

รายงานการศึกษา หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอด  
อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก  
ภาควิชาศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี  
ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

จัดทำโดย

นายพิชวัฒน์ สุขสุศิลป์  
นายแพทย์ชำนาญการ  
กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

รายงานการศึกษาหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอด  
อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก  
ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี  
ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ-นามสกุล นายพิชวัฒน์ สุขสุศิลป์ อายุ ๓๔ปี

การศึกษา

- แพทยศาสตร์บัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา ๒๕๕๖
- วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา ๒๕๖๑ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ศัลยกรรมทั่วไป

๑.๒ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ตรวจผู้ป่วยนอก ดูแลผู้ป่วยใน และผ่าตัดผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรม

๑.๓ ชื่อเรื่อง/หลักสูตร แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เพื่อ  ศึกษา  ฝึกอบรม  ประชุม  ดูกาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน - บาท

ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

สถานที่ ภาควิชาศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๑.๔ การเผยแพร่รายงานผลการอบรม ผ่านเว็บไซต์ สนพ. และ กทม.

ยินยอม  ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูกาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อให้ผู้เข้ารับการศึกษานำความรู้ และประสบการณ์ที่ได้รับมาให้บริการ และวางแผนในการรักษาผู้ป่วยทางด้านสาขาวิชาศัลยศาสตร์ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๒.๑.๒ เพื่อนำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลในด้านการดูแลและรักษาในกลุ่มดังกล่าวให้ทั่วถึงและรวดเร็วมากขึ้น

## ๒.๒ เนื้อหา

เนื่องด้วยประเทศไทยในปัจจุบัน มีการพัฒนาขีดความสามารถในทางการแพทย์มากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้เทียบเคียงกับมาตรฐานการแพทย์ชั้นนำในประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะมีการตื่นตัวในเรื่องของการตรวจคัดกรอง และมีการพัฒนาอุปกรณ์ในการช่วยวินิจฉัยโรคต่างๆ ให้รวดเร็วมากขึ้น สิ่งนี้ทำให้อุบัติการณ์โรคทางเดินอาหารและ ทวารหนักมีมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งพบว่าเป็นเช่นเดียวในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยอุบัติการณ์ของการพบมะเร็งลำไส้ ใหญ่มีแนวโน้มที่มากขึ้น แต่ในขณะที่เดียวกันในประเทศที่มีระบบการตรวจคัดกรองและทำการรักษาอย่างถูกต้อง จะพบว่าได้มีการลดอุบัติการณ์ที่จะเกิดมะเร็งได้ เนื่องจากการมีการผ่าตัดตั้งเนื้อที่มีความเสี่ยงออกก่อนที่จะ เปลี่ยนไปเป็นมะเร็ง ดังนั้นจากสิ่งนี้ เราพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง หรือได้รับการ ดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดปัญหาในการรักษาที่ยากขึ้นรวมถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมไปถึง อาจเกิดทุพพลภาพเป็นภาระแก่สังคม และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวง

ปัจจุบันมีประชาชนจำนวนมากที่ป่วยเป็นโรคเนื้องอกหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่ว่าจะเป็น เป็นมะเร็ง หรือโรคทั่วไปอื่นๆ ที่พบได้เช่น ฝัคนสูตรที่ซับซ้อน ซึ่งโรคเหล่านี้ หากได้รับการผ่าตัดรักษาโดยผู้ที่มี ความรู้ ความชำนาญทางด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยตรง จะทำให้โอกาสทุพพลภาพจากการผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นการลดโอกาสมีทวารเทียมถาวร หรือลดโอกาสได้รับบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก ซึ่งผู้ป่วย กลุ่มดังกล่าวมักมีปัญหาหลังผ่าตัด ทำให้มีปัญหาตามมา และนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และส่งผลไปยังค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น ดังนั้นการมีศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีความรู้ความ ชำนาญจึงช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง ทำให้โรงพยาบาลสามารถประหยัด ค่าใช้จ่ายสำหรับรักษาผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

การฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของ ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี ใช้เวลาฝึกอบรมทั้งหมด ๒ ปี โดยตลอดระยะเวลาดังกล่าว แพทย์ประจำ บ้านต่อยอดจะได้ปฏิบัติงานทั้งในห้องตรวจผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย และในห้องผ่าตัดตามอาจารย์หน่วยศัลยศาสตร์ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้ง ๔ ท่าน รวมทั้งยังได้มีการทำงานที่ห้องส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประจำหน่วยส่องกล้อง ทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี

พันธกิจของกรฝึกอบรมอนุสาขาลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก็เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านต่อยอดมี ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในรบบลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตั้งแต่ตั้งเนื้องอกในลำไส้ ไปจนถึง มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรือโรคมะเร็งริดสีดวงทวารหนัก ฝัคนสูตร หรือโรคความผิดปกติของอุ้งเชิงกราน หรือการขับถ่าย อย่างเป็นมาตรฐานเทียบเคียงระดับสากล และปฏิบัติตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษา จริยธรรมให้วิชาชีพ ตอบสนองความต้องการของประเทศด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน

ปัจจุบันองค์ความรู้ด้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีการพัฒนาและเพิ่มพูนอย่างต่อเนื่อง คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบเพื่อวุฒิบัตรอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (อฝส.๓) จึง เห็นสมควรปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้เหมาะสมกับ องค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงและเพื่อให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวช กรรม พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่ประกาศโดยแพทยสภา อฝส.๓ จึงได้ปรับปรุงและจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักฉบับนี้ขึ้น โดยมีพันธกิจที่จะทำให้ศัลยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อ

วุฒิบัตรอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความรู้ความชำนาญในโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวาร ๖ หนักอย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง สามารถให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม นอกจากนี้ความรู้และทักษะด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักดังกล่าวแล้ว ศัลยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมควรมีความสามารถด้านอื่นๆที่สำคัญได้แก่ มีความสามารถในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีความสามารถด้านการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ มีการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ที่ดีรู้จักการทำงานเป็นทีม และการบริหารจัดการ มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีความรับผิดชอบ มีจริยธรรม ทัศนคติ และเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และองค์กรเพื่อ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริการทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความ ต้องการด้านสุขภาพของชุมชน สังคม และระบบบริการสุขภาพของประเทศ ตลอดจนมีความรับผิดชอบต่อสังคม อื่นๆ ตามความเหมาะสม

#### **การบริหารผู้ป่วย (Patient care)**

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

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

๑. อธิบายกลไกการเกิดโรคและชี้แนะแนวทางรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างเหมาะสม บนพื้นฐานความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน (Basic medical science)
๒. อธิบายและตัดสินใจแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างเหมาะสมบน พื้นฐานความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (Clinical science)
๓. ทำหัตถการทางการแพทย์ (Medical procedure) เพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่ และ ทวารหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๔. ให้การบริหารผู้ป่วยโดยคำนึงถึงหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Patient safety)

#### **ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (Interpersonal and communication skills)**

๑. นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยด้วยการพูดหรือเขียน เพื่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วยได้ อย่างมี ประสิทธิภาพ
๒. รับข้อมูลผู้ป่วยจากการอ่านหรือฟัง แล้วสามารถสรุปข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วน
๓. สอนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้แก่นักศึกษาแพทย์ แพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆได้อย่างมี ประสิทธิภาพ
๔. ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๕. ใช้สื่อต่างๆ ในการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. แสดงออกซึ่งภาวะผู้นำในสถานการณ์ ต่างๆ อย่างเหมาะสม

การเรียนรู้และการพัฒนาจากพื้นฐานการปฏิบัติงาน (Practice-based learning and improvement)

๑. ค้นหาข้อมูลจากหนังสือหรือฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้

๒. วิพากษ์และประเมินคุณภาพของบทความวิชาการทางการแพทย์ได้

๓. ทำวิจัยด้วยตนเองเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ในการดูแลผู้ป่วยโรคัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

๔. ทบทวนประสบการณ์และสะท้อนคิด (Reflection) อย่างเหมาะสมเพื่อหาแนวทางพัฒนาตน

วิชาชีพนิยม (Professionalism)

๑. ประพฤติตนอย่างเคร่งครัดตามหลักจริยธรรมวิชาชีพแพทย์

๒. รับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย

๓. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างให้เกียรติ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย

การทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ (Systems-based practice)

๑. ให้การบริหารผู้ป่วยบนพื้นฐานความเข้าใจระบบสุขภาพของประเทศไทย

๒. ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสมตามหลักการของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health economics)

มาตรฐานผลการเรียนรู้

สถาบันฝึกอบรมจัดการฝึกอบรมให้แพทย์ประจำบ้านได้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับผลลัพธ์ การฝึกอบรมที่พึงประสงค์ เน้นการฝึกอบรมโดยใช้การปฏิบัติเป็นฐาน (Practice-based training) มีส่วนร่วมใน การบริหารและรับผิดชอบต่อผู้ป่วย มีการบูรณาการภาคทฤษฎีกับภาคปฏิบัติ และมีการติดตามตรวจสอบกำกับดูแล (Supervision) และให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) แก่แพทย์ประจำบ้าน เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงอย่าง สมบูรณ์ โดยสถาบันฝึกอบรมต้องระบุมตรฐานผลการเรียนรู้ที่สะท้อนถึงคุณสมบัติของศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักตามมาตรฐานความรู้ความชำนาญของศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้ง ๖ ด้านดังกล่าวข้างต้น

โดยวัตถุประสงค์ เมื่อสำเร็จการฝึกอบรมแล้ว แพทย์ประจำบ้านควรมีความสามารถดังนี้

๑. รวบรวมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

๒. ประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดและรอบคอบ ตลอดจนแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการตัดสินใจได้ ด้วย ตนเองอย่างเหมาะสม เมื่อต้องเลือกการรักษาให้กับผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัด

๓. สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาได้บนพื้นฐานของข้อมูลหรือหลักฐานทาง วิทยาศาสตร์ ในปัจจุบันรวมถึงข้อมูลของผู้ป่วย

๔. วางแผนการดูแลผู้ป่วยนอกได้สำเร็จลุล่วง

๕. ให้คำปรึกษาแนะนำและให้ความรู้กับผู้ป่วยรวมถึงครอบครัว โดยใช้ทักษะในการสื่อสารอย่างมี สัมฤทธิ์ผล และมีพฤติกรรมที่อ่อนน้อม

๖. ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลรักษาและการตัดสินใจในการรักษาให้เข้ากับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจน บุคลากร ทางแพทย์อื่น ๆ ได้

๗. แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการรักษาผู้ป่วยด้วยยาหรือการทำหัตถการตลอดจนการผ่าตัดที่เกี่ยวข้อง กับศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้แก่ การผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน การผ่าตัดทวารหนักและลำไส้ตรง การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา การตรวจอัลตราซาวด์ทางทวาร หนัก รวมถึงการแปลผลสรีรวิทยาของลำไส้ตรงและทวารหนัก

๘. แสดงให้เห็นความสามารถในการประยุกต์ความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และทางคลินิก ในการตัดสินใจ แก้ปัญหาที่ไม่คาดคิดซึ่งเกิดขึ้นทั้งในช่วงก่อนการผ่าตัดและในระหว่างการผ่าตัดได้ด้วยตนเอง

๙. แสดงให้เห็นถึงความสามารถให้การดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัดอย่างปลอดภัยรวมถึงตรวจพบและให้การแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

๑๐. ทราบถึงวิธีในการรายงานเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์และเข้าใจบทบาทหรือหน้าที่ของตนเองตลอดจน ความรับผิดชอบในการรายงานเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่านระบบการรายงานความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เหมาะสม

### แผนการฝึกอบรม

หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดยังรวมถึงการสอนและให้ความแก่แพทย์ประจำบ้าน ทั้งในภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎีในกิจกรรมของภาควิชา ในรูปแบบการให้ความรู้ระหว่างการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน การบรรยายความรู้จากเคสผู้ป่วย และการทบทวนหรืออ่านวารสารงานวิจัยทางวิชาการ โดยจะมีการเรียนการสอนเป็นรูปแบบดังนี้

#### ๑. กิจกรรมการเรียนการสอน

๑) การสอนในระหว่างตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมแพทย์ประจำบ้านช่วงเช้า ๗.๐๐น.-๘.๐๐น.

๒) กิจกรรมศัลยศาสตร์ทั่วไปไปพร้อมกับกลุ่มแพทย์ประจำบ้านทั่วไป และคณะอาจารย์ในภาควิชาศัลยศาสตร์ช่วงเวลา ๘.๐๐น.-๙.๐๐น.

๓) จัดให้แพทย์ประจำบ้านได้ตรวจผู้ป่วยและพบปะพูดคุยกับครอบครัวของผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก และให้ข้อมูลการรักษาและแนวทางที่เหมาะสม

๔) จัดให้แพทย์ประจำบ้านมีส่วนร่วมในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยภายใต้การกำกับของอาจารย์ที่ปรึกษา ได้แก่ การแจ้งถึงความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกอื่นในการรักษาที่วางแผนไว้รวมถึงการขออนุญาต จากผู้ป่วยในการผ่าตัดหรือการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยในการผ่าตัดหรือการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

๕) จัดให้แพทย์ประจำบ้านได้มีส่วนร่วมในการผ่าตัดที่หลากหลายทั้งการผ่าตัดภายในช่องท้อง การผ่าตัดทวารหนักและลำไส้ตรง รวมถึงการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โดยแพทย์ประจำบ้านควรอยู่ในฐานะทั้ง เป็นศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัดหรือศัลยแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัดคนที่ ๑ โดยการผ่าตัดหรือหัตถการทั้งหลายควรกระทำภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์เพื่อทำให้แน่ใจว่าแพทย์ประจำบ้านสามารถทำการผ่าตัดรักษาโรค หรือลดอาการเหล่านั้นได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ทั้งนี้ความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นความสำคัญตลอดเวลา

๖) จัดให้แพทย์ประจำบ้านมีส่วนร่วมกับอาจารย์ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และให้การสื่อสารแผนการรักษาหลังผ่าตัดกับผู้ป่วย

- ๗) จัดให้แพทย์ประจำบ้านได้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์อื่น รวมถึงการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงสภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น
  - ๘) จัดให้แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาสรายงานและเขียนรายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบการรายงานอุบัติการณ์อื่นไม่พึงประสงค์ของสถาบันฝึกกอบรม
  - ๙) จัดให้แพทย์ประจำบ้านได้มีส่วนร่วมในการประชุมแบบสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาล กำหนดอาหาร นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนบุคลากรสาขาอื่นๆอย่างเหมาะสม
  - ๑๐) จัดให้แพทย์ประจำบ้านได้มีส่วนร่วมในการตรวจติดตามผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้านในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อจะได้ประเมินผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามแผนที่ได้วางไว้
  - ๑๑) ให้การสนับสนุนแพทย์ประจำบ้านมีส่วนร่วมในการเตรียมการนำเสนอในการประชุมทางวิชาการ เช่น วารสารทางการแพทย์ (Journal Club) และ การวิเคราะห์สาเหตุและการแก้ไขอุบัติการณ์ไม่ถึงประสงค์ (Morbidity and Mortality Conference) ซึ่งกิจกรรมนี้จะทำให้แพทย์ประจำบ้านมีโอกาสได้ทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหรือการแก้ปัญหาผู้ป่วย ตลอดจน ปรับปรุงเวชปฏิบัติของแพทย์ประจำบ้านบนพื้นฐานของการรวบรวมข้อมูลและการให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างเหมาะสม
  - ๑๒) จัดให้มีการประเมินแพทย์ประจำบ้านโดยอาจารย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่มีโอกาสได้สังเกตหรือ ทำงานร่วมกับแพทย์ประจำบ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ในการประเมินทักษะในการบริหารผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้าน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยด้วยความอ่อนน้อม ตลอดจนการทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นได้ การ
  - ๑๓) จัดให้แพทย์ประจำบ้านรวมอยู่ในคณะกรรมการประเมินการจัดการฝึกกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักในสถาบันนั้นๆ เพื่อทำให้มีการปรับปรุงการเรียนการสอนของแพทย์ประจำบ้านและการบริหารผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้านในอนาคต
  - ๑๔) กิจกรรมการประชุมประจำสัปดาห์ของหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทุกวันอังคาร ช่วงเวลา ๙.๐๐น.-๑๒.๐๐น. โดยแบ่งเป็นสามรูปแบบหลักคือ
    - I. การทบทวนวารสารงานวิจัยทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง
    - II. การรวบรวมข้อมูลและสรุปองค์ความรู้การศึกษาตามหัวข้อเรื่องต่างๆ
    - III. การสรุปข้อมูลผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดในช่วงสัปดาห์ รวมถึงการสรุปผลการรักษาหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา
    - IV. การเรียนรู้กรณีศึกษาจากเคสผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
  - ๑๕) การช่วยคุมแพทย์ประจำบ้านในการฝึกผ่าตัด
๒. หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก  
ตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป ๒-๓ วันต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยประมาณ ๑๕-๓๐ รายต่อวัน
  ๓. เข้าปฏิบัติงานในห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี  
เข้าปฏิบัติงานประมาณ ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยราว ๕-๑๕ ราย ต่อวัน
  ๔. การเข้าปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

เข้าปฏิบัติงานประมาณ ๑-๒ ครั้งต่อสัปดาห์ โดนเป็นทั้งแพทย์ผ่าตัด และแพทย์ผู้ช่วย

๕. การอยู่เวรนอกเวลาราชการ

มีการจัดตารางเวรให้แพทย์ประจำบ้านต่อยอดอยู่เวรนอกเวลาราชการ สำหรับการปรึกษาและผ่าตัดโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักฉุกเฉิน โดยเฉลี่ย ๑๐ วันต่อเดือน

๖. การเลือกไปเรียนรู้หรือฝึกปฏิบัติงานนอกตามอัธยาศัย

หลักสูตรจัดให้มีการไปปฏิบัติงานนอกสถานที่ทั้งแบบวนตามระบบและสมัครใจทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยสถานที่ที่ข้าพเจ้าไปศึกษาดูงานได้แก่

๑) หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลศิริราช

๒) หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

๓) หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลรามาธิบดี

๔) หน่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer unit), Kyungpook National University Chilgok Hospital เมืองแดกู ประเทศเกาหลีใต้

๗. การประชุมวิชาการ

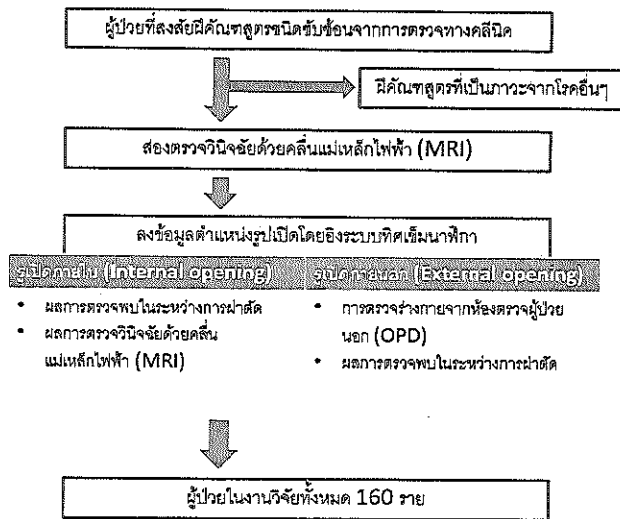
ร่วมงานประชุมและนำเสนอผลงานวิจัย National Surgical Week ๒๐๒๒ วันที่ ๙-๑๑ มกราคม ๒๕๖๖ ณ TRUE ICON HALL, ICON SIAM คลองสาน กรุงเทพฯ

ร่วมงานประชุม “Thai colorectal surgeon forum” เมื่อวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ณ โรงแรมพูลแมน คิง เพาเวอร์ ซอยรางน้ำ เขตพญาไท กรุงเทพฯ

๘. งานวิจัย

ผู้เข้ารับการศึกษาได้เข้าเรียนหลักสูตรศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งได้ทำงานวิจัยจำนวน ๑ เรื่อง ในหัวข้อ ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของรูเปิดด้านในของฝีคัณฑสูตรโดยการอ้างอิงจากตำแหน่งรูเปิดภายนอก (The correlation of complex anal fistula internal opening according to its external opening location) โดยผู้เรียนจะได้ ศึกษาเกี่ยวกับการทบทวนวารสารทางวิชาการ การเขียนและนำเสนอโครงงานวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การอภิปรายผลงานวิจัย การเขียนรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ และการฝึกเสนองานวิจัย โดยงานวิจัยนี้มีแผนผังการวิจัยโดยสังเขปดังนี้





รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นฝีคัณฑสูตร

- เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี
- ช่วงเวลาเก็บข้อมูล มกราคม 2559 - กันยายน 2565

**เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)**

- ฝีคัณฑสูตรชนิดซับซ้อนที่เกิดจากต่อมบริเวณทวารหนักอักเสบ
- ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าก่อนเข้ารับการผ่าตัด

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)**

- ฝีคัณฑสูตรจากภาวะอื่นๆ
- ฝีคัณฑสูตรที่ได้รับการผ่าตัดรักษาฝีคัณฑสูตรมาก่อน
- ฝีคัณฑสูตรที่รูเปิดภายในไม่สามารถตรวจพบหรือยืนยันได้

นอกจากนี้ทางผู้เข้ารับการฝึกอบรมยังได้มีการร่วมทำการวิจัยในหัวข้อ การศึกษารูปแบบและผลการรักษาของฝีคัณฑสูตรชนิดซับซ้อนตามผลการตรวจรังสีวินิจฉัยในโรงพยาบาลราชวิถี โดยในงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาจากการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลราชวิถี

ฝีคัณฑสูตร(Anal fistula) โดยทฤษฎีเชื่อว่าเกิดจากอักเสบของ anal gland จากนั้นจึงลุกลามเป็นฝีหนองและการเกิดระบายออกของหนอง โคนเขาจะไปตามชั้นกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด ทำให้เกิดช่องติดต่อดังกล่าวระหว่างช่องทวารหนักและผิวหนังบริเวณรอบทวารหนัก<sup>(๑)</sup>

ตั้งแต่ปีค.ศ. ๑๘๗๖ ศาสตราจารย์ Park และคณะฯ ได้เสนอการแบ่งประเภทของฝีคัณฑสูตรโดยใช้ลักษณะทางกายวิภาคออกเป็นสี่กลุ่ม โดยอ้างอิงจากความสัมพันธ์ของช่องติดต่อกับกล้ามเนื้อหูรูดโดยการประเมินจากลักษณะทางคลินิก หลังจากนั้นเป็นต้นมา ได้มีการใช้ Park's classification<sup>(๒)</sup> นี้อย่างแพร่หลายในวงกว้าง

หลังจากนั้นเป็นต้นมา ได้มีการเสนอวิธีแบ่งประเภทแบบอื่นอีก เช่น St. James's Hospital university (SJHU) classification<sup>(๓)</sup> หรือ Standard Practice Task Force (SPTF)<sup>(๔)</sup> โดยสมาคมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักแห่งประเทศไทย (American Society of Colon and Rectal Surgeons) โดยการแบ่งกลุ่มนี้เดิมเชื่อว่ามีสำคัญในการเลือกวิธีการรักษา กล่าวคือหากเป็นฝีคัณฑสูตรในกลุ่ม simple fistula (Parks: I, SJUH:II) จะเป็นฝีคัณฑสูตรที่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัด fistulotomy ได้ แต่หากเป็นฝีคัณฑสูตรในกลุ่ม complex fistula (Parks: II-IV, SJUH: III-V) จะไม่ควรใช้การรักษาด้วยการผ่าตัด fistulotomy เนื่องจากอาจจะทำให้เกิดภาวะ fecal incontinence ตามมาได้

แต่อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง ทั้งลักษณะทางกายวิภาคของทวารหนัก ระบบการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดและอุ้งเชิงกราน<sup>(๕)</sup> ตำแหน่งของ Space ระหว่างชั้นเนื้อเยื่อต่างๆ รวมไปถึงวิธีการตรวจวินิจฉัยทางรังสีที่พัฒนาจนมีความแม่นยำมากขึ้น ทั้งการตรวจ MRI หรือ Transanal ultrasonography<sup>(๕)</sup> ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลให้เราพบว่าการแบ่งกลุ่มตามรูปแบบเดิมโดยใช้การประเมินจาก

การอาการและการตรวจร่างกายทางคลินิก อาจไม่ได้สื่อถึงลักษณะทางกายวิภาคที่ถูกต้องของ และไม่ได้ช่วยสะท้อนถึงผลการรักษา และการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมได้ดีเท่าที่ควร โดยการศึกษาของ Garg และคณะ<sup>(๖)</sup> ที่ศึกษาในผู้ป่วยฝีคัณฑสูตรทั้งหมด ๘๔๘ คน พบว่าผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่ม complex fistula ๕๐๔ คนนั้น มีอยู่ราว ๒๑๕ คน (๔๒%) กลับเป็นฝีคัณฑสูตรที่สามารถรักษาด้วยวิธี fistulotomy ได้ ซึ่งผลการศึกษาทำให้ต่อมามีความพยายามที่จะเสนอจัดการแบ่งกลุ่มฝีคัณฑสูตรในแบบอื่นๆ เพื่อหวังว่าจะสามารถสะท้อนถึงความรุนแรงของตัวโรค และสามารถเป็นแนวทางในการเลือกวิธีการรักษาได้

ด้วยเหตุนี้การแบ่งฝีคัณฑสูตรแบบใหม่โดยใช้การตรวจทางวินิจฉัยทางรังสี จะทำให้สามารถแบ่งฝีคัณฑสูตรตามลักษณะทางกายวิภาคได้ถูกต้องแม่นยำมากขึ้น โดยเฉพาะฝีคัณฑสูตรแบบซับซ้อน (โดยคำจำกัดความคือฝีคัณฑสูตรที่มีทางเชื่อมข้ามเหนือก้ามเนื้อหูดมากกว่าร้อยละสามสิบของก้ามเนื้อหูดทั้งหมด หรือเป็นฝีคัณฑสูตรแบบกลับเป็นซ้ำ(recurrent fistula) หรือฝีคัณฑสูตรในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจากโรคประจำตัว)

ฝีคัณฑสูตรที่มีทางเชื่อมข้ามเหนือก้ามเนื้อหูดมากกว่าร้อยละสามสิบของก้ามเนื้อหูดทั้งหมดนั้น จากข้อมูลพบว่ามีโอกาสเกิดปัญหาในการกลั่นอุจจาระหลังการผ่าตัดแบบเปิดได้มาก ทำให้จำเป็นต้องใช้การการผ่าตัดแบบเก็บรักษาก้ามเนื้อหูด (Sphincter-preserving procedure) เพื่อรักษาผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าว แต่จากการศึกษาต่อมาพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสรักรักษาล้มเหลว และการเป็นซ้ำมากกว่าในกลุ่มฝีคัณฑสูตรแบบไม่ซับซ้อน ร่วมกับความหลากหลายของวิธีการผ่าตัดรักษาแบบรักษาก้ามเนื้อหูดในปัจจุบัน ทำให้การประเมินลักษณะของฝีคัณฑสูตรและจัดประเภทอย่างแม่นยำ อาจจะช่วยให้เราสามารถเลือกวิธีการผ่าตัดรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละประเภทได้ดีขึ้น

จากการสังเกตลักษณะทางคลินิก นายแพทย์อรุณ และคณะ<sup>(๗)</sup> ได้นำเสนอการแบ่งประเภทชื่อว่า “Nature Anal fistula pattern” โดยได้อธิบายไว้ว่าทางเดินของฝีคัณฑสูตรนั้น จะเดินทางแทรกไปตามรอยต่อระหว่างชั้นเนื้อเยื่อและก้ามเนื้อตามลักษณะกายวิภาคของช่องทวารหนัก โดยเชื่อว่าจริงๆ แล้วนั้นทางเดินของฝีคัณฑสูตรจริงที่เกิดขึ้นเองน่าจะมีจะรูปแบบที่ตายตัว

แต่อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ยังไม่มีการศึกษาที่สนับสนุนโดยใช้รูปแบบการแบ่งชนิดของฝีคัณฑสูตรแบบดังกล่าวเป็นเกณฑ์โดยใช้ฐานข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยจริง ทั้งในด้านความชุก รวมไปถึงการพยากรณ์โรค

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจประเมินฝีคัณฑสูตรในปัจจุบัน พบว่าการตรวจวินิจฉัยฝีคัณฑสูตรโดยการใช้ MRI (Magnetic resonance imaging มีบทบาทเป็นอย่างมาก ด้วยเนื่องจากความสามารถในการวินิจฉัยที่สูงกว่า CT (computer tomography) ส่วนการตรวจด้วย ultrasound ผ่าทางทวารหนัก (Endoanal ultrasound) มีความสามารถในการวินิจฉัยที่ดีแต่ อาจมีข้อจำกัดในการตรวจประเมินทางเดินฝีคัณฑสูตร ที่มีลักษณะขยายขึ้นไปในแนวลึก (Deep extension) แต่ในขณะเดียวกัน ultrasound ยังคงมีข้อได้เปรียบในแง่ของการตรวจหารูเปิดภายใน (Internal opening) ของฝีคัณฑสูตร ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้การตรวจวินิจฉัยฝีคัณฑสูตรด้วย MRI และ Endoanal ultrasound ถูกใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน

ทางผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงศักยภาพและความเป็นไปได้ในการแบ่งฝีคัณฑสูตรตามลักษณะทางกายวิภาคนี้มาใช้ จึงได้เริ่มทำการศึกษาเทียบกับฐานข้อมูลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อทำการศึกษาทั้งในด้านความครอบคลุมของการวินิจฉัย ความชุกและพยากรณ์โรคในแต่ละประเภท และสุดท้ายนี้ ทางผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถทำให้ทราบว่าการจัดประเภทของฝีคัณฑสูตรในวิธีดังกล่าว จะช่วยในการสื่อถึงลักษณะและ

ความรุนแรงของฝีคัณฑสูตรได้แม่นยำมากขึ้น ซึ่งอาจนำไปช่วยในพยากรณ์โรคและการสะท้อนถึงวิธีการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละประเภทต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบของฝีคัณฑสูตรประเภทที่ผ่านกล้ามเนื้อหูรูด ( Trans-sphincteric anal fistula ) ชนิดซับซ้อนผ่านการตรวจวินิจฉัยทางรังสี และศึกษาการแบ่งประเภทของฝีคัณฑสูตรแบบซับซ้อนตามลักษณะทางกายวิภาคโดยใช้การตรวจทางรังสี เพื่อนำไปศึกษาการอัตราการหายและการเป็นซ้ำของโรคหลังการรักษาของฝีคัณฑสูตรแต่ละรูปแบบ โดยในขณะนี้นักวิจัยดังกล่าวอยู่ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลและศึกษาเพิ่มเติม

นิยามศัพท์เฉพาะ (Operational definition)

- ฝีคัณฑสูตร ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานปี ๒๕๔๒ ได้ให้ความหมายว่า “เป็นชื่อฝีชนิดหนึ่งมักเป็นที่บริเวณขอบทวารหนัก” โดยในปัจจุบันนี้ เชื่อว่าพยาธิสภาพส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบของ anal gland ทำให้โรคนี้มีความสัมพันธ์กับฝีบริเวณทวารหนักและไส้ตรง (Anorectal abscess)

- ฝีคัณฑสูตรซับซ้อน (Complex fistula) ตาม Standard Practice Task Force (SPTF)(๔) โดยสมาคมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักแห่งประเทศไทย (American Society of Colon and Rectal Surgeons) ได้จัดฝีคัณฑสูตรในกลุ่ม Parks: II-IV หรือ SJUH: III-V ว่าเป็นฝีคัณฑสูตรชนิดซับซ้อน (complex fistula) หรือฝีคัณฑสูตรที่มีทางเชื่อมข้ามเหนือก้ามเนื้อหูรูดมากกว่าร้อยละสามสิบของกล้ามเนื้อหูรูดทั้งหมด หรือเป็นฝีคัณฑสูตรแบบกลับเป็นซ้ำ (recurrent fistula) หรือฝีคัณฑสูตรในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจากโรคประจำตัว

- การหายของฝีคัณฑสูตร (healing fistula) – การหายของแผลทั้ง ๒ ตำแหน่ง (ทั้งบริเวณที่เป็นฝีคัณฑสูตรและบริเวณแผลผ่าตัด) และไม่มีอาการของฝีคัณฑสูตรเหลืออยู่ (เช่น มีหนองไหลออกมาจากแผล) ภายในช่วงเวลา ๘ อาทิตย์หลังการรักษา (๑๐)

- การกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) – การกลับเป็นซ้ำ มีอาการของฝีคัณฑสูตรอีกครั้ง (เช่นมีหนองไหลซึม) หลังจากรักษาฝีคัณฑสูตรแล้ว ในบริเวณเดิมหรือใกล้เคียงรอยโรคเดิม ภายในช่วงเวลา ๑ ปีหลังการรักษา

๙. เนื้อหาการฝึกอบรม (medical knowledge)

๑) โรคของลำไส้ตรงและทวารหนัก (Anorectal Disease) ได้แก่

- I. แผลปากทวาร (Anal fissure)
- II. ฝีคัณฑสูตร (Anal fistula)
- III. ริดสีดวงทวาร (Hemorrhoids)
- IV. โรคอุ้งเชิงกราน (Pelvic Floor disease)
- V. ท้องผูก (Constipation)
- VI. อั้นอุจจาระไม่ได้ (Incontinence)

๒) โรคภายในช่องท้องของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

- I. มะเร็งลำไส้ (Carcinoma of the colon)
- II. มะเร็งไส้ตรง (Carcinoma of the rectum)
- III. โรคลำไส้อักเสบ (Crohn's disease)
- IV. โรคกะเปาะลำไส้ (Diverticular disease)

- V. โรคนีื้องอกลำไส้ทางพันธุกรรม (Genetic neoplasia)
  - VI. ไส้ตรงหย่อน (Rectal prolapse)
  - VII. โรคลำไส้อักเสบ (Ulcerative colitis)
- ๓) โรคหรือภาวะที่จำเป็นอื่นๆ ของศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- I. ประเมินผ่าตัด (Pre-operative diagnosis, indication, risk and preparation for operation)
  - II. โรคติดต่อทางเพศ (Colorectal infectious diseases including STDs and other colitis)
  - III. ใส้อุดตัน (Gastrointestinal obstruction)
  - IV. เลือดออก (Lower gastrointestinal hemorrhage)
  - V. เนื้องอกชนิดอื่น (Other neoplastic processes including GIST, lymphoma, carcinoid, desmoid)
  - VI. ลำไส้อักเสบจากฉายแสง (Radiative enteritis)
  - VII. โรคการอักเสบอื่นๆ (Other anorectal diseases;hidradenitis, pilonidal disease, necrotizing fasciitis)
๑๐. ทักษะหัตถการทางเวชกรรม
- ๑) ทางทวารหนัก (Anorectal procedure)
    - I. ตัดริดสีดวง (Hemorrhoidectomy)
    - II. ผ่าเปิดฝีคัณฑสูตร (Fistulotomy)
    - III. ผ่าเปิดฝีคัณฑสูตรชนิดซับซ้อน (Complex fistula management)
    - IV. เย็บซ่อมกล้ามเนื้อหูรูด (Sphincteroplasty and fecal incontinence management)
    - V. ผ่าตัดกล้ามเนื้อหูรูดชั้นใน (Internal sphincterotomy)
    - VI. ผ่าตัดก้อนทางทวารหนัก (Trans-anal excision)
  - ๒) Abdominal procedure
    - I. ผ่าตัดลำไส้ใหญ่ (Segmental colectomy)
    - II. ผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้อง (Laparoscopic colon resection)
    - III. ผ่าตัดลำไส้ตรง (Low anterior resection)
    - IV. ผ่าตัดลำไส้ตรงและปิดทวารหนัก (Abdominoperineal resection)
    - V. ผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงออก (Proctocolectomy with ileostomy or ileoanal reservoir)
    - VI. ผ่าตัดแก้ลำไส้ตรงหย่อนคล้อย (Rectal prolapse repair)
    - VII. ผ่าตัดยกเปิดลำไส้ผ่านทางช่องท้อง (Stoma creation)
    - VIII. ผ่าตัดวันยวะในอุ้งเชิงกรานออก (Total pelvic dissection)
- ๓) การส่องกล้องและประเมินอุ้งเชิงกราน (Endoscopy and pelvic floor procedure)

- I. ใส่อุปกรณ์ตรวจทวารหนัก (Proctoscopy/Anoscopy)
- II.ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy and endoscopic procedures)
- III. ประเมินอุ้งเชิงกราน (Pelvic floor evaluation)

#### การวัดและการประเมินผล

##### ๑) การประเมินทักษะด้านความรู้ของแพทย์ประจำบ้าน

- I. การสอบภายในสถาบัน
- II. การจำลองการสอบปากเปล่า
- III. การสอบประเมินทักษะทางคลินิกด้วยการสอบปฏิบัติร่วมกับการสอบแบบปากเปล่า (OSCE: Objective Structured Clinical Examination)
- IV. การสอบเพื่อวัดนิทรรศการศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

##### ๒) การประเมินทักษะหัตถการทางเวชกรรมของแพทย์ประจำบ้าน

- I. การสังเกตโดยตรงจากการผ่าตัดของแพทย์ประจำบ้าน
- II. บันทึกการทำหัตถการและรายชื่อผู้ป่วยที่ดูแล
- III. ประเมินจากวิดีโอเทปบันทึกการผ่าตัดของแพทย์ประจำบ้าน
- IV. ประเมินจากการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ในการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองและ

#### หุ่นจำลอง

- V. ประเมินด้วยกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้
- VI. การสอบประเมินหัตถการภาคปฏิบัติโดยการประเมินเป็นหัวข้อทางเทคนิค (OSATS: Objective Structured Assessment of Technical Skills)

#### Objective Structured Assessment of Technical Skills)

### ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

#### ๒.๓.๑ ต่อดตนเอง

มีความรู้และความเข้าใจในกลไกการเกิดโรค และชี้แนะแนวทางการรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างเหมาะสม บนพื้นฐานความรู้ และวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน

อธิบายและตัดสินใจแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างเหมาะสมรวมถึงสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ทำหัตถการทางการแพทย์เพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

#### ๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. นำความรู้มาปรับปรุงคุณภาพการบริการและวางแผนในการรักษาผู้ป่วยทางด้านสาขาวิชา ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ

๒. เพื่อนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการสอนและพัฒนาศักยภาพให้นักศึกษาแพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆ ได้ดียิ่งขึ้น

๓. สามารถทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๓.๓ ในด้านอื่นๆ

๑. สามารถประยุกต์ใช้สื่อต่าง ๆ ในการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์ให้แก่บุคคลทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ได้
๒. แสดงออกซึ่งภาวะผู้นำในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

การเข้าร่วมประชุมวิชาการเนื่องงอก ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยมีการร่วมมือกับทีมสหสาขา และแพทย์เฉพาะทางในด้านอื่น ๆ

๓.๒ การพัฒนา

- พัฒนาการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- พัฒนาการผ่าตัด one day surgery ให้มีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. เตรียมหน่วยงานให้ความรู้และเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักแก่ผู้ป่วย
๒. จัดเตรียมเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับตรวจประเมิน และการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
๓. จัดตั้งหน่วยงานนอกเวลาเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน  
(นายพิชวัฒน์ สุขสุศิลป์)  
นายแพทย์ชำนาญการ

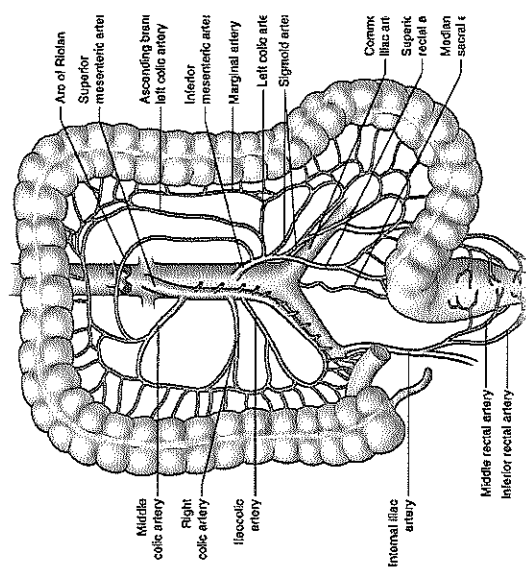
ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้ มาพัฒนาหน่วยงาน และโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ.....  
(นายขจร อินทรบุหรั่น)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

### เนื้อหาความรู้ที่ได้รับ

- ศึกษากลไกการเกิดโรคและแนวทางการรักษาโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ทำความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยรวมไปถึงขอบเขตสิทธิการรักษาเพื่อการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสมตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
- เรียนรู้การทำหัตถการในการแพทย์ที่ซับซ้อนในการรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- เรียนรู้การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ
- เรียนรู้และฝึกฝนทักษะการฝึกสอนแพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ หรือบุคลากรอื่น
- ฝึกฝนและเรียนรู้การค้นหาค้นหาข้อมูลหรือฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ วิกิพจนานุกรมและประเมินคุณภาพของบทความทางวิชาการ เพื่อนำไปพัฒนาต่อยอดในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆต่อไป
- สามารถตรวจวินิจฉัยประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้อย่างถูกต้อง รวมไปถึงสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ ศัลยแพทย์ท่านอื่นๆ แพทย์ประจำบ้าน หรือแพทย์เพิ่มพูนทักษะได้
- สามารถเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยอิงจากทั้งหลักความรู้ในทางวิชาการและหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข รวมไปถึงการออกแบบระบบการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติย
- สามารถทำหัตถการผ่าตัดรักษาโรคลำไส้ใหญ่ทวารหนักที่ซับซ้อนเองได้ รวมไปถึงทนายทอศัลยกรรมให้แก่ศัลยแพทย์คนอื่น ๆ
- ร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพกับรังสีแพทย์ และแพทย์อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบบูรณาการ



### การนำไปใช้

