

การรักษาการบาดเจ็บลำไส้ใหญ่

พรชัย บุญแสง

ร.พ. เจ้าพระยายมราช

ABSTRACT :

Boonsaeng P. Treatment of the Injured Colon. (Region 7 Medical Journal 1994 ; 4 : 335-340.)

Department of Surgery, Chaoprayayomraj Hospital, Suphanburi, Thailand.

The retrospective study of the treatment of the injured colon in Chaoprayayomraj hospital was reported between June 1989 and May 1994. Sixty four cases were reviewed. Primary repair, including suture repair and resection with anastomosis, was performed in 57 patients(89%), colostomy in only 7 patients(11%), and no exteriorized repair in any patients. There were 9(14%) septic-related complications ; this included one intra-abdominal abscess, two fecal fistula, and six wound infection. Five patients died.

บทคัดย่อ :

พรชัย บุญแสง. การรักษาการบาดเจ็บลำไส้ใหญ่. (วารสารแพทย์เขต 7 2537 ; 4 : 335-340.)

กลุ่มงานศัลยกรรม, ร.พ. เจ้าพระยายมราช, สุพรรณบุรี

ระหว่างปี 1989-1994 รวม 5 ปี มีผู้ป่วยเจ็บลำไส้ใหญ่เข้ามารับการรักษาที่ ร.พ. เจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี รวม 64 ราย ได้ทำการรักษาโดย Primary repair 57 ราย(89%) รักษาโดย Colostomy 7 ราย (11%) การรักษาได้ผลดี มีภาวะแทรกซ้อนน้อย คือเกิดฝีในท้อง 1 ราย แผลหนองทะลุ 2 ราย และแผลผ่าตัดติดเชื้อ 6 ราย มีผู้ป่วยเจ็บเสียชีวิต 5 ราย

บทนำ

ในสงครามโลกครั้งที่ 1 อัตราการตายจากการบาดเจ็บลำไส้ใหญ่พบประมาณ 60% ระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 ศัลยแพทย์ได้แนะนำให้ทำ Colostomy หรือ Exteriorization ในผู้บาดเจ็บลำไส้ใหญ่ทุกราย อัตราตายได้ลดลงเหลือ 37% ในสงครามเกาหลีลดลงเหลือ 15% ช่วงปลายของสงครามเกาหลี เริ่มมีแนวคิดในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยทำ Primary repair มากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่แผลเล็ก/บาดเจ็บไม่รุนแรง และได้รับการผ่าตัดรักษาได้เร็ว ในระยะต่อมาศัลยแพทย์เริ่มเห็นความแตกต่างระหว่างผู้บาดเจ็บในภาวะสงครามกับผู้บาดเจ็บในภาวะพลเรือน คือ บาดเจ็บจากอาวุธสงครามมักเกิดจากกระสุนความเร็วสูง ซึ่งทำให้เนื้อเยื่อรอบ ๆ รูกะสุนถูกทำลายมาก และช่องท้องจะปนเปื้อนอุจจาระเป็นอย่างมาก ในภาวะพลเรือนบาดเจ็บแผลมักเกิดจากกระสุนความเร็วต่ำ อวัยวะและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ไม่ถูกทำลายมาก ระยะเวลาที่ผู้บาดเจ็บถูกส่งมาถึงมือศัลยแพทย์จะเร็วกว่าในภาวะสงคราม และอวัยวะอื่น ๆ ที่ได้รับบาดเจ็บร่วมก็ไม่มากและไม่รุนแรงเหมือนในภาวะสงคราม ดังนั้น การรักษาบาดเจ็บลำไส้ใหญ่ที่ไม่ได้เกิดจากอาวุธสงครามด้วย Primary repair เริ่มมีมากขึ้นเรื่อย ๆ จุดประสงค์ของรายงานนี้ เพื่อศึกษาถึงภาวะการรักษาการบาดเจ็บของลำไส้ใหญ่ ร.พ.เจ้าพระยาอภัยมหาราช สุพรรณบุรี และผลดีของการรักษาด้วย Primary repair

ผู้ป่วยและวิธีการ

ทำการศึกษาย้อนหลังผู้บาดเจ็บลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในกลุ่มงานศัลยกรรม ร.พ.เจ้าพระยาอภัยมหาราช สุพรรณบุรี ตั้งแต่ 1 มิ.ย. 1989 ถึง 31 พ.ค. 1994 รวม 5 ปี ข้อมูลได้จากรายงานบันทึกผู้ป่วยในและบัตรผู้ป่วยนอก การวินิจฉัยโรคได้จากการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ผู้บาดเจ็บทุกรายได้รับน้ำเกลือ ให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ให้เลือดในรายที่จำเป็น เย็บผนัง

ลำไส้ใหญ่ 2 ชั้น ชั้นแรกเย็บ Continuous lock ด้วย Chromic catgut 3-0 ชั้นนอกเย็บด้วย Mersilk 3-0 เมื่อการผ่าตัดจะสิ้นสุดลง ล้างช่องท้องด้วยน้ำเกลือธรรมดา ผิวน้ำส่วนมากเย็บปิด บางรายถ้าช่องท้องปนเปื้อนมากก็ไม่เย็บปิดผิวน้ำ หลังผ่าตัด ให้ยาปฏิชีวนะต่ออีก 2-7 วัน หรือนานกว่านั้น

การบาดเจ็บของลำไส้ใหญ่ Rectum ไม่ได้รวมอยู่ในรายงานนี้

ผลการศึกษา

ระหว่างปี 1989-1994 รวม 5 ปี มีผู้บาดเจ็บลำไส้ใหญ่มารับการรักษา รวม 64 ราย เป็นเพศชาย 42 ราย เพศหญิง 22 ราย (อัตราส่วน 2:1) อายุ 16 ปี ถึง 45 ปี พบมากที่สุดคือ 51 ราย (80%) ดังตารางที่ 1 ผู้บาดเจ็บอายุน้อยที่สุดคือ 2 ปี อายุมากที่สุด 75 ปี สาเหตุการบาดเจ็บ เป็นบาดแผลทะลุช่องท้อง 54 ราย (84%) Blunt injuries 10 ราย (16%) ดังตารางที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บจนกระทั่งได้รับการผ่าตัดรักษา (ตารางที่ 3) ผู้บาดเจ็บลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดรักษาภายใน 24 ชม. หลังอุบัติเหตุ พบมากถึง 56 ราย (87.5%) วิธีการรักษาได้ผ่าตัดทำ Primary repair 57 ราย (89%) ทำ End colostomy 7 ราย (11%) ดังตารางที่ 4 ความดันโลหิตและปริมาณเลือดที่ให้ ดูตารางที่ 5 ผู้บาดเจ็บที่ทำ Colostomy จะเป็นผู้บาดเจ็บสาหัสกว่ากลุ่มที่ทำ Primary repair อย่างไรก็ดี มีผู้บาดเจ็บที่ต้องให้เลือดมากกว่า 4 หน่วย 18 ราย และผู้บาดเจ็บที่ความดันต่ำกว่า 90 มม.ปรอท 23 ราย ได้รับการผ่าตัดด้วย Primary repair ระยะเวลาที่อยู่ ร.พ. ผู้ป่วยที่ทำ Primary repair อยู่ ร.พ. โดยเฉลี่ย 13.75 วัน ที่ทำ Colostomy อยู่ ร.พ. โดยเฉลี่ย 19.5 วัน ผู้บาดเจ็บที่บาดเจ็บไม่รุนแรง ช่องท้องปนเปื้อนน้อย จะได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Primary repair ผู้บาดเจ็บจะออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว ระยะเวลาที่ผู้บาดเจ็บอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 6-10 วันมีถึง 24 ราย

ตารางที่ 1 สถิติอายุผู้บาดเจ็บลำไส้ใหญ่

อายุ (ปี)	จำนวนผู้บาดเจ็บ (ราย)
1-15	5
16-30	29
31-45	22
46-80	8

ตารางที่ 2 สาเหตุการบาดเจ็บ

Gun shot wound	36 ราย
Stab wound	16 ราย
Shot gun wound	2 ราย
Car accident และ MCA	8 ราย
Blunt injuries อื่น ๆ	2 ราย

ตารางที่ 3 ระยะเวลาก่อนได้รับการผ่าตัด

ภายใน 8 ชั่วโมง	29 ราย
8-24 ชั่วโมง	27 ราย
มากกว่า 24 ชั่วโมง	8 ราย

ตารางที่ 4 วิธีผ่าตัดและตำแหน่งลำไส้ใหญ่ที่บาดเจ็บ

ตำแหน่งที่บาดเจ็บ	วิธีการผ่าตัด	
	Primary repair	Colostomy
ลำไส้ใหญ่ส่วนขวา	14	
ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง	23	
ลำไส้ใหญ่ส่วนซ้าย	13	3
ไม่ได้ระบุ	7	4

ตารางที่ 5 ความดันโลหิต ปริมาณเลือดที่ให้ และวิธีการผ่าตัด

วิธีการผ่าตัด	Primary repair (ราย)	Colostomy (ราย)
ความดันโลหิตแรกรับ ≤ 90 มม.ปรอท	23	7
ให้เลือด < 4 หน่วย	14	1
ให้เลือด > 4 หน่วย	18	6

ตารางที่ 6 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ ร.พ.

ระยะเวลาที่อยู่ ร.พ. (วัน)	Primary repair (ราย)	Colostomy (ราย)
6-10	24	-
11-15	15	2
16-20	9	2
21-30	4	1
มากกว่า 30 วัน	2	-
เสียชีวิต	3	2

(37.5%) รายละเอียดดูตารางที่ 6

ผลการรักษา

มีผู้เสียชีวิต 5 ราย สาเหตุเกิดจากผู้บาดเจ็บมีอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ซึ่งรวมทั้งอวัยวะสำคัญนอกช่องท้อง ไม่มีรายใดเสียชีวิตจากบาดเจ็บของลำไส้ใหญ่ หรือเกี่ยวเนื่องกับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่โดยตรง มี 1 รายเสียชีวิตจากตับแตกอย่างมาก, 1 รายเสียชีวิตจากช็อกเป็นเวลานาน, 3 ราย เสียชีวิตจากอวัยวะสำคัญหลายแห่งได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิต 5 ราย 3 รายได้ทำ Primary repair, 2 รายได้ทำ Colostomy

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบไม่มาก ได้แก่

1. Wound infection 6 ราย รักษาโดยการตัดไหมให้ยาปฏิชีวนะ ทำแผลจนควบคุมการติดเชื้อได้แล้ว ทำ Delay primary หรือ Secondary suture แผลก็หายดี

2. Intra-abdominal abscess 1 ราย เกิดจากอุบัติเหตุรถชน ได้รับบาดเจ็บ ร.พ. ชุมชน หลังบาดเจ็บได้ 2 วัน ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางแตก เยื่อช่องท้องอักเสบชัดเจนแล้ว ได้ผ่าตัดทำ Rt. half colectomy, ileocolostomy และ Penrose drainage หลังผ่าตัดได้ 1 สัปดาห์ ผู้บาดเจ็บยังมีไข้สูง ขึ้น ๆ ลง ๆ ต่อมาท้องอืดมากขึ้น ได้ผ่าตัดเปิดช่องท้องอีกครั้ง Lysis adhesion ล้างช่องท้องให้สะอาด เย็บปิดช่องท้องด้วย tension suture ผู้ป่วยหายกลับบ้านได้

3. Fecal fistula 2 ราย เกิดจากการรั่วของแผลเย็บลำไส้ใหญ่ รายแรกเกิดจากอุบัติเหตุรถชน ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางแตก ผ่าตัดรักษาโดยทำ Local resection, colocolostomy หลังผ่าตัดได้ 7 วัน มี Fecal fistula Conservation treatment ได้ 2 เดือน แผล Fistula หายได้เอง อีกหนึ่งราย ผู้ป่วยหนักล้มกระแทกหน้าท้อง พบลำไส้แตกที่ส่วน Sigmoid มีเม็ดพุพองขนาดใหญ่ตกอยู่ข้าง ๆ รู ทะลุ เยื่อช่องท้องอักเสบเป็นหนอง (ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องได้ 5 วัน ถึงมา) ได้ Debride แผลที่ทะลุ Simple suture, penrose drainage หลังผ่าตัดได้ 5 วัน

มีอุจจาระไหลออกทาง drain เกิดเป็น Fecal fistula conservative treatment ได้ 2 เดือนเศษ แผล Fistula ยังไม่หาย เตรียมผ่าตัดแก้ไขในอีก 1 เดือนข้างหน้า ผู้ป่วยรายนี้ไม่ควรผินทำ Primary repair เนื่องจากมีเยื่อช่องท้องอักเสบมากแล้ว ควรทำ Colostomy จะได้ผลดีกว่า

วิจารณ์

ระหว่าง Primary repair กับ Colostomy ถ้าสามารถผ่าตัดด้วยความปลอดภัยพอ ๆ กัน ศัลยแพทย์ทุกคนจะเลือกทำ Primary repair ข้อดีของ Primary repair ที่สำคัญคือ ไม่ต้องกลับมาผ่าตัดเพื่อปิด Colostomy อีกครั้ง เป็นการลดความทุกข์ทรมาน ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการวางยาสลบครั้งที่สอง ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของแผล Colostomy ผู้บาดเจ็บ ที่ทำ Primary repair สามารถกลับไปทำงานได้ภายใน 1-2 เดือน ผู้ป่วยที่ทำ Colostomy ต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นอีก 1-2 เดือนจึงจะกลับไปทำงานได้ เนื่องจากต้องรอคอยการผ่าตัดครั้งที่ 2 เพื่อปิด Colostomy ช่วงที่ผู้ป่วยยังมีแผล Colostomy อยู่ที่หน้าท้องระยะนี้ผู้ป่วยจะมีภาวะทางจิตใจและยังต้องมีการดูแลแผล Colostomy

ยังไม่มีใครทราบว่าผู้บาดเจ็บลำไส้ใหญ่ควรทำ Primary repair ในสัดส่วนที่เหมาะสมเท่าไร ในช่วง 10 ปี ก่อนหน้านี้ มีรายงานน้อยรายที่ทำ Primary repair เกินกว่า 60% ปี 1984 Adkins, et al. รักษาผู้บาดเจ็บด้วย Primary repair สูงถึง 64% โดยที่รอยเย็บลำไส้ไม่มีรั่วเลยแม้แต่รายเดียว ปี 1990 George, et al. ได้ทำ Primary repair สูงถึง 93% โดยมีรอยเย็บลำไส้รั่วเพียงรายเดียว ตั้งแต่ปี 1989 ถึงปี 1994 รวม 5 ปี กลุ่มงานศัลยกรรม ร.พ. เจ้าพระยาอภัยมหาราช ได้ทำการรักษาผู้บาดเจ็บลำไส้ใหญ่ที่ไม่ได้เกิดจากอาวุธสงครามด้วยวิธี Primary repair มีมากถึง 89% ปรากฏว่าได้ผลดี มีผู้เสียชีวิตเพียง 3 ราย ใน 55 ราย(5.5%) และไม่มีผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บ

ลำไส้ใหญ่ หรือจากการผ่าตัดลำไส้ใหญ่โดยตรงเลย มีภาวะแทรกซ้อนน้อย พบเพียง 7 ราย (12.7%) จะเห็นได้ว่า ผู้บาดเจ็บลำไส้ใหญ่ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะสงครามส่วนมากสามารถทำ primary repair โดยปลอดภัย โดยเฉพาะผู้บาดเจ็บที่ต้องตัดต่อลำไส้ใหญ่ (Resection and anastomosis) เนื้อเยื่อรอบ ๆ บาดเจ็บน้อย ช่องท้องปนเปื้อนไม่มากและอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องได้รับบาดเจ็บไม่ร้ายแรง ควรทำ Primary repair ทุกราย

ในรายงานนี้ ผู้บาดเจ็บที่ทำ Colostomy มีอัตราเสียชีวิตสูง คือ 2 รายใน 7 ราย เนื่องจากผู้บาดเจ็บที่ทำ Colostomy จะเป็นผู้บาดเจ็บที่อยู่ในภาวะวิกฤตเสียส่วนใหญ่ Colostomy มีข้อดีที่สำคัญคือ สามารถป้องกันรอยเย็บลำไส้รั่ว ควรเลือกใช้ในกรณีจำเป็น คือ รายที่คิดว่ารอยต่อลำไส้อาจจะรั่ว ได้แก่ ผู้ที่มีเนื้อเยื่อสูญเสียมาก ลำไส้ใหญ่ขาดเลือดหล่อเลี้ยง ช่องท้องปนเปื้อนอย่างมาก ความดันโลหิตต่ำเป็นเวลานาน หรือผ่าตัดลำไส้มีเยื่อช่องท้องอักเสบแล้ว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณแพทย์และเจ้าหน้าที่ทุกคนในกลุ่มงานศัลยกรรม ที่ร่วมกันรักษาผู้บาดเจ็บเหล่านี้ ขอขอบคุณ คุณสายชล สิริวัฒนไพศาล และเจ้าหน้าที่ห้องบัตรที่กรุณาค้นหาข้อมูลผู้ป่วย ขอขอบพระคุณ นพ. เจตน์ อจลพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและรายงานผลการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Shires GT, Thal ER, Jones RC, Perry MO. Trauma. In : Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Husser WC, eds. Principle of Surgery. 6th ed. U.S.A. : Mc GrawHill, 1994 : 202-4.
2. Burch JM, Martin RR, Richardson RJ, Muldowny DS, Mattox KL, Jordan G, Jr. Evolution of the Treatment of the Injured Colon in the 1980. Arch Surg 1991 ; 126 : 979-84.
3. George SM, Jr, Fabian TC, Mangiante EC. Colon Trauma : Further Support for Primary Repair. Am J Surg 1988 ; 156 : 16-20.
4. Chappuis CW, Frey DJ, Dietzen CD, Paneta TP, Buechter KJ, Cohn I, Jr. Management of Colon Injuries : A Prospective Randomized Trial. Ann Surg 1991 ; 213 : 492-8.
5. Martin RR, Burch JM, Richardson R, Mattox KL. Outcome for Delayed Operation of Penetrating Colon Injuries. J trauma 1991 ; 31 : 1591-5.
6. Poret HA III, Fabian TC, Croce MA, Bynoe RP, Kudsk KA. Analysis of Septic Morbidity Following Gunshot Wounds to the Colon : The Missile is an Adjuvant for Abscess. J Trauma 1991 ; 31 : 1088-95.
7. Ross SE, Cobean RA, Hoyt DB, et al. Blunt Colonic Injury-A Multicenter Review. J Trauma 1992 ; 33 : 379-84.