

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การวินิจฉัยและผ่าตัดรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีส่องกล้อง

2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 2 มิถุนายน 2551 - 14 พฤษภาคม 2552

3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

ปัจจุบันประชาชนให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองมากขึ้นมีการตรวจเช็กร่างกายประจำปีกันอย่างกว้างขวางรวมทั้งการแสวงหาความรู้ความเข้าใจในโรคต่าง ๆ ก็เป็นไปอย่างสะดวก ในโลกของยุคข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมโยงกันได้ทั่วโลก ประชาชนส่วนใหญ่มักจะมีความกังวลที่เป็น “โรคมะเร็ง” โรคมะเร็งเป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกในลำดับต้น ๆ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จัดได้ว่าเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย เป็นโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์มากที่สุดโรคหนึ่ง พบมากในชาวตะวันตก แต่ในประเทศไทยก็พบได้มาก โดยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอุบัติการณ์มากเป็นอันดับที่สามของโรคมะเร็งในเพศชายทั้งหมด (อัตราส่วน 6.2 ต่อประชากร 100,000 คน) และมีอุบัติการณ์มากเป็นอันดับที่หกของโรคมะเร็งในเพศหญิง (อัตราส่วน 4.6 ต่อประชากร 100,000 คน) และมีแนวโน้มว่าอุบัติการณ์จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบันประกอบด้วย การผ่าตัด การให้ยา และการฉายรังสีรักษา โดยการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลัก ทั้งการตัดตัวมะเร็งที่ลำไส้ อวัยวะข้างเคียงหรือการผ่าตัดมะเร็งที่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้วก็ตาม การรักษาในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยที่จะมีโอกาสที่จะหายขาดจากโรคได้ด้วยการผ่าตัด และอาจมีการให้ยาและหรือการฉายรังสีรักษาร่วมด้วย

การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักในรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ คือ การตัดก้อนเนื้องอกและต่อมน้ำเหลืองในบริเวณใกล้เคียงที่อาจมีการกระจายของมะเร็งออกให้หมด ในทางเทคนิคของการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ จะต้องคำนึงถึงเส้นเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ส่วนนั้น ๆ และต่อมน้ำเหลืองที่รับระบายน้ำเหลืองจากลำไส้ใหญ่ส่วนนั้น ๆ ด้วยการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถแบ่งตามตำแหน่งของการตัดต่อส่วนของลำไส้ใหญ่ ดังต่อไปนี้

- การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านขวา (Right hemicolectomy) ทำในกรณีที่ย้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้น เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้น และส่วนหนึ่งของลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางออกไป แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้เล็กเข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางที่เหลืออยู่ รูปที่ 1 A

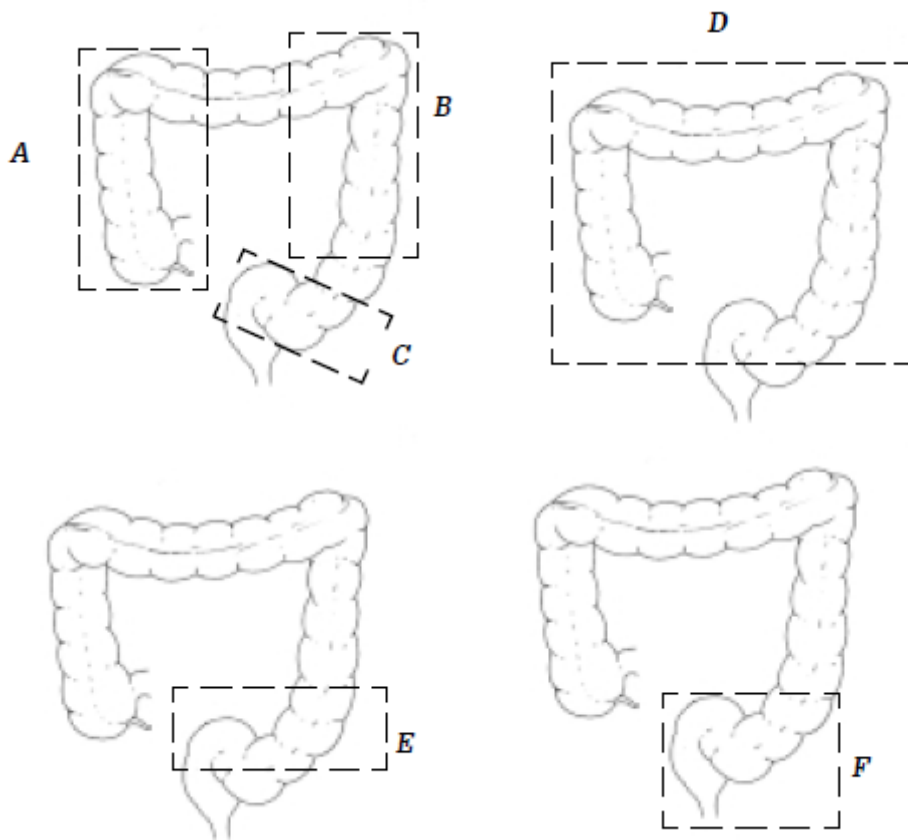
- การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย (Left hemicolectomy) ทำในกรณีที่ย้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนขาลง เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนขาลง และส่วนหนึ่งของลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางออกไป แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวางที่เหลืออยู่เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวหรือลำไส้ใหญ่ส่วนตรง รูปที่ 1 B

- การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยว (Sigmoidectomy) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยว เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวออก แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนขาหลังที่เหลืออยู่เข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนตรง รูปที่ 1 E

- การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกเกือบทั้งหมด (Subtotal colectomy) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในหลายตำแหน่งหรือลำไส้อุดตัน ต้องตัดลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้น ลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวาง ลำไส้ใหญ่ส่วนขาหลัง และลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวออกไป แล้วต่อส่วนปลายของลำไส้เล็กเข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนตรงที่เหลืออยู่ รูปที่ 1 D

- การผ่าตัดลำไส้ตรง (Anterior resection) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงเป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรงพร้อมก้อนเนื้องอกออกไปแล้วต่อส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วนขาหลัง หรือลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวเข้ากับส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ส่วนตรงที่เหลืออยู่ รูปที่ 1 C

- การผ่าตัดลำไส้ตรงออกทั้งหมด และเปิดรูระบายอุจจาระทางหน้าท้อง (Abdomino-perineal resection) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงชนิดหูดทวารหนัก เป็นการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรงส่วนที่เป็นมะเร็งออกไป โดยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการตัดทำลายกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนักได้ จึงต้องนำส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วนขาหลัง หรือลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวเปิดออกเป็นรูระบายอุจจาระทางหน้าท้องอย่างถาวร รูปที่ 1 F



รูปที่ 1 ภาพจำลองลำไส้แสดงการตัดส่วนต่าง ๆ

การผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่นี้ ต้องทำการผ่าตัดผ่านแผลที่หน้าท้อง เรียกว่าการผ่าตัดแบบเปิด (open procedure) เป็นการรักษาตามมาตรฐานหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลยาวที่บริเวณหน้าท้อง ต่อมาเมื่อมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่มากขึ้น ได้มีการใช้เทคโนโลยีกล้องวิดีโอทัศนศาสตร์ช่วยแพทย์ในการผ่าตัดด้วยอุปกรณ์ส่องกล้อง (Laparoscopic surgery) เริ่มพบว่าได้ผลดี และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย พบว่าสามารถช่วยลดอาการปวดหลังการผ่าตัดให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วกว่าเดิมลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติได้เร็วกว่า

การผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีนี้ เป็นที่ยอมรับของศัลยแพทย์ทั่วโลก ในประเทศไทยก็มีการผ่าตัดด้วยวิธีนี้มากขึ้นเรื่อย ๆ การพัฒนาการผ่าตัดนี้ในโรงพยาบาลกลางจะเป็นความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาล และเป็นการเพิ่มศักยภาพเพื่อพัฒนางานไปสู่การผ่าตัดที่ซับซ้อนยิ่งขึ้นไป ซึ่งจะเป็นชื่อเสียงต่อสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

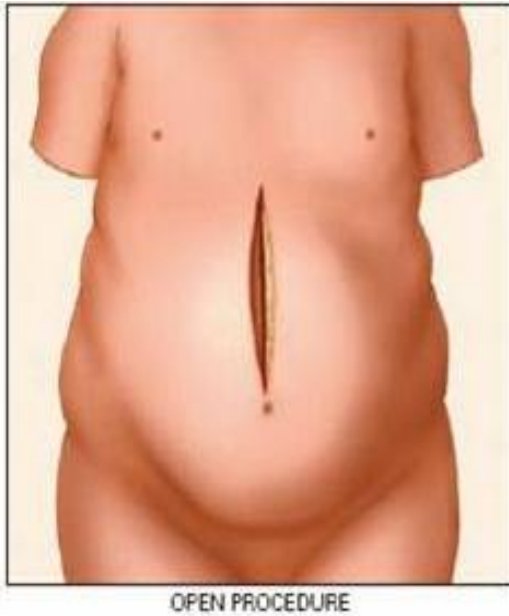
#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

จากกรณีผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 52 ปี มาด้วยอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด 2 เดือน จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย พบว่ามีภาวะซีด และได้ตรวจเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตรวจพบก้อนเนื้ออกที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น ได้ทำการตัดชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่าเป็นมะเร็งเยื่อลำไส้ใหญ่ (Adenocarcinoma well differentiation)

เมื่อได้วินิจฉัยแล้วได้ทำการตรวจเพิ่มเติม ตรวจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น และตรวจสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนการผ่าตัดใหญ่ ตรวจค่าบ่งชี้ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CEA) ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อหาระยะและหลักฐานการกระจายของมะเร็ง ประเมินก่อนมะเร็ง

หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล ได้แก้ไขภาวะซีด ฝึกกายภาพบำบัด และเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด พยาบาลที่ฝึกได้พูดคุย ประเมิน สอนการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ปรึกษาทิมงานห้องผ่าตัดและวิสัญญีแพทย์ เพื่อเตรียมห้องอุปกรณ์การผ่าตัด เจ้าหน้าที่ตามวันและเวลาผ่าตัด

หลังจากผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลการผ่าตัด ตามขั้นตอนปกติของการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ เริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร เมื่อได้ผลขึ้นเนื้อได้ปรึกษาอายุรแพทย์ สาขามะเร็งวิทยาร่วมให้การรักษานผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นตามลำดับ จึงอนุญาตให้กลับบ้าน นัดมาตรวจตามนัด



รูปที่ 2 ภาพแสดงการผ่าตัดแบบเปิด ผู้ป่วย  
จะมีแผลยาวที่หน้าท้อง



รูปที่ 3 ภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ  
ส่องกล้อง มีแผลที่กลางท้องเล็กกว่า  
ส่วนแผลข้าง ๆ เป็นแผลที่ใส่อุปกรณ์ผ่าตัด

## 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

“ไม่มี”

## 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

การดูแลผู้ป่วยประกอบไปด้วยการดูแลก่อนผ่าตัด การผ่าตัดรักษา และการดูแลหลังการผ่าตัด การดูแลก่อนการผ่าตัดประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยเรื่องโรค เรื่องจิตใจ และเรื่องสังคม การดูแลเรื่องโรคโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายผู้ป่วยและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและทางรังสีวิทยา เพื่อที่จะให้ได้วินิจฉัยโรค ประเมินระยะของโรค ค้นหาภาวะแทรกซ้อน ประเมินโรคร่วมและความพร้อมของร่างกายก่อนการรักษา

การดูแลด้านจิตใจ โดยการซักประวัติ พูดคุย ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการแจ้งผลตรวจวินิจฉัย ระยะของโรคให้ผู้ป่วยทราบ ให้กำลังใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาให้ผู้ป่วยทราบถึงข้อดีข้อเสียของวิธีการรักษา ผลการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาของตนเอง

การดูแลด้านสังคม โดยการให้ข้อมูล พูดคุยกับครอบครัวและญาติของผู้ป่วยตามสิทธิของผู้ป่วยให้ความรู้กับครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความเสี่ยงของญาติสายตรงของผู้ป่วย

การประมวลผลข้อมูลการตรวจ และการตรวจพิเศษต่าง ๆ นอกจากนี้ยังได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เพื่อตรวจความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีด ความเข้มข้นของเลือดต่ำ ได้ให้การรักษาก่อนผ่าตัดมีความพร้อมในการผ่าตัด การเตรียมการกายภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการปรึกษาวิสัญญีแพทย์ ประเมินความพร้อมก่อนการผ่าตัด แจ้งพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมทีมห้องผ่าตัด และอุปกรณ์เพื่อใช้ในการผ่าตัดแบบส่องกล้อง

สำหรับการผ่าตัดรักษาในขั้นแรกหลังจากที่ได้เริ่มดมยาสลบผู้ป่วยได้รับจัดทำกรทำความสะอาดระออดผนังหน้าท้อง ปูผ้าปราศจากเชื้อซึ่งเป็นขั้นตอนเช่นเดียวกับการผ่าตัดปกติ การผ่าตัดแบบส่องกล้องจะเริ่มจากการใส่อุปกรณ์ที่ผนังหน้าท้อง เพื่อใช้เป็นช่องทางใส่เครื่องมือเข้าไปผ่าตัด การใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ใส่ในช่องท้องผู้ป่วย เพื่อให้มีที่ว่างในช่องท้องเพื่อใช้ในการผ่าตัด ใช้กล้องวิดิทัศน์ใส่ผ่านอุปกรณ์ที่ผนังหน้าท้อง แทนการมองอวัยวะภายในช่องท้องโดยตรง เพื่อเข้าไปถ่ายภาพออกทางจอวิดิทัศน์ ใช้อุปกรณ์พิเศษตัดและเลาะลำไส้ใหญ่ส่วนที่เป็นมะเร็ง ตั้งแต่ลำไส้เล็กส่วนปลายจนถึงกลางลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง เพื่อให้ได้ลำไส้ใหญ่ด้านขวาและต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ตามเส้นเลือดที่มาเลี้ยงออกมาด้วย เมื่อทำการเลาะลำไส้ได้ทั้งหมดแล้วจึงเริ่มผ่าตัดเปิดขยายแผลที่เคยใส่อุปกรณ์ที่ผนังหน้าท้อง นำอุปกรณ์ส่องกล้องออกจากผู้ป่วย ป้องกันขอบแผล แล้วนำลำไส้ใหญ่ที่เป็นมะเร็งส่วนที่เลาะไว้ออกจากช่องท้องของผู้ป่วย ทำการตัดต่อลำไส้ในช่องท้อง คั้นส่วนที่ตัดต่อกลับไปในช่องท้อง แล้วจึงเย็บปิดแผลที่หน้าท้อง

## 7. ผลสำเร็จของงาน

- 7.1 สามารถผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้น ด้วยการนำเทคโนโลยีการใช้กล้อง ช่วยในการผ่าตัด
- 7.2 ให้การดูแล รักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้น โดยสหสาขาวิชาชีพ

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

- 8.1 สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว
- 8.2 สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น
- 8.3 สามารถสร้างความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษาได้มากขึ้น

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ในการผ่าตัดรักษา ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการผ่านกล้องจะมีความยุ่งยากกว่าการผ่าตัดรักษาแบบเปิดช่องท้องเนื่องจากต้องใช้ความชำนาญ และประสบการณ์ในการผ่าตัด โดยเฉพาะการเลาะลำไส้ใหญ่ส่วนที่ใกล้กับตับ ซึ่งลำไส้ใหญ่ส่วนนี้จะใกล้กับลำไส้เล็กส่วนต้นด้วย ซึ่งการเลาะลำไส้ส่วนนี้อาจเกิดอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงได้ การผ่าตัดผ่านกล้องยังต้องอาศัยความพยายามมากกว่าการผ่าตัดแบบเดิมเพราะการผ่าตัดจะก้าวหน้าไปที่ละน้อย เมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิด แต่ผู้ป่วยประเมินได้ศึกษาจากตำรา วารสารทางการแพทย์ รวมทั้งเข้าอบรมภายในประเทศและศึกษาดูงานต่างประเทศ ทำให้สามารถผ่าตัดรักษาได้

ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยผ่านกล้องจะมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ของโรงพยาบาลมากขึ้น ต้องใช้ประสบการณ์ของบุคลากรมากขึ้น ในอนาคตหากจะขยายงานการผ่าตัดผ่านกล้องนี้การใช้อุปกรณ์บางอย่าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารักษาที่โรงพยาบาลกลางไม่สามารถจ่ายค่าส่วนเกินได้

## 10. ข้อเสนอแนะ

ปัญหาความยุ่งยากในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการผ่านกล้องในแง่เทคนิคการผ่าตัด สามารถจัดการได้โดยการศึกษาเพิ่มเติมจากตำรา วารสารทางการแพทย์และเข้าอบรมในหลักสูตรทั้งในประเทศและต่างประเทศซึ่งมีจัดเป็นระยะ

ปัญหาและอุปสรรคที่พบในแง่ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดซึ่งจะค่อนข้างสูงในอนาคตการผ่าตัดผ่านกล้องก็จะเป็นที่รู้จักของประชาชนมากยิ่งขึ้น ความต้องการการรักษาของชาวกรุงเทพมหานครจะมากขึ้นมากกว่าได้รับการผ่าตัดแบบเปิด ทางภาครัฐน่าจะมีส่วนในการช่วยเหลือประชาชนมากกว่านี้เมื่อมีการใช้อุปกรณ์เหล่านี้จำนวนมากขึ้น ร่วมกับเทคโนโลยีที่ดีขึ้น ราคาของอุปกรณ์ก็น่าจะลดลงเพื่อให้ผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเครือกรุงเทพมหานครเบิกได้ทั้งหมด ถ้าทำเช่นนี้ได้ปริมาณผู้ป่วยที่เข้ามารักษาผ่าตัดด้วยก็จะมากขึ้น ทำให้ทีมการรักษาเกิดความชำนาญมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีต่อชื่อเสียงของกรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นายสุภกิจ นัทรไชยาฤกษ์)

ผู้ขอรับการประเมิน

...../...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นายณัฐเวทย์ มีกุล)

ตำแหน่ง นายแพทย์ 7 วช.

(ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม)

ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลกลาง

...../...../.....

ลงชื่อ.....

(นายชววิทย์ ประดิษฐ์บาทุกา)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

...../...../.....

## เอกสารอ้างอิง

1. Khuhaprema T, Srivatanakul P. Jpn J Clin Oncol. 2008 Apr;38(4):237-43. Epub 2008 Mar 20.
2. Soper NJ, Brunt LM, Kerbl K. Laparoscopic general surgery. N Engl J Med 1994; 330 : 409-419.
3. Phillips EH, Franklin M, Carroll BJ, Fallas MJ, Ramos R, Rosenthal D. Laparoscopic colectomy. Ann Surg 1992; 216 : 703-707.
4. Fleshman JW, Nelson H, Peters WR, et al. Early results of laparoscopic surgery for colorectal cancer : retrospective analysis of 372 patients treat by Clinical Outcomes of Surgical Therapy(COST) Study group. Dis Colon Rectum 1996; Suppl : S53-S58.
5. Nelson H, Weeks JC, Wieand HS. Proposed phase II trial comparing laparoscopic-assisted colectomy vesus open colectomy for colon cancer: In : Journal of the National Cancer Institute monographs. No.19. Bethesda,Md. : National cancer institute, 1995 : 51-6 (NIH publication no. 94-03839.)
6. Weeks JC, Nelson H, Gelber S, et al. Short-term quality-of-life outcomes following laparoscopic- assisted colectomy vs open colectomy for colon cancer: a randomized trial. JAMA 2002; 287 : 321-328
7. Stocchi L, Nelson H. Laparoscopic colectomy for colon cancer : trial update. J Surg Oncol 1998; 68 : 255-267.
8. Hoffman GC, Baker JW, Fitchett CW, Vansant JH. Laparoscopic-assisted colectomy : initial experience. Ann Surg 1994; 219 : 732-740.
9. Chapman AE, Levitt MD, Hewett P, Woods R, Sheiner H, Madderm GJ. Laparoscopic-assisted resection of colorectal malignancies : a systematic review. Ann Surg 2001; 234 : 590-606.
10. Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S, et al. Laparoscopic-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer : a randomized trial. Lancet 2002; 359 : 2224-2229.



ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นายสุภกิจ ฉัตรไชยาฤกษ์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง นายแพทย์ 7 วช. (ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม)

(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 681) สังกัด กลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์

เรื่อง การผ่าตัดรักษามะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้นด้วยวิธีส่องกล้องช่วยผ่าตัดในโรงพยาบาลกลาง

### หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จัดได้ว่าเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบัน ประกอบด้วย การผ่าตัด และ หรือการให้ยาและการฉายรังสีรักษา โดยการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลัก

การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักในรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยที่จะมีโอกาสที่จะหายขาดจากโรคได้ ด้วยการตัดก้อนเนื้องอกออกจากผู้ป่วย ทั้งจุดที่เป็นต้นกำเนิด (Primary site) และจุดที่มะเร็งมีการกระจายออกไป (Metastasis) หลังจากนั้นจึงพิจารณาเรื่องการให้การรักษาเพิ่มเติม (Adjuvant therapy)

ในทางเทคนิคของการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ จะต้องคำนึงถึงเส้นเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ส่วนนั้น ๆ และต่อมน้ำเหลืองที่รับระบายน้ำเหลืองจากลำไส้ใหญ่ส่วนนั้น ๆ ด้วยการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถแบ่งตามตำแหน่งของการตัดต่อส่วนของลำไส้ใหญ่ที่มีเส้นเลือดเดียวกันมาเลี้ยง

การรักษาโดยวิธีปกติ คือ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง แล้วจึงผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็ง และลำไส้ส่วนข้างเคียงที่เลี้ยงด้วยเส้นเลือดเดียวกัน ตัดลำไส้ส่วนที่มีมะเร็งออกพร้อมกับต่อมน้ำเหลืองที่รับน้ำเหลืองจากลำไส้ส่วนนั้นออก

เมื่อเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการพัฒนายิ่งขึ้น การผ่าตัดมีเทคนิคที่พัฒนายิ่งขึ้น การพัฒนาอุปกรณ์เพื่อช่วยให้การรักษามีความทรมานต่อผู้ป่วยลดลง เทคโนโลยีการผ่าตัดผ่านกล้องที่เห็นที่ยอมรับในการผ่าตัดถุงน้ำดีจนเป็นวิธีการรักษามาตรฐานในปัจจุบัน<sup>(1-3)</sup> ซึ่งได้ผลดี จึงนำมาใช้ในการผ่าตัดอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องด้วย

การผ่าตัดรักษามะเร็งด้วยวิธีส่องกล้องนี้ มีการศึกษาพบว่าสามารถทำได้ด้วยความปลอดภัยและได้ผลดีต่อผู้ป่วย ช่วยลดอาการปวดแผลหลังผ่าตัด ช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้รวดเร็วกว่าการผ่าตัดแบบเดิม<sup>(4-8)</sup> จากข้อดีหลาย ๆ อย่างจึงทำให้ศัลยแพทย์ได้พัฒนาการผ่าตัดชนิดนี้ให้ดีขึ้น

ในปัจจุบันที่โรงพยาบาลกลางมีการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องอยู่แล้ว มีเครื่องมือผ่าตัดแบบส่องกล้องอยู่แล้ว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดถุงน้ำดี การผ่าตัดรักษามะเร็งด้วยการส่องกล้องเป็นการผ่าตัดที่ยากกว่าการผ่าตัดถุงน้ำดี การผ่าตัดชนิดนี้ยังมีจำนวนไม่มาก การทำการผ่าตัดรักษาให้กับผู้ป่วยที่มารักษาในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกลางจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนอื่นภายในโรงพยาบาล
2. เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่านกล้อง
3. เพื่อเป็นการเพิ่มทักษะในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้น

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ความพยายามที่จะพัฒนาการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่มีโรคร้ายในช่องท้องด้วยวิธีส่องกล้องมีมานาน<sup>(1,2)</sup> เริ่มจากแนวคิดว่าการผ่าตัดที่ขนาดแผลเล็กกว่า บาดเจ็บต่อผนังหน้าท้องน้อยกว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่า หลังจากมีการพัฒนาอุปกรณ์และเทคนิคการผ่าตัดมาเรื่อย ๆ จนปัจจุบันการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยการส่องกล้องเป็นการผ่าตัดรักษามาตรฐานของการผ่าตัดรักษานิวในถุงน้ำดี

การผ่าตัดผ่านกล้องจึงได้รับการพัฒนาไปใช้ในการผ่าตัดอวัยวะอื่น ๆ อีก และได้รับการพัฒนาเรื่อย ๆ การผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ก็เป็นการผ่าตัดที่สามารถทำได้ มีความปลอดภัย ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังการผ่าตัดได้เร็วขึ้น ปวดแผลหลังผ่าตัดลดลง ใช้เวลานอนในโรงพยาบาลลดลง กลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้รวดเร็วขึ้น<sup>(3-9)</sup> ได้ประโยชน์เช่นเดียวกับการผ่าตัดรักษานิวในถุงน้ำดี

การผ่าตัดผ่านกล้องรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นการผ่าตัดที่อาศัยทักษะ ความชำนาญและใช้เวลามากกว่าการผ่าตัดถุงน้ำดี ในโรงพยาบาลกลางมีบริการการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่แล้ว การพัฒนาการผ่าตัดนี้ขึ้นในโรงพยาบาลจึงเป็นความก้าวหน้าของโรงพยาบาล ความพยายามนี้เป็นการเริ่มต้น เพื่อจะพัฒนาต่อไปให้ได้ผลที่ดี ต้องการการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ อีกมาก

### การสนับสนุนด้านบุคลากร

บุคลากรเป็นทรัพยากรที่มีค่ามากที่สุดขององค์กร การพัฒนาการผ่าตัดผ่านกล้องสามารถทำได้ด้วยการพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลและแพทย์ การผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่านกล้องจะเป็นต้องใช้ทักษะสมัยใหม่ อุปกรณ์เครื่องมือที่ไม่เหมือนกับการผ่าตัดแบบเปิดแบบเดิม มีอุปกรณ์ชนิดใหม่ออกมาตลอด จำเป็นต้องมีการพัฒนาบุคลากรให้มียุทธศาสตร์ความรู้ที่ทันสมัย รู้จัก สามารถเลือกใช้และดูแลอุปกรณ์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยและประโยชน์ต่อผู้ป่วย การผ่าตัดส่องกล้องรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดที่นานกว่าการผ่าตัดแบบเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการพัฒนาความชำนาญ ปริมาณผู้ป่วยที่จะมีมากขึ้น การเพิ่มจำนวนบุคลากรให้รองรับการขยายงานในอนาคตจึงเป็นเรื่องจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลห้องผ่าตัด การจัดให้มีการอบรม

เพิ่มความรู้จากหนังสือหรือวารสารทางวิชาการ การเข้าร่วมประชุมของสมาคมวิชาชีพ ส่งบุคลากรไปศึกษาต่อหรือฝึกฝนเฉพาะด้านเพิ่มศักยภาพให้กับทีมในการรักษา อีกทั้งในการพัฒนางานต่อไปในอนาคต

#### การสนับสนุนด้านสถานที่

ห้องผ่าตัดที่เหมาะสมที่จะใช้ในการผ่าตัดด้วยเครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง ควรจะมีขนาดที่กว้างขวาง พอที่จะวางเครื่องมือที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งเครื่องมือในส่วนตัวแปรสัญญาณภาพ สายนำสัญญาณภาพ ถึงแก๊ส ตัวปั๊มน้ำ และจอแสดงภาพ เครื่องมือในส่วนจี้ตัดต่าง ๆ การออกแบบห้องผ่าตัดเฉพาะจะสามารถช่วยลดการใช้พื้นที่ดังกล่าวได้

#### การสนับสนุนด้านอุปกรณ์

การผ่าตัดในทศวรรษที่ผ่านมาในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะทำอันตรายต่อผู้ป่วยลดลงเรื่อย ๆ (Minimally invasive surgery) การที่จะทำการผ่าตัดให้ได้ผลการผ่าตัดเท่าหรือดีกว่าการผ่าตัดแบบเดิม มีความจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยี ความรู้ ทักษะของบุคลากรและอุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ ที่ทันสมัย ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้แม้จะมีอยู่ในโรงพยาบาลอยู่แล้ว แต่ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของศัลยแพทย์ทั้งโรงพยาบาล เช่น การจัดเรียงผู้ป่วยตามตารางการผ่าตัด จะต้องคำนึงถึงอุปกรณ์เครื่องมือส่องกล้องอีกด้วย หรือบางครั้งขณะที่ศัลยแพทย์ผ่าตัดใช้เครื่องมือจี้ตัดพิเศษอยู่ ศัลยแพทย์ที่ผ่าตัดผู้ป่วยอีกรายมีความจะเป็นในการใช้เครื่องมือนี้ในเวลาเดียวกัน ต้องมีการเคลื่อนย้ายเครื่องมือดังกล่าวไปห้องผ่าตัดอีกห้อง ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อผู้ป่วยหากมีความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมือในเวลาเดียวกัน

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถผ่าตัดรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ดียิ่งขึ้น
2. พัฒนาการผ่าตัดไปยังมะเร็งส่วนอื่น ๆ ของลำไส้
3. สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ปวดแผลลดลง
4. สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น
5. สามารถสร้างความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรักษาได้มากขึ้น

#### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราผ่าตัดด้วยวิธีนี้สำเร็จร้อยละ 80
2. เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีนี้ร้อยละ 20

ลงชื่อ.....

(นายสุภกิจ ฉัตรไชยาฤกษ์)

ผู้ขอรับการประเมิน

...../...../.....

**เอกสารอ้างอิง**

1. Soper NJ, Brunt LM, Kerbl K. Laparoscopic general surgery. *N Engl J Med* 1994; 330 : 409-419.
2. Phillips EH, Franklin M, Carroll BJ, Fallas MJ, Ramos R, Rosenthal D. Laparoscopic colectomy. *Ann Surg* 1992; 216 : 703-707.
3. Fleshman JW, Nelson H, Peters WR, et al. Early results of laparoscopic surgery for colorectal cancer : retrospective analysis of 372 patients treat by Clinical Outcomes of Surgical Therapy(COST) Study group. *Dis Colon Rectum* 1996; Suppl : S53-S58.
4. Nelson H, Weeks JC, Wieand HS. Proposed phase II trial comparing laparoscopic-assisted colectomy vesus open colectomy for colon cancer: In : *Journal of the National Cancer Institute monographs*. No.19. Bethesda,Md. : National cancer institute, 1995 : 51-6 (NIH publication no. 94-03839.)
5. Weeks JC, Nelson H, Gelber S, et al. Short-term quality-of-life outcomes following laparoscopic- assisted colectomy vs open colectomy for colon cancer: a randomized trial. *JAMA* 2002; 287 : 321-328
6. Stocchi L, Nelson H. Laparoscopic colectomy for colon cancer : trial update. *J Surg Oncol* 1998; 68 : 255-267.
7. Hoffman GC, Baker JW, Fitchett CW, Vansant JH. Laparoscopic-assisted colectomy : initial experience. *Ann Surg* 1994; 219 : 732-740.
8. Chapman AE, Levitt MD, Hewett P, Woods R, Sheiner H, Madderm GJ. Laparoscopic-assisted resection of colorectal malignancies : a systematic review. *Ann Surg* 2001; 234 : 590-606.
9. Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S, et al. Laparoscopic-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer : a randomized trial. *Lancet* 2002; 359 : 2224-2229.