

การรักษาโรคลำไส้ใหญ่อุดตันที่โรงพยาบาลราชบุรี : รายงานผู้ป่วย
**Management of Large Bowel Obstruction in Ratchaburi Hospital:
 Cases report**

จิตตินัดด์ หะวานนท์*

Abstract : Chittinad Havanond. 1991. Management of Large Bowel Obstruction in Ratchaburi Hospital: Cases report. Thai J Hlth Resch 5(2):

Forty five patients (male and female) had emergency colorectal operation at Ratchaburi Hospital during the past 3 years. Twenty cases presented with obstruction (44%) which the most common cause were malignancy (85%). Fourteen of them had sigmoid obstruction, of which 6 had Hartman's operation, 3 had resection with immediate anastomosis and 5 had colostomy only. Fecal loading problem was solved by on-table lavage technique. Three cases (15%) of 20 obstructed cases had wound infection, the most common complication. There was one case of postoperative mortality (5%) in our experience.

Key words : Colon obstruction, carcinoma; Colectomy, emergency, on-table lavage technique

* กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี 70000

Department of Surgery, Ratchaburi Hospital and Medical Center, Ratchaburi 70000.

บทคัดย่อ: จิตตินัดด์ หะวานนท์. 2534. การรักษาโรคลำไส้ใหญ่อุดตันที่โรงพยาบาลราชบุรี: รายงานผู้ป่วย. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 5(2):

ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงจำนวน 45 รายที่ได้รับการผ่าตัดคลุกเงินทางลำไส้ใหญ่ พบมี 20 ราย (44%) มาด้วยภาวะการอุดตันของลำไส้ ซึ่งมะเร็งของลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยสุดถึง 85% ในจำนวนนี้ 14 ราย การอุดตันเกิดที่ sigmoid colon โดย 6 รายได้รับการทำ Hartman's operation 3 รายทำ resection ร่วมกับ immediate anastomosis และอีก 5 รายทำ colostomy โดยปัญหา fecal loading ขจัดด้วยการทำ on-table lavage ซึ่งไม่พบมีการรั่วของรอยต่อลำไส้ ผลการรักษาในผู้ป่วยทั้ง 20 รายพบว่า มีการติดเชื้ของแผลผ่าตัดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย จำนวน 3 ราย (15%) และมีผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5

คำสำคัญ: ลำไส้ใหญ่อุดตัน, มะเร็ง; การผ่าตัดคลุกเงินลำไส้ใหญ่ด้วยการล้างลำไส้ใหญ่บนเตียงผ่าตัด

บทนำ

ถึงแม้ว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะไม่ใช่โรคมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในประเทศไทย แต่ก็สามารถพบผู้ป่วยโรคนี้ได้อยู่เสมอ ๆ ซึ่งผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการถ่ายเป็นมูกเลือดหรือเลือดสด มีการเปลี่ยนแปลงของการถ่ายอุจจาระ ลำไส้ทะลุ หรือลำไส้อุดตัน (Corman, 1989) ในรายที่มาด้วยอาการอุดตัน จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ค่อยจะดีนัก (Irvin, 1977) ในกรณีที่ผู้ป่วยคลุกเงินมีการอุดตันทางด้านขวาของลำไส้ใหญ่ การรักษาด้วยการผ่าตัด right hemicolectomy ร่วมกับการทำ primary anastomosis เป็นที่ยอมรับว่ามีภาวะแทรกซ้อนน้อยและได้ผลดี (Corman, 1989) แต่ถ้ามีการอุดตันของลำไส้ทางด้านซ้ายของลำไส้ใหญ่ และต้องทำการผ่าตัดด่วนโดยมิได้มีการเตรียมลำไส้ เมื่อทำ primary resection โดยการตัดก่อนเนื้อและต่อลำไส้ (primary anastomosis) พบว่า หลังการผ่าตัดมีการรั่วของรอยต่อที่ลำไส้ได้บ่อย (18% เทียบกับทางด้านขวา 6%) (Clark, 1975; Phillip, 1985) วิธีที่ทำกันครั้งแรกคือ การผ่าตัด staged resection ซึ่งหมายถึงการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกก่อน ภายหลังจากการผ่าตัดทำ decompression ด้วย colostomy แต่ในปี ค.ศ. 1974 Fielding and Wells พบว่า ผลของการทำ primary resection ผู้ป่วยมีอัตราการตายในปีแรกและปีที่ 5 น้อยกว่าการทำ staged resection ซึ่งเป็นข้อมูลที่น่าสนใจว่า ทำอย่างไรการผ่าตัดแบบ resection ร่วมกับ primary anastomosis ซึ่งเป็นการรักษาที่ดี จึงจะปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางด้านซ้าย

รายงานนี้เป็นการศึกษาการรักษาด้วยการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยคลุกเงิน ที่มาด้วยอาการลำไส้อุดตัน ตลอดจนผลของการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด อันเป็นแนวทางเพื่อปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลุกเงินทางลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2530 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2533 รวมระยะเวลา 3 ปี จากผู้ป่วยที่สามารถค้นเวชระเบียนเพื่อมาทำการศึกษาได้ จำนวน 45 คน พบว่าอัตราส่วนระหว่างเพศ ชาย ต่อ หญิง เกือบเท่ากัน คือ 23 ต่อ 22 รายตามลำดับ ผู้ป่วย 20 ราย (44.4%) มาด้วยอาการลำไส้อุดตัน 13 ราย (28.9%) มาด้วยลำไส้ทะลุ (ตารางที่ 1) ในจำนวนผู้ป่วยทั้ง 45 รายนี้ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง 19 ราย (42.25%)

ตารางที่ 1. จำนวนผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่ จำแนกตามอาการสำคัญ

อาการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ลำไส้อุดตัน	20	44.4
ลำไส้ทะลุ	13	28.9
เยื่อช่องท้องอักเสบ	5	11.1
บาดแผลถลอก	5	11.1
บาดแผลถลอกกระแทก	2	4.4
รวม	45	99.9

อาการนำและการวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วย 20 รายที่มาด้วยอาการของลำไส้อุดตันเป็นอาการนำนั้น พบเป็น ชาย 12 ราย หญิง 8 ราย มีอายุตั้งแต่ 15 ถึง 89 ปี อายุเฉลี่ย 57.3 ปี การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่พบเป็นมะเร็งของลำไส้ถึงร้อยละ 85 ส่วนที่เหลือเป็นสาเหตุอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2. จำนวนผู้ป่วยลำไส้อุดตัน จำแนกตามการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มะเร็งลำไส้	17	85
ลำไส้บิด (volvulus)	2	10
ลำไส้กลืนกัน (intussusception)	1	5
รวม	20	100

ผู้ป่วยลำไส้บิดตัว 2 รายเกิดที่ sigmoid colon 1 ราย ที่เป็นโรค intussusception เกิดที่บริเวณ ileocaecal region ส่วนผู้ป่วยมะเร็ง 17 ราย มีที่ sigmoid colon, transverse colon และ rectum จำนวน 12, 3 และ 2 ราย ตามลำดับ

ผล

ผู้ป่วย 20 รายนี้ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะก่อนและหลังการผ่าตัด ไม่มีรายใดที่ได้เตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัดเลย ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ 3 ราย ได้รับการล้างลำไส้บนเตียงผ่าตัด (on-table colonic lavage) และตัดต่อลำไส้ (primary resection, immediate anastomosis) ทั้ง 3 รายนี้มีพยาธิสภาพที่ลำไส้ใหญ่ส่วน sigmoid อีก 17 รายที่เหลือทำผ่าตัดอย่างอื่น ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3. จำนวนผู้ป่วยลำไส้อุจจาระตัน จำแนกตามวิธีการผ่าตัด

วิธีการผ่าตัด	จำนวน (ราย)
Sigmoidectomy + Proximal Colostomy	6
Proximal Colostomy	5
Right Hemicolectomy	3
Left Hemicolectomy + Proximal Colostomy	1
Transverse Colectomy	1
Reduced Volvulus	1
On-table lavage + Sigmoidectomy	3
รวม	20

ระยะเวลาผ่าตัด และพักอยู่ในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่มาด้วยลำไส้อุจจาระตันเป็นอาการนำทั้ง 20 รายนี้ ใช้ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัดระหว่าง 35 นาที ถึง 4 ชม. เฉลี่ย 2 ชั่วโมง 14 นาที และระยะเวลาที่พักอยู่ในโรงพยาบาล ระหว่าง 1 วัน ถึง 60 วัน เฉลี่ย 15.1 ± 15.6 วัน ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาล 1 วัน เป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยที่อยู่นานสุด 60 วันนั้นมีปัญหาเรื่องบาดแผลติดเชื้อ

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ แผลติดเชื้อ มี 3 ราย (15.0%) ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยที่ทำ resection ร่วมกับ colostomy 2 ราย และอีก 1 รายเป็นผู้ป่วยมะเร็งของ transverse colon ที่ทำเอาไว้ มีผู้ป่วย 1 ราย พบว่ามีรอยต่อรั่วที่แผล colostomy ส่วนผู้ป่วย 3 ราย ที่ทำ on-table lavage ร่วมกับ primary anastomosis ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ตามตารางที่ 4

ผู้ป่วย 3 รายที่ทำ right half colectomy ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ตารางที่ 4. จำนวนผู้ป่วยลำไส้อุจจาระตัน จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด	จำนวน (ราย)
แผลผ่าตัดติดเชื้อ (wound infection)	3
ทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ (UTI)	2
รอยต่อรั่ว (anastomotic dehiscence)	1
ช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock)	1
ปอดบวม (pneumonia)	1
เลือดออกจากขอบแผล (bleeding)	1
ไข้ (fever)	1
เสียชีวิต (death)	1

มีผู้ป่วย 4 รายที่มาทำการผ่าตัดครั้งที่ 2 โดย 2 รายที่ทำ proximal colostomy กลับมาทำ resection ร่วมกับ anastomosis 1 รายมาปิด colostomy อีก 1 รายทำ sigmoidectomy หลังทำ reduction ในการผ่าตัดครั้งแรก

ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 รายเป็นผู้ป่วยอายุ 89 ปี ที่ทำ left half colectomy และ proximal diversion ซึ่งเสียชีวิตในวันที่ 2 หลังผ่าตัด

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยจำนวน 45 ราย ที่มารับการผ่าตัดฉุกเฉินด้วยปัญหาทางลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นในเขต 7 จากจำนวนนี้พบมี 20 รายที่มาด้วยอาการลำไส้อุดตัน คิดเป็นร้อยละ 44.4 Koruth (1985 a) ทำการศึกษาในผู้ป่วย 153 รายในระยะเวลา 7 ปีที่ทำผ่าตัดฉุกเฉิน พบว่ามีการอุดตันร้อยละ 49 และของ Valerio and Jones (1976) พบร้อยละ 41.8 เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุจะพบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดการอุดตันถึงร้อยละ 85 ซึ่งเท่ากับที่ศึกษาโดย Valerio and Jones (1976) คือ 84.7% สาเหตุอื่นที่พบได้ เช่น diverticular disease, ischaemic colitis, colonic pseudo-obstruction, volvulus, post-radiotherapy stricture (Valerio and Jones, 1976; Koruth, 1985 b) ถ้าคำนึงถึงอุบัติการณ์ของลำไส้อุดตันในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะพบได้ประมาณร้อยละ 10 (Valerio and Jones, 1976; Phillip, 1985) การรักษาผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อุดตันฉุกเฉิน ส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้การผ่าตัด ซึ่งอาจเร็วหรือช้าขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยและการตัดสินใจของแพทย์ผู้ให้การรักษา สำหรับวิธีการผ่าตัดมีปัจจัยหลายอย่างที่มาช่วยในการตัดสินใจ แต่ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยเหล่านี้เราไม่สามารถหรือไม่มีเวลาพอเพื่อเตรียมลำไส้ผู้ป่วย การที่มีอุจจาระค้างอยู่ในลำไส้มีผลต่อการหายของแผลตัดต่อลำไส้ (Irvin, 1977) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดทางด้านซ้าย การศึกษาของ Smith *et al.* (1983) ใน male Wistar rats ได้แสดงไว้อย่างชัดเจนว่า มีการแยกของรอยต่อเมื่อไม่ได้เตรียมลำไส้ มีอุจจาระอยู่ในลำไส้มาก เมื่อเทียบกับการเตรียมลำไส้ (40% และ 20.9%) ซึ่งเขาเชื่อว่าการติดเชื้อบริเวณรอบ ๆ รอยต่อทำให้มีการเพิ่มของสาร collagenase และมีเลือดไปเลี้ยงน้อยมีการศึกษามากมายที่มีผลแบบเดียวกัน (Rosenberg, 1971; Irvin, 1977; Phillip, 1985) ส่วนการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ทางด้านขวาเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า การทำ primary resection และ immediate anastomosis นั้นมีภาวะแทรกซ้อนและการตายน้อย (Dutton *et al.* 1976; Valerio and Jones, 1976; Koruth, 1985 a) ในการศึกษาที่มีการอุดตันของลำไส้ทางด้านขวา 3 รายทุกรายได้รับการทำ right hemicolectomy มี 1 รายที่การอุดตันเกิดที่ transverse colon ได้รับการทำ resection และ immediate anastomosis เช่นเดียวกัน แต่มีผู้ป่วยที่เหลือ 15 รายที่มีการอุดตันทางด้านซ้าย (ยกเว้นผู้ป่วย volvulus 1 รายที่ไม่ได้รับการผ่าตัดลำไส้) 12 รายได้ทำ stage resection อีก 3 รายทำ primary resection และ immediate anastomosis ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 3 รายนี้ได้ทำ intra-operative irrigation ร่วมด้วย และไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาน้อย แต่ถึงอย่างไรก็ตาม การทำผ่าตัดร่วมกับการทำ intra-operative lavage นี้ เป็นวิธีที่ปลอดภัยและผลการผ่าตัดดี (Valerio and Jones, 1976; Dudley *et al.*, 1980; Klatt *et al.*, 1981; Koruth, 1985 a; White and Macfie, 1985; Thomson and Carter, 1986) มี operative mortality 8.5% (Koruth, 1985 a; White and Macfie, 1985) ในขณะที่การทำ stage resection มี mortality ตั้งแต่ 5- 48% (Koruth, 1985 a) อาจมีเหตุผลจาก stage resection ต้องทำผ่าตัดหลายครั้ง ผลของการศึกษาโดยวิธี clinical trial จะช่วยบอกผลได้ชัดเจนมากขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยลำไส้อุดตันไปในทางลบ มีมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการอุดตัน (Dutton *et al.*, 1976; Phillip 1985) จากการศึกษาที่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ การติดเชื้อของแผล (3 ราย) ซึ่งต่างจากรายงานอื่นที่พบว่าปัญหาของทางเดินหายใจมากที่สุด รองมาเป็นปัญหาแผลติดเชื้อ และรอยต่อลำไส้รั่ว (Dutton *et al.*, 1976; Phillip, 1985) การที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า แผลติดเชื้อรวมหมายถึงการติดเชื้อของแผล colostomy ด้วยการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาถึงการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเพราะยังไม่มีการศึกษาตามผู้ป่วยนานพอ แต่จากหลายแห่งพบว่า อัตราการมีชีวิตอยู่ใน 5 ปี (5 years survival) ระหว่างผู้ป่วยที่มีการอุดตันและไม่มีการอุดตันเป็น 23- 30% และ 34- 42% ตามลำดับ (Irvin

and Goligher, 1973; Dutton *et al.*, 1976; Phillip, 1985) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะทางพยาธิสภาพของมะเร็งที่แตกต่างกัน (Phillip, 1985) เมื่อพิจารณาถึง Duke's Classification พบว่าผู้ป่วยลำไส้อุดตันมีอัตราส่วนของระยะ Duke's B มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการอุดตัน (41-52% และ 38-57.5% ตามลำดับ) แต่มีระยะ Duke's A น้อยกว่า (0-1% และ 9.1-11% ตามลำดับ) (Irvin and Goligher, 1973; Dutton *et al.*, 1976; Phillip, 1985)

โดยสรุป การรักษาผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อุดตันที่รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากมะเร็งลำไส้ ถ้าพยาธิสภาพเกิดขึ้นทางด้านขวา การทำ primary resection ร่วมกับ immediate anastomosis มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากรณีของลำไส้ทางซ้าย การทำ stage resection เป็นวิธีที่ปลอดภัย แต่สามารถทำ primary resection พร้อมกับการต่อลำไส้ได้เช่นกัน ถ้าปัจจัยอุจจาระในลำไส้ถูกกำจัดด้วยการทำ on-table lavage

เอกสารอ้างอิง

- Clark J. 1975. Treatment of obstructing cancer of the colon and rectum. *S G O* 141: 541-544.
- Corman M L. 1989. *Colon and Rectal Surgery*, second edition. J B Lippincott Company. pp 387-451.
- Dudley H A F, Radcliffe A G, and McGeehan D. 1980. Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. *Br J Surg* 67: 80-81.
- Dutton J W, Herno A, Hampson L G. 1976. Mortality and prognosis of obstructing carcinoma of the large bowel. *Am J Surg* 131: 36-41.
- Fielding L P and Wells B W. 1974. Survival after primary and after staged resection for large bowel obstruction caused by cancer. *Br J Surg* 61: 16-18.
- Irvin T T. 1977. The treatment of colonic cancer present with intestinal obstruction. *Br J Surg* 64: 741-744.
- Irvin T T and Goligher J C. 1973. Aetiology of disruption of intestinal anastomoses. *Br J Surg* 60: 461-464.
- Klatt G R, Martin W H, and Gillespie J H. 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 N M, Hunter D C, Krukowski Z H, and Mathejon N A. 1985 a. Immediate resection in emergency large bowel surgery: a 7 year audit. *Br J Surg* 72: 703-707.
- Koruth N M, Krukowski Z H, Youngson G G, Hendry W S, Logie J R C, *et al.* 1985 b. Intra-operative colonic irrigation in the management of left-sided large bowel emergencies. *Br J Surg* 72: 708-711.
- Phillip R K S. 1985. Malignant large bowel obstruction. *Br J Surg* 72: 296-302.
- Rosenberg I L, Graham N G, De Dombel F T, and Goligher J C. 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.
- Smith S R G, Connolly J C, Gilmore O J A. 1983. The effect of faecal loading on colonic anastomotic healing. *Br J Surg* 70: 49-50.
- Thomson W H F 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.
- Valerio D and Jones P F. 1976. Immediate resection in the treatment of large bowel emergencies. *Br J Surg* 65: 712-716.
- White C M and Macfie J. 1985. Immediate colectomy and primary anastomosis for acute obstruction due to carcinoma of the left colon and rectum. *Dis Col & Rect* 28: 155-157.