษาและการตัดสินใจในการรักษาให้เข้ากับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนบุคลากร ทางการแพทย์อื่น ๆ ได้

๗. แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการรักษาผู้ป่วยด้วยยาหรือการทำหัตถการตลอดจนการผ่าตัด ที่เกี่ยวข้องกับศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ การผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน การผ่าตัดทวารหนัก และลำไส้ตรง การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา การตรวจอัลตราซาวด์ทางทวารหนัก รวมถึงการแปลผลสรีรวิทยาของลำไส้ตรงและทวารหนัก

๘. แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการประยุกต์ความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และทางคลินิก ในการตัดสินใจ แก้ปัญหาที่ไม่คาดคิดซึ่งเกิดขึ้นทั้งในช่วงก่อนการผ่าตัดและในระหว่างการทำผ่าตัดได้ด้วยตนเอง

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 เพื่อให้มีการปรับปรุงการเรียนการสอนของแพทย์ประจำบ้าน 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 %

พบว่าหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของตัวโรค เช่น อายุ
ของผู้ป่วยขณะได้รับการวินิจฉัย ระยะของโรค ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ลักษณะทางพยาธิวิทยา

ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
ไม่ว่าจะเป็นทำให้ยาเคมีบำบัด 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
- ไม่ใส่สายระบายในช่องท้องเป็นมาตรฐาน

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) ไม่ได้มีการรับประทานยาต้านการอักเสบก่อนผ่าตัด โดยในระยะผ่าตัดเป็นไปตามมาตรฐานสำหรับระยะหลังผ่าตัด แพทย์เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยเป็นรายๆไปสำหรับการเริ่มกินอาหาร มักจะมีสายระบายหลังการผ่าตัด

ฝัคนทสูตรชนิดซับซ้อน

ฝัคนทสูตรชนิดเรื้อรังคือโรคที่เส้นทางเชื่อมต่อระหว่างรูเปิดภายใน (internal opening) ภายในทวารหนัก กับรูเปิดภายนอก (external opening) ที่ผิวหนังบริเวณขอบทวารหนัก ๆ ฝัคนทสูตรถูกแบ่งเป็นชนิดธรรมดา (simple) ซึ่งรักษาได้ง่ายโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และชนิดซับซ้อน (complex) ซึ่งรักษาได้ยาก กลับเป็นซ้ำได้ง่าย และมีอาจมีอุบัติการณ์กลับอูจาระไม่ได้หลังผ่าตัดได้สูง

ในปัจจุบันมีการคิดผ่าตัดรักษาฝัคนทสูตรชนิดซับซ้อนโดยไม่ทำลายกล้ามเนื้อหูรูด (ligation of the intersphincteric fistula tract) ทำให้อุบัติการณ์กลับอูจาระไม่ได้หลังผ่าตัดลดลงมาก แต่พบว่าผลหายเพียง ๖๕.๙% เนื่องจากการผ่าตัดวิธีนี้ไม่สามารถระบายหนองที่อาจเกิดขึ้นใหม่จากเนื้อเยื่อที่ยังอักเสบอยู่ได้ มีการคิดวิธีผ่าตัดแบบใหม่จาก GARG และคณะ และรายงานผลการรักษาภาวะฝัคนทสูตรชนิดซับซ้อนโดยการตัดกล้ามเนื้อหูรูดด้านในบางส่วนเพื่อระบายหนอง พบว่าไม่มีอุบัติการณ์กลับอูจาระไม่ได้หลังผ่าตัด และการหายของแผลสูงถึง ๘๔%

เนื่องจากวิธีการผ่าตัดหูรูดทวารภายในบางส่วนมีผลของการหายของแผลที่สูง และมีข้อมูลว่าการตัดกล้ามเนื้อหูรูดทวารภายในบางส่วนบริเวณทวารซึ่งยังคงเป็นการรักษาหลักในโรคแผลเรื้อรังที่กั้นและไม่มีภาวะกลับอูจาระไม่ได้หลังผ่าตัด (พบว่ากลับการผายลมไม่ได้และมีอูจาระเล็ดเล็กน้อยได้ ๔%) การนำวิธีการผ่าตัดหูรูดทวารภายในบางส่วนมารักษาโรคฝัคนทสูตรชนิดซับซ้อนจึงมีโอกาสนำมาใช้ในการรักษาโรคได้หายขาดมากขึ้น

ทฤษฎีการเกิดฝัคนทสูตร

ฝัคนทสูตรส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของต่อมทวารหนัก สาเหตุของอื่นๆของการอักเสบอาจมาจากการติดเชื้อเฉพาะกลุ่ม เช่น วัณโรค อักเสบจาก โรค ลำไส้อักเสบ จากการฉายแสง โรคมะเร็ง หรือจากอุบัติเหตุได้

คำจำกัดความของของฝัคนทสูตรชนิดซับซ้อน

๑. ฝัคนทสูตรที่วิ่งผ่านกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกมากกว่า ๓๐ เปอร์เซ็นต์
๒. ฝัคนทสูตรที่เป็นรูปเกือกม้า
๓. ฝัคนทสูตรในผู้ป่วยลำไส้อักเสบเรื้อรัง
๔. ฝัคนทสูตรในผู้ป่วยที่เคยได้รับการฉายแสง

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

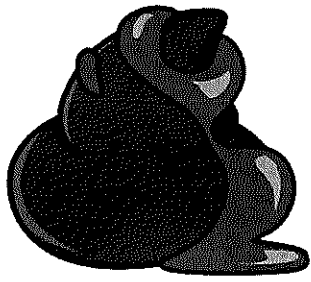
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....
.....หัวหน้าส่วนราชการ

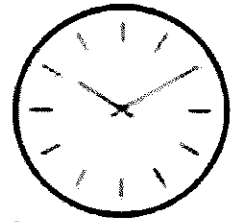
(นางอัมพร เกียรติปานอภิกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

มะเร็ง “ลำไส้ใหญ่” ภัยร้ายใกล้ตัว



ถ่ายเป็นเลือด



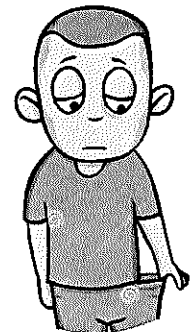
ท้องผูกสลับกับ
ท้องเสีย



ปวดท้องเรื้อรัง



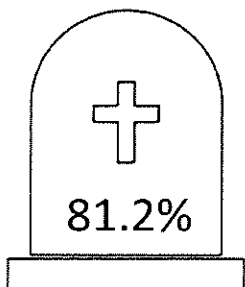
ไม่ถ่าย
ไม่ผายลม



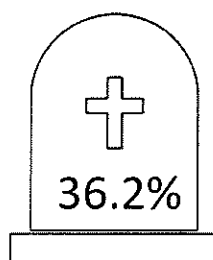
น้ำหนักลดอย่าง
รวดเร็ว

มาตรฐานหา “มะเร็งลำไส้ใหญ่” กันเถอะ

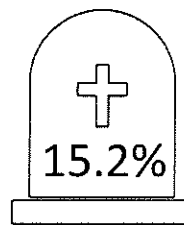
ประโยชน์ที่ได้รับและการนำมาปรับใช้: มีทักษะในการรักษา วินิจฉัยและวิเคราะห์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างแม่นยำและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เมื่อตรวจเจอเร็ว ผู้ป่วยรักษาได้เร็ว เพิ่มอัตราการมีชีวิตรอดที่ 5 ปี
ผู้จัดทำ นายพลาวิต หอวิมานพร นายแพทย์ชำนาญการ



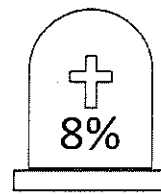
ระยะที่ 4



ระยะที่ 3



ระยะที่ 2



ระยะที่ 1