

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การรักษาภาวะลำไส้อุดตันใน รพ.บ้านโป่ง

Treatment of Intestinal Obstruction in Bangpong Hospital

วิศรุต อิงคณิสร์ พ.บ.,ว. ศัลยศาสตร์

กลุ่มงานศัลยกรรม

รพ.บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Visarute Ingkanisorn M.D.

Certified Board of General Surgery,

Division of Surgery, Bangpong hospital, Rachaburi

บทคัดย่อ

เป็นการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นลำไส้อุดตันใน รพ.บ้านโป่ง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2544 ถึง เดือน กันยายน 2547 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 80 ราย ซึ่งเข้าอยู่ป่วยในรพ.ทั้งหมด 115 ครั้ง ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด 28 ราย ได้รับการรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด 52 ราย ระยะเวลาในการอยู่รพ.เฉลี่ย 8.21 วัน เกิดภาวะแทรกซ้อน 9 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย สรุป ผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตันสมควรได้รับการวินิจฉัยโดยเร็ว ติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอและเลือกการรักษาที่เหมาะสมเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต

ABSTRACT

A retrospective study reviewed 80 cases of intestinal obstruction in Bangpong hospital during October 2001 - September 2004. Total number of admissions were 115. Twenty eight cases were operated and 52 cases were conservatively treated. Average hospital stay was 8.21 days. Complications were found in 9 patients and 2 were died. In conclusion patient with intestinal obstruction should have prompt diagnosis, close followed up and appropriate treatment to prevent complication and mortality

บทนำ

ภาวะลำไส้อุดตันเป็นภาวะที่พบได้บ่อยทางศัลยกรรม โดยมีรายงานถึงการรักษาครั้งแรกในสมัยของฮิปโปเครติส (Hippocrates) และมีการบันทึกถึงการผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะนี้ตั้งแต่ 350 ปีก่อนคริสต์ศักราชโดยพรากซาโกรัส (Praxagoras) ภาวะนี้เกิดได้ทั้งลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ การอุดตันอาจแบ่งตามสาเหตุ ได้เป็นการอุดตันทางกายภาพ (mechanical obstruction) และลำไส้

อืดโป่ง (paralytic ileus)

ในกลุ่มของลำไส้อุดตันทางกายภาพนั้นอาจแบ่งตามพยาธิสภาพออกเป็น

1. การอุดตันจากภายในช่องลำไส้ (obstruction of intestinal lumen) โดยจะเกิดขึ้นได้จาก polypoid tumor ของลำไส้, การกลืนกันของลำไส้ (intussusception), Gall stone ileus, meconium, impact feces และ bezoars
2. การอุดตันที่เกิดจากผนังลำไส้ (intrinsic bowel

lesion) มักพบในความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด เช่น atresia, stenosis และ duplication นอกจากนั้นยังพบได้จากเนื้องอก เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ การอักเสบของผนังลำไส้ เช่น ใน Crohn's disease และยังพบได้จากการตีบของรอยต่อลำไส้หลังการผ่าตัดและผลจากการฉายแสง

3. การอุดตันจากพยาธิสภาพนอกลำไส้ (lesions extrinsic to bowel) มักพบจากพังผืดซึ่งเกิดจากการผ่าตัดช่องท้องในครั้งก่อน รองลงมาจะพบในกลุ่มไส้เลื่อนของผนังหน้าท้อง และยังพบจากการบิดตัวของลำไส้ (volvulus), Annular pancreas, การกดเบียดจากฝีและเนื้องอกในช่องท้อง

ในส่วนของลำไส้อุดตัน (paralytic ileus) นั้น มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ฮอริโมน และเมตาบอลิซึม รีเฟลกซ์ที่ยับยั้งการบีบตัวของลำไส้ การมีเยื่อช่องท้องอักเสบ การตกเลือดหลังเยื่อช่องท้อง กระดูกสันหลังหัก และการขาดเลือดไปเลี้ยงของลำไส้

ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาถึงภาวะลำไส้อุดตันทางกายภาพโดยไม่รวมถึงลำไส้อุดตัน เพื่อประเมินถึงพยาธิสภาพ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการพิจารณาผ่าตัด การตรวจค้นพิเศษ อัตราการเข้าอยู่ป่วยซ้ำ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ และได้รับการวินิจฉัยลำไส้อุดตันในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 ถึง เดือนกันยายน 2547 เป็นระยะเวลา 3 ปี โดยเก็บบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกและในทั้งหมดจำนวน 90 รายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นลำไส้อุดตัน เป็นการเข้าอยู่ป่วยรวม 125 ครั้ง ตัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา 10 รายเนื่องจาก ผู้ป่วยเป็นลำไส้อุดตัน 8 ราย, ผู้ป่วยไม่สมควรได้รับการรักษาหนึ่งราย และอีกรายผู้ป่วยเป็นทารกแรกเกิดที่ส่งต่อไปรับการรักษา

ที่โรงพยาบาลอื่นโดยยังไม่ได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการบันทึกข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ จำนวนวันที่เข้าอนโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ต้องงดอาหารและน้ำทางปาก (ในรายที่ได้รับการผ่าตัดคำนวณถึงเวลาเริ่มผ่าตัดและในรายที่ไม่ได้รับการผ่าตัดคำนวณถึงเวลาที่เริ่มให้จิบน้ำ) การวินิจฉัย การตรวจค้นพิเศษ อุณหภูมิกาย ปริมาณเม็ดเลือดขาว การรักษา การผ่าตัด ระดับของลำไส้ที่เกิดการอุดตัน ภาวะแทรกซ้อน การผ่าตัดช่องท้องที่เคยได้รับมาก่อน ระยะเวลาที่อยู่ป่วยในโรงพยาบาล ระยะเวลาจากการผ่าตัดช่องท้องที่เคยได้รับมาก่อน จำนวนครั้งของการเข้าอยู่ป่วยในโรงพยาบาลบ้านโป่ง โรคประจำตัว และผลของการรักษา

สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่อหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยลำไส้อุดตันทั้งหมด 80 ราย เป็นเพศชาย 47 คน (ร้อยละ 58.75) เพศหญิง 33 ราย (ร้อยละ 41.25) อายุเฉลี่ย 45.5 ± 21.02 ปี (6-79 ปี) ระยะเวลาในการอยู่ป่วยเฉลี่ย 8.21 ± 11.81 วัน ระยะเวลาในการงดอาหารและน้ำทางปากเฉลี่ย 36.65 ± 27.4 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส จำนวน 25 ราย (ตารางที่ 1)

ผลการนับเม็ดเลือดขาวพบว่า อยู่ในช่วง 4,000-12,000 ตัว/มิลลิลิตร จำนวน 51 ราย อยู่ในช่วง 12,000-20,000 ตัว/มิลลิลิตร จำนวน 26 ราย มากกว่า 20,000 ตัว/มิลลิลิตร จำนวน 2 ราย (ตารางที่ 2)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบไปด้วย plain film abdomen จำนวน 77 ราย barium enema จำนวน 6 ราย abdominal ultrasonography จำนวน 2 ราย ไม่มีการส่งตรวจ abdominal computed tomography (CT scan) หรือ Magnetic resonance imaging (MRI) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

รายละเอียด	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ ชาย	47 (58.75)
หญิง	33 (41.25)
อายุ (ปี)	45.5 ± 21.02
อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.5 องศา	25 (31.25)
ระยะเวลาอยู่ป่วย (วัน)	8.21 ± 11.81
จำนวนครั้งของการอยู่ป่วย	1.56
ระยะเวลาในการงดอาหารและน้ำ (ชั่วโมง)	36.65 ± 27.4
ผู้ป่วยที่เคยรับการผ่าตัดมาก่อน	62 (77.5)
ระยะเวลาจากการผ่าตัดช่องท้องครั้งสุดท้าย (เดือน)	117.45

ตารางที่ 2 การตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการ

ประเภทการตรวจค้น	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนเม็ดเลือดขาว	
1. < 12,000 ตัว/มิลลิลิตร	51 (64.5)
2. 12,000 - 20,000 ตัว/มิลลิลิตร	26 (32.9)
3. > 20,000 ตัว/มิลลิลิตร	2 (2.5)
การถ่ายภาพเอกซเรย์	
1. Plain film abdomen	771 (96.25)
2. Barium enema	6 (7.5)
3. Ultrasonography of abdomen	2 (2.5)

หมายเหตุ มีผู้ป่วย 1 ราย ไม่มีผลการตรวจเม็ดเลือดขาว

ตารางที่ 3 การผ่าตัดที่เคยได้รับ

ชนิดของการผ่าตัด	จำนวน (ร้อยละ)
Appendectomy	15 (24)
Hysterectomy	7 (11.3)
Gastric surgery	6 (9.6)
Cholecystectomy	3 (4.8)
Salpingectomy	2 (3.2)
Other abdominal operation	29 (46.78)

ตารางที่ 4 การผ่าตัดที่ผู้ป่วยทั้ง 28 รายได้รับ

การผ่าตัด	จำนวน
Exploratory laparotomy with adhesiolysis	14
Exploratory laparotomy with colectomy or colostomy	5
Exploratory laparotomy with small bowel resection	4
Herniorrhaphy	2
Exploratory laparotomy with appendectomy	1
Exploratory laparotomy with diverticulectomy	1
Exploratory laparotomy with lymph node biopsy	1

หมายเหตุ ผู้ป่วยบางรายได้รับการผ่าตัดมากกว่าหนึ่งครั้ง

ตารางที่ 5 ระดับลำไส้ของการอุดตัน

ระดับ	ลำไส้เล็ก	ลำไส้ใหญ่
จำนวน (ร้อยละ)	71 (88.75)	9 (11.25)

ผู้ป่วยที่เคยรับการผ่าตัดช่องท้องมาก่อนจำนวน 62 ราย โดย การผ่าตัดไส้ติ่ง (appendectomy) พบมากที่สุดคือ 15 ราย (ร้อยละ 24.5) รองลงมาเป็น การผ่าตัดมดลูก (hysterectomy) จำนวน 7 ราย (รายละเอียดในตารางที่ 3) ระยะเวลาจากผ่าตัดครั้งก่อนเฉลี่ย 117.45 เดือน (ตั้งแต่ 9 วัน ถึง 40 ปี)

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยดังนี้ Partial gut obstruction 39 ราย Intestinal obstruction from adhesion band 23 ราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 8 ราย อุดกั้นจากไส้เลื่อนผนังหน้าท้อง 3 ราย Carcinomatosis peritonei จำนวน 2 ราย ลำไส้ติ่งอักเสบเรื้อรัง, วัณโรคบริเวณ Ileum, Volvulus of small bowel, Meckel diverticulitis และ mesenteric adenitis อย่างละ 1 ราย

พบภาวะลำไส้ใหญ่อุดตัน (colonic obstruction) จำนวน 9 ราย ลำไส้อุดตันบีบคั้น (strangulation obs-

truction) จำนวน 5 ราย ลำไส้อุดตันสองตำแหน่ง (closed-loop obstruction) จำนวน 3 ราย และพบภาวะลำไส้อุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องไม่เกิน 30 วัน (early post operative gut obstruction) จำนวน 3 ราย ซึ่ง 2 รายสามารถทุเลาได้จากการรักษาแบบประคับประคอง อีกหนึ่งรายได้รับการผ่าตัด Exploratory laparotomy with adhesiolysis ทั้งสามรายมีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ

เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดจำนวน 12 ราย ประกอบด้วย แผลผ่าตัดมีการติดเชื้อจำนวน 7 ราย Ischemic bowel จำนวน 4 ราย เกิดไส้เลื่อนบริเวณแผลผ่าตัด ปอดบวม และลำไส้เล็กฉีกขาดจากการผ่าตัดอย่างละ 1 ราย (ในผู้ป่วยหลายรายมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าหนึ่งภาวะ) ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 2 รายจาก Sepsis และ Respiratory failure โดยในรายที่เกิดภาวะ Sepsis ผู้ป่วยเป็นมะเร็งในลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม ส่วนกรณี Respiratory

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ยของปริมาณเม็คเล็ดขาว	จำนวนผู้ป่วยที่มีไข้
1. ผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อน (จำนวน 68 ราย)	11,316 $\pm$ 3,836.7	22
2. ผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อน (จำนวน 12 ราย)	9,459 $\pm$ 3,059.1	3

failure พบในผู้ป่วย Diaphragmatic hernia ซึ่งมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นทันที

จากการเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนพบว่าปริมาณเม็คเล็ดขาวเฉลี่ย 9,459 $\pm$ 3,059.1 ตัวต่อมิลลิตร และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อน พบว่ามีปริมาณเม็คเล็ดขาวเฉลี่ย 11,316 $\pm$ 3,836.7 ตัวต่อมิลลิตร ซึ่งมีค่า p-value = 0.06 (น้อยกว่า 0.05) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับอาการไข้ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 3 ราย และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจำนวน 22 ราย

วิจารณ์

ภาวะลำไส้อุดตันเป็นภาวะทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อย อาจพบได้มากถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยในทางศัลยกรรม¹ โดยมากเกิดที่ลำไส้เล็กซึ่งสาเหตุมักเกิดจากพังผืดซึ่งเกิดจากการผ่าตัดช่องท้องในครั้งก่อน ซึ่งสามารถพบได้ร้อยละ 0.2-10.7 ของผู้ป่วยที่เคยรับการผ่าตัดช่องท้อง² ในผู้ป่วยที่มีอายุมากพบว่าการอุดตันของลำไส้ใหญ่นั้นเกิดขึ้นจากมะเร็งลำไส้ใหญ่บ่อยที่สุด

การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีลำไส้อุดตันนั้นมักอาศัยประวัติและการตรวจร่างกายโดยจะพบ อาการปวดท้อง อาเจียน ท้องอืด ไม่ถ่ายอุจจาระและไม่ผายลม การถ่ายภาพเอกซเรย์ช่องท้องนั้นจะช่วยในการยืนยันการวินิจฉัยและบอกถึงระดับของการอุดตัน³ จากการศึกษาพบว่า การวินิจฉัยภาวะลำไส้อุดตันในโรงพยาบาลบ้านโป่งนั้นอาศัยประวัติและการตรวจร่างกายเป็นหลักเช่นกัน การค้นหาถึงตำแหน่งและสาเหตุของการอุดตันนั้นยังคงอาศัยภาพ

ถ่ายเอกซเรย์ช่องท้องเป็นหลัก (ร้อยละ 96.25) ซึ่งในปัจจุบันมีการนำการตรวจค้นโดย Abdominal ultrasonography⁴, Abdominal computed tomography (CT scan)⁵ และ Magnetic resonance imaging (MRI) จากรายงานของ Hiroyoshi Matsuoka และคณะ⁶ พบว่าจาก CT scan/MRI มีความถูกต้องในการวินิจฉัยภาวะลำไส้อุดตันเท่ากับ 92.3%/92.6% มีความแม่นยำในการระบุตำแหน่งเท่ากับ 57.7%/92.6% และระบุสาเหตุถูกต้องถึง 88.5%/92.6% จึงอาจพิจารณาเลือกตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวมาช่วยในการรักษาผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะลำไส้อุดตัน กรณีของ Partial gut obstruction นั้นการรักษาที่เหมาะสมคือให้การรักษาแบบประคับประคองโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดเพื่อชดเชยการขาดน้ำ การแก้ไขภาวะผิดปกติของเกลือแร่และกรดด่างในร่างกาย งดอาหารและน้ำทางปาก ใส่สายสวนกระเพาะอาหารเพื่อลดแรงดันในทางเดินอาหาร และใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินสภาวะขาดน้ำของร่างกาย³ ซึ่งผู้ป่วย Partial gut obstruction ส่วนน้อย (ร้อยละ 10-20) เท่านั้นที่ต้องการการผ่าตัด¹ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วย 1 รายจาก 39 รายที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Complete gut obstruction นั้นนอกจากการรักษาแบบประคับประคองแล้วผู้ป่วยยังต้องการการผ่าตัดเพื่อรักษาต้นเหตุของการอุดตัน ปัญหาที่พบตามมาก็คือเวลาใดที่ผู้ป่วยสมควรจะได้รับการผ่าตัด เนื่องจากหากผ่าตัดช้าเกินไปอาจนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการขาดเลือดของลำไส้ (Strangulation obstruction) อาการและอาการแสดงที่

อาจพบในภาวะดังกล่าวได้แก่ ไข้, ชีพจรเต้นเร็ว, การกดเจ็บเฉพาะที่ของหน้าท้อง (localized tenderness) และปริมาณเม็ดเลือดขาวสูงมากผิดปกติ⁷ แต่จากการศึกษานี้พบว่าภาวะไข้ และปริมาณเม็ดเลือดขาวไม่ได้มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นไม่ควรที่จะใช้สิ่งใดสิ่งหนึ่งมาเป็นตัวตัดสินเวลาที่จะผ่าตัด สิ่งที่เหมาะสมคือการหมั่นดูแลติดตามผู้ป่วยโดยใกล้ชิด สังเกตการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจผ่าตัดโดยรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

ภาวะลำไส้อุดตันหลังผ่าตัดนั้นเราอาจแบ่งตามระยะเวลาของการเกิดได้เป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกได้แก่ Early postoperative gut obstruction ซึ่งคือภาวะลำไส้อุดตันที่พบภายใน 30 วันหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง สาเหตุที่พบได้แก่ พังผืด (adhesion) ซึ่งเป็นต้นเหตุได้มากถึงร้อยละ 91-92⁸ สาเหตุอื่นได้แก่ Internal herniation และการอักเสบในช่องท้อง ซึ่งในกลุ่มของผู้ป่วย Early postoperative gut obstruction นั้นส่วนมากสามารถทุเลาได้จากรักษาแบบประคับประคองโดยระยะเวลาในการรักษาอาจรอได้นานถึง 10-14 วัน เพียงส่วนน้อยที่ต้องการการผ่าตัด (ประมาณร้อยละ 20)¹ ซึ่งจากการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดจำนวน 1 ราย จาก 3 ราย กลุ่มที่สองคือ Postoperative gut obstruction from adhesion band ซึ่งมักพบ Adhesion ในสองลักษณะคือ Band (simple) และ Matted adhesion (Frozen abdomen)^{9,10} ซึ่งในประเภทหลังมักพบในผู้ป่วยที่มีประวัติเรื้อรังและอาจเคยรับการผ่าตัดช่องท้องหลายครั้ง โดยทั่วไปศัลยแพทย์มักหลีกเลี่ยงการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพราะมี Morbidity และ Mortality rate สูง แต่จากการศึกษาของ Eric A. Harris และคณะ¹¹ มีข้อสรุปที่ต่างออกไป โดยพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นหลังผ่าตัด 24 ราย (จาก 40 ราย) และมีผู้ป่วยเสียชีวิตหนึ่งราย แต่ผลการติดตามระยะยาว (เฉลี่ย 4.6 ปี) พบว่าผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีและใกล้เคียงกับคนปกติ

ได้มีความพยายามที่จะลดการเกิดพังผืดหลังจาก

การผ่าตัดช่องท้อง⁹ โดยการใช้สารต่าง ๆ ตั้งแต่ น้ำเกลือ, Hyaluronidase, Hydrocortisone, Silicone, Fibrinolysin, Dextran, Polyvinylpyrrolidone, Chondroitin และ Streptomycin แต่ไม่พบว่ามีสารใดที่สามารถลดการเกิดพังผืดและมีความปลอดภัยอย่างสมบูรณ์ ในการศึกษาของ Arin K. Greene และคณะ¹² พบว่าการนำ Antiangiogenic COX-2 (Cerecoxib) มาใช้ในหนูทดลองสามารถลดอัตราการเกิดพังผืดในช่องท้องได้อย่างน่าพอใจ ซึ่งยังคงต้องติดตามผลของการนำมาใช้ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดต่อไป แต่อย่างไรก็ดีการลดการเกิดพังผืดในช่องท้องยังคงต้องอาศัยการผ่าตัดที่ระมัดระวังละเอียดถี่ถ้วน ลดการตกเลือดในช่องท้อง หลีกเลี่ยงการมีสิ่งแปลกปลอมในช่องท้องโดยไม่จำเป็น การล้างช่องท้อง และการระวังป้องกันการเกิดการติดเชื้อและฝีในช่องท้อง^{10,13}

สรุป

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตันนั้นต้องคำนึงถึงตำแหน่งอุดตัน พยาธิสภาพ ชนิดของการอุดตัน การเกิดภาวะ Strangulation และสภาพทั่วไปของผู้ป่วย การตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการสมควรกระทำไปพร้อมกับการรักษาแบบประคับประคอง เวลาที่เหมาะสมต่อการผ่าตัดนั้นขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยเป็นสำคัญการหมั่นดูแลติดตามผู้ป่วยโดยใกล้ชิดจะช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถลดความเสี่ยงจากภาวะลำไส้ขาดเลือดลงได้ ความพยายามในการลดการเกิดพังผืดในช่องท้องยังคงขึ้นอยู่กับเวลาของการผ่าตัดที่ระมัดระวังไม่ให้เกิดการบาดเจ็บกับเนื้อเยื่อเกินความจำเป็น ลดการตกเลือดในช่องท้อง หลีกเลี่ยงการมีสิ่งแปลกปลอมในช่องท้องโดยไม่จำเป็นและป้องกันการเกิดการติดเชื้อ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ ตนายพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง และนายแพทย์ปิ๋ว วุฒิจริยากุล หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่อนุญาตและสนับสนุนการศึกษานี้ และขอขอบคุณ คุณมาลี

อรรถสุทธิกุล และเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนโรงพยาบาล
บ้านโป่ง ที่ช่วยในการค้นหาข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Josef E. Fischer. Manifestations of Gastrointestinal Disease. In : Schwartz S.I., editor. Principles of Surgery. 7th ed. New York : McGraw-Hill ; 1999 : 1054-61.
2. R.E.B. Anderson. Small bowel obstruction after appendectomy. Br J Surg 2001 ; 88 : 1387-91.
3. ธวัชชัย อัครวิพุธ และ ดรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์. ลำไส้อุดตัน. ตำราศัลยศาสตร์ สำหรับนักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2542 : หน้า 362-6.
4. R. Scott Jones. Intestinal obstruction. In : Sabiston D.C., editor. Sabiston's Textbook of Surgery. 15th ed. Philadelphia : W.B. Saunders ; 1997 : 915-23.
5. James J. Peck. The Role of Computed Tomography with Contrast and Small Bowel Follow-through in Management of Small Bowel Obstruction. Am J Surg 1999 ; 177 : 375-8.
6. Hiroyoshi Matsuoka. Preoperative evaluation by magnetic resonance imaging in patients with bowel obstruction. Am J Surg 2002 ; 183 : 614-7.
7. ดรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์. Post Operative Intestinal Obstruction. ตำราศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม 16. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2541 : หน้า 191-200.
8. S. B. S. Sajja. Early postoperative small bowel obstruction. Br J Surg 2004 ; 91 : 683-91.
9. Charles V. Mann. Intestinal obstruction. In : Mann, Russell, editors. Bailey & Love's Short Practise of Surgery. 21th ed. London : Chapman & Hall ; 1991 : 1168-93.
10. Bjorg-Tilde Svanes Fevang. Long-term Prognosis After Operation for Adhesive Small bowel Obstruction. Ann Surg 2004 ; 240 : 193-201.
11. Eric A. Harris. Reoperation on the abdomen encased in adhesion. Am J Surg 2002 ; 184 : 499-504.
12. Arin K. Greene. Prevention of Intra-abdominal Adesion Using the Antiangiogenic COX-2 Inhibitor Celecoxib. Ann Surg 2005 ; 242 : 140-6.
13. Kossi J. Population-based study of the surgical workload and economic impact of bowel obstruction caused by postoperative adhesion. Br J Surg 2003 ; 90 : 1441-4.
14. Alexander Nagle. Laparoscopic adhesiolysis for small bowel obstruction. Am J Surg 2004 ; 187 : 464-70.