

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยวันเดียวกลับ ในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่โรงพยาบาลรัตนบุรี

วิไลวรรณ ศิริสังข์วัฒน์ พ.บ., นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

บทคัดย่อ

เนื่องจากอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่สูงขึ้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพื่อคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังในช่วงเวลาหนึ่ง (retrospective cross sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่พบในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ ในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่โรงพยาบาลรัตนบุรี โดยเก็บข้อมูลระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยอายุ 50-70 ปี ที่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ และเข้ารับบริการส่องกล้องแบบวันเดียวกลับที่โรงพยาบาลรัตนบุรีในเดือนกันยายน พ.ศ.2565

ผลการศึกษา มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่องกล้องแบบวันเดียวกลับทั้งหมด 43 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.5 อายุเฉลี่ย 56.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.3) มีระดับของผู้ป่วยตามสภาพร่างกายและโรคที่เป็นของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (ASA physical status) class II ร้อยละ 83.7 มีโรคประจำตัวร้อยละ 74.4 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 18.6 เท่ากัน ผู้ป่วยทุกรายได้เข้ารับคำแนะนำที่คลินิกก่อนผ่าตัดร้อยละ 100 ระหว่างผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.0 และคลื่นไส้อาเจียน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 โดยภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถรักษาหายด้วยการให้ยา ทั้งนี้ผู้ป่วยทั้งหมด สามารถกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมง และไม่มีผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนภายใน 30 วันของการส่องกล้อง พบผู้ป่วยที่ได้นอนโรงพยาบาลเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ซ้ำ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3 โดยสรุปจากการศึกษานี้ การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยวันเดียวกลับ สามารถทำได้อย่างปลอดภัย เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ

คำสำคัญ: การระงับความรู้สึก, การส่องกล้องลำไส้ใหญ่, ผู้ป่วยวันเดียวกลับ

Complications Following Ambulatory Colonoscopy Under Anesthesia In Colorectal Cancer Screening Program at Rattanaaburi Hospital

Wilaiwan Sirisatjawat, M.D., Department of Anesthesia, Rattanaaburi hospital, Surin

Abstract

According to upward trend of colon cancer incidence rate, the patients underwent colonoscopies for colon cancer screenings have increased. The purpose of this retrospective cross sectional research was to evaluate the prevalence of complications after ambulatory colonoscopy under anesthesia in colorectal cancer screening program at Rattanaaburi hospital. The preoperative, intraoperative and post-operative data of this research were collected from 50-70 year-old patients with fecal immunochemical test positive undergone ambulatory colonoscopy at Rattanaaburi hospital in September 2022.

Results: Samples 43 patients, 60.5% were female, mean age was 56.9 years old (SD=5.3) and 83.7% were in American society of anesthesiologist (ASA) physical status II. Patients 74.4% had comorbidity, most were hypertension (18.6%) and dyslipidemia (18.6%). All patients had informed about colonoscopy at pre-anesthetic clinic (100%). Peri-operative complications were hypotension in 3 patients (7.0%) and nausea&vomiting in 2 patients (4.7%), these complications were corrected by medication. All patients were discharged within 24 hours, and there was no case who admitted from complication within 30 days from colonoscopy. One patient was postponed due to inadequate colon preparation (2.3%). In conclusion, ambulatory colonoscopy under anesthesia appeared to be safe with minor complications.

Keywords: Anesthesia, Colonoscopy, One day surgery

บทนำ

จากข้อมูลสถิติโรคมะเร็งทั่วโลกปี 2555 พบอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 1.4 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 7 แสนราย¹ ซึ่งในปี 2563 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีอุบัติการณ์สูงขึ้น โดยเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ผู้ป่วยรายใหม่สูงขึ้นเป็น 1.94 ล้านราย มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 9.4 แสนราย² สำหรับสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีอุบัติการณ์ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 4 โดยในปี 2563 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงรายใหม่ประมาณ 20,000 ราย และเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงประมาณ 10,000 ราย¹ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2554 ที่มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงรายใหม่ประมาณ 10,000 ราย และเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงประมาณ 3,000 ราย¹ กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นสถานการณ์โรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นของประเทศไทย จึงกำหนดแผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ.2561-2565 โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก จัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระโดยอาศัยการทำปฏิกิริยาระหว่างภูมิคุ้มกัน (antibody) ที่จำเพาะต่อโกลบูลิน, อัลบูมิน หรือส่วนประกอบอื่นๆ ของเลือด (Fecal immunochemical test; FIT) ในผู้ป่วยอายุ 50 ถึง 70 ปี ผู้ป่วยที่ผลตรวจเป็นบวกคือมีเลือดแฝงในอุจจาระ จะได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่³ ซึ่งสามารถทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอกได้ ตามนโยบายระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เพื่อลดความแออัด ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มการเข้าถึงการรับบริการ มีภาวะแทรกซ้อนต่ำ

ข้อมูลของสมาคม American Screening for Gastrointestinal Endoscopy: ASGE) ระบุว่า ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 5-7 โดยขึ้นกับยาที่ใช้ ออกซิเจนต่ำ ร้อยละ 6-11 ท้องอืด ร้อยละ 25 ปวดท้อง ร้อยละ 5-11 ติดเชื้อประมาณร้อยละ 4 ลำไส้ทะลุ น้อยกว่า ร้อยละ 0.1 ภาวะเลือดออก ร้อยละ 0.1-0.6 โดยพบภาวะเลือดออกเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่ทำหัตถการตัดติ่งเนื้อ⁴ และจากงานวิจัยของ Stasiowski et al⁵ ศึกษาผู้ป่วยชาวโปแลนด์ 166 ราย พบภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่รับการ

ส่องกล้องลำไส้ใหญ่คือ คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 1.9⁵ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถรักษาแบบผู้ป่วยวันเดียวกลับได้

จากทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลรัตนบุรี ปี 2563-2565 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ 72, 65 และ 34 รายตามลำดับ โรงพยาบาลรัตนบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่วางแผนจะส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในปีงบประมาณ 2566 เนื่องจากโรงพยาบาลเริ่มมีศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ แต่จากสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพิ่มขึ้น จึงได้จัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยการเยี่ยมอุปกรณ์ส่องกล้องมาใช้ชั่วคราวในเดือนกันยายน 2565 ทั้งนี้โรงพยาบาลรัตนบุรียังไม่มีข้อมูลภาวะแทรกซ้อนในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่รับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาภาวะแทรกซ้อนในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่รับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในช่วงเวลาดังกล่าว เพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่พบในการดูแลระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะสูดสำลัก ภาวะออกซิเจนต่ำ คลื่นไส้อาเจียน ลำไส้ทะลุ ภาวะเลือดออก

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ในช่วงเวลาหนึ่ง (retrospective cross sectional study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยวันเดียวกลับที่โรงพยาบาลรัตนบุรี อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ในเดือนกันยายน พ.ศ.2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 50 ถึง 70 ปีที่ตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระ จากโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ของกระทรวงสาธารณสุขทุกรายที่เข้ารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับที่โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ในเดือนกันยายน พ.ศ.2565

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยอายุ 50 ถึง 70 ปี ที่ ตรวจพบเลือดแดงในอุจจาระ จากโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ และเข้ารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ
2. มีระดับของผู้ป่วยตามสภาพร่างกายและโรคที่เป็นของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา หรือ American society of anesthesiologist (ASA) physical status class I-III

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยวันเดียวกลับที่โรงพยาบาลรัตนบุรี อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ในเดือนกันยายน พ.ศ.2565 จำแนกเป็นข้อมูลก่อนผ่าตัด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อายุ เพศ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ASA physical status การเข้ารับคำแนะนำที่คลินิกก่อนผ่าตัด ข้อมูลระหว่างผ่าตัด ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ (ความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท) ภาวะออกซิเจนต่ำ ภาวะสุดสัณฐานภาวะเลือดออก ลำไส้ทะลุ คลื่นไส้ อาเจียน การเตรียมลำไส้ ข้อมูลหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย โดยประเมินจากการนอนโรงพยาบาลภายใน 30 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS version 18 โดยสถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็นจำนวนความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับความยินยอมจากผู้เกี่ยวข้องเพื่อเข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียน และผ่านการรับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ 31/2565 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2565

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 43 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.5 อายุเฉลี่ย 56.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.3) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.1) และมีระดับ ASA physical status class II ร้อยละ 83.7 เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.4 โรคประจำตัวพบ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 18.6 เท่ากัน ข้อมูลก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยทุกราย ได้เข้ารับคำแนะนำที่คลินิกก่อนผ่าตัด ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1

ในห้องผ่าตัด ข้อมูลระหว่างส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการส่องกล้องลำไส้ใหญ่อย่างเดียว ร้อยละ 81.4 โดยมีผลวินิจฉัยว่าผลคัดกรองอุจจาระผิดปกติ (FIT test ได้ผลบวก) และผู้ป่วยร้อยละ 18.6 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ และได้รับการทำหัตถการส่องกล้องร่วมกับตัดติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ ระยะเวลาผ่าตัดโดยเฉลี่ย 18.7 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.3) ดังตารางที่ 1

ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยยาเพนทานิลทุกราย โดยพบว่าผู้ป่วยได้รับยาเพนทานิลอย่างเดียว ร้อยละ 60.5 ผู้ป่วยได้รับยาเพนทานิล ร่วมกับไมดาโซแลม ร้อยละ 27.9 ได้รับยาเพนทานิลร่วมกับไมดาโซแลม และโพรโปฟอล ร้อยละ 9.3 ได้รับยาเพนทานิลร่วมกับเมเพอริดีน และโพรโปฟอล ร้อยละ 2.3 ขนาดยาระงับความรู้สึกที่ใช้โดยเฉลี่ยเพนทานิล 0.7 มิลลิกรัม (SD=0.3), ไมดาโซแลม 1.3 มิลลิกรัม (SD=0.5), เมเพอริดีน 10 มิลลิกรัม, โพรโปฟอล 56.7 มิลลิกรัม (SD=21.7) ดังตารางที่ 1

ภาวะแทรกซ้อนที่พบระหว่างส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 11.6 พบความดันโลหิตต่ำ (Systolic BP น้อยกว่า 90 มม.ปรอท) ร้อยละ 7.0 คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 4.7 ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถรักษาหายด้วยยา ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ลำไส้ทะลุ ภาวะเลือดออก ภาวะสุดสัณฐานภาวะออกซิเจนต่ำ ผู้ป่วยทั้งหมดสามารถกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กล่าวคือไม่พบผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลภายใน 30 วันด้วยภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม พบผู้ป่วย 7 รายที่เตรียม

ลำไส้ไม่สะอาด (ระบุโดยศัลยแพทย์) โดยยังสามารถส่องกล้องจนสำเร็จได้ 6 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นผลคัดกรอง อูจจาระผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 16.3 อีก 1 รายไม่สามารถส่องลำไส้ใหญ่ได้ทจนเสร็จสิ้น จึงต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ซ้ำคิดเป็น ร้อยละ 2.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ขนาดยาระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อน (N=43)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
I. ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย	
เพศ	
ชาย	17 (39.5)
หญิง	26 (60.5)
อายุ (ปี)	
50-60	31 (72.1)
60-70	12 (27.9)
อายุเฉลี่ย (ปี)	
\bar{X} (SD)	56.9 (5.3)
Min-Max	51.6-62.2
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กก./ตร.ม.)	
\bar{X} (SD)	24.5 (5.1)
Min-Max	19.4-29.6
ASA physical status	
ASA class I	5 (11.6)
ASA class II	36 (83.7)
ASA class III	2 (4.7)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	11 (25.6)
โรคประจำตัว	32 (74.4)
(บางรายพบมากกว่า 1 โรค)	
ความดันโลหิตสูง	8 (18.6)
ไขมันในเลือดสูง	8 (18.6)
เบาหวาน	5 (11.6)
ภาวะซีด	5 (11.6)
ภาวะอ้วน	4 (9.3)
หอบหืด	1 (2.3)
ต่อมลูกหมากโต	1 (2.3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ขนาดยาระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อน (N=43) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
II. ข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่	
ชนิดการผ่าตัด	
ส่องกล้องลำไส้ใหญ่อย่างเดียว	35 (81.4)
ส่องกล้องลำไส้ใหญ่และตัดตังเนื้อ	8 (18.6)
การเตรียมลำไส้	
เตรียมได้สะอาด	36 (83.7)
เตรียมได้ไม่สะอาด	6 (14)
(ยังสามารถส่องลำไส้ใหญ่สำเร็จ)	
เตรียมลำไส้ไม่สะอาด	1 (2.3)
(ต้องส่องกล้องซ้ำ)	
ระยะเวลาการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (นาที) \bar{X} (SD), Min-Max	18.7 (12.3), 6.4-31
III. ชนิดและขนาดยาระงับความรู้สึก	
ชนิดรูปแบบการให้ยาระงับความรู้สึก	
เพนทานิลอย่างเดียว	26 (60.5)
เพนทานิล+ไมดาโซแลม	12 (27.9)
เพนทานิล+ไมดาโซแลม+โพรโพล	4 (9.3)
โพรโพล	1 (2.3)
เพนทานิล+เมเพอร์ดีน+โพรโพล	1 (2.3)
ขนาดยาระงับความรู้สึก (มิลลิกรัม) \bar{X} (SD), Min-Max	
เพนทานิล	0.7 (0.3), 0.4-1
เมเพอร์ดีน	10, -
ไมดาโซแลม	1.3 (0.5), 0.8-1.8
โพรโพล	56.7 (21.7), 35-78.4
IV. ภาวะแทรกซ้อน	
ภาวะแทรกซ้อน	
ไม่พบภาวะแทรกซ้อน	38 (88.4)
พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่องกล้องลำไส้ใหญ่	5 (11.6)
ความดันโลหิตต่ำ (ความดันซิสโตลิก <90 mmHg)	3 (7.0)
คลื่นไส้อาเจียน	2 (4.7)
ภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่	0 (0.0)
นอนโรงพยาบาลภายใน 30 วัน	0 (0.0)

ตารางที่ 2 ชนิดของยาระงับความรู้สึก รูปแบบการให้ยา ระดับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (N=43)

รูปแบบชนิดของยาระงับความรู้สึก	ภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่องกล้องลำไส้ใหญ่	
	hypotension	คลื่นไส้อาเจียน
เฟนทานิลอย่างเดียว	0	1 (2.3)
เฟนทานิล+ไมดาโซแลม	0	1 (2.3)
เฟนทานิล+ไมดาโซแลม+โพรโปฟอล	3 (7.0)	0
เฟนทานิล+เมเพอริดีน+โพรโปฟอล	0	0

อภิปรายผล

การศึกษานี้ มีผู้ป่วยเข้ารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ ในเดือนกันยายน พ.ศ.2565 ที่โรงพยาบาลรัตนบุรีทั้งหมด 43 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการประเมินความพร้อม และการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยของระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

แนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกที่โรงพยาบาลรัตนบุรี จะเริ่มต้นจากให้ยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) และเพิ่มขนาดยากลุ่มโอปิออยด์, กลุ่มเบนโซไดอะซีพิน (Benzodiazepines) เมื่อผู้ป่วยทนต่อการส่องกล้องไม่ไหว ถ้าผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจะเพิ่มยาโพรโปฟอล (Propofol) ซึ่งจากการศึกษาของ Grilo-Bensusan et al⁶ พบว่าการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ร่วมกับกลุ่มเบนโซไดอะซีพิน เพียงพอต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยปัจจัยที่มีผลต่อความอดทนในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ได้แก่ เพศหญิง, ความวิตกกังวล, ความยากของการส่องกล้อง, ระยะเวลาการส่องกล้อง และขนาดยาระงับความรู้สึกน้อย⁶

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่พบในงานวิจัยนี้คิดเป็นร้อยละ 11.6 ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 7.0 โดยภาวะความดันโลหิตต่ำ (ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต) เกิดในช่วงระยะเวลาผ่าตัด หลังจากผู้ป่วยได้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำทั้งหมด สามารถรักษาด้วยยากระตุ้นความดันโลหิต ผู้ป่วยทั้ง 3 รายที่เกิด

ความดันโลหิตต่ำนี้ได้รับยาระงับความรู้สึกร่วมกัน 3 ชนิด ได้แก่ เฟนทานิล, ไมดาโซแลมและโพรโปฟอล อุบัติการณ์ในการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลของ ASGE ที่พบความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 5-7 (ขึ้นกับยาที่ใช้)³ แต่เทียบกับการศึกษาของ Stasiowski MJ, et al⁵ และ Sneyd JR, et al⁷ ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยโพรโปฟอลในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบอุบัติการณ์ความดันโลหิตต่ำร้อยละ 36-37.9 โดยความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความดันโลหิตต่ำสัมพันธ์กับขนาดยาโพรโปฟอล และในการศึกษานี้ผู้ป่วยที่ได้รับยาเฟนทานิลหรือยาเฟนทานิลร่วมกับไมดาโซแลมไม่มีผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์ความดันโลหิตต่ำ ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ Sneyd JR, et al⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาไมดาโซแลมมีอุบัติการณ์ความดันโลหิตต่ำร้อยละ 10 การศึกษานี้พบผู้ป่วยคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 4.7 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Stasiowski MJ, et al⁵ ที่พบอุบัติการณ์ร้อยละ 1.9 อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้งหมดอาการดีขึ้นเมื่อได้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถกลับบ้านได้หลังทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงภายใน 30 วันหลังทำการส่องกล้อง เช่น ภาวะเลือดออก ภาวะลำไส้ทะลุ ภาวะสุดสักรัก

ข้อจำกัดในการศึกษานี้คือจำนวนประชากรศึกษาค่อนข้างน้อย ทำให้อุบัติการณ์น้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้า^{5,7} อีกทั้งผู้วิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน อาจมีความบกพร่องในการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ ทำให้อุบัติการณ์อาจน้อยกว่าความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเตรียมลำไส้ไม่สะอาด และต้องกลับมาส่องกล้องซ้ำ ร้อยละ 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมลำไส้ไม่สะอาด ได้แก่ ประวัติการเตรียมลำไส้ไม่สะอาด, โรคเบาหวาน, โรคพาร์กินสัน, ผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล, ผู้ป่วยที่ไม่ทำตามคำแนะนำ, ภาวะท้องผูก, ผู้สูงอายุ, สถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ⁸⁻¹⁰ ทั้งนี้การเตรียมลำไส้ไม่สะอาดส่งผลต่อการตรวจพบความผิดปกติในลำไส้ เช่น ตึงเนื้อ¹¹⁻¹² และยังคงผลต่อระยะเวลาการทำหัตถการที่นานขึ้น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการกลับมาส่องกล้องซ้ำ¹³

จากนโยบายการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่ต้องการลดความแออัด ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มการเข้าถึงบริการ แต่

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ซ้ำซึ่งเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่าย จึงควรมีการพัฒนาวิธีเตรียมลำไส้ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อบรรลุมิติประสงค์ รวมถึงศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเตรียมลำไส้ไม่สะอาดและในการวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาศึกษาค่าใช้จ่ายในการส่องกล้องแบบผู้ป่วยวันเดียวกลับ เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่า

สรุปผลการศึกษา

พบภาวะแทรกซ้อนในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ ร้อยละ 11.6 ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 7.0 คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 4.7 ภาวะแทรกซ้อนที่พบนี้สามารถรักษาได้ด้วยยา ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ลำไส้ทะลุ ภาวะเลือดออก ภาวะสุดสัลัก

เอกสารอ้างอิง

1 . Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Gut [internet]. 2017 [cited 2023 Apr 12];66(4):683-91. Available from: <https://gut.bmj.com/content/66/4/683>

2.Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2020 [cited 2022 Oct 9]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>

3. คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Control Programme (พ.ศ.2561-2565) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/File_download/D_indexแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ.pdf

4. ASGE Standards of Practice Committee; Fisher DA, Maple JT, Ben-Menachem T, Cash BD, Decker GA, Early DS, et al. Complications of co-

lonoscopy. Gastrointest Endosc [internet]. 2011 [cited 2022 Oct 9];74(4):745-52. Available from: [https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(11\)01965-1/fulltext](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(11)01965-1/fulltext)

5. Stasiowski MUJ, Starzewski MA, Niewiadomska E, Król S, Marczyk K, Żak J, et al. Adequacy of anesthesia guidance for colonoscopy procedures. Pharmaceuticals (Basel) [internet]. 2021 [cited 2022 Oct 22];14(5):464. Available from: <https://www.mdpi.com/1424-8247/14/5/464>

6.Grilo-Bensusan I, Herrera Martin P, Jiménez-Mesa R, Aguado Álvarez V. Prospective study of the factors associated with poor tolerance to ambulatory colonoscopy under conscious sedation. Rev Esp Enferm Dig [internet]. 2018 [cited 2022 Oct 22];110(4):223-30. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Israel-Grilo-Bensusan/publication/323927765_Prospective_study_of_the_factors_associated_with_poor_tolerance_to_ambulatory_colonoscopy_under_conscious_sedation/links/5afaf38ba6fdccacab1780c1/Prospective-study-of-the-factors-associated-with-poor-tolerance-to-ambulatory-colonoscopy-under-conscious-sedation.pdf

7.Sneyd JR, Absalom AR, Barends CR, Jones JB. Hypotension during propofol sedation for colonoscopy: an exploratory analysis. Br J Anaesth [internet]. 2022 [cited 2022 Oct 30]; 128(4): 610-622. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007091221007315>

8. Serper M, Gawron AJ, Smith SG, Pandit AA, Dahlke AR, Bojarski EA, et al. Patient factors that affect quality of colonoscopy preparation. Clin Gastroenterol Hepatol [internet].

2014 [cited 2022 Oct 30];12(3):451-7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1542356513011750>

9. Ness RM, Manam R, Hoen H, Chalasani N. Predictors of inadequate bowel preparation for

colonoscopy. *Am J Gastroenterol* [internet]. 2001 [cited 2022 Nov 12]; 96(6): 1797-802. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002927001024376>

10. Lebwohl B, Wang TC, Neugut AI. Socioeconomic and other predictors of colonoscopy preparation quality. *Dig Dis Sci* [internet]. 2010 [cited 2022 Nov 12];55(7): 2014-2020. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10620-009-1079-7>

11. Tholey DM, Shelton CE, Francis G, Anantharaman A, Frankel RA, Shah P, et al. Adenoma detection in excellent versus good bowel preparation for colonoscopy. *J Clin Gastroenterol* [internet]. 2015 [cited 2022 Nov 12];49(4):313-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7038788/>

12. Chokshi RV, Hovis CE, Hollander T, Early DS, Wang JS. Prevalence of missed adenomas in patients with inadequate bowel preparation on screening colonoscopy. *Gastrointest Endosc* [internet]. 2012 [cited 2022 Nov 12];75(6):1197-203. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0016510712000090>

13. Rex DK, Imperiale TF, Latinovich DR, Bratcher LL. Impact of bowel preparation on efficiency and cost of colonoscopy. *Am J Gastroenterol* [internet]. 2002 [cited 2022 Nov 12]; 97(7):1696-700. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002927002041837>