

การผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อตัดและต่อ ลำไส้ใหญ่ทางด้านซ้าย โดยไม่เปิด ลำไส้ทางหน้าท้อง

บุญหลง โรจนวิจิตร พ.บ.*

จิตตินัดดี หะวานนท์ พ.บ.**

Abstract : Emergency Left Side Large Bowel Resection with Immediate Anastomosis without Colostomy.

Rojanavichit B*, Havanonda C.**

*Deputy Medical Director, **Department of Surgery, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi, Thailand.

Reg 7 Med J 1991 ; 10 : 133-137.

A comparison between 2 operative techniques in emergency operation of left side large bowel obstruction. Six patients have primary resection with proximal colostomy decompression. Three 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.

เรื่องย่อ : รายงานผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายที่มาด้วยลำไส้อุดตัน เปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดด้วยวิธี primary resection และ colostomy (Hartman's operation) จำนวน 6 ราย กับ การผ่าตัดด้วยวิธี primary resection, on table lavage และ immediate anastomosis จำนวน 3 ราย พบว่าการผ่าตัดด้วยวิธีหลังมีความปลอดภัยและคุ้มค่า แม้ว่าจะใช้เวลาผ่าตัดนานกว่า

บทนำ

ถึงแม้ว่าเราจะพบผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะการอุดตันของลำไส้ใหญ่ไม่บ่อยนัก แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการรักษาที่ถูกต้องจากผู้ที่มีความรู้ทางด้านนี้ เพราะการรักษาที่ผิดพลาดมีผลต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก รายงานจากต่างประเทศพบว่าภาวะลำไส้อุดตันเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ต้องการการผ่าตัดฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่^{1,2} และโรคมะเร็งก็เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการอุดตันขึ้น^{1,3} ก่อนการศึกษานี้ เราพบว่าผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่ที่โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 45 ราย พบมี 20 ราย (44%) มาด้วยอาการลำไส้ใหญ่อุดตัน และในจำนวนนี้ 85% มีสาเหตุจากมะเร็งลำไส้ใหญ่

ถ้าเราพิจารณาถึงการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มาด้วยภาวะการอุดตัน จะเห็นได้ว่า ถ้ามะเร็งเกิดขึ้นทางด้านขวาของลำไส้ใหญ่ ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ยอมรับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเนื้องอกที่ก่อให้เกิดภาวะอุดตันออกและนำลำไส้ส่วนที่เหลือต่อเข้าด้วยกัน (right half colectomy with ileocolostomy)⁴ พบว่าวิธีนี้เป็นวิธีที่ปลอดภัย มีอัตราเสี่ยงต่อการรั่วของรอยต่อเล็กน้อย แต่ถ้าวการอุดตันเกิดในด้านซ้ายของลำไส้ใหญ่ การรักษาไม่ง่ายเหมือนทางด้านขวา การรักษาทำได้หลายวิธีแตกต่างกันไปตามศัลยแพทย์ที่ให้การดูแล^{5,6} มีตั้งแต่การนำลำไส้มาเปิดทางหน้าท้องอย่างเดียว (colostomy) หรือร่วมกับการตัดก้อนเนื้องอก (primary resection) ที่เราเรียกว่า Hartman's operation หรืออาจมาตัดก้อนเนื้องอกในการผ่าตัดครั้งที่สองร่วมกับการเปิด colostomy ก็ได้ ซึ่งวิธีการเหล่านี้เราวมเรียกว่า stage operation มีศัลยแพทย์อยู่จำนวนหนึ่งที่ตัดเอาก้อนเนื้องอกออกพร้อมกับการต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกัน คล้ายกับการผ่าตัดลำไส้ทางด้านขวา (primary resection with immediate anastomosis) จึงเป็นการผ่าตัดเสร็จสิ้นในครั้งเดียว เหตุที่วิธีการรักษาภาวะอุดตันของลำไส้ใหญ่ทางด้านซ้ายมีหลายวิธีนี้ เพราะปัญหาของอุจจาระที่อยูในลำไส้ที่ไม่ได้เตรียมมาก่อนผ่าตัด อุจจาระที่มีแบคทีเรียจำนวนมากอาจออกมาเปรอะ

เปื้อนบริเวณที่ทำการผ่าตัด เกิดมีการติดเชื้อ ตามด้วยภาวะแทรกซ้อน มีการรั่วของรอยต่อลำไส้อันเป็นอันตรายอย่างสูง^{7,8,9,10} ปัญหาอุจจาระในลำไส้นี้ Resenberg พบว่า การเตรียมลำไส้ (mechanical bowel preparation) อย่างจริงจังจนสะอาดและเทคนิคการผ่าตัดที่ดี จะสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้¹⁰ แต่นั่นก็หมายความว่าต้องมีเวลาพอในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด ซึ่งเราไม่สามารถทำได้ในกรณีฉุกเฉิน

เมื่อเรามาพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของการผ่าตัดแต่ละอย่างแล้ว การผ่าตัดด้วยการทำ colostomy อย่างเดียว และไม่ได้ทำผ่าตัดอะไรอีก พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากโรคสูงมากกว่าการทำ stage operation⁶ เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีปัญหาที่เกิดจากก้อนเนื้องอกอยู่ เช่นการเจ็บปวดหรือเลือดออก สำหรับการทำให้ stage operation ซึ่งมีอยู่ 2 แบบด้วยกันคือ การตัดก้อนเนื้องอกออกร่วมกับการทำ colostomy ในการผ่าตัดครั้งแรก (primary resection) หรือการทำ colostomy ในครั้งแรก และมาตัดก้อนเนื้องอกออกในครั้งที่สองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในภาวะแทรกซ้อน ความเจ็บป่วย และการมีชีวิตอยู่^{5,6} ถึงอย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Phillips ในผู้ป่วย 713 ราย ที่มาด้วยลำไส้ใหญ่อุดตัน พบว่ามีผู้ป่วยอยู่ 36 ราย ที่พยาธิสภาพที่พบในการผ่าตัดครั้งแรกสามารถผ่าตัดออกได้ แต่กลับได้รับการทำ colostomy เท่านั้น 70% ของผู้ป่วยจำนวนนี้เสียชีวิตก่อนโดยยังมิได้ทำการผ่าตัดครั้งที่สอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เราได้ปล่อยโอกาสในการตัดก้อนเนื้องอกออกให้เสียไป⁵

วิธีที่ดีที่สุดสำหรับการรักษาผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อุดตันทางด้านซ้ายที่ต้องการการผ่าตัดฉุกเฉินควรประกอบด้วย การตัดเอาก้อนเนื้องอกออกและต่อลำไส้ส่วนที่เหลือในครั้งเดียวกันโดยไม่ต้องทำ colostomy และจะต้องมีภาวะแทรกซ้อนต่ำ ผู้รายงานเห็นว่าการนำเอาวิธีล้างลำไส้บนโต๊ะผ่าตัด (on-table lavage) มาใช้ เป็นการลดจำนวนอุจจาระในลำไส้ ทำให้เราสามารถทำผ่าตัดตามวิธีดังกล่าวได้ ผู้รายงานได้ศึกษาถึงผู้ป่วยลำไส้อุดตันทางด้านซ้าย (recto-sigmoid colon) ที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินในโรงพยาบาลราชบุรี เทียบระหว่างการตัดเอาก้อนเนื้องอกออก และทำ

colostomy (Hartman's operation) กับการตัดเอาก้อนเนื้องอกออกและต่อลำไส้ส่วนที่เหลือหลังจากทำ on-table lavage (primary resection with immediate anastomosis) เพื่อหาแนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่ถูกต้องต่อไป

วัสดุและวิธีการ

จากผู้ป่วยจำนวน 45 รายที่มารับการผ่าตัดฉุกเฉินที่ลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลราชบุรีในเวลา 3 ปี (ตุลาคม 2530-กันยายน 2533) มีผู้ป่วย 20 รายที่มาด้วยการอุดตันของลำไส้ใหญ่ ในจำนวนนี้ 9 ราย การอุดตัน

เกิดทางด้านซ้าย (recto-sigmoid colon) ซึ่งทั้งหมดมีสาเหตุจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วย 6 รายได้รับการผ่าตัดทำ Hartman's operation (ตารางที่ 1) 3 รายได้รับการทำ primary resection กับ immediate anastomosis โดยใช้วิธี on-table lavage ร่วมด้วย (ตารางที่ 2) การทำ on-table lavage ใช้สาย Foley catheter ใส่เข้า caecum ผ่านทาง appendix และต่อลำไส้ทางปลายเข้ากับท่อ corrugated tube ลงถุงพลาสติก ใช้น้ำเกลือประมาณ 4-5 ลิตร ล้างอุจจาระในลำไส้ใหญ่ผ่านทางสาย Foley catheter ในขณะเดียวกันก็ใช้วิธีบีบไล่อุจจาระและทำให้อุจจาระอ่อนไปพร้อมกัน

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Hartman's operation

เลขที่	อายุ (ปี)	Operation time (ช.ม. : นาที)	Hospital stay (วัน)	ภาวะแทรกซ้อน
1	24	2:30	11	Urinary tract infection
2	89	4:00	60	Wound infection
3	36	2:20	9	—
4	60	3:00	10	Wound infection
5	79	2:30	12	—
6	37	1:35	10	—

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ primary resection กับ immediate anastomosis โดยทำ on-table lavage

เลขที่	อายุ (ปี)	Operation time (ช.ม. : นาที)	Hospital stay (วัน)	ภาวะแทรกซ้อน
1	63	3:10	12	—
2	78	3:30	13	—
3	56	3:20	7	—

ผลการศึกษา

1. อายุ

ผู้ป่วยกลุ่มที่ทำ Hartman's operation มีอายุเฉลี่ย 52 ปี กลุ่มทำ immediate anastomosis 65.7 ปี

2. ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด (operation time)

ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Hartman's operation ใช้เวลาผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มทำ immediate anastomosis ประมาณ 40 นาที (159.17 ± 48.21 นาที และ 200 ± 10 นาที ตามลำดับ)

3. ระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล (hospital stay)

มีความแตกต่างกันมากในระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีสาเหตุหลายอย่างด้วยกัน กลุ่ม Hartman's operation พักอยู่ในโรงพยาบาล 18.67 วัน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.28 วัน แต่ในกลุ่ม immediate anastomosis ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาล 13, 12 และ 7 วัน (10.07 ± 3.21 วัน)

4. ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่ทำ immediate anastomosis ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่ม Hartman's operation มีภาวะแทรกซ้อน 3 ราย เป็นการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 1 รายในหญิง 24 ปีที่ใส่สายสวนปัสสาวะ อีก 2 รายมีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

บทวิจารณ์

ในระยะแรกของศตวรรษนี้ การรักษาภาวะลำไส้ใหญ่อุดตันทางด้านซ้ายมีเพียงการทำ proximal colostomy เท่านั้น ต่อมาเมื่อมีการวิวัฒนาการของการผ่าตัดและการใช้ยาสลบมากขึ้นทำให้การตัดต่อลำไส้ร่วมกับการทำ colostomy ด้วย ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ถือว่าการทำ colostomy มีความจำเป็นในกรณีที่ไม่ได้เตรียมลำไส้^{1,11} จากการศึกษาของ Clark ในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของลำไส้ใหญ่ทางด้านซ้าย 136 ราย แล้วได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี primary resection เทียบกับการทำ colostomy decompression เท่านั้น พบว่าอัตราการตายจากการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน (27% และ 24%)¹² ด้วยเหตุผลที่อาจเกิดมีการรั่วของรอยต่อได้เพราะมีอุจจาระค้างอยู่ในลำไส้^{2,8} จึงนิยมที่จะทำ proximal

colostomy ไว้ด้วย ถึงแม้ว่าวิธีการทำ colostomy ร่วมด้วยจะปลอดภัย แต่ผู้ป่วยต้องมี colostomy ในระยะหนึ่งแล้วจึงกลับมาทำผ่าตัดอีกครั้งเพื่อปิดแผล colostomy ซึ่งจะมีผลกระทบกระเทือนต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

ความคิดในการผ่าตัดฉุกเฉินในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อุดตันทางด้านซ้ายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงมาตลอด โดยมีรายงานหลายรายงานเกี่ยวกับ primary resection กับ immediate anastomosis⁴ ในปี ค.ศ. 1962 Muir ใช้วิธีการล้างลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี closed system วิธีการได้ดัดแปลงโดย Richett, Hawett และ Vaterio¹⁰ จนในปี ค.ศ. 1980 Dudley รายงานวิธี antegrade bowel irrigation ในระหว่างผ่าตัดโดยใช้สาย Foley catheter ใส่ทางแผล enterotomy ที่ terminal ileum แล้วล้างด้วย Hartman's solution ประมาณ 3 ลิตร โดยปลายทาง distal ต่อลงถุงพลาสติก² ซึ่งถือว่าไม่มีการเปราะเปื้อนอุจจาระมาที่แผลผ่าตัด

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วยการผ่าตัด 2 แบบ คือ การทำ stage resection ด้วยวิธี 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 ค.ศ. 1986 พบว่าการทำ on-table lavage ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที¹³ แต่ถ้าเทียบกับเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล พบว่าน้อยกว่ามาก สำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด จะไม่พบเลยในการทำ on-table lavage และ immediate anastomosis แต่ก็เป็นการยากที่จะบอกว่าเป็นข้อดีเมื่อเทียบกับการทำ primary resection กับ colostomy เพราะจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาไม่มากนัก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่ทำ colostomy เป็นการติดเชื้อของแผลที่หน้าท้อง ซึ่งอาจเกิดจากวิธีและเทคนิคของการผ่าตัด สภาพผู้ป่วย และการใช้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด ถึงอย่างไรก็ตามมีรายงานหลายรายงานที่ทำการศึกษาผู้ป่วยจำนวนมาก

กว่านี้ และพบว่าอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายต่ำ หลังจากการผ่าตัดด้วยวิธี on-table lavage และ immediate anastomosis^{1,4,12,13} ผู้รายงานมีความคิดเห็นว่า การทำ on-table lavage และ immediate anastomosis แม้จะปลอดภัย ประหยัดเวลา และมีประโยชน์ แต่เราต้องเลือกใช้วิธีนี้ในผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป เราไม่ควรใช้ในรายที่มีอัตราเสี่ยงต่อการผ่าตัดสูง เช่น ผู้ป่วยช็อค ขาดภูมิคุ้มกัน มีการติดเชื้อในช่องท้องอย่างรุนแรง ซึ่งในกรณีเหล่านี้เราควรทำเพียง colostomy เพื่อแก้ไขภาวะอุดตันเท่านั้น แล้วรอให้ผู้ป่วยดีขึ้นจึงมาทำการผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง

จากการศึกษานี้เราพอจะสรุปได้ว่า การทำ primary resection กับ immediate anastomosis โดยไม่ทำ colostomy อย่างเช่นกรณีการอุดตันที่เกิดทางด้านขวาของลำไส้ใหญ่ สามารถนำมาใช้กับการอุดตันทางด้านซ้ายที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉินได้ โดยการใช้วิธี on-table lavage ร่วมด้วย เพื่อแก้ปัญหาลำไส้ที่ค้างอยู่ในลำไส้ โดยไม่ได้เพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายจากการผ่าตัดเลย

เอกสารอ้างอิง

1. White GM. Immediate colectomy and primary anastomosis for acute obstruction due to carcinoma of the left colon and rectum. *Dis Colon & Rectum* 1985 ; 28 : 155-157.
2. Dudley HAF. Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. *Br J Surg* 1980 ; 67 : 80-81.
3. Dutton JW. Mortality and prognosis of obstructing carcinoma of the large bowel. *Am J Surg* 1976 ; 131 : 36-41.
4. Koruth NM. Immediate resection in emergency large bowel surgery : A 7 years audit. *Br J Surg* 1985 ; 72 : 703-707.
5. Phillips RKS. Malignant large bowel obstruction. *Br J Surg* 1985 ; 72 : 296-302.
6. Sprott JS. Neoplasms of the colon. Philadelphia : W B Saunders, 1984.
7. Sabiston DC. Textbook of surgery. 13 th ed. Philadelphia : W B Saunder, 1981.
8. Smith SRG. The effect of fecal loading on colonic anastomotic healing. *Br J Surg* 1983 ; 70 : 49-50.
9. Irvin TT. Aetiology of disruption of intestinal anastomosis. *Br J Surg* 1978 ; 60 : 461-464.
10. Rosenberg IL. Preparation of the intestine in patients undergoing major large bowel surgery, mainly for neoplasms of the colon and rectum. *Br J Surg* 1971 ; 58 : 266-269.
11. Clark J. Treatment of obstructing cancer of the colon and rectum. *Surger Gynecol Obstet* 1975 ; 141 : 541-544.
12. Dlott GR. Subtotal colectomy with primary anastomosis without diversion in the treatment of obstructing carcinoma of the left colon. *Am J Surg* 1981 ; 141 : 577-578.
13. Thomson WHF. On-table lavage to achieve safe restorative rectal and emergency left colonic resection without covering colostomy. *Br J Surg* 1984 ; 73 : 61-63.
14. Valerio D. Immediate resection in the treatment of large bowel emergency. *Br J Surg* 1978 ; 65 : 712-716.

ด้วยความปรารถนาดีจาก

**เกอริอาทริก ฟาร์มาตอน บำรุงร่างกายผู้สูงอายุ และ
คิดดี ฟาร์มาตอน**

วิตามินน้ำเชื่อม รสส้ม สำหรับเด็ก บำรุงร่างกาย ช่วยเจริญอาหาร

ผู้แทนจำหน่าย

ทสน.ศรีประสิทธิ์โอสด 617 ถนนเจริญรัถ คลองสาน กรุงเทพฯ ๑ 10600 โทร. 437-0343-5