

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อรั่วหลังผ่าตัด: กรณีศึกษา

แสงรุ่ง สุขจิระทวี

บทคัดย่อ รายงานนี้เป็นการศึกษากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อรั่วหลังผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัดและเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลและการประเมินผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัด โดยใช้วิธีการเลือกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัด ตั้งแต่ปี 2563-2565 จำนวน 7 ราย และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก 4 ราย ซึ่งผลการเกิดภาวะรอยต่อรั่วหลังผ่าตัดขึ้นอยู่กับปัจจัยจากผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ ภาวะทุพโภชนาการ ประวัติการสูบบุหรี่หรือดื่มเหล้า การได้รับการรักษาเคมีและรังสีมาก่อน ปัจจัยด้านการผ่าตัด เช่น ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่สิ่งสำคัญ คือการประเมินได้เร็วเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ (วารสารโรคมะเร็ง 2567;44:95-104)

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง การผ่าตัด รอยต่อลำไส้รั่ว

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพฯ

Patients with Colorectal Cancer and Anastomosis leakage After Surgery: Cases Report

By Sangrung Sukjiratawee

Division of Inpatient nursing, National Cancer Institute, Bangkok, Thailand

Abstract This report presents a study of patients who have undergone surgery for colorectal cancer and experienced anastomosis leakage. This study aims to analyze the health issues these patients face and provide guidelines for nursing care and evaluate of patients with colorectal cancer and anastomosis leakage following surgery. Method out of the seven colorectal cancer patients who had postoperative anastomosis leakage between 2020-2022, only four were selected based on specific criteria. These four patients were chosen for further analysis or treatment. Result after surgery, the possibility of joint leaks depends on several patient factors, including age, gender, malnutrition, and a history of smoking or drinking. Additionally, factors such as lengthy surgery time and blood loss during surgery cannot be altered. Nonetheless, early evaluation is crucial to prevent severe complications. (*Thai Cancer J 2024;44:95-104*)

Keyword: colorectal cancer, surgery, anastomosis leakage

บทนำ

องค์กรระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคมะเร็ง หรือ IARC (International Agency for Research on Cancer) ขององค์การอนามัยโลก รายงานสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงทั่วโลกประจำปี 2563 ว่าพบมากเป็นอันดับที่ 3 และพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 นอกจากนี้ยังมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง 1 ล้านคนต่อปี¹ ส่วนอุบัติการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งในประเทศไทยใน Cancer in Thailand Vol. X, 2016-2018 พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงพบเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย (รองจากมะเร็งตับและมะเร็งปอด) มีอุบัติการณ์ คือ 19.3 ต่อแสนประชากร และเป็นอันดับ 2 ในเพศหญิง (รองจากมะเร็งเต้านม) มีอุบัติการณ์ คือ 13.9 ต่อแสนประชากร² การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงจะรักษาแบบผสมผสานกันระหว่างการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมี และการใช้รังสีร่วมรักษา ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรคเพื่อเพิ่มอัตราการอยู่รอดและลดการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง การรักษาด้วยการผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว (anastomosis leakage) ซึ่งมีอุบัติการณ์ ร้อยละ 1.5-6 โดยอุบัติการณ์เกิดสูงในกลุ่มที่มีการต่อในตำแหน่งที่ต่ำ (low colorectal and coloanal anastomosis)³ จากสถิติของที่มำทางคลินิกระบบทางเดินอาหาร

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ตรงเกิดการรั่วบริเวณผ่าตัด (anastomosis leakage) ในปี 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 2.32, 2.35, 2.47 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า อุบัติการณ์การรั่วมากขึ้น โดยมีปัจจัยจากผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะอ้วน ประวัติการสูบบุหรี่หรือดื่มเหล้า การได้รับการรักษาเคมีและรังสีมาก่อน และปัจจัยด้านการผ่าตัด เช่น การได้รับเลือดก่อนผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน เทคนิคการผ่าตัด การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด³⁻⁵ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว แสดงอาการของการติดเชื้อหรืออาการเกี่ยวกับระบบไหลเวียนเลือด ส่วนใหญ่จะแสดงอาการมีไข้ เม็ดเลือดขาวสูง ปวดท้องมากขึ้น และหัวใจเต้นเร็วแบบไม่คงที่⁶ การรักษาแบ่งตามความรุนแรงของ International Study Group of Rectal Cancer (ISGRC)⁷ คือ Type A ไม่มีการรักษาเพิ่มเติม เผ่าสังเกตอาการ Type B มีการรักษาเพิ่มเติมแต่ไม่มีการผ่าตัด เช่น การให้ยาปฏิชีวนะ การส่งเอกซเรย์ การส่องกล้อง Type C มีอาการรุนแรงต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ แพทย์อาจพิจารณาผ่าตัดเปิดทวารเทียม⁸ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นในการดูแล การเพิ่มการเกิดโรคร่วมและการเสียชีวิต⁷ นอกจากนี้ภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว มีผลต่อการรอดชีพภายใน 5 ปี น้อยกว่าไม่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว⁹

บทบาทพยาบาลจึงมีความสำคัญในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว ภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว (anastomosis leakage) หากมีการประเมินได้รวดเร็ว ส่งผลทำให้ลดหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ มีการติดตามประเมิน และเฝ้าระวัง warning sign อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดเปิดทวารเทียม ยิ่งเพิ่มความเครียด วิตกกังวล การมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง การยอมรับไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัด เพื่อทราบถึงปัจจัยการเกิด การประเมินผู้ป่วย การวางแผนในการดูแล และกระบวนการดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและส่งเสริมการปรับตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัด
2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลและการประเมินผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัด

คำนิยาม

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง คือ เซลล์เยื่อบุลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของขนาดเยื่อบุที่เติบโตเร็ว เซลล์เปลี่ยนแปลงจากเดิม เป็นความผิดปกติในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (dysplasia) ต่อมาเกิดติ่งเนื้อของเยื่อบุลำไส้แตกกิ่ง (villous) แล้วกลายเป็นมะเร็ง¹⁰

รอยต่อลำไส้รั่ว คือ การมีทางเชื่อมระหว่างส่วนที่อยู่ในรูลำไส้ใหญ่กับนอกรูลำไส้ใหญ่ เนื่องจากความไม่ต่อเนื่องของผนังลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรง³

การเลือกกรณีศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรอยต่อลำไส้รั่ว การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เอกสารเลขที่ 024/2566 รหัสโครงการ (EC 66006) รับรองวันที่ 3 พฤษภาคม 2566 - 3 พฤษภาคม 2567

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องและหรือผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม
2. ยินยอมเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี 2563 - 2565 จึงขออนุญาตผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการทางโทรศัพท์

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะแทรกซ้อนรอยต่อลำไส้รั่วและรักษาตามอาการไม่มีการผ่าตัดซ้ำ

การศึกษาย้อนหลัง 3 ปี จากอุบัติการณ์การเกิดรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัด 3 ปีย้อนหลัง พบจำนวน 7 ราย แต่ไม่เข้าเกณฑ์จำนวน 3 ราย จึงเหลือจำนวนที่ศึกษาเพียง 4 ราย ได้นำมาวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ และกระบวนการดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อมูลผู้ป่วย 4 ราย

Case ที่ 1 ชายไทย อายุ 73 ปี ประวัติการเจ็บป่วย 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด มีน้ำหนักลด ไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมพร แพทย์ตรวจทวารหนัก พบก้อนเนื้อ ขนาด 5 เซนติเมตร ทำ CT whole abdomen ผลเป็น CA. Rectum ทำ sigmoidoscopy พบก้อนเนื้อ ขนาด 7 เซนติเมตร at rectum from anal ทำ biopsy ผลตรวจชิ้นเนื้อเป็น chronic inflammation no evidence of malignancy ญาติจึงขอมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แพทย์ set ผ่าตัด laparoscopic with ileostomy แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ จึงทำ colonic stent วันที่ 28/10/63 (rectal cancer with impending obstruction) แพทย์นัดผู้ป่วยมา admit เพื่อทำการผ่าตัด laparoscopic low anterior resection วันที่ 12/11/63 และผ่าตัดครั้งที่ 2 Set operation room (OR) emergency for explore lap colostomy วันที่ 15/11/63

Case ที่ 2 ชายไทยอายุ 41 ปี ประวัติการเจ็บป่วย 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการถ่ายลำบาก ปวดเบ่งตลอดเวลา บางครั้งถ่ายเป็นมูกเลือด พบแพทย์ส่องกล้องพบก้อนที่ลำไส้และตับ แพทย์ set ผ่าตัด laparoscopic low anterior resection + ileostomy วันที่ 25/3/64 Set sigmoidoscope emergency วันที่ 26/3/64 ผ่าตัดครั้งที่ 2 Set OR emergency for laparoscopic lavage with Rt. loop colostomy วันที่ 30/3/64

Case ที่ 3 ชายไทยอายุ 65 ปี ประวัติการเจ็บป่วย 1 ปี ก่อนมามีอาการปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ ถ่ายกระปริบกระปรอย 1 เดือนก่อนมา มีอาการปวดท้องมากขึ้น ถ่ายเป็นมูกเลือด ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยา อยมราช ทำการส่องกล้องและตัดชิ้นเนื้อ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบก้อนที่ลำไส้จึงส่งตัวมาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เพื่อทำการผ่าตัด Set OR laparoscopic low anterior resection วันที่ 20/1/65 ผ่าตัดครั้งที่ 2 Set OR laparoscopic lavage with Rt. loop colostomy วันที่ 26/1/65

Case ที่ 4 ชายไทยอายุ 66 ปี ประวัติการเจ็บป่วย 2 เดือนก่อนมา มีอาการท้องผูกถ่าย 2-3 วัน/ครั้ง ถ่ายเป็นลักษณะคล้ายโคลนสีดำ พบแพทย์ที่โรงพยาบาลบางนา แพทย์ทำการส่องกล้อง พบก้อนจึงส่งตัวมา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ Set OR laparoscopic low anterior resection วันที่ 4/7/65 ผ่าตัดครั้งที่ 2 Set OR for Explore Lap with colostomy วันที่ 10/7/65

ผลการศึกษา

ตารางแสดงข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวนที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรอยต่อลำไส้รั่ว จำนวน 4 ราย

ข้อมูลสุขภาพ และการรักษา	CASE ที่ 1	CASE ที่ 2	CASE ที่ 3	CASE ที่ 4
1. เพศ	ชาย	ชาย	ชาย	ชาย
2. Obesity (BMI) (กก/ตร.ม)	18.91	20.94	22.22	23.98
3. ASA score	2	2	2	2
4. ประวัติการสูบบุหรี่	✓	-	-	-
5. ประวัติการดื่มสุรา	✓	-	-	-
6. Malnutrition	Albumin 3	Albumin 4.4	Albumin 3.8	Albumin 4.3
7. เคยได้รับเคมีหรือรังสี ก่อนผ่าตัด	-	-	เคมี 5FU/LV x 2 Cycle	Capecitabi x 4 Cycle
8. Blood lost (มล.)	50	10	20	10
9. Operation time (ชั่วโมง)	5.30	3.55	4.15	3.55
10. ตำแหน่งของรอยต่อ	<5 ซม. จาก Anal	10 ซม. จาก Anal	6-8 ซม. จาก Anal	<5 ซม. จาก Anal
11. ชนิดการผ่าตัดครั้งที่ 1	Laparoscopic low anterior resection	Laparoscopic low anterior resection	Laparoscopic low anterior resection	Low anterior resection

ข้อมูลสุขภาพและการรักษา	CASE ที่ 1	CASE ที่ 2	CASE ที่ 3	CASE ที่ 4
12. ชนิดการผ่าตัดครั้งที่ 2	Emergency for explore lap colostomy	Emergency for laparoscopic lavage with Rt. loop colostomy	Laparoscopic lavage with Rt. loop transverse colostomy	Explore lap with colostomy
ข้อมูลหลังผ่าตัด	Case ที่ 1	Case ที่ 2	Case ที่ 3	Case ที่ 4
1. อาการแสดงของรอยต่อลำไส้รั่ว	Tube drain feces	มีใช้ Tube drain ออกมาก	คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเต้นเร็ว	แน่น อึดอัดท้อง ชีพจรเต้นเร็ว
2. วันที่เกิดการรั่วของรอยต่อหลังผ่าตัด	2	3	2	5
3. LOS (Length of stay) (วัน)	29	17	18	18

จากตาราง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ไม่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีเพียง 1 ราย มี BMI 18.91 (กก/ตร.ม) และมีค่า albumin เท่ากับ 3 ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรามี 2 ราย ประวัติการรักษาที่เคยได้รับเคมีบำบัดมาก่อนมี 2 ราย เป็นชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดและชนิดรับประทาน การเสียเลือดระหว่างผ่าตัดมี 10-50 มล. ระยะเวลาในการผ่าตัดนานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรอยต่อรั่ว ในผู้ป่วยทั้ง 4 รายมีระยะเวลาในการผ่าตัด 3.55-5.40 ชั่วโมงเฉลี่ย 4.39 ชั่วโมง ตำแหน่งรอยต่อเกิดอุบัติเหตุการสูงในกลุ่มที่มีการต่อในตำแหน่งที่ต่ำ (low colorectal and coloanal anastomosis)³ กลุ่มที่ศึกษาพบว่า ตำแหน่งของการผ่าตัดต่ออยู่สูงจากทวารมากกว่า 5 เซนติเมตร ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่เสี่ยงการเกิดรอยต่อรั่วน้อย อาการแสดงของภาวะรอยต่อรั่วพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มี drain ออกสีเหมือนอุจจาระ 2 ราย ปริมาณ drain ออกมาก 1 ราย มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและมีชีพจรเต้นเร็ว 2 ราย ชีพจรอยู่ในช่วง 108-120 ครั้ง/นาที เกิดอาการดังกล่าวหลังผ่าตัด 2-5 วัน เฉลี่ย 3.2 วัน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 25.6 วัน หลังจากเกิดภาวะรอยต่อรั่ว แพทย์ให้การรักษาด้วยการผ่าตัดและเปิดทวารเทียมทุกราย

การอภิปรายข้อมูล

จากกลุ่มกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมาด้วยอาการอุจจาระเป็นเลือดสด มีน้ำหนักลดถ่ายลำบาก ปวดเบ่งตลอดเวลา ถ่ายกระปริบกระปรอย ท้องผูก ปวดแน่นท้องด้านขวา ทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด จากการทบทวนวรรณกรรม อาการที่จะนำมาพบแพทย์ส่วนใหญ่มากที่สุด คือ มีเลือดออกทางทวารหนัก ปวดท้อง change of bowel habit เช่น มีท้องเสีย ท้องผูก หรือมีอุจจาระลำเล็กลง¹¹ ถ่ายไม่สุด ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดหรือเป็นเลือดแดงสด (อาจมีเลือดปนมากับอุจจาระคล้ายกับโรคริดสีดวงหนักก็ได้)

อุจจาระลำบาก คลำพบก้อนในท้อง ชีต เบื่ออาหารและน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น หรือในผู้ป่วยบางรายอาจไม่พบอาการผิดปกติเลย¹⁰ การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมีเป้าหมายหลักคือ ระยะเริ่มแรกถ้าได้รับการตรวจวินิจฉัยเร็ว การรักษามุ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่กรณีที่มีความรุนแรงของโรคหรือโรคลุกลามเกินกว่าจะรักษาให้หายขาดได้ ก็จะมุ่งเน้นที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด โดยให้มีการทำงานของอวัยวะที่ใกล้เคียงสภาวะปกติให้มากที่สุด แนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงจะเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การใช้ยาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษา โดยมีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก และการใช้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาเป็นการรักษาเสริม¹² ผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด 2 ราย และไม่เคยได้รับการรักษาชนิดอื่น 2 ราย หลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนคือ รอยต่อลำไส้รั่วทั้ง 4 ราย พิจารณาจากปัจจัยที่ทำให้เกิดรอยต่อลำไส้รั่วคือ ปัจจัยด้านตัวโรคมะเร็ง (มะเร็งก้อนใหญ่และระยะลุกลาม หรือมีการกระจายของมะเร็ง ตำแหน่งที่เป็นรอยโรคอยู่ในตำแหน่งที่ต่ำ) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีมาก่อนผ่าตัด มีประวัติสูบบุหรี่ มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดที่ปอด เป็นเบาหวาน ภาวะทุพโภชนาการ ประวัติการใช้สเตียรอยด์) ปัจจัยด้านการผ่าตัด (การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน เทคนิคการผ่าตัดที่ล้มเหลว การเสียเลือด ระยะเวลาในการผ่าตัด การใช้ยาในกลุ่ม inotropes)¹³ เพศในกลุ่มศึกษาเป็นเพศชายทุกคน ซึ่งเพศชายมีความเสี่ยงที่จะเกิดรอยต่อลำไส้รั่วมากขึ้น¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของ Goshen et al.¹⁵ พบว่า เพศชาย ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับทางเดินหายใจ ประวัติการสูบบุหรี่ และ ASA $\geq$ 3 จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว และเนื่องจากเพศชายมีช่องเชิงกรานที่แคบ จึงทำให้ยากต่อการผ่าตัด¹⁶ ระดับ albumin ต่ำน้อยกว่า 3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และมีประวัติสูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดรอยต่อลำไส้รั่ว สอดคล้องกับการศึกษาของจิตาภาและเจษฎา¹⁷ แต่การศึกษาของ Reno et al.¹⁸ พบว่าระดับ albumin ต่ำ ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ระยะเวลาในการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 180 นาที การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ตำแหน่งการผ่าตัดต่อลำไส้อยู่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตรจากทวารหนัก ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะรอยต่อลำไส้รั่วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษามีประวัติเคยได้รับยาเคมีบำบัด 2 ราย ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 263.4 นาที (4.39 ชั่วโมง) ซึ่งระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่า 3 ชั่วโมง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว⁴ การเสียเลือดระหว่างผ่าตัดจำนวนมากที่สุด 600 มล. ปัจจัยดังกล่าวส่งเสริมทำให้เกิดภาวะรอยต่อรั่วได้ ส่วนตำแหน่งที่ตัดต่อลำไส้ในกลุ่มนี้อยู่สูงกว่าทวารหนักมากกว่า 5 เซนติเมตร อาการแสดงของกลุ่มที่ศึกษา มีอาการมีไข้ ปวดท้อง สายระบายออกมากขึ้น สีเหมือนอุจจาระ และมีชีพจรเต้นเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang T and Wang Z²⁰ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยมีอาการแสดง คือ ท้องอืด ท้องเสีย หนองไหลออกทางทวารหนัก มีไข้เล็กน้อย หัวใจเต้นเร็วขึ้น และปัสสาวะไม่ออก อาการแสดงภาวะรอยต่อลำไส้รั่วในกลุ่มที่ศึกษามีอาการในวันที่ 2-5 วัน เฉลี่ย 3.2 วัน และจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 25.6 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gessler et al.²¹ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะรอยต่อรั่วมีอาการแสดงในวันที่ 2-9 เฉลี่ย 4.3 วัน มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 22 วันและการศึกษาของ Degiuli et al.⁷ พบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มที่เกิดภาวะรอยต่อรั่ว 19 วัน และการรักษาพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีการรักษาด้วย

การผ่าตัดใน Type C และมีการผ่าตัดซ้ำในกลุ่ม Type B หลังจากการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ล้มเหลว การรักษาการผ่าตัดโดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมภาวะติดเชื้อและควบคุมอาการผู้ป่วยให้คงที่ หากการรักษาแบบไม่ผ่าตัดจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้แน่ใจว่าสามารถควบคุมภาวะติดเชื้อได้ หากพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลง ควรมีการรักษาโดยเร็วเพื่อลดอาการเจ็บป่วยจากภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว⁶ ในกลุ่มที่ศึกษา แพทย์ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดและเปิดทำการเย็บทุกกราย

ประเด็นการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม

1. การประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว จากการพบทวนกลุ่มผู้ป่วยจะมีการแสดงออก อาจมีความชัดเจนเรื่องของสีของ drain ที่เปลี่ยนเป็นสีอุจจาระ หรือกลุ่มที่มีอาเจียนและชีพจรเร็ว ถ้าอาการเหล่านี้ไม่ได้รับการประเมินอย่างรวดเร็วผู้ป่วยอาจมีภาวะการติดเชื้อที่รุนแรงจนเกิดอาการช็อกได้ บทบาทพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

2. การดูแลผู้ป่วยในการยอมรับกับทวารเทียม ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องนำแนวทางการปรับตัวของรอยมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล โดยมุ่งให้การช่วยเหลือบุคคลซึ่งมีปัญหาในการปรับตัวเมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงต่อบุคคล วิธีการช่วยเหลือจะใช้กระบวนการการแก้ปัญหาเพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัว หมายถึงพฤติกรรมตอบสนองของบุคคล เมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมของตนเพื่อปรับให้คงสภาวะสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ

การดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมและการจัดการปัญหาต่าง ๆ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการมีทวารเทียมเกิดทัศนคติที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับในคุณค่าตนเอง จะดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข²²

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด กระบวนการดูแลเริ่มต้นตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทุกช่วงของการดูแล พยาบาลควรมีความรู้มีความชำนาญ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา อีกทั้งยังสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีสภาวะ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. มีระบบมอบหมายงานแบบรายกรณี (nurse case management) ทำหน้าที่ประเมินให้การพยาบาลและติดตามอาการผู้ป่วย
2. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด
3. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมที่ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer 2020 [Internet]. [cited 2023 Jun 30]. Available from: <https://www.iarc.who.int/cancer-type/colorectal-cancer/>

2. Cancer in Thailand Vol.X (2016-2018). Bangkok. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nci.go>.
3. เถกิง พิทักษ์ธีระบัณฑิต. Management of colorectal anastomosis complication. [Internet]. [cited 2023 Jan 30]. Available from: [http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2559/14.Management_of_colorectal_anatomosis_complication%20\(Thakoeng%2028.6.59\).pdf](http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2559/14.Management_of_colorectal_anatomosis_complication%20(Thakoeng%2028.6.59).pdf).
4. Zarnescu EC, Zarnescu NO, Costea R. Updates of risk factors for anastomotic leakage after colorectal surgery diagnostics 2021 [Internet]. [cited 2023 Jan 30]. Available from: <https://doi.org/10.3390/diagnostics11122382>.
5. Salikidis CT, Mitsala A, Mentonis VI, Romanidis K, Gogos PG, Tsaroucha AK, et al. Factors for anastomotic leakage following colorectal cancer surgery: where are we and where are we going? Oncol. 2023;30:3111-37.
6. Saur NM, Paulso EC. Operative management of anastomosis leak after colorectal surgery. Clinic in Colon and Rectal Surgery. 2019;32:190-5.
7. Degiuli M, Elmore U, De Luca R, De Nardi P, Tomatis M, Biondi A, et al. Risk factors for anastomotic leakage after anterior resection, for rectal cancer (RALAR study): A nationwide retrospective study of the Italian society of surgical oncology colorectal cancer network collaborative group. Colorectal disease. 2022;24:264-76. [Internet]. [cited 2023 Jun 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9300066>.
8. Yun JA, Chuy B, Park YA, Huh JW, Yun SH, Kim HC. Clinical manifestation of anastomotic leakage after low anterior resection for rectal cancer. ANZ J Surg 2017;8711:908-14.
9. Stormark K, Krarup PM, Sjoval A, Soreide K, Kvaloy T, et al. Anastomotic leak after surgery for colon cancer and effect on long-term survival.2020. [Internet]. [cited 2023 Jul 30]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/codi.14999>.
10. วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์. มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1218>.
11. American cancer society colorectal cancer facts & figures 2020-2022. [Internet]. [cited 2023 Jun 30]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-%20and-figures-%202020-2022.pdf>.
12. ไพศิษฐ์ ศรีวิทยากร. Current concept in colorectal cancer treatment. ปรินญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ). ตำรา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. กรุงเทพฯ:บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2554:347-72.

13. Brown KGM, Solomon MJ, Mahon K, Shannassy SO. Management of colorectal cancer; BMJ 2019.366:l4561.
14. Parthasarathy M, Greesmith M, Bower D, Groot-Wassink T. Risk factors for anastomotic leakage after colorectal resection: A retrospective analysis of 17518 patients. Colorectal dis, 2017.19:288-98.
15. Gottstein EG, Shapiro, Rshwartz C, Nissan A, Oberman B, Gutman M, et al. Incidence and risk factors for anastomotic leakage in colorectal surgery: A historical cohort study. Isr med assoc J. 2019.21:732-7. [Internet]. [cited 2023 Jun 30]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31713361>.
16. Fang AH, Chao W, Ecker M. Review of colonic anastomotic leakage and prevention methods. J Clin. Med 2020;9:4061.
17. จิตภา รุ่งประกายพรรณ, เจษฎา อธิคุณากร. การศึกษาอัตราการเกิดการรั่วของรอยต่อและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการรั่วของการผ่าตัดทางเดินอาหาร. Royal Thai Air Force Medical Gazette 2021;67:1.
18. Rudiman R, Hapsari P, Christina N. Correlation between albumin, Colon leakage score (CLS), and anastomotic leakage after colorectal cancer resection. Majalah Kedokteran Bandung. 2022;54:228-34. [Internet]. [cited 2023 Aug 15]. Available from: <https://journal.fk.unpad.ac.id/index.php/mkb/article/viewFile/2666/pdf>.
19. Han Z, Chen D, Li Y, Zhou G, Wang M, Zhang C. Development of a risk scoring system for predicting anastomotic leakage following rectal cancer surgery. Therapeutics and clinical risk management. 2021;17:145-53.
20. Yang T, Wang Z (2018). Early diagnosis and treatment of anastomotic leak after rectal cancer surgery. 2018;21:388-94. [Internet]. [cited 2023 Aug 15]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29682708>.
21. Gessler B, Erikson O, Anenete E. Diagnosis treatment and consequences of anastomotic leakage in colorectal surgery. International journal of colorectal disease.2017;32:549-56. [Internet]. [cited 2023 Aug 15]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00384-016-2744-x>
22. ศิริพรรณ ภมรพล, บังอร น้อยอำ, ประพนธ์ กาญจนศิลป์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ที่มีทวารใหม่. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36:52-70.