

## INTERNAL DRAINAGE IN OBSTRUCTIVE JAUNDICE : LIGAMENTUM TERES APPROACH

สมเดช แง่งศรีสุข พ.บ.\*

**Abstract : Internal Drainage in Obstructive Jaundice : Ligamentum Teres Approach.**

**Changrsisuk S.**

Department of surgery, Chaoprayayommaraj Hospital, Supanburi, Thailand.

*Reg 7 Med J 1991 ; 10: 49-54*

Malignant obstruction at the hilar of liver is still an unsolved problem. The aim of management is almostly for palliation. The choice of palliative procedure is very important. The internal decompression improve the patient's condition with the good quality of life, but it is difficult to done especially in general hospital. With this technique of ligamentum teres approach, cholangiojejunostomy is simplified for adequate drainage. Three cases were reported.

**เรื่องย่อ :** การรักษามะเร็งที่อุดตันที่hilarของตับ ยังเป็นเรื่องที่ยุ่งยากมาก โดยมากมักจะเป็นการรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น การเลือกวิธีการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ การทำinternal decompressionเป็นวิธีการรักษาที่ดี ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่วิธีการผ่าตัดค่อนข้างยุ่งยาก โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลทั่วไปทำได้ยาก วิธีการligamentum teres approachที่น่าเสนอจะช่วยทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น เสียเลือดน้อยและได้ผลดี รายงานผู้ป่วย 3 รายที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีนี้

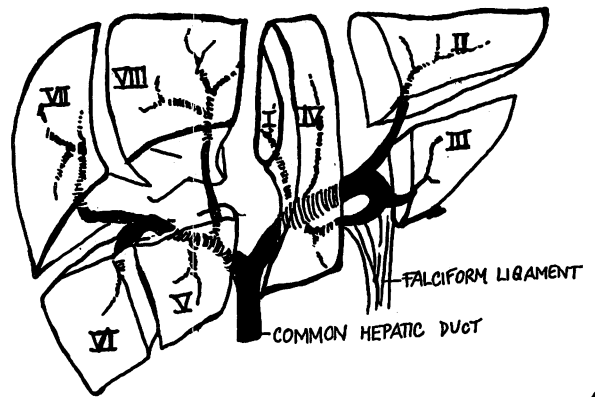
## บทนำ

มะเร็งอุดตันที่ hilar ของตับพบได้น้อยในเขต 7 การรักษาจึงเป็นเรื่องที่ยุ่งยากเพราะขาดความชำนาญ อุปกรณ์ที่ช่วยในการวินิจฉัยและรักษาก็มีจำกัดในระดับโรงพยาบาลทั่วไป อย่างไรก็ตามการผ่าตัดเพื่อหวังผลให้หายขาด (curative surgery) มักทำไม่ได้ เพราะมะเร็งส่วนใหญ่จะมีการแพร่กระจายออกไปแล้ว จุดมุ่งหมายหลักของการรักษาจึงเป็นเพียงแบบประคับประคอง (palliative surgery) โดยการผ่าตัดระบายน้ำดีออกจากตับ (decompression) วิธีการที่ง่ายคือ การทำ external drainage โดยใช้เป็น tube hepatostomy แต่มีข้อเสียคือผู้ป่วยต้องเสียน้ำดีไป อาจมีการติดเชื้อและการรั่วของน้ำดีแทรกซ้อนได้ วิธีการแก้ไขอาจทำเป็น O-tube ให้น้ำดีไหลลงลำไส้ได้ หรือ U-tube ซึ่งสามารถเปลี่ยนได้เมื่อมีการตันของท่อเกิดขึ้น แต่ข้อเสียที่สำคัญคือ ผู้ป่วยต้องมีท่อออกมาจากร่างกาย ติดตัวอยู่ตลอดเวลา เป็นเรื่องที่จะทรมานร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะไม่ดีขึ้นเลย ถึงแม้จะได้รับการผ่าตัดแก้ไขแล้วก็ตาม

การทำ internal drainage เป็นการผ่าตัดระบายน้ำดีเข้าสู่ลำไส้เล็ก ผู้ป่วยจะมีสภาพหลังผ่าตัดที่ดีกว่า แต่วิธีการผ่าตัดดยากกว่ามาก การผ่าตัดอาจจะต้องตัดเนื้อตับออกบางส่วน หรือขุดลงไปบนเนื้อตับเพื่อหาท่อน้ำดี แล้วต่อลำไส้เล็กเข้าไปกับชั้นผิวนอกของเนื้อตับ หรือต่อเข้ากับท่อน้ำดีในตับ ผู้ป่วยอาจเสียเลือดได้มาก และการเย็บต่อทำได้ลำบาก มีอัตราตายสูง และอัตราเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้มาก

ในปี พ.ศ. 2500 Hepp และ Couinaud ได้ศึกษาพบว่ากายวิภาคของ biliary system ของตับทางด้านซ้ายมีกายวิภาคที่แน่นอนและบางส่วนอยู่ต้นบริเวณผิวตับ (ดูรูป 1) นำมาใช้ในการผ่าตัดต่อลำไส้เล็กได้ มีการผ่าตัดได้ผลดีในประเทศฝรั่งเศส แต่วิธีการนี้กลับถูกทอดทิ้งไป จน ปีพ.ศ. 2527 Blumgart รายงานการผ่าตัดโดยใช้ left hepatic duct ต่อกับลำไส้เล็กได้ผลดีในประเทศอังกฤษ และได้เคยนำมาบรรยายในการประชุมวิชาการของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 11 ในปีพ.ศ. 2529 ซึ่งวิธีการนี้สามารถใช้ได้ดีทั้งในผู้ป่วยที่เป็น malignant และ benign

stricture ที่บริเวณ bifurcation ของ bile duct



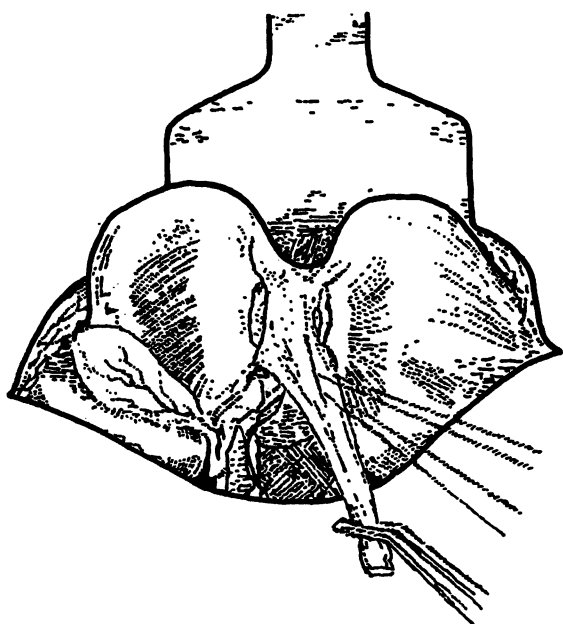
รูปที่ 1 แสดงกายวิภาคของตับ

## วัสดุและวิธีการ

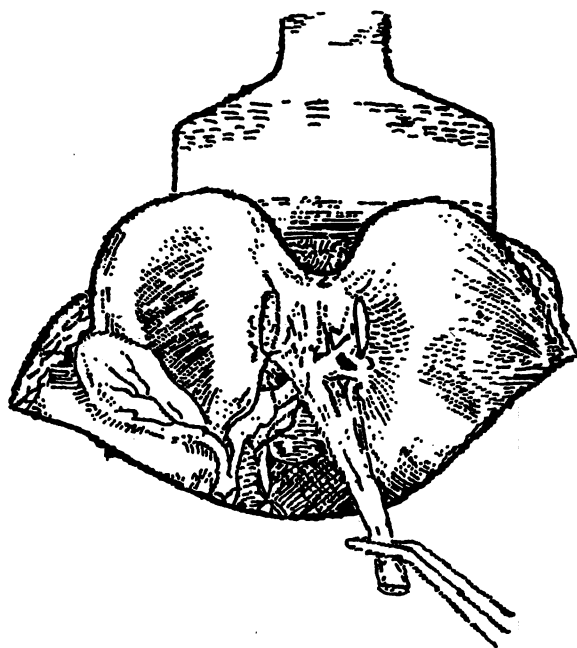
ตั้งแต่เดือนกันยายน 2529 ถึง สิงหาคม 2533 ผู้เขียนได้มีโอกาสให้การดูแลรักษาผู้ป่วย obstructive jaundice ที่เกิดจากมะเร็งอุดตันที่บริเวณ porta hepatis ของตับเพียง 3 รายเท่านั้น ทั้ง 3 รายได้รับการวินิจฉัยจากประวัติ การเจ็บป่วย การตรวจร่างกายและผลเลือดการทำงานของตับ ได้รับการทำอุลตราซาวด์สนับสนุนการวินิจฉัยเพียงรายเดียว แต่ทั้ง 3 รายได้ทำ percutaneous transhepatic cholangiography (PTC) ก่อนการผ่าตัด ซึ่งพบว่ามี complete obstruction ที่บริเวณส่วนต้นของ common hepatic duct ทั้ง 3 ราย และมีการขยายตัวอย่างมากของ intrahepatic bile duct จึงได้ทำการผ่าตัดผู้ป่วยทั้ง 3 ราย โดยการทำ internal drainage โดยใช้ ligamentum teres approach เพื่อหา left hepatic duct แล้วทำ Roux-en-y cholangiojejunostomy

### วิธีการผ่าตัด

วิธีการผ่าตัด โดยการตัด ligamentum teres และ faciform ligament ออกจากผนังหน้าท้องด้านหน้า แล้วใช้เป็นตัว traction แยกส่วนของตับระหว่าง quadrate lobe และ left lateral segment ออกจากกัน จะเห็นฐานของ ligamentum teres คราวนี้ดึง ligamentum teres ลงมาทางด้านล่าง แล้วผ่าตัดแยกเนื้อเยื่อเข้าไปที่ base ของ



รูปที่ 2 แสดงการผ่าตัดตัด ligamentum teres เข้าไปหาฐานของมัน



รูปที่ 3 แสดงการผ่าตัดแบ่งแยกฐานของ ligamentum teres เข้าไปหา left hepatic duct

ligamentum teres จะพบสาขาของ portal vessel ซึ่งสามารถตัดแบ่งและผูกได้ง่าย ลึกลงไปจะเป็น bile duct ของ segment III ของตับ อาจจะใช้เข็มเจาะดูเพื่อดูเพื่อยืนยันว่าเป็น bile duct จากนั้นเปิด bile duct เข้าไปตามแนวยาวของมันให้ได้ขนาดยาวประมาณ 2 ซม. (ดูรูปที่ 2 และ 3)

ทำ Roux-en-y loop ของ jejunum ขึ้นไปต่อแบบ side-to-side cholangiojejunostomy โดยใช้ silk 3-0 ต่อชั้นเดียว รายงานนี้ไม่ได้ใส่ splint ไว้เพราะได้ขนาด anastomosis ที่กว้างพอ

ตารางที่ 1 แสดงผลการผ่าตัด

| การวินิจฉัย                       | อายุ เวลาใช้ในการผ่าตัด |        | ปริมาณเลือดที่เสีย (ซีซี.) | ระยะเวลาที่อยู่รพ. หลังการผ่าตัด (วัน) |
|-----------------------------------|-------------------------|--------|----------------------------|----------------------------------------|
|                                   | (ปี)                    | (นาที) |                            |                                        |
| รายที่ 1 cholangio carcinoma      | 35                      | 210    | 300 <sup>+</sup>           | 12                                     |
| รายที่ 2 carcinoma of gallbladder | 78                      | 205    | 300                        | 13                                     |
| รายที่ 3 carcinoma of gallbladder | 71                      | 215    | 300                        | 20                                     |

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายแรกอายุ 35 ปี วินิจฉัยเป็น cholangiocarcinoma เป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มาทำงานอยู่ในสุพรรณบุรี มีพยาธิใบไม้ในตับร่วมด้วยในผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยรายที่ 2 และ 3 มีอายุมาก เป็น carcinoma of gall bladder ซึ่งลุกลามเข้าไปอุดตันอยู่ใน common hepatic duct แต่แข็งแรงพอที่จะทำผ่าตัดใหญ่ได้ การผ่าตัดทั้ง 3 ราย ใช้เวลา 205-215 นาที เสียเลือดในระหว่างผ่าตัดเพียงประมาณ 300 ml. เท่านั้น หลังผ่าตัดผู้ป่วยพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาล

ต่อ 12-20 วัน ในรายที่ 3 ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานกว่า เพราะมีการติดเชื้อแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการพักฟื้นหลังผ่าตัดนานกว่า (ดูตารางที่ 1)

ทุกรายได้รับการตรวจ liver function test ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดเป็นระยะ ๆ จะเห็นว่าระดับ bilirubin ลดลงได้รวดเร็วหลังผ่าตัด และกลับมาอยู่ในระดับที่ปกติได้ใช้เวลา 45 วันและ 80 วันในผู้ป่วยรายที่ 1 และ 3 ตามลำดับ ผู้ป่วยรายที่ 2 ขาดการติดตามผลการรักษาต่อ (ดูตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจ liver function test ของผู้ป่วยแต่ละราย

| ผู้ป่วย             | TP  | ALB | TB   | DB   | GOT  | GPT | ALK PHOS |
|---------------------|-----|-----|------|------|------|-----|----------|
| รายที่ 1 ก่อนผ่าตัด | -   | -   | 19.9 | 3.5  | 23.5 | 40  | >100     |
| หลังผ่าตัด 10 วัน   | -   | -   | 2.8  | 2.4  | 15   | 18  | 154      |
| 45 วัน              | -   | -   | 1.3  | 0.6  | 36   | 33  | >100     |
| 79 วัน              | -   | -   | 1.3  | 0.6  | 36   | 33  | >100     |
| รายที่ 2 ก่อนผ่าตัด | 7.3 | 4.5 | 60.0 | 37.0 | 60   | 16  | 96       |
| หลังผ่าตัด 10 วัน   | 6.5 | 3.5 | 17.0 | 14.0 | 90   | 65  | 77       |
| รายที่ 3 ก่อนผ่าตัด | 7.8 | 4.5 | 19.8 | 16.0 | 75   | 97  | 83       |
| หลังผ่าตัด 7 วัน    | 5.7 | 2.1 | 20.0 | 14.3 | 130  | 111 | 60       |
| 13 วัน              | 6.1 | 2.6 | 10.9 | 7.5  | 132  | 134 | 77       |
| 20 วัน              | 6.7 | 2.6 | 6.2  | 3.8  | 87   | 82  | 102      |
| 34 วัน              | 7.3 | 2.6 | 3.9  | 2.1  | 120  | 111 | 93       |
| 82 วัน              | 7.8 | 5.0 | 2.0  | 0.6  | 73   | 89  | 53       |

หมายเหตุ: TP = Total protein

ALB = Albumin

TB = Total bilirubin

DB = Direct bilirubin

GOT = Glutamic - oxaloacetic transaminase

GPT = Glutamic - pyruvic transaminase

ALK PHOS = Alkaline phosphatase

## วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าวิธีการทำ internal decompression โดยใช้ left hepatic duct ในการทำ Roux-en-y cholangiojejunostomy เป็นวิธีการรักษาแบบ palliation ที่ได้ผลดี ประสิทธิภาพของแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการทำ decompression ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1-3 เดือน ดังนั้นถ้าผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยสามารถอยู่ได้นานกว่า 3 เดือน ควรจะทำผ่าตัดให้ผู้ป่วย การทำ external drainage เป็นวิธีที่ง่ายก็จริง แต่มีโรคแทรกซ้อนค่อนข้างมาก ปัญหาสำคัญคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอาจไม่ดีขึ้น และอาจจะเลวกว่าการไม่ได้ทำอะไรให้ผู้ป่วยเลย มีศัลยแพทย์หลายท่านที่เลิกทำ tube hepato-stomy ให้ผู้ป่วยไปแล้ว ถ้าเป็นไปได้ควรทำ internal drainage แต่วิธีการจะยุ่งยาก โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลทั่วไปในต่างจังหวัด ศัลยแพทย์ขาดความชำนาญ อนาคตการเล็ดไม่พร้อม การจะตัดตับหรือผ่าเข้าไปในเนื้อตับ อาจจะสร้างปัญหาให้กับศัลยแพทย์และผู้ป่วยได้มาก

โดยวิธีการที่นำมาเสนอนี้จะหลีกเลี่ยงปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ได้มาก พอจะสรุปผลดีจากการผ่าตัดนี้ได้ คือ

1. เป็นวิธีการทำ internal drainage ที่วิธีการทำไม่ยุ่งยากซับซ้อนนัก เพราะ left hepatic duct ส่วนนี้อยู่ตื้น สามารถหาได้โดยง่าย ไม่ต้องใช้เทคนิคพิเศษใดๆ
2. การผ่าตัดใช้เวลาไม่นานเกินไป เมื่อเทียบกับการทำ internal drainage วิธีอื่น ๆ ผู้ป่วยอายุมากที่สภาพร่างกายโดยทั่วไปยังดีอยู่สามารถทนต่อการผ่าตัดได้ ศัลยแพทย์ไม่เหนื่อยมาก จึงสามารถใช้เทคนิคนี้ได้ในโรงพยาบาลต่างจังหวัด ที่มีศัลยแพทย์อยู่น้อย
3. การผ่าตัดเสียเลือดน้อย ไม่จำเป็นต้องอาศัย อนาคตการเล็ดที่พร้อมสมบูรณ์ครบถ้วน เพื่อไม่ประมาทอาจจะเตรียมเลือดใช้สำหรับการผ่าตัดเพียง 1-2 ยูนิตก็เพียงพอ
4. หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้เร็ว เพราะการผ่าตัดไม่นานเกินไป และไม่เสียเลือดมาก ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็ว เป็นการประหยัดในด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย
5. ผลการผ่าตัดสามารถแก้ปัญหา obstructive jaundice ของผู้ป่วยได้ดี ดูจากระดับ bilirubin ที่ลดลง

หลังผ่าตัด จนสามารถกลับมาอยู่ในสภาพปกติได้ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสภาพปกติ หรือกลับเข้าทำงานได้ระยะหนึ่งก่อนที่จะมะเร็งจะลุกลามออกไปมากจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

อย่างไรก็ตามวิธีการนี้จะระบายน้ำดีจากตับได้เฉพาะจากตับซ้ายเท่านั้น ศัลยแพทย์บางท่านเชื่อว่าการระบายน้ำดีจากตับเพียง 50% ก็เป็นการเพียงพอแล้ว Blumgart ยังเชื่อว่าในภาวะที่มีการอุดตันใน main hepatic duct จะเกิดการเชื่อมต่อของท่อน้ำดีในตับได้ โดยวิธีการระบายน้ำดีวิธีนี้จึงยังคงได้ผลโดยไม่ต้องทำการผ่าตัดระบายน้ำดีจากตับข้างขวาด้วย แต่ถ้าศัลยแพทย์มีความสามารถพอ ผู้ป่วยมีสภาพดี ควรพิจารณาทำการผ่าตัดระบายน้ำดีให้ทั้ง 2 ข้างในกรณีที่มีอุดตันใน main hepatic duct เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในตับข้างขวา

จนถึงปัจจุบันนี้วิธีการรักษามะเร็งอุดตันที่ hilar ของตับเป็นเรื่องที่ยังหาข้อสรุปของวิธีการรักษาที่ดีที่สุดไม่ได้ แม้ในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ หรือในโรงเรียนแพทย์ ในโรงพยาบาลทั่วไปในต่างจังหวัดยังประสบปัญหามากขึ้นอีก เพราะทางเลือกของการรักษามีจำกัด การทำ percutaneous transhepatic drainage (PTD) หรือ endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP) เพื่อใส่สายขึ้นไประบายน้ำดีออกมานั้น ไม่มีโอกาสที่จะทำได้ จะรักษาโดยวิธีเดียวคือการผ่าตัด การทำ external drainage ถ้าผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับ จะทำให้ศรัทธาของผู้ป่วยและประชาชนต่อโรงพยาบาลนั้นลดลงไปอีก ผู้เขียนจึงคาดหวังว่าวิธีการทำ internal drainage ที่นำมาเสนอนี้จะช่วยให้ศัลยแพทย์ในต่างจังหวัดมีทางเลือกที่ดีขึ้นในการให้การรักษามะเร็งตับ

## สรุป

รายงานนี้ได้เสนอวิธีการผ่าตัดแก้ไขภาวะ obstructive jaundice ที่เกิดจากมะเร็งอุดตันในบริเวณ porta hepatis ของตับโดยวิธีการ ligamentum teres approach เพื่อหา left hepatic duct ในการทำ cholangiojejunostomy วิธีนี้เป็นวิธีการทำ internal drainage วิธีหนึ่งซึ่งพบว่าเป็นวิธีที่ค่อนข้างจะง่ายในการทำ สามารถนำไปใช้ในระดับ

โรงพยาบาลทั่วไปได้ผลดี เพราะการผ่าตัดใช้เวลาน้อย เสียเลือดน้อย และได้ผลดีมาก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นก่อนที่มะเร็งจะลุกลามมากจนกระทั่งเสียชีวิต

#### เอกสารอ้างอิง

1. Blumgrat LH. Biliary tract obstruction : New approaches to old problems. *Am J Surg* 1978 ; 135 : 19-31.
2. Rojanasakul A , Jangjai W, Vajarabhukka T, Sangsupan C. Cholangiocarcinoma at hepatic duct bifurcation, Analysis of 112 cases. *Chula Med J* 1984 ; 28 : 1227-40.
3. Blumgart LH, Kelly CJ. Hepaticojejunostomy in benign and malignant high bile duct stricture : Approaches to the left hepatic ducts. *Br J Surg* 1984 ; 4 : 257-61.
4. Sachakul V, Chotiprasithi P. Intrahepatic cholangiojejunostomy in the management of hepatic hilar cholangiocarcinoma. *Thai J Surg* 1982 ; 4 : 37-42.
5. โดแนลด์จี แมคลีซ, อีรพล เจนวิทยา. อภิปรายหมู่ : ดีชานจากการอุดตันระบบน้ำดี. *สรรพสิทธิเวชสาร* 2530 ; 8 : 19-42.