05/0072/34

นิพนธ์ต้นฉบับ

การผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อตัดและต่อลำไส้ใหญ่ทางด้านซ้าย โดยไม่เปิดลำไส้ทางหน้าท้อง

Emergency Left Side Large Bowel Resection With Immediate Anastomosis Without Colostomy

จิตตินัดด์ หะวานนท์*

Abstract : Chittinad Havanond. 1991. Emergency left side large bowel resection with immediate anastomosis without colostomy. Thai J Hlth Resch 5(2):

A comparision between 2 operative techniques in emergency operation of left side large bowel obstruction. Six patients have primary resection with proximal colostomy decompression and 3 patients have primary resection on - table lavage and immediate anastomosis. On - table lavage and immediate anastomosis are benefit even if they spend longer operative time.

Key words : *Obstruction, large bowel; Cancer, large bowel; Colon: carcinoma, irrigation, intraoperative lavage, emergency surgery, on - table lavage*

* กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี 70000
Department of Surgery, Ratchaburi Hospital and Medical Center, Ratchaburi 70000.

01/0073/34

บทคัดย่อ : **จิตตินัดด์ หะวานนท์. 2534. การผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อตัดและต่อลำไส้ใหญ่ทางด้านซ้าย โดยไม่เปิดลำไส้ทางหน้าท้อง. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 5(2) :**

รายงานผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายที่มาด้วยลำไส้อุดตัน เปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดด้วยวิธี primary resection และ colostomy (Hartman's operation) จำนวน 6 ราย กับการผ่าตัดด้วยวิธี primary resection on - table lavage และ immediate anastomosis จำนวน 3 ราย พบว่าการผ่าตัดด้วยวิธีหลังมีความปลอดภัย และคุ้มค่าแม้ว่าจะใช้เวลาผ่าตัดนานกว่า

คำสำคัญ : *ลำไส้ใหญ่อุดตัน; มะเร็งลำไส้ใหญ่; การผ่าตัดฉุกเฉินลำไส้ใหญ่; การล้างลำไส้ใหญ่บนเตียงผ่าตัด*

บทนำ

ถึงแม้ว่าเราจะพบผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะการอุดตันของลำไส้ใหญ่ไม่บ่อยนัก แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการรักษาที่ถูกต้องจากผู้ที่มีความรู้ทางด้านนี้ เพราะการรักษาที่ผิดพลาด มีผลต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก รายงานจากต่างประเทศพบว่า ภาวะลำไส้อุดตันเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ต้องการการผ่าตัดฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่ (Dudley, 1980; White and Macfie, 1985) และโรคมะเร็งก็เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้เกิดอาการอุดตันขึ้น (Dutton, 1976; White and Macfie, 1985) ก่อนการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่ที่โรงพยาบาลราชบุรีจำนวน 45 ราย มี 20 ราย (44.4%) มาด้วยอาการลำไส้ใหญ่อุดตัน และในจำนวนนี้ 85% มีสาเหตุจากมะเร็งลำไส้ใหญ่

ถ้าพิจารณาถึงการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มาด้วยภาวะการอุดตัน จะเห็นได้ว่า ถ้ามะเร็งเกิดขึ้นทางด้านขวาของลำไส้ใหญ่ ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ยอมรับการรักษาแบบการผ่าตัดเนื้องอกที่ก่อให้เกิดภาวะอุดตันออก และนำลำไส้ส่วนที่เหลือต่อเข้าด้วยกัน (right half colectomy with ileocolostomy) (Koruth, 1958) ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่ปลอดภัย มีอัตราเสี่ยงต่อการรั่วของรอยต่อน้อยมาก แต่ถ้าการอุดตันเกิดในด้านซ้ายของลำไส้ใหญ่ การรักษาไม่ง่ายเหมือนทางด้านขวา การรักษาทำได้หลายวิธีแตกต่างกันไปตามศัลยแพทย์ที่ให้การดูแล (Spratt, 1984; Phillips, 1985) มีตั้งแต่การนำลำไส้มาเปิดทางหน้าท้องอย่างเดียว (colostomy) หรือร่วมกับการตัดก้อนเนื้องอก (primary resection) ที่เราเรียกว่า Hartman's operation หรืออาจมาตัดก้อนเนื้อออกในการผ่าตัดครั้งที่สอง ร่วมกับการทำ colostomy ก็ได้ ซึ่งวิธีการเหล่านี้เรารวมเรียกว่า Stage operation มีศัลยแพทย์อยู่จำนวนหนึ่ง ที่ตัดเอาก้อนเนื้องอกออกพร้อมกับการต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกัน คล้ายกับการผ่าตัดลำไส้ทางด้านขวา (primary resection with immediate anastomosis) จึงเป็นการผ่าตัดเสร็จสิ้นในครั้งเดียว เหตุที่วิธีการรักษาภาวะอุดตันของลำไส้ใหญ่ทางด้านซ้ายมีหลายวิธี เป็นเพราะปัญหาของอุจจาระที่อยู่ในลำไส้ที่ไม่ได้เตรียมมาก่อนผ่าตัด อุจจาระที่มีแบคทีเรียจำนวนมาก อาจออกมาเปรอะเปื้อนบริเวณที่ทำการผ่าตัด เกิดมีการติดเชื้อตามด้วยภาวะแทรกซ้อน มีการรั่วของรอยต่อลำไส้ อันเป็นอันตรายอย่างสูง (Rosenberg *et al.*, 1971; Irvin, 1973; Sabiston, 1981; Smith *et al.*, 1983) ปัญหาอุจจาระในลำไส้นี้ Resenberg *et al.* (1971) พบว่า การเตรียมลำไส้ (mechanical bowel preparation) อย่างจริงจังจนสะอาด และเทคนิคการผ่าตัดที่ดี จะสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ แต่ต้องมีเวลาพอในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด ซึ่งไม่สามารถทำได้ในกรณีฉุกเฉิน

เมื่อมาพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของการผ่าตัดแต่ละอย่างแล้ว การผ่าตัดด้วยการทำ colostomy อย่างเดียวโดยไม่ได้ทำผ่าตัดอะไรอีก พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากโรคสูงมากกว่าการทำ stage operation (Spratt, 1984) เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ยังมี

ปัญหาที่เกิดจากก้อนเนื้องอกอยู่ เช่น การเจ็บปวดหรือเลือดออก สำหรับการทำ stage operation ซึ่งมีอยู่ 2 แบบด้วยกันคือ การตัดก้อนเนื้องอกออก ร่วมกับการทำ colostomy ในการผ่าตัดครั้งแรก (primary resection) หรือ การทำ colostomy ในครั้งแรก และผ่าตัดก้อนเนื้องอกออกในครั้งที่สอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในภาวะแทรกซ้อน ความเจ็บปวด และการมีชีวิตอยู่ (Spratt, 1984; Phillips, 1985) ถึงอย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Phillips (1985) จากผู้ป่วย 713 รายที่มาด้วยลำไส้ใหญ่อุดตัน พบว่ามีผู้ป่วยอยู่ 36 ราย ที่พยาธิสภาพที่พบในการผ่าตัดครั้งแรก สามารถผ่าตัดออกได้แต่กลับได้รับการทำ colostomy เท่านั้น 78% ของผู้ป่วยจำนวนนี้เสียชีวิตก่อนโดยยังมิได้ทำการผ่าตัดครั้งที่สอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเราได้ปล่อยโอกาสในการตัดก้อนเนื้องอกออกให้เสียไป

วิธีที่ดีที่สุดสำหรับการรักษาผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อุดตันทางด้านซ้าย ที่ต้องการการผ่าตัดฉุกเฉินควรประกอบด้วยการตัดเอาก้อนเนื้องอกออก และต่อลำไส้ส่วนที่เหลือในครั้งเดียวกัน โดยไม่ต้องทำ colostomy และมีภาวะแทรกซ้อนต่ำ ดังนั้น การนำเอาวิธีล้างลำไส้บนเตียงผ่าตัด (on - table lavage) มาใช้ เป็นการลดจำนวนอุจจาระในลำไส้ ทำให้เราสามารถทำผ่าตัดตามวิธีดังกล่าวได้ จึงทำการศึกษาผู้ป่วยลำไส้อุดตันทางด้านซ้าย (recto-sigmoid colon) ที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินในโรงพยาบาลราชบุรี เทียบระหว่างการตัดเอาก้อนเนื้องอกออก และทำ colostomy (Hartman's operation) กับการตัดเอาก้อนเนื้องอกออก และต่อลำไส้ส่วนที่เหลือหลังจากทำ on - table lavage (primary resection with immediate anastomosis)

วัสดุและวิธีการ

จากผู้ป่วยทั้งชายและหญิงจำนวน 45 ราย ที่มารับการผ่าตัดฉุกเฉินส่วนลำไส้ใหญ่ ในโรงพยาบาลราชบุรีในช่วงเวลา 3 ปี (ตุลาคม 2530- กันยายน 2533) มีผู้ป่วย 20 ราย ที่มาด้วยการอุดตันของลำไส้ใหญ่ ในจำนวนนี้ 9 ราย มีการอุดตันเกิดทางด้านซ้าย (rectosigmoid colon) ซึ่งทั้งหมดมีสาเหตุจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ ใน 9 รายนี้มีผู้ป่วย 6 ราย มีอายุระหว่าง 24- 89 ปี (เฉลี่ย 54.2 ± 26.1 ปี) ได้รับการผ่าตัดทำ Hartman's operation ส่วนอีก 3 ราย มีอายุระหว่าง 56- 78 ปี (เฉลี่ย 65.7 ± 11.2 ปี) ได้รับการทำ primary resection กับ immediate anastomosis โดยใช้วิธี on-table lavage ร่วมด้วย

การทำ on-table lavage ใช้สาย Foley's catheter ใส่เข้า caecum ผ่านทาง appendix และต่อลำไส้ทางปลายเข้ากับท่อ corrugated tube ลงถุงพลาสติก ใช้น้ำเกลือประมาณ 4- 5 ลิตร ล้างอุจจาระในลำไส้ใหญ่ผ่านทางสาย Foley's catheter ในขณะเดียวกันก็ใช้วิธีบีบไล่อุจจาระ และทำให้อุจจาระอ่อนไปพร้อมกัน

ผล

ผู้ป่วยกลุ่มที่ทำ Hartman's operation ใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มทำ Immediate anastomosis อยู่ประมาณ 40 นาที ส่วนระยะเวลาที่พักอยู่ในโรงพยาบาล (Hospital stay) นั้น กลุ่ม Hartman's operation พักอยู่ในโรงพยาบาลระหว่าง 9- 60 วัน แต่ในกลุ่ม Immediate anastomosis ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาล ระหว่าง 7- 13 วัน ผู้ป่วยที่ทำ Immediate anastomosis ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนในกลุ่ม Hartman's operation มีภาวะแทรกซ้อน 3 ราย เป็นการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 1 รายในหญิงอายุ 24 ปี ที่ไม่ใส่สายสวนปัสสาวะ อีก 2 ราย มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 *ลักษณะของผู้ป่วยที่ศึกษา*

วิธีผ่าตัด	จำนวน (ราย)	อายุ (ปี)	Operation time (ชม : นาที)	Hospital stay (วัน)	ภาวะแทรกซ้อน
Hartman's operation	6	54.2 ± 26.1 24 – 89	2 ชม. 40 นาที ± 50 นาที 1 ชม. 35 นาที – 4 ชม.	18.7 ± 20.3 9 – 60	Urinary tract infection 1 ราย Wound infection 2 ราย
Primary resection กับ immediate anastomosis โดยทำ on-table lavage	3	65.7 ± 11.2 56 – 78	3 ชม. 20 นาที ± 10 นาที 3 ชม. 10 นาที ± 3 ชม. 30 นาที	10.0 ± 3.2 7 – 13	ไม่มี

วิจารณ์

ในระยะแรกของศตวรรษนี้ การรักษาภาวะลำไส้ใหญ่อุดตันทางซ้าย มีเพียงการทำ proximal colostomy เท่านั้น ต่อมาเมื่อมีการวิวัฒนาการของการผ่าตัดและการใช้ยาสลบมากขึ้น ทำให้มีการตัดต่อลำไส้ร่วมด้วยกับการทำ colostomy ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ ยังถือว่าการทำ colostomy มีความจำเป็นในกรณีที่ไม่ได้เตรียมลำไส้ (Clark, 1975; White and Macfie, 1985) จากรายงานของ Clark (1975) ในผู้ป่วยที่มี obstruction ทางซ้าย 136 ราย แล้วได้รับการผ่าตัดด้วย primary resection เทียบกับการทำ colostomy decompression พบว่า อัตราตายจากการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน (27% และ 24%) (Klatt *et al.*, 1981) ด้วยเหตุผลที่เกิดมีการรั่วของรอยต่อได้บ่อย เพราะมีอุจจาระค้างอยู่ในลำไส้ (Dudley *et al.*, 1980; Smith *et al.*, 1983) แม้ว่าวิธีการทำ colostomy ร่วมจะปลอดภัย แต่ผู้ป่วยต้องมี colostomy ในระยะหนึ่ง แล้วกลับมาทำผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง เพื่อปิดแผล colostomy ซึ่งมีผลกระทบกระเทือนต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

ความคิดในการผ่าตัดฉุกเฉินในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อุดตันทางด้านซ้าย เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงมาตลอด โดยมีรายงานมาเรื่อย ๆ เกี่ยวกับ primary resection กับ immediate anastomosis (Koruth *et al.*, 1985) เมื่อ ค.ศ. 1968 Muir ใช้วิธีการล้างลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี closed system วิธีการได้ดัดแปลงโดย Rickett, Hewett, Valerio (Rosenberg *et al.*, 1971) จน ค.ศ. 1980 Dudley *et al.* รายงานวิธี antegrade bowel irrigation ในระหว่างผ่าตัดโดยใช้สาย Foley's catheter ใส่ทางแผล enterotomy ที่ terminal ileum แล้วล้างด้วย Hartman's solution ประมาณ 3 ลิตร โดยปลายทาง distal ต่อลงถุงพลาสติก (Dudley *et al.*, 1980) ซึ่งถือว่า ไม่มีการเปรอะเปื้อนอุจจาระมาที่แผลผ่าตัด

การศึกษานี้ เป็นการเปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วยการผ่าตัด 2 แบบ คือ การทำ stage resection ด้วย primary resection กับ colostomy กับการทำ primary resection กับ immediate anastomosis โดยใช้วิธี on-table lavage จากผลของการศึกษาในลักษณะต่าง ๆ พบว่า การทำ on-table lavage และ immediate anastomosis ใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่าวิธีแรกประมาณ 40 นาที จากการศึกษาของ Thomson ในปี 1986 พบว่าการทำ on-table lavage ใช้เวลาประมาณ 30- 45 นาที แต่ถ้าเทียบกับเวลาที่ผู้ป่วยพักอยู่ในโรงพยาบาล พบว่าน้อยกว่ามาก สำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดจะไม่พบเลยในการทำ on-table lavage และ immediate anastomosis แต่ก็เป็นการยากที่จะบอกว่าเป็นข้อดี เมื่อเทียบกับการทำ primary

resection กับ colostomy เพราะจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษามีไม่มากนัก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในกลุ่มที่ทำ colostomy เป็นการติดเชื้อของแผลที่หน้าท้อง ซึ่งอาจเกิดจากวิธีและเทคนิคของการผ่าตัด สภาพผู้ป่วย และการใช้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด ถึงอย่างไรก็ตาม มีรายงานหลายฉบับที่ทำการศึกษาผู้ป่วยจำนวนมากกว่านี้ และพบว่ามีอัตราป่วย และอัตราตายต่ำ หลังจากการผ่าตัดด้วย on-table lavage และ immediate anastomosis (Klatt *et al.*, 1981; Koruth *et al.*, 1985; White and Macfie, 1985; Thomson and Carter, 1986) จึงเสนอว่า การทำ on-table lavage และ immediate anastomosis แม้จะปลอดภัยประหยัดเวลา และมีประโยชน์ แต่ต้องเลือกใช้วิธีนี้ในผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป ไม่ควรใช้ในรายที่มีอัตราเสี่ยงต่อการผ่าตัดสูง เช่น ผู้ป่วยช้อค ขาดภูมิคุ้มกัน มีการติดเชื้อในช่องท้องอย่างรุนแรง ซึ่งในกรณีเหล่านี้ควรทำเพียง colostomy เพื่อแก้ไขภาวะอุดตันเท่านั้น แล้วรอให้ผู้ป่วยดีขึ้น จึงมาทำผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง

จากการศึกษานี้พอจะสรุปได้ว่า การทำ primary resection กับ immediate anastomosis โดยไม่ทำ colostomy เช่น กรณีการอุดตันเกิดทางด้านขวาของลำไส้ใหญ่ สามารถนำมาใช้กับการอุดตันทางด้านซ้ายที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉินได้ โดยการใช้วิธี on-table lavage เพื่อแก้ปัญหาอุจจาระที่ค้างอยู่ในลำไส้ โดยไม่ได้เพิ่มการเจ็บป่วย และอัตราตายจากการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

Clark J. 1975. Treatment of obstructing cancer of the colon and rectum. SGO 141: 541-544.

Dudley HAF, Radcliffe AG, and Mcgeehan D. 1980. Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. Br J Surg 67: 80-81.

Dutton JW. 1976. Mortality and prognosis of obstructing carcinoma of the large bowel. Am J Surg 131: 36-41.

Irvin TT. 1973. Aetiology of disruption of intestinal anastomosis. Br J Surg 60: 461-464.

Klatt GR, Martin WH, and Gillespie JT. 1981. Subtotal colectomy with primary anastomosis without diversion in the treatment of obstructing carcinoma of the left colon. Am J Surg 141: 577-578.

Koruth NM, Hunter DC, Krukowski ZH, and Matheson NA. 1985. Immediate resection in emergency large bowel surgery: a 7 years audit. Br J Surg 72: 703-707.

Phillips RKS. 1985. Malignant large bowel obstruction. Br J Surg 72: 296-302.

Rosenberg IL, Graham NG, De Dombal FT, and Goligher JC. 1971. Preparation of the intestine in patients undergoing major large - bowel surgery, mainly for neoplasms of the colon and rectum. Br J Surg 58: 265-269.

Sabiston DC. 1981. Textbook of surgery. W B Saunder Company.

Smith SRG, Connolly JC, and Gilmore OJA. 1983. The effect of fecal loading on colonic anastomotic healing.- Br J Srug 70: 49-50.

Spratt SJ. 1984. Neoplasms of the colon rectum and anus mucosal and epithelial. W B Saunders Company.

Thomson WHF and Carter S St C. 1986. On-table lavage to achieve safe restorative rectal and emergency left colonic resection without covering colostomy. Br J Surg 73: 61-63.

White GM and Macfie J. 1985. Immediate colectomy and primary anastomosis for acute obstruction due to carcinoma of the left colon and rectum. Dis Colon & Rectum 28: 155-157.