

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย อุดตันจากมะเร็งโดยวิธีผ่าตัดแบบระยะเดียว กับผ่าตัดแบบสองระยะ

A Comparative Study of One-stage Operation and Two-stage Operation in the Treatment of Obstructed Left-sided Colon Cancer

พรศักดิ์ อมรศรี พ.บ.,

ว.ว.ศัลยศาสตร์ทั่วไป

กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

Pornsak Amornsri M.D.,

Thai Board of General Surgery

Division of Surgery

Makarak Hospital, Kanchanaburi

บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดรักษาด้วยวิธี subtotal/ total colectomy with anastomosis และ Hartmann's operation ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายอุดตันจากมะเร็ง ระหว่างเดือนมกราคม 2543 - มิถุนายน 2552 จำนวน 55 ราย โดยติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัด 1-6 ปี พบว่าการผ่าตัด subtotal/ total colectomy with anastomosis มีข้อดีที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อย วันนอนในโรงพยาบาลสั้นกว่า ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และไม่ต้องกลับมาผ่าตัดซ้ำครั้งที่สองเมื่อเทียบกับการผ่าตัด Hartmann's operation ถึงแม้ว่าจะมีการถ่ายอุจจาระบ่อยในช่วงแรก แต่จะดีขึ้นภายใน 6-12 เดือน ดังนั้นการผ่าตัดรักษาภาวะลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายอุดตันจากมะเร็งด้วยวิธี subtotal/ total colectomy with anastomosis นับว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมมากกว่า

คำสำคัญ: ลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายอุดตันจากมะเร็ง, การผ่าตัดแบบระยะเดียว, การผ่าตัดแบบสองระยะ

ABSTRACT

A comparative study between subtotal/ total colectomy with anastomosis and Hartmann's operation in 55 cases of acute obstructed left-sided colon cancer at Makarak Hospital during January 2000 - June 2009 was conducted. After 1-6 years of follow up it was found that subtotal/ total colectomy had low morbidity rate, shorter hospital stay, lower cost and better quality of life in spite of more stool frequency that would be

better in 6-12 months. The results indicate that subtotal/ total colectomy with anastomosis is suitable treatment for acute obstructed left-sided colon cancer.

Keywords : obstructed left-sided colon cancer, one - stage operation, two - stage operation

บทนำ

ผู้ป่วย colorectal cancer พบภาวะฉุกเฉินที่ต้องการผ่าตัดรักษาส่วนใหญ่จากอาการลำไส้อุดตัน (ร้อยละ 8-29) รองลงมาเป็น perforation (ร้อยละ 3-8)¹ โดยตำแหน่งที่พบว่ามีภาวะอุดตันมากที่สุดคือ splenic flexure (ร้อยละ 50) right-sided cancer (ร้อยละ 30) และ left-sided cancer (ร้อยละ 20-25)²⁻⁵ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักเป็นผู้สูงอายุ สภาพร่างกายไม่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดใหญ่ และมักเป็นมะเร็งในระยะท้าย ทำให้การผ่าตัดรักษามีผลแทรกซ้อนและอัตราการตายสูง^{6,7} ดังนั้นการลดอัตราการตายและได้ผลการรักษาที่ดี ต้องสามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็วก่อนจะมีผลแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น เช่น fecal peritonitis จากการแตกทะลุของลำไส้ จนเกิดภาวะ septic shock

สำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตัน จาก colorectal cancer มีพัฒนาการมาอย่างยาวนาน โดยเริ่มต้นจาก three-stage operation (diverting colostomy, resection of primary tumor with anastomosis, closure colostomy) เป็น two-stage operation (resection of primary tumor, end colostomy/ mucous fistula or closure distal stump, closure colostomy) และเป็น one-stage operation (primary resection with primary anastomosis) เพื่อหลีกเลี่ยงข้อเสียของ staged operation คือการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่เป็นครั้งที่สองหรือสาม และต้องมี colostomy ซึ่งการทำ colostomy เองก็มีภาวะแทรกซ้อน โดยมีรายงานแสดงว่ามี morbidity สูงถึงร้อยละ 44 และอาจมี mortality ได้ถึงร้อยละ 6.4 นอกจากนี้การทำ colostomy closure ก็มีภาวะแทรกซ้อนได้ถึงร้อยละ 30⁸ ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นกว่าและ

ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยรวมน้อยกว่า^{9,10} (ไม่ต้องใช้ colostomy bag ไม่ต้องผ่าตัดใหญ่เป็นครั้งที่สองหรือสาม) แต่การทำ one-stage (subtotal/ total colectomy with anastomosis) ก็มีข้อเสียคือ ผู้ป่วยจะมี stool frequency ในช่วงแรก 2-4 ครั้งต่อวัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะ right-sided colonic obstruction มักไม่เป็นปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีผ่าตัด ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่มักทำ right hemicolectomy หรือ extended right hemicolectomy แต่สำหรับ left-sided colonic obstruction ยังมี controversy ในการผ่าตัดรักษา อยู่ระหว่างการทำ one-stage operation (subtotal/ total colectomy) กับการทำ two-stage operation (Hartmann's operation) ในแง่ของอัตราการตาย อัตราเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

การศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัด one-stage operation (subtotal/ total colectomy with anastomosis) กับการผ่าตัด two-stage operation (Hartmann's operation) ในประเด็นต่างๆ เพื่อหาวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดด้วยอาการ obstructed left-sided colonic cancer

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดโดยวิธี subtotal/ total colectomy with anastomosis และ Hartmann's operation โดยเปรียบเทียบ

- ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงได้รับการผ่าตัด
- เวลาเฉลี่ยในการผ่าตัด
- ระยะเวลาอนอนในโรงพยาบาล
- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. ทำการศึกษาผู้ป่วยย้อนหลังตั้งแต่เดือนมกราคม 2543 ถึง มิถุนายน 2552 ที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายอุดตันจากมะเร็ง ศึกษาทุกรายที่สามารถติดตามผลหลังผ่าตัด 1-6 ปี ซึ่งมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด one-stage operation (subtotal/ total colectomy with anastomosis) จำนวน 25 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด two-stage operation (Hartmann's operation) จำนวน 30 ราย

2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจากการศึกษา (exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ก่อนผ่าตัด (ASA class V)

- ผู้ป่วย advanced cancer เช่น carcinoma-tosis peritonei และได้รับการผ่าตัด Hartmann's operation

3. การเลือกวิธีผ่าตัด สำหรับ one-stage operation ใช้วิธี subtotal/ total colectomy with anastomosis และ two-stage operation ใช้วิธี Hartmann's operation (resection of primary tumor, end colostomy, closure distal stump) ทั้งสองวิธีผู้ป่วยจะได้รับการวางท่อระบาย (tube drain) ออกจากช่องท้องและได้รับยาปฏิชีวนะก่อนและหลังผ่าตัด

4. การติดตามผลหลังผ่าตัดทำโดยการสัมภาษณ์ในระยะพักฟื้นตัวอยู่ในโรงพยาบาล และตามผลเป็นระยะ โดยนัดผู้ป่วยมาตรวจ 1, 3, 6 เดือน ติดตามหลังผ่าตัด 1-6 ปี

5. การจัดแบ่งสภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยใช้วิธี American Society of Anesthesiologists (ASA)

นิยามศัพท์

- ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย (left-sided colon) หมายถึง splenic flexure ถึง upper rectum

- Total colectomy หมายถึง การผ่าตัด total colectomy with ileorectal anastomosis

- subtotal colectomy หมายถึง การผ่าตัด

subtotal colectomy with ileo-sigmoidostomy

สถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. t-test, chi-square ใช้ในการทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างระหว่างค่าสถิติของกลุ่ม

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายอุดตันจากมะเร็ง จำนวน 55 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี one-stage มีจำนวน 25 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 61.52 ปี รับการผ่าตัดด้วยวิธี two-stage มีจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70.0 อายุเฉลี่ย 64.00 ปี ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับการผ่าตัดในกลุ่ม one-stage เฉลี่ย 4.36 วัน (± 1.44) และกลุ่ม two-stage เฉลี่ย 5.07 (± 1.31) โรคร่วมของผู้ป่วยในกลุ่ม one-stage ส่วนใหญ่เป็น DM, DM + HT, COPD อย่างละ 3 ราย (ร้อยละ 12) รองลงมาเป็น HT, IHD อย่างละ 2 ราย (ร้อยละ 8) สำหรับกลุ่ม two-stage ส่วนใหญ่เป็น DM 4 ราย (ร้อยละ 13.3) รองลงมาเป็น DM + HT, HT, COPD อย่างละ 3 ราย (ร้อยละ 10.0) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ย ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับการผ่าตัด และโรคร่วมไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

สภาพของผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเมื่อจำแนกตาม ASA (American Society of Anesthesiologists) ในกลุ่มที่ทำ one-stage ส่วนใหญ่จัดอยู่ใน class II ร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็น class III ร้อยละ 32.0 และ class IV ร้อยละ 8.0 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่ทำ two-stage พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น class II ร้อยละ 56.7 รองลงมาเป็น class III ร้อยละ 33.3 และ class IV ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ ซึ่งสภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนี้ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผู้ป่วย เพศ ค่าเฉลี่ยของอายุ ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับการผ่าตัดและโรคร่วม

ข้อมูลผู้ป่วย	One-stage (n = 25)		Two-stage (n = 30)		p-value
	n	%	n	%	
เพศ					
ชาย / คน (ร้อยละ)	15	60.0	21	70.0	-
หญิง/ คน (ร้อยละ)	10	40.0	9	30.0	-
อายุเฉลี่ย/ ปี (mean $\pm$ S.D.)	61.52 $\pm$ 12.32		64.00 $\pm$ 12.28		.460
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนได้รับการผ่าตัด	4.36 $\pm$ 1.44		5.07 $\pm$ 1.31		.062
โรคร่วมของผู้ป่วย					
DM	3	12.0	4	13.3	-
HT	2	8.0	3	10.0	-
DM+HT	3	12.0	3	10.0	-
IHD	2	8.0	2	6.7	-
COPD	3	12.0	3	10.0	-
Cirrhosis	1	4.0	1	3.3	-

p value < 0.05

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละสภาพของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด จำแนกตาม ASA (American Society of Anesthesiologists)

ASA	One-stage (n = 25)		Two-stage (n = 30)	
	n	%	n	%
Class I	-	-	1	3.3
Class II	15	60.0	17	56.7
Class III	8	32.0	10	33.3
Class IV	2	8.0	2	6.7

ตำแหน่งของการอุดตัน ในกลุ่ม one-stage ส่วนใหญ่อุดตันตำแหน่ง sigmoid colon จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 40) รองลงมาเป็น splenic flexure 6 ราย (ร้อยละ 24) และ rectosigmoid colon, descending colon, rectum ตำแหน่งละ 4, 3, 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.0, 12.0, 8.0 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มของ two-stage ตำแหน่งอุดตันที่ sigmoid colon จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 46.7) รองลงมาเป็น rectosigmoid colon และ rectum ตำแหน่งละ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.7 (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำผ่าตัด ระยะเวลาก่อนผ่าตัดวิธี one-stage มากกว่าการผ่าตัด

วิธี two-stage คือ 172.80 และ 147.17 นาที (S.D. = 25.78 และ 24.59) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) วันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลในกลุ่ม one-stage น้อยกว่าในกลุ่ม two-stage คือ 14.40 และ 19.30 วัน (S.D. = 3.85 และ 3.82) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษากลุ่ม one-stage และกลุ่ม two-stage คือ 56,934.80 บาท และ 75,733.86 บาท (S.D. = 10,572.04 และ 14,331.93) ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายในกลุ่ม one-stage จะน้อยกว่า ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 แสดงตำแหน่งของการอุดตัน

ตำแหน่ง	One-stage (n = 25)		Two-stage (n = 30)	
	n	%	n	%
Splenic flexure	6	24.0	-	-
Descending colon	3	12.0	-	-
Sigmoid colon	10	40.0	14	46.6
Rectosigmoid colon	4	16.0	8	26.7
Rectum	2	8.0	8	26.7

ตารางที่ 4 แสดงเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัด และวันนอนในโรงพยาบาล

	One-stage (n = 25)	Two-stage (n = 30)	p-value
เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัด / นาที (mean ± S.D.)	172.80 ± 25.78	147.17 ± 24.59	<.001
วันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล / วัน (mean ± S.D.)	14.40 ± 3.85	19.30 ± 3.82	<.001
ค่าใช้จ่ายในการรักษา / บาท (mean ± S.D.)	56,934.80 ± 10,572.04	75,733.86 ± 14,331.93	<.001

p value < 0.05

พยาธิสภาพในกลุ่ม one-stage อยู่ใน Duke C มากที่สุด (ร้อยละ 56.0) รองลงมาเป็น Duke B (ร้อยละ 36.0) และ Duke D (ร้อยละ 8.0) ตามลำดับ พบมะเร็งร่วม (synchronus lesion) 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.0 ส่วนในกลุ่ม two-stage พบอยู่ใน Duke B มากที่สุด (ร้อยละ 56.7) รองลงมาเป็น Duke C (ร้อยละ 40.0) และ Duke D (ร้อยละ 3.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด พบว่าในกลุ่ม two-stage มีภาวะแทรกซ้อน มากกว่า โดยเฉพาะกับการมี ostomy โดยมี ostomy necrosis 2 ราย ostomy infection 1 ราย wound infection 1 ราย pneumonia 1 ราย และ renal failure 1 ราย สำหรับในกลุ่ม one-stage พบภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า โดยพบ anastomosis leakage 1 ราย และ pneumonia 2 ราย (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 แสดงผลพยาธิสภาพ และตำแหน่งมะเร็งร่วม

Duke's classification	One-stage (n = 25)		Two-stage (n = 30)	
	n	%	n	%
Duke A	-	-	-	-
Duke B	9	36.0	17	56.7
Duke C	14	56.0	12	40.0
Duke D	2	8.0	1	3.3
Synchronus lesion	2	8.0	0	0

ตารางที่ 6 แสดงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

Postoperative complication	One-stage (n = 25)		Two-stage (n = 30)	
	n	%	n	%
Anastomosis leakage	1	4.0	-	-
Ostomy necrosis	-	-	2	6.67
Ostomy infection	-	-	1	3.33
Wound infection	-	-	1	3.33
Pneumonia	2	8.0	1	3.33
Renal failure	-	-	1	3.33

ในกลุ่ม one-stage ได้รับการผ่าตัด subtotal colectomy จำนวน 16 ราย เมื่อติดตามจนครบ 1 ปี พบว่าจำนวนครั้งเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระจาก 2.88 ครั้ง ในช่วง 3 เดือนแรกและลดลงเป็น 2 ครั้ง ในเดือนที่ 12 ส่วนการผ่าตัด total colectomy จำนวน 9 ราย มีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระมากกว่าในช่วง 3 เดือนแรก 3.78 ครั้งและลดลงในเดือนที่ 12 เป็น 2.56 ครั้ง ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ผู้ป่วยในกลุ่ม two-stage ได้รับการผ่าตัด colostomy reversal จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 (จำนวน 11 คน ไม่ได้ทำการผ่าตัด) โดยการผ่าตัดครั้งที่

สองห่างจากครั้งแรกเฉลี่ย 5.5 เดือน ใช้เวลาเฉลี่ยในการผ่าตัด 187.19 นาที วันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล 11.5 วัน และพบภาวะแทรกซ้อน wound infection 1 ราย (ตารางที่ 8)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า การผ่าตัด one-stage ใช้เวลาเฉลี่ยในการผ่าตัดยาวนานกว่า ทั้งนี้เพราะมีขั้นตอนในการผ่าตัดและใช้ทักษะในการผ่าตัดมากกว่า แต่มีข้อดีกว่าการผ่าตัด two-stage ในเรื่องวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลสั้นกว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่า ภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนครั้งเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระหลังผ่าตัด ในกลุ่ม one stage

ชนิดการผ่าตัด	One-stage (n = 25)	การถ่ายอุจจาระ		
	n	3 mo.	6 mo.	12 mo.
Subtotal colectomy/ ครั้ง (mean ± S.D.)	16	2.88 ± 0.80	2.25 ± 0.44	2.00 ± 0.63
Total colectomy/ ครั้ง (mean ± S.D.)	9	3.78 ± 0.83	3.22 ± 0.66	2.56 ± 0.52

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดครั้งที่สอง ระยะเวลาห่างจากครั้งแรก เวลา วันนอนและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในกลุ่ม two-stage

ข้อมูลผู้ป่วย	Two-stage (n = 30)
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด colostomy reversal (คน) (ร้อยละ)	19 (63.33%)
การผ่าตัดครั้งที่สองห่างจากครั้งแรก (เดือน) (mean ± S.D.)	5.5 ± 2.83
เวลาเฉลี่ยในการผ่าตัด (นาที) (mean ± S.D.)	187.19 ± 27.98
วันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล (วัน) (mean ± S.D.)	11.5 ± 1.55
ภาวะแทรกซ้อน	
- Wound infection	1 (3.33%)

ที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดโดยตรงน้อยกว่า (เปรียบเทียบ anastomosis leakage กับ ภาวะแทรกซ้อนจาก ostomy) การต่อ primary anastomosis โดยใช้ terminal ileum ซึ่งมี blood supply มาก มีข้อได้เปรียบกว่าการทำ colocolonic anastomosis การทำ subtotal/ total colectomy with anastomosis ยังเป็นการกำจัด synchronus lesion ซึ่งพบร่วมด้วยได้ถึง 6.8-11%¹¹⁻¹³ และลดปัญหาของ fecal loading ที่จะมายัง anastomosis¹³ นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่ต้องมี colostomy^{11,14-15} ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ถึงแม้ว่าจะมีการถ่ายอุจจาระบ่อยในช่วงแรก แต่จะดีขึ้นภายใน

6-12 เดือน^{15,16} ในกลุ่มที่ทำ Hartmann's operation จะต้องได้รับการผ่าตัด colostomy reversal เป็นการผ่าตัดใหญ่ครั้งที่สอง ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ทั้งระยะก่อนผ่าตัด (จากการมี colostomy) และภายหลังผ่าตัด และผู้ป่วยบางส่วนอาจไม่ได้ทำผ่าตัด colostomy reversal อีกเลย¹⁷ จึงนับได้ว่าการผ่าตัด subtotal/ total colectomy with anastomosis เป็นการผ่าตัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะมะเร็งอุดตันที่ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย ซึ่งในปัจจุบันมีหลายรายงานแสดงให้เห็นว่าการผ่าตัด subtotal/ total colectomy with anastomosis

สามารถทำได้อย่างปลอดภัย โดยยกมาแสดงดังนี้

ผู้รายงาน	ปี	จำนวน	อัตราตาย	อัตราเกิดภาวะแทรกซ้อน
Brief DK, et al ¹⁸	1991	23	2 (8.6%)	9 (39%)
Klyger Y, et al ¹⁹	1993	20	1 (5%)	0 0
Papa M, et al ²⁰	1997	62	2 (3.2%)	10 (16.2%)
Torralba JA, et al ²¹	1998	66	5 (7.5%)	9 (13.6%)
Reemst PH, et al ¹⁶	1998	20	0 0	2 (10%)
Arnaud JP, et al ¹²	1999	60	4 (6.7%)	6 (10%)
Hennekinne ¹³	2006	72	7 (9.7%)	11 (15%)

สรุป

การผ่าตัด subtotal/ total colectomy with anastomosis หรือ Hartmann's operation เป็นวิธีการที่ปลอดภัยในการรักษา obstructed left-sided colon cancer โดยวิธี subtotal/ total colectomy with anastomosis มีข้อดีในเรื่องของวันนอนในโรงพยาบาลที่สั้นกว่า ค่าใช้จ่ายโดยรวมถูกกว่า และคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ถึงแม้จะมีอาการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งแต่ก็จะลดจำนวนครั้งลงได้ในระยะต่อไป การผ่าตัด Hartmann's operation ควรใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหนัก มีความเสี่ยงในการดมยาสลบสูง หรือทีมศัลยแพทย์มีประสบการณ์น้อย

ข้อเสนอแนะ

1. การผ่าตัดแบบ subtotal colectomy ถ้าศัลยแพทย์สามารถตัด terminal ileum ไปน้อยกว่า 10 cm. และเหลือ distal colon ไว้อย่างน้อย 10 cm. เนื้อต่อ peritoneal reflection จะช่วยลดจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระได้อย่างมาก^{20,22}
2. ในผู้ป่วยที่มี proximal bowel damage หรือมี synchronus tumors ควรเลือกใช้วิธี subtotal/ total colectomy

เอกสารอ้างอิง

1. Chiarugi M, Galatioto C, Panicucci S, et al. Oncologic colon cancer resection in emergency: are we going enough?. *Surg Oncol.* 2007;16: S73-7.
2. Khafagy MM, Stearns MW. Carcinoma of the splenic flexure. *Dis Colon Rectum.* 1973;16: 504-7.
3. Kelley WE, Brown PW, Lawrence W, et al. Penetrating, obstructing, and perforating carcinomas of the colon and rectum. *Arch Surg.* 1981; 116(4):381-4.
4. Gennaro AR, Tyson RR. Obstructive colonic cancer. *Dis Colon Rectum.* 1978;21(5):346-51.
5. Carson SN, Poticha SM, Shields TW. Carcinoma obstructing the left side of the colon. *Arch Surg.* 1977;112(4):523-6.
6. Lofler I, Hafner CD. Survival rate in obstructing carcinoma of the colon. *Arch Surg.* 1964;89: 716-8.
7. Leitman IM, Sullivan JD, Brams D, et al. Multivariate analysis of morbidity and mortality from the initial surgical management of obstructing carcinoma of the colon. *Surg Gynecol Obstet.* 1992; 174(6):513-8.
8. Porter JA, Salvati EP, Rubin RJ, et al. Complications of colostomies. *Dis Colon Rectum.* 1989; 32(4):299-303.
9. Wysocki A, Krzywon J. Surgical treatment of neoplastic obstruction of the left colon economic and medical aspects. *Przegl Lek.* 2000;57(11): 614-6.
10. Vukovic M, Moljevic N. Total colectomy-options in management of acute obstruction of the left-side colon. *Med Pregl.* 2008;61(1-2):43-7.
11. Arnaud JP, Bergamaschi R. Emergency subtotal/total colectomy with anastomosis for acutely obstructed carcinoma of the left colon. *Dis Colon Rectum.* 1994;37(7):685-8.
12. Arnaud JP, Tuech JJ, Duplessis R, et al. Role of subtotal/total colectomy in emergency treatment of occlusive cancer of the left colon. *Ann Chir.* 1999;53(10):1019-22.
13. Hennekinne-Mucci S, Tuech JJ, Bréhant O, et al. Emergency subtotal/total colectomy in the management of obstructed left colon carcinoma. *Int J Colorectal Dis.* 2006;21(6):538-41.
14. Deutsch AA, Zelikovski A, Sternberg A, et al. One-stage subtotal colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon. *Dis Colon Rectum.* 1983;26(4):227-30.
15. Halevy A, Levi J, Orda R. Emergency subtotal colectomy. *Ann Surg.* 1989;210(2):220-3
16. Reemst PH, Kuipers HC, Wobbes T. Management of left-sided colonic obstruction by subtotal colectomy and ileocolic anastomosis. *Eur J Surg.* 1998;164(7):537-40.
17. Frye JNR, Carne PWG, Robertson GM, et al. Abdominoperineal resection or low Hartman's procedure. *ANZ J Surg.* 2004;74:537-40.
18. Brief DK, Brenner BJ, Goldenkarnz R, et al. Defining the role of subtotal colectomy in the treatment of carcinoma of the colon. *Ann Surg.* 1991;213(3):248-52.
19. Kluger Y, Shiloni E, Jurim O, et al. Subtotal colectomy with primary ileocolonic anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon: valid option for elderly high risk patients. *Isr J Med Sci.*

- 1993;29(11):726-30.
20. Papa MZ, Karni T, Koller M, et al. Avoiding diarrhea after subtotal colectomy with primary anastomosis in the treatment of colon cancer. J Am Coll Surg. 1997;184:269-72.
21. Torralba JA, Robles R, Parrilla P, et al. Subtotal colectomy vs. intraoperative colonic irrigation in the management of obstructed left colon carcinoma. Dis Colon Rectum. 1998;41(1):18-22.
22. Cuffy M, Abir F, Audisio RA, et al. Colorectal cancer presenting as surgical emergencies. Surg Oncol. 2004;13(2-3):149-57.