



การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผ่านกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

Development of Guidelines for Enhanced Recovery after Laparoscopic Colorectal
Cancer Surgery Patient in Thabo Crown Prince Hospital.

สมศักดิ์ บุญหาร พ.บ.

Somsak Boonharn, (M.D)

อรรถพรณ สุวรรณวัลย์กร พย.บ

Orapan Suwanwalaikorn, (B.N.S.)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

Thabo Crown Prince Hospital

อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

Tha Bo District, Nong Khai Province.

(Received: 7 June 2025, Revised 1 October 2025, Accepted: 22 October 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงกับบุคคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 39 คน และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง จำนวน 27 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความเหมาะสม แบบประเมินผลการปฏิบัติ และแบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ทำการศึกษาาระหว่างเดือนเมษายนพ.ศ. 2567 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568

ผลการวิจัย แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ระยะ 25 กิจกรรม ได้แก่ 1) ระยะ Pre-Operative 9 กิจกรรม ครอบคลุมการให้ข้อมูล การประเมินภาวะสุขภาพและโภชนาการ การเตรียมตัวผ่าตัด และการหลีกเลี่ยงการงดอาหารนานเกินไป 2) ระยะ Intra-Operative 6 กิจกรรม เน้นการผ่าตัดผ่านกล้อง การจัดการสารน้ำที่เหมาะสม และการรักษาอุณหภูมิร่างกาย 3) ระยะ Post-Operative 7 กิจกรรม ส่งเสริมการเคลื่อนไหว การฝึกหายใจ การรับประทานอาหารเร็ว การระงับปวด และการป้องกันคลื่นไส้อาเจียน และ 4) ระยะ Discharge 3 กิจกรรม การให้ข้อมูลครบถ้วนและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ผลการนำไปปฏิบัติ พบว่า บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางได้ร้อยละ 97.07 มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด (\bar{x} = 4.23-4.59, SD = 0.28 - 0.64) ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.16 วัน ลดลงจาก 13 วัน ไม่พบภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัด พบภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว 1 ราย และไม่มีผู้เสียชีวิต

แนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง ส่งผลให้ระยะเวลาอนโรยาลดลง ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดผ่านกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ผ่านกล้อง, การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด
ติดต่อผู้พิมพ์ : สมศักดิ์ บุญหาร อีเมล : boonharn.somsak@gmail.com

Abstract

This action research aimed to develop and examine the effects of an enhanced recovery after surgery guideline for patients undergoing laparoscopic colorectal cancer surgery at Thabo Crown Prince Hospital. The study sample consisted of 39 healthcare personnel involved in patient care and 27 colorectal cancer patients who underwent laparoscopic surgery at Thabo Crown Prince Hospital. A purposive sampling method was used. Data were collected using interviews, focus group discussions, questionnaires, and practice assessment forms. Data analysis employed descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis. The study was conducted between April 2024 and February 2025.

Results: the developed pathway comprised 4 phases and 25 activities 1) Pre-Operative Phase (9 activities) covered patient information, health and nutritional status assessment, surgical preparation, and avoidance of prolonged fasting. 2) Intra-Operative Phase (6 activities) focused on laparoscopic surgery, appropriate fluid management, and maintaining normothermia. 3) Post-Operative Phase (7 activities) promoted early mobilization, breathing exercises, early oral feeding, pain management, and prevention of nausea and vomiting. 3) Discharge Phase (3 activities) ensured comprehensive information and continuous follow-up. Implementation outcomes showed that personnel adhered to the pathway at 97.07%. The pathway was rated as very appropriate to most appropriate (\bar{x} = 4.23-4.59, SD = 0.28-0.64). Patient outcomes included an average length of hospital stay of 7.16 days, a significant reduction from the baseline of 13 days. There were no surgical site infections, one case of anastomotic leak, and no mortality.

The development of Guidelines for Enhanced Recovery after Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery is appropriate and feasible for implementation. It resulted in a reduced length of hospital stay, fewer complications, and effectively improved the quality of care for patients undergoing laparoscopic colorectal cancer surgery

Keywords : Colon and rectal cancer patients, Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery Patients, Promoting post-operative recovery.

Corresponding author : Somsak Boonharn **Email :** boonharn.somsak@gmail.com

บทนำ

จากสถิติผู้ป่วยของสถาบันมะเร็ง⁽¹⁾ พบมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นอันดับที่ 3 ในผู้ชาย และเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิง ซึ่งในการรักษาโรคจะต้องใช้ทั้งการผ่าตัดร่วมกับการใช้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา โดยจะใช้การผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก ในส่วนการให้ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีนั้นจะเป็นการรักษาเพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ โดยส่วนใหญ่แล้วมะเร็งลำไส้ใหญ่จะให้การรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด ส่วนมะเร็งทวารหนักจะฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด ซึ่งอาจจะให้ก่อนหรือหลังผ่าตัดก็ได้⁽²⁾ ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นได้เป็นที่นิยมกันมากทั้งในและต่างประเทศ เพราะศัลยแพทย์สามารถ

มองเห็นลักษณะทางกายวิภาคในอุ้งเชิงกรานได้อย่างชัดเจน และช่วยลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อเส้นประสาท และอวัยวะข้างเคียงได้⁽³⁾ ซึ่งข้อดีของการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องนั้นจะสามารถทำได้ทุกระยะในผู้สูงอายุ รวมถึงผลหลังการผ่าตัดระยะสั้น (short-term outcome) คุณภาพความปลอดภัยจากการผ่าตัดมะเร็ง (oncologic safety) จะดีกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทย การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนปลายผ่านกล้องได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งการผ่าตัดด้วยวิธีดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและสูญเสียเลือดน้อยกว่า สามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น⁽⁵⁾

ถึงแม้ว่าการผ่าตัดผ่านกล้องจะมีประสิทธิภาพดีในแง่ของการรักษา แต่ทว่าการผ่าตัดก็ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การปวด คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ขาดสารอาหาร การติดเชื้อหลังผ่าตัด ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง⁽⁶⁾ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นสำคัญ ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด รวมถึงการลดภาวะเครียดจากการผ่าตัด การจัดการความปวดที่เหมาะสม การงดอาหารและน้ำเท่าที่จำเป็นที่จะไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะเดียวกันควรส่งเสริมการเคลื่อนไหวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ⁽⁷⁾ จากการศึกษาแนวทางปฏิบัติฯ ของ ERAS® Society พบว่า แนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ครอบคลุมทุกช่วงเวลาของการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยมุ่งเน้นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดให้เร็วยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยต่าง ๆ ทำงานอยู่ในภาวะปกติ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ลดการตอบสนองต่อความเครียดในช่วงระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด เป็นผลให้ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล และลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาลงได้⁽⁸⁾

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ มียุทธศาสตร์ด้าน smart service โดยพัฒนาเป็นศูนย์ความเป็นเลิศในด้านการส่องกล้อง การผ่าตัดผ่านกล้องและการผ่าตัดแผลเล็กทางศัลยกรรม ซึ่งแต่ละปีได้ให้การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเฉลี่ย 35 รายต่อปี จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา มีระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 13 วัน⁽⁹⁾ ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายตามมาตรฐาน และจากการทบทวนแนวทางในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ยังไม่มีแนวทางที่จะส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ชัดเจน และเป็นในทิศทางเดียวกันตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้แนวคิด ERAS มาเป็นกรอบในการพัฒนา เพื่อให้มีแนวทางการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกันซึ่งจะช่วยให้ออกตอบสนองต่อความต้องการรายบุคคลได้ครอบคลุม ซึ่งมีผลอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย มีระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว เจ็บน้อย ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติได้เร็วยิ่งขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทำการศึกษาระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ. 2567 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาทำการศึกษาทั้งสิ้น 40 สัปดาห์ โดยมีการดำเนินการศึกษาวิจัยใน 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผ่านกล้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลพระยุพราชทำบ่อ โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) บุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 2 คน วิสัญญีพยาบาล 2 คน พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม 4 คน พยาบาลคลินิกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก 2 คน นักกายภาพ 1 คน โภชนากร 1 คน 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา และมีเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ย้ายสถานที่ทำงาน หรือเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ 2) ไม่สามารถอยู่จนครบระยะเวลาที่ทำการศึกษา เป็นต้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรม และสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้อง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1990)⁽¹⁰⁾ ร่วมกับแนวคิดแนวคิด Enhanced Recovery After Surgery ERAS[®] 2018⁽⁶⁾ มาดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างเป็นที่สหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มจากการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การจัดการความปวด การดูแลก่อนและหลังผ่าตัด จัดทำร่างแนวทางปฏิบัติ จากนั้นนำเอาข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และกำหนดร่างแนวทางปฏิบัติฯ เพื่อที่จะนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 การนำแนวทางฯ ไปปฏิบัติและประเมินผลการใช้ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Random Sampling) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย จำนวน 39 คน โดยอาศัยเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) บุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม เช่น ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ 2) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน และไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดผ่านกล้อง จำนวน 27 คน มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่เข้ารับรักษาตัวในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567-เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 2) รู้สึกดีดี การได้ยินปกติ ฟังและพูดภาษาไทยได้ 3) ยินดีร่วมมือในการทำวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินต้องเข้ารับการรักษาทันที 3) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีดังนี้

ระยะที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน และแบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกใน 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2) การจัดการความปวด 3) การดูแลก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว 4) แนวทางการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และข้อเสนอแนะปรับปรุง

ระยะที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แนวคำถามหลักในการสนทนากลุ่มการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วง ในประเด็น ดังนี้ ก่อนเข้ารับการรักษาผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด

ระยะที่ 3 แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความเหมาะสมของแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 15 ข้อ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักผ่านกล้อง จำนวน 24 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนปฏิบัติตามแนวทางฯ (ให้ 1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติตามแนวทางฯ (ให้ 0 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนการเสียชีวิต เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของคำถาม (Clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และนำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ประกอบด้วยศัลยแพทย์ จำนวน 2 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ครบถ้วน จากนั้นนำไปหาค่า IOC (Index of Item - Objective Congruence) โดยค่าที่ใช้ได้ต้องอยู่ระหว่าง 0.66 - 1 จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ โดยเก็บข้อมูลสถิติจากสารสนเทศ การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม และรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และบันทึกผลการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และนำมาถอดเทปเพื่อรวบรวมข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น

ระยะที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

ระยะที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของของแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผ่านกล้อง และบันทึกผลการดูแลผู้ป่วย เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนการเสียชีวิต เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามหนังสือรับรองเลขที่ NKP: 17/2567 เมื่อวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

1. การศึกษาสถานการณ์ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องที่ผ่านมา พบว่า หน่วยงานศัลยศาสตร์ของโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ ยังไม่มีแนวทางในการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดที่ชัดเจน ทำให้ผู้ให้บริการมีแนวทางปฏิบัติงานที่หลากหลาย

ใช้ระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนาน การประเมินภาวะโภชนาการยังไม่เหมาะสม ตลอดจนผู้ป่วยไม่ได้รับการฝึกบริหารการหายใจอย่างถูกวิธี และเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยบางราย จะได้รับการกระตุ้นการเคลื่อนไหวซ้ำ และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูสุขภาพไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมถึงผู้ป่วยบางคนยังไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมก่อนเข้ารับการผ่าตัดด้วย เป็นต้น

2. การพัฒนาแนวทางฯ ประกอบ 4 ระยะ คือ

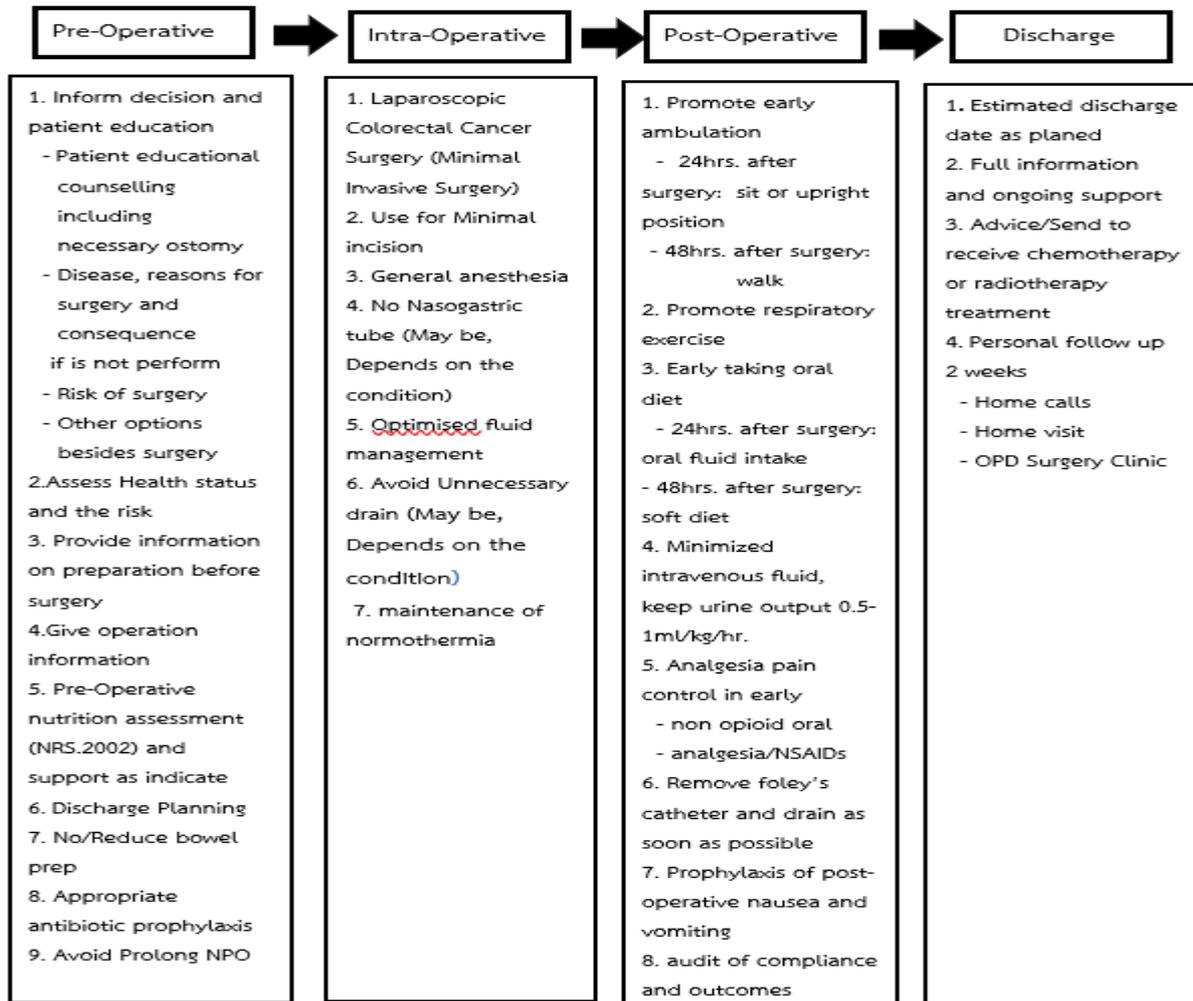
ระยะที่ 1 : ระยะ Pre-Operative มีการดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ 1) การให้ข้อมูลและความรู้ เพื่อการตัดสินใจรักษา (Inform decision and patient education) ได้แก่ Patient educational counselling including necessary ostomy, Disease, reasons for surgery and consequence if is not perform, Risk of surgery, 2) การประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยง (Assess Health status and the risk) 3) การให้ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด (Provide information on preparation before surgery) 4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด (Give operation information) 5) การประเมินภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ NRS 2002 และแก้ไขภาวะทุโภชนาการก่อนผ่าตัด (Pre-Operative nutrition assessment and support as indicate) 6) การวางแผนการจำหน่าย (Discharge Planning) 7) งด/ลดการเตรียมลำไส้ (No/Reduce bowel prep) 8) การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Appropriate antibiotic prophylaxis) 9) การหลีกเลี่ยงการงดอาหารและน้ำที่นานเกินไป (Avoid Prolong NPO)

ระยะที่ 2 : ระยะ Intra-Operative มีการดำเนินการในกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ 1) Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery (Minimal Invasive Surgery) 2) Use for Minimal incision (No large incision) 3) Generation anesthesia 4) No Nasogastric tube May be, Depends on the condition 5) การให้สารน้ำที่เหมาะสมและเพียงพอ (Optimized fluid management) 6) Avoid Unnecessary drain (May be, Depends on the condition) 7) maintenance of normothermia

ระยะที่ 3 : ระยะ Post – Operative มีการดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ 1) Promote early ambulation ได้แก่ 24 hrs. After surgery sit or upright position, 48 hrs. After surgery walk 2) Promote respiratory exercise 3) early taking oral diet ได้แก่ 24 hrs. After surgery oral fluid intake, 48hrs. After surgery soft diet 4) ลดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Minimized intravenous fluid, keep urine output 0.5-1ml/kg/hr.) 5) การระงับปวดตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (Analgesia pain control in early non opioid oral 6) Remove Foley's catheter and drain as soon as possible 7) Prophylaxis of post-operative nausea and vomiting

ระยะที่ 4 : ระยะ Discharge มีการดำเนินการในกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ 1) ให้ข้อมูลตามแผนการจำหน่ายที่ครบถ้วน ติดตาม สนับสนุนการรักษาต่อเนื่อง (Full information and ongoing support) 2) Send to receive chemotherapy or radiotherapy treatment 3) ติดตามผลรายบุคคลทุกรายใน 2 สัปดาห์ (Personal follow up) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

Guidelines Enhanced Recovery after Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery Patient



ภาพที่ 1: Guidelines Enhanced Recovery after Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery Patient

4. ผลการนำไป และการประเมินผล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องๆ กับการดูแลผู้ป่วย จำนวน 39 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.50 มีอายุเฉลี่ย 37.41 ปี โดยมีอายุสูงสุด 54 ปี และต่ำสุด 27 ปี ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ไม่เคยอบรมระยะสั้น ร้อยละ 53.8 ปฏิบัติงานที่ตึก ศัลยกรรม ร้อยละ 51.30 รองลงมางานการพยาบาลวิสัญญี ร้อยละ 25.60 มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 84.6 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 87.20

2) ผลการปฏิบัติตามแนวทางฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถตามแนวทางฯ ในระยะ Pre- Operative ได้ ร้อยละ 98.29 ในระยะ Intra-Operative สามารถปฏิบัติฯ ได้ ร้อยละ 100 ระยะ Post-Operative สามารถปฏิบัติฯ ได้ ร้อยละ 97.07 และระยะ Discharge สามารถปฏิบัติฯ ได้ ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางฯ (N=39)

ข้อ	กิจกรรม	ปฏิบัติ (คน)	ร้อยละ	\bar{x}	SD
Pre-Operative					
1	การให้ข้อมูลและความรู้เพื่อการตัดสินใจรักษา	39	100	1.00	0.00
2	ประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วย	39	100	1.00	0.00
3	ให้ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด	39	100	1.00	0.00
4	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด	39	100	1.00	0.00
5	ประเมินภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ และแก้ไขก่อนผ่าตัด	36	92.3	0.92	0.27
6	วางแผนการจำหน่าย (Discharge Planning)	39	100	1.00	0.00
7	งด/ลดการเตรียมลำไส้ (No/Reduce bowel prep)	39	100	1.00	0.00
8	ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	39	100	1.00	0.00
9	หลีกเลี่ยงการงดอาหารและน้ำที่นานเกิน 12 ชั่วโมง	36	92.3	0.92	0.27
	โดยรวม		98.29	0.92	0.03
Intra - Operative (N=3) เฉพาะศัลยแพทย์					
10	Laparoscopic Colorectal Cancer Surgery (Minimal Invasive Surgery)	3	100	1.00	0.00
11	Use for transverse incision	3	100	1.00	0.00
12	General anesthesia	3	100	1.00	0.00
13	No Nasogastric tube	3	100	1.00	0.00
14	Optimized fluid management	3	100	1.00	0.00
15	maintenance of normothermia	3	100	1.00	0.00
	โดยรวม		100	1.00	0.00
Post - Operative					
16	แนะนำ/กระตุ้นการลุกเดิน (Promote early ambulation)	37	94.9	0.95	0.22
17	แนะนำกระตุ้นฝึกหายใจ (Promote respiratory exercise)	38	97.4	0.97	0.16
18	Early taking oral diet	37	94.9	0.95	0.22
19	ลดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, รักษาระดับปัสสาวะออกที่ 0.5-1 มล./กก/ชม.	38	97.4	0.94	0.16
Post - Operative					
20	ให้ยาระงับปวด analgesia/NSAIDs งดการให้ Opioid	39	100	1.00	0.00
21	ถอดสายสวนปัสสาวะ และท่อ drain โดยเร็วที่สุด	39	100	1.00	0.00
22	ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน	37	94.9	0.95	0.22
	โดยรวม		97.07	.97	0.06

(ต่อ) ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ร้อยละ ของการปฏิบัติกิจกรรมกิจกรรมตามแนวทางฯ (N=39)

ข้อ	กิจกรรม	ปฏิบัติ (คน)	ร้อยละ	\bar{x}	SD
Discharge					
23	ให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ติดตามสนับสนุนการรักษาต่อเนื่อง	39	100	1.00	0.00
24	ให้คำแนะนำหรือส่งต่อเพื่อ เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา	39	100	1.00	0.00
25	ติดตามผลรายบุคคล 2 สัปดาห์	39	100	1.00	0.00
โดยรวม			100	1.00	0.00

3) ผลประเมินความเหมาะสมของแนวทางฯ พบว่า ข้อที่ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมของแนวทางฯ ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.90$, $SD = 0.39$) คือ สาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในพัฒนาแนวทางฯ รองลงมาคือ การพัฒนาแนวทางมีวิธีการสร้างโดยใช้แนวทางการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ($\bar{x} = 4.82$, $SD = 0.38$) ส่วนข้อที่มีความเหมาะสมของแนวทางฯ น้อยสุดคือ กระบวนการพัฒนาโดย สัมภาษณ์ / สทนากลุ่ม/ประชุมเชิงปฏิบัติการ ($\bar{x} = 3.77$, $SD = 0.58$) รองลงมา มีการระบุขอบเขตและวัตถุประสงค์ของแนวทางที่สร้างขึ้น ($\bar{x} = 4.05$, $SD = 0.60$) เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลประเมินความเหมาะสมของแนวทางฯ (N=39)

ผลการประเมินรายข้อ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์			
1. มีการระบุขอบเขตและวัตถุประสงค์ของแนวทางที่สร้างขึ้น	4.05	0.60	มากที่สุด
2. การสัมภาษณ์กลุ่มครอบครัวเรื่องการส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ERAS)	4.15	0.49	มากที่สุด
3. แนวทางที่สร้างขึ้นเหมาะสมกับการดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	4.77	0.54	มากที่สุด
โดยรวม	$\bar{x} = 4.32$	$SD = 0.28$	
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย			
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในพัฒนาแนวทางฯ	4.13	0.77	มากที่สุด
5. สาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในพัฒนาแนวทางฯ	4.90	0.39	มากที่สุด
โดยรวม	$\bar{x} = 4.51$	$SD = 0.39$	
ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ			
6. การพัฒนาแนวทางมีวิธีการสร้างโดยใช้แนวทางการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	4.82	0.38	มากที่สุด
7. มีการทบทวนวรรณกรรม/เอกสาร มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มา	4.28	0.45	มาก
8. มีกระบวนการพัฒนาโดย สัมภาษณ์/ สทนากลุ่ม/ประชุมเชิงปฏิบัติการ	3.77	0.58	มากที่สุด
9. แนวคำถามการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	4.05	0.64	มากที่สุด
โดยรวม	$\bar{x} = 4.23$	$SD = 0.27$	

(ต่อ) ตารางที่ 3 ผลประเมินความเหมาะสมของแนวทางฯ (N=39)

ผลการประเมินรายชื่อ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านความชัดเจนของการนำเสนอ			
10. ระบุวิธีการดำเนินการได้อย่างชัดเจนและครอบคลุมด้านการนำไปใช้	4.59	0.64	มากที่สุด
11. เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.62	0.54	มากที่สุด
12. มีการอธิบายเกณฑ์ประเมินผล	4.41	0.63	มากที่สุด
13. แนวทางมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้ง่าย	4.28	0.56	มากที่สุด
โดยรวม	$\bar{x} = 4.43, SD = 0.32$		
ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ			
14. ผู้ร่วมสร้างแนวทางมีอิสระในการให้ข้อมูลโดยไม่มีการถูกบังคับหรือชี้นำ	4.38	0.59	มากที่สุด
15. มีหลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้ร่วมพัฒนาแนวทางในแบบบันทึกข้อมูล	4.10	0.72	มากที่สุด
โดยรวม	$\bar{x} = 4.24, SD = 0.44$		

4) ผลการนำแนวทางฯ ไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Colectomy จำนวน 27 คนส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.67 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 88.89 สถานภาพโสดร้อยละ 11.11 อายุเฉลี่ย 58 ปี โดยมีอายุระหว่าง 50-70ปี ร้อยละ 62.96 อายุน้อยกว่า 50 ปีร้อยละ 22.22 อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.82 พบว่า ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีติดเชื้อของแผลผ่าตัด (SSI) แต่พบมีภาวะแทรกซ้อนรอยต่อลำไส้รั่ว (Anastomosis leakage) จำนวน 1 คน โดยภาพรวมมีวันนอนเฉลี่ยโดยรวม 7.16 วัน จำแนกได้ ดังนี้

(1) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Lap Lt. Hemi colectomy จำนวน 5 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อแผลผ่าตัด และรอยต่อลำไส้รั่ว และวันนอนเฉลี่ย 5.67 วัน

(2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Lap Rt. Hemi colectomy จำนวน 6 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อแผลผ่าตัด และรอยต่อลำไส้รั่ว และมีวันนอนเฉลี่ย 6.50 วัน

(3) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Lap. APR จำนวน 11 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อแผลผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนรอยต่อลำไส้รั่ว 1 คน และมีวันนอนเฉลี่ย 9.09 วัน

(4) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Lap. Sigmoidectomy จำนวน 5 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อแผลผ่าตัด และรอยต่อลำไส้รั่ว และวันนอนเฉลี่ย 7.40 วัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการนำแนวทางส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผ่านกล้องไปใช้กับผู้ป่วย (N=27)

ชนิดการผ่าตัด colorectal	จำนวน	วันนอนเฉลี่ย	SSI	ภาวะแทรกซ้อน Anastomosis leakage	เสียชีวิต
1. Lap Lt. Hemi colectomy	5	5.67	0	0	0
2. Lap Rt. Hemi colectomy	6	6.50	0	0	0
3. Lap. APR	11	9.09	0	1	0
4. Lap. Sigmoidectomy	5	7.40	0	0	0

วิจารณ์ (Discussion)

สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. จากการศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยฯ ไม่มีแนวทางในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับคำแนะนำที่แตกต่างกัน เนื่องจากบุคลากรแต่ละคนอาจจะมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยต่างกันไป เช่น การประเมินความปวด หรือการให้สารน้ำ เป็นต้น ขณะเดียวกันก็มีการประเมินภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม รวมถึงยังไม่ได้มีการฝึกบริหารการหายใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งภายหลังการผ่าตัดช่องท้องนั้น ผู้ป่วยมักจะเจ็บแผลและไม่กล้าหายใจลึก ๆ ประกอบกับฤทธิ์ของยาสงบ ทำให้การขยายตัวของปอดลดลง หากไม่มีการฝึกบริหารการหายใจอย่างถูกวิธีจะนำไปสู่ภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) มีเสมหะคั่งค้างในปอดอักเสบติดเชื้อ (Pneumonia) ได้ง่าย ประกอบกับมีการกระตุ้นการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดก็ได้ล่าช้าด้วยแล้ว ยิ่งส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยอย่างมาก จะเห็นได้ว่า การนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ ไม่ได้ส่งผลต่อการพักฟื้น แต่กลับสร้างปัญหาหลายอย่างตามมาที่จะทำให้ผู้ป่วยต้องเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Deep Vein Thrombosis - DVT) การทำงานลำไส้ได้ช้า (Postoperative Ileus) และยังทำให้กล้ามเนื้อลีบและอ่อนแรง ส่งผลต่อการฟื้นตัวโดยรวมได้ช้าลงไปอีก และผู้ป่วยนัดผ่าตัดก็ยังไม่เคยได้รับคำปรึกษาจากแพทย์อายุรกรรมมาก่อนเข้ารับการผ่าตัดด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัว (Comorbidities) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคไต ย่อมเพิ่มความเสี่ยงมากมายตามมา จะเห็นว่า เมื่อไม่มีแนวทางหรือมาตรฐานกลางในการปฏิบัติ ก็ย่อมจะเป็นการยากที่จะประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลมีคุณภาพเพียงพอหรือไม่ จากประเด็นต่าง ๆ ล้วนส่งผลกระทบต่อโดยตรงและรุนแรงต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การฟื้นตัวของผู้ป่วยช้าลง, มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตน้อยลงตามไปด้วย สอดคล้องกับศึกษาของนรลักษณ์ เสนหาและคณะ(2558)⁽¹²⁾ ที่พบว่า ถ้ามีภาวะทุพโภชนาการก่อนผ่าตัดมากขึ้นหนึ่งหน่วยมาตรฐานจะมีโอกาสฟื้นตัวหลังผ่าตัดลดลงเท่ากับ 0.265 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริพรรณ ภมรพล และคณะ(2556)⁽¹³⁾ พบว่า ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารหลังผ่าตัดและระยะเวลาการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดที่เหมาะสมส่งผลต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการจัดการกับปัญหาทางด้านอายุรกรรมเพื่อควบคุมสภาวะร่างกายให้อยู่ในสภาพพร้อมที่สุดตั้งแต่แรกเริ่ม จะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น⁽¹⁴⁾ จากสถานการณ์ที่กล่าวมาทั้งหมดในขั้นต้น การสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและครอบคลุม โดยการนำแนวทาง ERAS - Enhanced Recovery After Surgery มาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วที่สุดและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

2. ผลของการพัฒนาฯ ทำให้ได้แนวทางใหม่ ๆ ที่มีกิจกรรมการปฏิบัติที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดไปจนกระทั่งจำหน่ายและให้กลับบ้าน เช่น ระยะ Pre-Operative มีกิจกรรมที่เน้นในการเตรียมความพร้อม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งมีความสำคัญมากต่อผลลัพธ์ของการผ่าตัด การเตรียมที่ไม่พร้อมอาจนำไปสู่การเลื่อนหรือยกเลิกการผ่าตัดได้ ระยะ Intra-Operative มีกิจกรรมที่เน้นความปลอดภัยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด โดยเฉพาะการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ศัลยแพทย์, วิสัญญีแพทย์, พยาบาลห้องผ่าตัด) ระยะ Post-Operative มีกิจกรรมที่เน้นการฟื้นตัวและป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังสิ้นสุดการผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยอาการคงที่และพร้อมย้ายออกจากห้องพักฟื้น และ Discharge เป็นกิจกรรมที่เน้นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และความต่อเนื่องของการดูแลที่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ จากการพัฒนาแนวทางฯ ทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

สามารถนำเอาแนวทางฯ ไปปฏิบัติได้โดยรวมมากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จอย่างสูงของการพัฒนาฯ อันเป็นผลมาจากการมีแนวทางฯ มีความชัดเจน เข้าใจง่าย, มีขั้นตอนปฏิบัติ และเหมาะสมกับบริบทการทำงานจริง ทำให้บุคลากรสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้อง ทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการฝึกปฏิบัติ, และการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ประกอบกับการกำกับและติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ การมีระบบการตรวจสอบและประเมินการปฏิบัติงานที่สม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากรทุกคนปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และได้รับความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพจนเกิดการยอมรับและนำไปใช้ร่วมกัน และเมื่อนำแนวทางไปใช้กับผู้ป่วย 27 คน พบว่า ไม่มีผู้เสียชีวิต ไม่พบติดเชื้อแผลผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยโดยรวม 7.16 วันซึ่งลดลงจากปี 2566 ที่มีวันนอนเฉลี่ย 13 วัน แสดงว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้เกิดการสร้างความร่วมมือพัฒนาแนวทาง การวิเคราะห์สถานการณ์ในบริบทของโรงพยาบาล การลงมือปฏิบัติร่วมกันเพื่อเป้าหมาย การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการศึกษามาสะท้อน และร่วมกันแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้นทำให้เกิดกระบวนการดูแลร่วมกันที่มีคุณภาพ ผลลัพธ์การนำไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 27 คน ไม่พบติดเชื้อแผลผ่าตัด ไม่พบภาวะรอยต่อลำไส้รั่วจำนวน 26 คน ไม่มีผู้เสียชีวิต และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยโดยรวม 7.16 วันซึ่งลดลงจากปี 2566 ที่มีวันนอนเฉลี่ย 13 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพร นาคพพรหม และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจในการใช้ ลดจำนวนวันนอนและภาวะแทรกซ้อนได้ จากการศึกษาของ Sorawat Janwanitchsthaporn⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยด้วยโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่แบบไม่ฉุกเฉิน ทำให้มีวันนอนโรงพยาบาลลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lau.⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีความเชื่อมโยงกับการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และทำให้ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำงานได้เร็วยิ่งขึ้น

จากการศึกษานี้ พบภาวะแทรกซ้อนรอยต่อลำไส้รั่วในผู้ป่วยเพียง 1 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว และลักษณะก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่ จึงต้องใช้เวลาผ่าตัดในห้องผ่าตัดนาน และได้ทำการรักษาโดยการผ่าตัดซ้ำๆ explore Lap. Remove intra-abdominal collection และผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายใน 3 สัปดาห์ จะเห็นว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นนั้น สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จนสามารถพัฒนาคุณภาพด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ซึ่งเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยเองและญาติ และยังทำให้มีเตียงในการรองรับผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเพียงพอ และพร้อมให้บริการกับผู้ป่วยรายใหม่ ๆ ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการสนับสนุนการนำไปใช้ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และควรมีการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเกิดผลดีในการพัฒนาแนวทางฯ ให้เหมาะสมยิ่ง ๆ ขึ้นไป
2. ควรมีการจัดทำ "ERAS Competency Training Program" สำหรับบุคลากรทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง (พยาบาลหอผู้ป่วย, ห้องผ่าตัด, วิสัญญี, โภชนาการ) เพื่อให้มั่นใจว่าทุกคนมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมสำคัญ เช่น การประเมินโภชนาการ, การฝึกบริหารการหายใจ, และการกระตุ้นการเคลื่อนไหวที่รวดเร็ว (Early Ambulation)

3. กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมนสหสาขาวิชาชีพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ในแนวทางปฏิบัติ และจัดให้มี "ERAS Coordinator" เพื่อทำหน้าที่ประสานงานและติดตามให้มีการดำเนินการครบถ้วนตามเกณฑ์ (Adherence rate) 95% กับผู้ป่วยทุกราย

4. กำหนดให้มีการทบทวนแนวทาง ERAS เป็นประจำทุกปี เพื่อปรับปรุงให้ทันสมัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ ๆ และใช้ตัวชี้วัดหลัก (Key Performance Indicators: KPIs) ที่ได้ผลดีจากการวิจัยนี้ (เช่น จำนวนวันนอน, อัตราภาวะแทรกซ้อน, อัตราการปฏิบัติตามแนวทาง) เป็นตัววัดคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง

5. พัฒนาสื่อการเรียนรู้ (เช่น คู่มือ, วิดีโอ, Line Official Account) สำหรับผู้ป่วยและญาติ ในภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัด (เช่น ความสำคัญของการงดน้ำงดอาหาร, การฝึกหายใจ)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว (Long-term outcomes) ของผู้ป่วยที่ได้รับแนวทาง ERAS เช่น คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด (Quality of Life), อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ (Readmission Rate) ภายใน 30-90 วัน, และอัตราการรอดชีวิต 5 ปี เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบดั้งเดิม

2. วิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับการประเมินและจัดการโรคร่วม (Comorbidity Management) ในระยะ Pre-Operative โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดแนวทางที่เป็นมาตรฐานมากขึ้นในการเตรียมความพร้อมทางอายุรกรรมก่อนผ่าตัด เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (เช่น ภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว 1 รายที่พบในงานนี้)

3. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแนวทาง (Adherence Rate) ของบุคลากรที่สูงถึง >95% และการใช้เทคโนโลยี (เช่น Mobile Application) เพื่อช่วยในการติดตามและบันทึกการปฏิบัติตามแนวทาง ERAS ของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

4. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis) ของการใช้แนวทาง ERAS เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของการลงทุน (เช่น ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วย, ผลตอบแทนจากเตียงที่หมุนเวียนได้เร็วขึ้น)

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนให้การศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Rectal Cancer Version 2 [Online]. [Cited 2020 March 3]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectalpdf.
2. Sutthajit,L., Pornprom,M.,& Pornchai,O. Surgery evolves in Cancer. Bangkok: Bangkok Medical News 2016; (In Thai)
3. Biondi A, Grosso G, Mistretta A, Marventano S, Toscano, Drago F, and et al. Laparoscopic vs open approach for colorectal cancer: Single-center results of 587 cases. Surge Laparosc Endosc Percutan Tech 2016; (26)3: e62-68.

4. Bartels SA, Vlug MS, Ubbink DT, Bemelman WA. Quality of life after laparoscopic and open colorectal surgery. Asystemic review, World J Gastroenterol 2010; 16(40): 5035-41
5. ญาณพล ตาลสุข, รัฐพร ตั้งเพียร. ผลการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและลำไส้ตรงในผู้ป่วยสูงอายุ ระหว่างการผ่าตัดแบบผ่านกล้องกับแบบเปิดหน้าท้องโดยศัลยแพทย์ทั่วไป. พุทธชินราชเวชสาร 2563; 37(1): 35-41.
6. ขวัญหทัย ช่างใหญ่. มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก: การพัฒนาระบบการดูแลและบูรณาการความร่วมมือของสหวิชาชีพ. วารสารพยาบาลตำรวจ 2557; (6)1: 230-246.
7. Alon D Altman, et all. Enhanced recovery after surgery: implementing a new standard of surgical care. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6488471/>
8. Gustafsson, U.O. Guidelines for perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018. World Journal of Surgery 2019; 659-695.
9. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. รายงานผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ปีงบประมาณ 2566, สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายนพ.ศ.2567
10. Kemmis, S. and R. Mc Taggart. He Action Research Planner. Geelong Deakin University Press 1990; 2(1): 15-23.
11. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล AGREE-II ฉบับภาษาไทย 2556: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.
12. นรลักษณ์ เสนหา, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวณิชย์, วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล. ปัจจัยทำนายคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงหลังผ่าตัดผ่านกล้อง. วารสารสภาการพยาบาล 2558; 30(4): 32-44 .
13. ศิริพรรณ ภมรพล, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, สุวิมล กิมปี, เชิดศักดิ์ ไอยมณีรัตน์. ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดตัดต่อลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง. วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย 2556; (19)1 :38-46.
14. Tan, K. Y., Tan, P., & Tan, L. A collaborative transdisciplinary “geriatric surgery service” ensures consistent successful outcomes in elderly colorectal surgery. Cochrane Database Syst 2011; Rev (2): CD007635.
15. นิภาพร นาคพรหม, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ศุภพงศ์ เกษตรสุนทร. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2566; 6(2): 1-15.
16. Sorawat Janwanitchsthaporn, Jirapong Intarasompun. Simplified ERAS Program for Elective Colorectal Surgery at Suratthani Hospital. The Thai Journal of Surgery 2020; 41(3):79-83.
17. Lau, C.S. Enhanced Recovery after Surgery Programs Improve Patient Outcome and Recovery: Ameta analysis Worled Journal Surgery 2017; 899-913.