

การใช้แบบแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีทวารเทียม จากการผ่าตัด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

พิมานัญ โภควินภูติสนันท์ พ.บ.
กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมอาจมีปัญหาร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องปรับตัวมากและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการใช้แบบแผนการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในการลดระยะเวลาอนโรพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ prospective non-concurrent controlled intervention study ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะ 3-4 ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมใน รพ.ลำปาง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ดูแลแบบปกติ 35 ราย ตั้งแต่ ม.ค.2555 - เม.ย.2556 (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ใช้แบบแผนการดูแล 35 ราย ตั้งแต่ มิ.ย.2556 - ต.ค.2557 (กลุ่มทดลอง) บันทึกข้อมูลทางคลินิก จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square, Fisher's exact test และ t-test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแบบแผนการดูแลกับภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลด้วย multiple logistic regression และ generalized linear models analysis

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.4) เป็นมะเร็งทวารหนักระยะที่ 3 (ร้อยละ 62.9) และได้รับการผ่าตัด low anterior resection (ร้อยละ 40) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย (58.7 ± 7.8 vs 59.8 ± 14.2 ปี, $p=0.040$) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.234$) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาอนโรพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (7.5 ± 1.1 vs 8.3 ± 1.3 วัน, $p=0.004$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ กลุ่มทดลองมีโอกาสนอนโรพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มควบคุม 3.1 เท่า (95% CI 1.7-5.7, $p<0.001$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน

สรุป: แบบแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจากการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถลดระยะเวลาอนโรพยาบาลได้ แต่ไม่ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ระยะเวลาอนโรพยาบาล, ทวารเทียม

ติดต่อบทความ : นพ.พิมานัญ โภควินภูติสนันท์ กลุ่มงานศัลยกรรม รพ.ลำปาง 280 ถ.พหลโยธิน ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000 โทร 0-5423-7400 ต่อ 8421, E-mail: pimanpui@hotmail.com

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2554 พบเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย รองจากมะเร็งตับและปอด และรองจากมะเร็งเต้านมและปากมดลูกในเพศหญิง วิธีการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้ผลที่สุดคือ การผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก หากตำแหน่งของมะเร็งอยู่ใกล้ทวารหนัก ไม่สามารถเย็บต่อลำไส้กลับให้เหมือนเดิมได้ ก็จำเป็นต้องย้ายทวารหนักไปไว้ที่หน้าท้อง เรียกว่า การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (colostomy) ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์แก่ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด อาจมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การเข้าสังคมและการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป ⁽¹⁾

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจึงต้องมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้มีความพร้อม การประคับประคองจิตใจและสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและระยะเวลาอนโรยพยาบาลได้ ⁽²⁾ โรงพยาบาลลำปางมีการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในปี พ.ศ. 2554-2556 จำนวน 116 ราย, 109 ราย และ 127 ราย ตามลำดับ มีระยะเวลาอนโรยพยาบาลเฉลี่ย 9.1 ± 1.6 วัน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยมีการประเมินก่อนผ่าตัด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาของแพทย์ การพยาบาลหลังผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ภาคผนวก) เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลทวารเทียมด้วยตนเองได้และดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้แบบแผนการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมดังกล่าวในการลดระยะเวลาอนโรยพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ prospective non-concurrent controlled intervention study ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะ 3-4 ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในรพ.ลำปาง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เท่าๆ กัน คือ กลุ่มที่ดูแลแบบปกติ 35 ราย รับไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2555 ถึงเมษายน พ.ศ. 2556 (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบแผนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมของผู้วิจัย 35 ราย รับไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2556 ถึงตุลาคม พ.ศ.2557 (กลุ่มทดลอง) เกณฑ์คัดออกได้แก่ ผู้ป่วยเรียกร้องขอกลับบ้านก่อนแพทย์อนุญาต ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ขอถอนตัวจากงานวิจัย หรือมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยตลยกรรมไปรักษาต่อที่แผนกอื่น

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร non-inferiority or superiority trial for continuous data ⁽³⁾ คือ $N = 2 \left(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta} \right)^2 \sigma^2 / (\epsilon - \delta)^2$ โดยอ้างอิงจากสถิติระยะเวลาอนโรยพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดในปี พ.ศ. 2554-2556 เฉลี่ย 9.1 ± 1.6 วัน ($\sigma = 1.6$) ผู้วิจัยคาดว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบแผนการรักษาจะลดระยะเวลาอนโรยพยาบาลได้ร้อยละ 10 คือ 1 วัน ($\epsilon = 1.0$) และไม่มีความแปรปรวนของข้อมูลทั้งสองกลุ่ม ($\delta = 0$) กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ และ $\beta = 0.20$ คำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 32 ราย

ผู้วิจัยคาดว่าอาจมี drop-out rate ไม่เกินร้อยละ 10 จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 35 ราย

ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการผ่าตัดโดย ศัลยแพทย์จำนวน 7 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลหลังผ่าตัดโดยใช้คำสั่งการรักษาของแพทย์เจ้าของไข้เป็นหลัก ตามเกณฑ์มาตรฐานปกติของ ศัลยแพทย์แต่ละราย จนกระทั่งจำหน่ายและมาตรวจติดตามการรักษาหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับการอธิบายแนวทางการรักษาก่อนผ่าตัด ให้การดูแลหลังผ่าตัดตามแบบแผนการรักษาที่ตีไว้ ควบคู่ไปกับที่ใบคำสั่งการรักษาของศัลยแพทย์ และการพยาบาลตามแบบแผนนี้ จนกระทั่งจำหน่ายและมาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์

ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ รักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ รพ.ลำปางแล้ว จึงเริ่มบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก จำนวน วันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ colostomy prolapse colostomy retraction, colostomy obstruction, peristomy dermatitis และ parastomal hernia ^(4,5)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square, Fisher's exact test และ t-test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะแทรกซ้อนกับการได้รับแบบแผนการ ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วย multiple logistic regression analysis วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวน วันนอนโรงพยาบาลกับการได้รับแบบแผนการ ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วย generalized linear models

analysis กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.4) เป็นมะเร็งทวารหนักระยะที่ 3 (ร้อยละ 62.9) และได้รับการผ่าตัด low anterior resection (ร้อยละ 40) ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ การวินิจฉัยโรค โรคร่วมและชนิดของการผ่าตัดของ ทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย (58.7 ± 7.8 vs 59.8 ± 14.2 ปี, $p = 0.040$, ตารางที่ 1) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.234$) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาอนโรยพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (7.5 ± 1.1 vs 8.3 ± 1.3 วัน, $p = 0.004$)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพศ อายุ ชนิดของมะเร็ง วิธีการผ่าตัด โรคร่วมและการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยกับภาวะแทรกซ้อนด้วย multiple logistic regression ไม่พบว่ามีตัวแปรใด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ตารางที่ 2) แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลด้วย generalized linear models พบว่า การใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือกลุ่มทดลองจะมีโอกาสที่นอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มควบคุม 3.1 เท่า (95% CI 1.71 - 5.75, $p < 0.001$, ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจากการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 35)	กลุ่มควบคุม (n=35)	ค่า p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	23 (65.7)	20 (57.1)	0.461
หญิง	12 (34.3)	15 (42.9)	
อายุ	59.8 ± 14.2	58.7 ± 7.8	0.040
การวินิจฉัยโรค			
มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3	3 (8.6)	3 (8.6)	0.961
มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 4	4 (11.4)	5 (14.3)	
มะเร็งทวารหนักระยะที่ 3	23 (65.7)	21 (60.0)	
มะเร็งทวารหนักระยะที่ 4	5 (14.3)	6 (17.1)	
ชนิดการผ่าตัด			
Colectomy	6 (17.1)	7 (20.0)	0.102
Colostomy (alone)	2 (5.7)	7 (20.0)	
Low anterior resection	13 (37.2)	15 (42.8)	
Abdominal perineal resection	14 (40.0)	6 (17.1)	
โรคร่วม			
ไม่มี	29 (82.9)	30 (85.7)	0.975
เบาหวาน	2 (5.7)	2 (5.7)	
ความดันโลหิตสูง	3 (8.6)	2 (5.7)	
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1 (2.9)	1 (2.9)	
ภาวะแทรกซ้อน			
Dermatitis	1 (2.9)	5 (14.3)	0.234
Wound Infection	0	2 (5.7)	
Hospital acquired pneumonia	1 (2.9)	1 (2.9)	
Colostomy prolapse	1 (2.9)	1 (2.9)	
Colostomy retraction	0	1 (2.9)	
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)	7.5 ± 1.1	8.3 ± 1.3	0.004

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ multiple logistic regression ระหว่างตัวแปรกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ตัวแปร	Odds ratio	95% CI	ค่า p
เพศ	0.94	0.86 – 1.04	0.246
อายุ	0.73	0.10 – 5.2	0.756
การวินิจฉัยโรค			
มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3	0.31	0.01 – 16.00	0.564
มะเร็งทวารหนักระยะที่ 3	0.30	0.02 – 5.18	0.411
ชนิดการผ่าตัด			
Colectomy	0.68	0.02 – 21.44	0.824
Low anterior resection	0.19	0.01 – 6.07	0.348
Abdominal perineal resection	1.26	0.05 – 32.52	0.890
โรคร่วม			
ความดันโลหิตสูง	2.49	0.15 – 41.23	0.524
การใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วย	1.67	0.17 – 16.07	0.657

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลด้วย generalized linear models

ตัวแปร	likelihood	95% CI	ค่า p
เพศ	0.986	0.96 – 1.01	0.255
อายุ	0.695	0.40 – 1.2	0.205
การวินิจฉัยโรค			
มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3	0.70	0.21 – 2.41	0.577
มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 4	0.56	0.19 – 1.6	0.294
มะเร็งทวารหนักระยะที่ 3	0.91	0.39 – 2.09	0.819
ชนิดการผ่าตัด			
Colectomy	0.92	0.34 – 2.54	0.880
Low anterior resection	0.72	0.30 – 1.73	0.462
Abdominal perineal resection	1.78	0.65 – 4.90	0.265
ภาวะแทรกซ้อน			
Wound Infection	2.56	0.77 – 8.53	0.125
Dermatitis	0.67	0.06 – 7.80	0.749
Hospital acquired pneumonia	2.38	0.36 – 15.73	0.369
Colostomy retraction	0.66	0.09 – 4.91	0.686
โรคร่วม			
เบาหวาน	0.52	0.07 – 3.74	0.517
ความดันโลหิตสูง	0.56	0.08 – 4.11	0.571
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	0.77	0.08 – 7.03	0.817
การใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วย	3.13	1.71 – 5.75	<0.001

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมภายหลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มักพบปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้สามารถปรับตัว ยอมรับกับสถานการณ์และโรคที่กำลังเผชิญอยู่ เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง ไม่เป็นภาระแก่บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล Miller และคณะ⁽²⁾ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อเร่งการพักฟื้นภายหลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโรงพยาบาลตติยภูมิ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยบูรณาการแนวปฏิบัติของสหสาขาวิชาชีพให้เป็นเกณฑ์มาตรฐานเดียวกัน ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (อธิบายแนวทางการรักษาก่อนผ่าตัด ประเมินและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ ลดระยะเวลางดน้ำเหลือเพียง 3 ชั่วโมงและให้ดื่มเครื่องดื่มเกลือแร่ผสมน้ำตาลก่อนผ่าตัด) ระหว่างการผ่าตัด (ระงับความรู้สึกด้วย epidural anesthesia ควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดอย่างเข้มงวด ให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ถอดท่อสวนกระเพาะอาหารทางจมูกออกก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัดและถอดสายสวนปัสสาวะออกให้เร็วที่สุด) และหลังผ่าตัด (จัดทำผู้ป่วยให้ศีรษะสูง 30 องศาตลอดเวลา เริ่มกินอาหารและเคลื่อนไหวร่างกายทันทีภายในคืนแรก ให้ยาระงับปวดทาง epidural catheter จนครบ 72 ชั่วโมง) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดของร่างกาย (stress response) จากการผ่าตัดได้ ผลการศึกษาพบว่า ช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้อย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแบบแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมมาใช้โดยประยุกต์มาจากหลักการเดียวกัน ยกเว้นในส่วนของการระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์ที่ยังไม่ได้กำหนดวิธีการอย่างชัดเจน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามแบบแผนการดูแลรักษามีระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มควบคุม 1 วัน ($p=0.004$) แต่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า การปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นทำให้ภาพรวมการรักษามีความชัดเจน มีตัวชี้วัดที่แน่นอน การรักษาพยาบาลมีความคืบหน้าได้เร็วกว่าการรักษาแบบเดิมที่อิงการตัดสินใจของศัลยแพทย์เป็นหลักและให้การพยาบาลแบบทั่วไปที่ใช้เป็นกิจวัตร สอดคล้องกับการศึกษาของธิดา หอมจันและคณะ⁽⁶⁾ ที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ 25 รายที่ได้รับเคมีบำบัดในหอผู้ป่วย พบว่าช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยจาก 34 วันเหลือ 14 วัน แต่อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน

สำหรับภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดนั้น หากจำแนกเป็นภาวะแทรกซ้อนทางเทคนิคการผ่าตัด (colostomy prolapse และ retraction) แบบแผนการรักษานี้ก็อาจไม่ได้ช่วยลดอุบัติการณ์ แต่หากพิจารณาเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางการพยาบาล (wound infection และ dermatitis) จะพบว่าในกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้น้อยกว่า เนื่องจากแบบแผนการรักษามีการกำหนดให้แพทย์และพยาบาลดูแลติดตามและป้องกันภาวะ

แทรกซ้อนเหล่านี้ทุกวัน มีการสอนผู้ป่วยให้ดูแลตนเองได้ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีแนวทางระบุไว้ จึงอาจทำให้ผู้ป่วยดูแลและเลยการปฏิบัติได้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ก็คือ การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาคนละช่วงเวลากันคือก่อนและหลังการใช้แบบแผนการดูแล ซึ่งอาจลดความน่าเชื่อถือของการแปลผลได้ จึงควรใช้การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมต่อไป

สรุป

แบบแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจากการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลได้ แต่ไม่ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณรัตตินันท์ โมควินภูติ-สนันท์, พญกษา เกตุนามญาติ, วรณทนา เสาร์ชัย และพนารัตน์ ปะละ ที่ช่วยเก็บข้อมูล คุณวันวิสาข์ ชูจิตรและ อรุณ หล้าอุป ที่ช่วยเหลือด้านสถิติวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Grumann MM, Noack EM, Hoffman IA, Schlag PM. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extirpation or anterior resection for rectal cancer. Ann Surg 2001;233(2):149-56.
2. Miller TE, Thacker JK, White WD, Mantyh C, Migaly J, Jin J, et al. Reduced length of hospital stay in colorectal surgery after implementation of an enhanced recovery protocol. Anesth Analg 2014;118(5):1052-61.
3. Chow S-C, Shao J, Wang H, editors. Sample size calculations in clinical research. 2nd ed. New York: Marcel Dekker;2003.
4. Kirchhoff P, Clavien PA, Hahnloser D. Complications in colorectal surgery: risk factors and prevention strategies. Patient Saf Surg 2010;4:5.
5. Liu L, Herrinton LJ, Hornbrook MC, Wendel CS, Grant M, Krouse RS. Early and late complications among long-term colorectal cancer survivors with ostomy or anastomosis. Dis Colon Rectum 2010;53(2):200-12.
6. ธนิตา หอมจีน, อำภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภัคติวงศ์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อจำนวนเม็ดเลือดขาว การติดเชื้อในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอน ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิดเฉียบพลันชนิดไม่อีลอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555;30(2):114-21.

Effects of Intervention Guideline to Reduce Length of Stay in Colorectal Cancer Patients with Colostomy

Piman Pokawinpudisnun M.D.

Department of Surgery, Lampang Hospital, Lampang, Thailand

Lampang Med J 2015; 36(2): 64-73

Abstract

Background: Some patients who underwent surgical treatment for colorectal cancer need to protect anastomosis by colostomy. In such cases, nursing cares are more difficult and affect their quality of life, leading to longer hospital length of stay (LOS).

Objective: To determine the results of implementing the author's colostomy care guideline to reduce LOS and postoperative complications in patients with colorectal cancer.

Material and method: A prospective non-concurrent controlled intervention study was conducted on 70 patients who had colostomy following surgical treatment of colorectal cancer stage 3-4. The control group (n=35) received conventional standard care between January 2012 – April 2013. The study group (n=35) received colostomy care guideline between June 2013 - October 2014. Clinical data, LOS and postoperative complications were compared by using Chi-square, Fisher's exact and t-test. Correlation between receiving the guideline and LOS was analyzed by generalized linear models. Correlation between receiving the guideline and complications was analyzed by multiple logistic regression.

Results: Most of the patients were male (61.4%), had rectal cancer stage 3 (62.9%) and underwent low anterior resection (40%). The control group had higher mean age (58.7 ± 7.8 vs 59.8 ± 14.2 years, $p=0.040$). There was no different postoperative complications between groups ($p=0.234$). The study group had lower LOS than the control group (7.5 ± 1.1 vs 8.3 ± 1.3 days, $p=0.004$). Receiving colostomy care guideline had 3.1 times likelihood for shorter LOS (95% CI 1.7-5.7, $p<0.001$), but had no correlation with postoperative complications.

Conclusion: Colostomy care guideline could reduce hospital LOS of the patients whom operated for colorectal cancer, but could not reduce complications.

Keywords: Colorectal cancer, Hospital length of stay, Colostomy

ภาคผนวก

แผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด

Dx. () Colon caner, () Rectal cancer, Staging () I, () II, () III, () IV Procedure () Right half colectomy, () Left half colectomy, () Sigmoidectomy, () Anterior resection, () Low anterior resection, () APR, () Colostomy วันที่..... แพทย์..... () Elective () Emergency Name..... HN..... AN..... ward..... A/M วันที่..... LOS..... วัน Unit cost..... วันที่..... () ไม่มี () มี ระบุ.....									
	Admit pre op	วันที่.....	วันก่อนผ่าตัด วันที่.....	วันผ่าตัด วันที่..... (before surgery)	วันผ่าตัด วันที่..... (post op day 0)	Post op day 1 วันที่.....	Post op day 2 วันที่.....	Post op day 3-7 วันที่.....	
Assessment	☐ ประเมินการรับรู้อายสมรับใน การวินิจฉัยโรคและการทำ Colostomy ☐ ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป / ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองเห็น / การสัมผัส ☐ ประเมิน Nutrition ☐ ประเมินความพร้อมและ สัมพันธ์สภาพภายในครอบครัว/ ญาติผู้ดูแล ☐ ประเมินภาวะทางศัลยวิทยา คำอุปกรณ Ostomy	☐ ผล Lab ☐ CBC / UA / BUN / Cr / E/lyte/ LFT ☐ CxR / การตรวจพิเศษ (U/S หรือ CT liver, BE หรือ Colonoscopy) ☐ EKG (อายุ > 40 ปีหรือมีอาการ หจก clinic)	☐ check sign consent ☐ G/M as order ☐ Stoma sitting ☐ Bowel prep as order	☐ Retained F cath ☐ นำ colostomy bag ไปได้ OR ☐ ส่งผู้ป่วยไป OR	☐ I/O q 8 hr. ☐ pain management ☐ ดูแลหจระรายต่าง ๆ ☐ ดูแล สังเกต early complication	☐ V/S q 4 hr. ☐ V/S q 4 hr. ☐ pain assessment q 4 hr. ☐ wound and stoma assessment ☐ 1.ประเมินแผลผ่าตัด/ แผล Peritoneal ☐ 2.ประเมิน bleeding, enudates ☐ 3.Drain sites ☐ 4.ความเสี่ยงของการ เกิด cross infection	☐ V/S q 4 hr. ☐ pain assessment q 4 hr. ☐ wound and stoma assessment ☐ Stoma ischemia ☐ ผิวหนังรอบ stoma ☐ การยี้ดิดของถุงรองรับ ☐ wound infection	☐ V/S q 4 hr. ☐ pain assesment q 4 hr. ☐ wound and stoma assessment ☐ Stoma ischemia ☐ ผิวหนังรอบ stoma ☐ การยี้ดิดของถุงรองรับ	☐ V/S q 4 hr. ☐ pain assesment q 4 hr. ☐ wound and stoma assessment ☐ Stoma ischemia ☐ ผิวหนังรอบ stoma ☐ การยี้ดิดของถุงรองรับ
Lab	☐ CEA ☐ CBC / UA / BUN / Cr / E/lyte/ LFT ☐ CxR / การตรวจพิเศษ (U/S หรือ CT liver, BE หรือ Colonoscopy) ☐ EKG (อายุ > 40 ปีหรือมีอาการ หจก clinic)	☐ ผล Lab ☐ ผล X-ray / ผลตรวจพิเศษ			☐ Lab as needed ☐ Lab as needed	☐ Lab as needed ☐ Lab as order (if needed)	☐ Lab as order		
Treatment/ intervention	☐ Sign consent ☐ G/M as order ☐ Stoma sitting ☐ Bowel prep as order	☐ check sign consent ☐ Check blood group ☐ Prep skin abd + perineum	☐ Retained F cath ☐ นำ colostomy bag ไปได้ OR ☐ ส่งผู้ป่วยไป OR	☐ I/O q 8 hr. ☐ pain management ☐ ดูแลหจระรายต่าง ๆ ☐ ดูแล สังเกต early complication	☐ I/O q 8 hr. ☐ pain management ☐ ดูแลหจระรายต่าง ๆ ☐ ดูแล สังเกต early complication	☐ I/O q 8 hr. ☐ pain assesment q 4 hr. ☐ off foley's cath ยกเว้น A-P resection	☐ ฟัง bowel sound ☐ off foley's cath ยกเว้น A-P resection	☐ บันทึก out put จาก stoma ลักษณะ, สี, จำนวน) ☐ off drain ซึ่งอยู่กับการรักษา ของแพทย์	

	Admit pre op	วันก่อนผ่าตัด วันที่.....	วันผ่าตัด วันที่..... (before surgery)	วันผ่าตัด วันที่..... (post op day 0)	Post op day 1 วันที่.....	Post op day 2 วันที่.....	Post op day 3-7 วันที่.....
Medication	☐ As order ☐ High calories protein and carbohydrates diet ☐ Low residual diet ☐ IF fluid as order	☐ ตรีเทียมยา / อุปกรณ์ให้ ☐ Pre-medication as order ☐ เหล้า ☐ NPO AMN ☐ IV fluid as order	☐ Pre medication ☐ Antibiotic on call ☐ NPO ☐ IV fluid as order	☐ Medication as order ☐ Analgesic ☐ NPO ☐ IV fluid as order	☐ Medication as order ☐ Analgesic/Antibiotic ☐ Deep breathing exercise ☐ effective cough ลูกนั่ง ☐ Early ambulation ☐ สังเกตความผิดปกติ ☐ เปลี่ยนถุงในรายที่ใช้ bag ไส้	☐ Medication as order ☐ IV fluid as order ☐ Deep breathing exercise ☐ effective cough ลูกนั่ง ☐ Early ambulation	☐ Medication as order ☐ Diet if applicable as order ☐ IV fluid as order ☐ เขียนให้การทำความสะอาด ☐ ช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง ☐ Daily activity
Nutrition + Fluid	☐ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ☐ deep breathing exercise. ☐ effective cough, draom ☐ Pair management ☐ แนวทางและขั้นตอนในการดูแล ☐ Stoma อุปกรณ์ไอโอดีมี ☐ การเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย ☐ ภาพลักษณ์ใหม่เมื่อมีไอโอดีมี	☐ เหนียวใส ☐ NPO AMN ☐ IV fluid as order	☐ Apply colostomy water ☐ with normal daily activity	☐ Fowler's position ☐ Deep breathing exercise ☐ effective cough	☐ Deep breathing exercise ☐ effective cough ลูกนั่ง ☐ Early ambulation ☐ สังเกตความผิดปกติ ☐ เปลี่ยนถุงในรายที่ใช้ bag ไส้	☐ Diet if applicable as order ☐ IV fluid as order	☐ Diet if applicable as order ☐ IV fluid as order
Activity	☐ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ☐ deep breathing exercise. ☐ effective cough, draom ☐ Pair management ☐ แนวทางและขั้นตอนในการดูแล ☐ Stoma อุปกรณ์ไอโอดีมี ☐ การเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย ☐ ภาพลักษณ์ใหม่เมื่อมีไอโอดีมี	☐ เหนียวใส ☐ NPO AMN ☐ IV fluid as order	☐ Apply colostomy water ☐ with normal daily activity	☐ Fowler's position ☐ Deep breathing exercise ☐ effective cough	☐ Deep breathing exercise ☐ effective cough ลูกนั่ง ☐ Early ambulation ☐ สังเกตความผิดปกติ ☐ เปลี่ยนถุงในรายที่ใช้ bag ไส้	☐ Diet if applicable as order ☐ IV fluid as order	☐ Diet if applicable as order ☐ IV fluid as order
Consult	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)
Patient/ Family support	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)
Discharge Planning	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)
Wound ostomy care	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)	☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed) ☐ ET nurse (if needed)