

# ภาวะลำไส้อุดตันในโรงพยาบาลโพธาราม

ไพศาล คุรุเสถียร

**Abstract :** A three years retrospective study of intestinal obstruction in Photharam Hospital since 1<sup>st</sup> October 1990 to 30<sup>th</sup> September 1993, 56 patients have been admitted for 63 episodes of diseases. There were 40 males and 16 females , and the ratio of males to females was 2.5 : 1. The major causes of intestinal obstruction consisted of adhesive bands in 43 cases (68.25%), strangulated hernia in 11 cases (17.46%), and tumour in 4 case (6.35%). The level of obstruction was mostly in small bowels, and only 29 cases was operated (46.03%). Two patients were dead, and the overall mortality rate was 3.17%

**Intestinal Obstruction in Photharam Hospital.**

**Phaisal Kurusatieng.**

**Department of Surgery, Photharam Hospital.**

Rigion 7 Medical Journal 1993 ; 4 : 193-200

**บทคัดย่อ** ทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง ภาวะลำไส้อุดตันในโรงพยาบาลโพธารามตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2533 ถึง 30 กันยายน 2536 รวม 3 ปี พบว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้น 56 ราย และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 63 ครั้ง เป็นเพศชาย 40 ราย และเพศหญิง 16 ราย อัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิง = 2.5 : 1

สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตันได้แก่ ภาวะเยื่อพังผืดยึดรั้ง 43 ครั้ง (68.25%) ไล่เลื่อนค้าง 11 ครั้ง (17.46%) เนื้องอก 4 ครั้ง (6.35%) ระดับการอุดตันพบที่ลำไส้เล็กเป็นส่วนมาก มีผู้ป่วยเพียง 29 ราย ที่ต้องทำการผ่าตัดรักษา (46.03%) และผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย อัตราตายทั้งหมดเท่ากับ 3.17%

## บทนำ

ลำไส้อุดตันเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อยประมาณ 20% ของผู้ป่วย acute abdomen ทั้งหมด ภาวะนี้สร้างความเจ็บปวด ทรมาน ทรมานทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และสร้างปัญหาแก่ศัลยแพทย์ในการตัดสินใจที่จะนำผู้ป่วยไปผ่าตัดหรือไม่ และผ่าตัดเมื่อใด

กว่า 80% ของผู้ป่วยลำไส้อุดตันมีสาเหตุจาก พังผืดในช่องท้อง (adhesive bands) ไล่เลื่อน (obstructed hernia) และเนื้องอกของลำไส้ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นมะเร็งตามลำดับ<sup>1</sup> แต่เนื่องจากการขยายตัวในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้ครอบคลุมประชากรมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไล่เลื่อนได้รับการผ่าตัดแก้ไขจากแพทย์ตั้งแต่ระยะต้น การก่อให้ปัญหาลำไส้อุดตันน้อยลง บางรายงานในระยะหลังจะพบว่าสาเหตุของลำไส้อุดตันนั้นไล่เลื่อนได้ตกไปอยู่อันดับ 3 ในขณะที่มะเร็งของลำไส้ขึ้นมาเป็นอันดับ 2 แทน

อุบัติการณ์ของโรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะลำไส้อุดตันในไทยเป็นสิ่งที่น่าสนใจควรค่าแก่การศึกษา เพื่อจะได้สามารถใช้อ้างอิงหรือประกอบการวินิจฉัย รวมทั้งจะได้ประเมินผลการดูแลรักษาเพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพดียิ่ง ๆ ขึ้นไป เพราะข้อมูลเหล่านี้ อาจแตกต่างไปจากรายงานของต่าง

โรงพยาบาลโพธาราม

ประเทศ ซึ่งมีพื้นฐานแตกต่างกัน

อาการหลักของลำไส้อุดตันมี 4 ประการ ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด และท้องผูก แต่ลำดับของการเกิดอาการจะต่างกันระหว่างการอุดตันของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ โดยที่การอุดตันของลำไส้เล็กเป็นแบบทันทีทันใด (acute) ทำให้เกิดอาการปวดท้อง (colic) เป็นอาการนำตามด้วยคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด และในที่สุดจะไม่ถ่ายหรือผายลม ในขณะที่การอุดตันของลำไส้ใหญ่มักจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป (chronic) จึงนำมาด้วยอาการถ่ายอุจจาระผิดปกติ ท้องผูก และตามด้วยท้องอืด ปวดท้องในระยะเวลาต่อมา และอาการอาเจียนมาเป็นลำดับท้ายสุด?

ลำไส้อุดตันเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลทั่วไป ภาวะนี้ต้องการความละเอียดรอบคอบ การสังเกตอาการ การติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และการตัดสินใจของศัลยแพทย์ในเวลาที่เหมาะสมถ้ามีการผิดพลาดหรือมีการล่าช้าในการผ่าตัดผู้ป่วย ทำให้เกิดข้อแทรกซ้อนจากการอุดตัน เช่น ลำไส้เน่าตาย (gangrene) เป็นผลให้อัตราตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น 10-30% ในขณะที่ปกติจะไม่เกิน 5% และยังมีข้อแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอีกมาก การศึกษาค้นคว้ามีจุดประสงค์เพื่อหาแนวทางการวินิจฉัย การรักษา การตัดสินใจ ในการนำผู้ป่วยไปผ่าตัด และการปฏิบัติขณะผ่าตัดรวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนคำแนะนำต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย โดยอาศัยประสบการณ์ การสังเกตและการเรียนรู้จากผู้ป่วยในอดีตที่ผ่านมา

## ผู้ป่วยและวิธีการ

ทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (retrospective analysis) ในผู้ป่วยด้วยโรคลำไส้อุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไพศารท ราชบุรี ในกลุ่มงานศัลยกรรม โดยไม่จำกัดอายุ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2533 - 30 กันยายน 2536 รวม 3 ปี ทั้งนี้เน้นเฉพาะผู้ป่วยที่มีการอุดตันแบบ mechanical obstruction โดยไม่นับพวกที่เป็น functional obstruction ทำการรวบรวมข้อมูลจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมและ

งานเวชระเบียน คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคลำไส้อุดตัน อาศัยอาการและการตรวจพบทางคลินิกที่ชัดเจนร่วมกับภาพถ่ายทางรังสีของช่องท้องที่แสดงว่ามีการอุดตันของลำไส้ ในส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก็มีการผ่าตัดที่ยืนยันได้ว่ามีการอุดตันของลำไส้จริง

## ผลการศึกษา

พบว่าในระยะ 3 ปี มีผู้ป่วยด้วยโรคลำไส้อุดตันเข้ารับการักษาในโรงพยาบาลไพศารท รวมทั้งสิ้น 56 ราย รวม 63 ครั้ง ส่วนมากคือ 51 ราย อยู่โรงพยาบาลครั้งเดียว ผู้ป่วย 4 รายมีปัญหาลำไส้อุดตันที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล 2 ครั้ง และ 1 ราย อยู่โรงพยาบาล 4 ครั้ง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ช่วง 3 ปีที่ศึกษา

จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาลต่อราย	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาล (ครั้ง)
1 ครั้ง	51	51
2 ครั้ง	4	8
4 ครั้ง	1	4
รวม	56	63

ผู้ป่วย 56 ราย จำแนกได้เป็นเพศชาย 40 ราย (71.43%) และเพศหญิง 16 ราย (28.57%) คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 2.5 : 1

ส่วนอายุ ตั้งแต่ น้อยที่สุด คือ 10 เดือน และสูงสุดคือ 80 ปี อายุเฉลี่ย 46.38 ปี จัดเป็นผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) 7 ราย ซึ่งมีปัญหาลำไส้อุดตัน 7 ครั้ง ในผู้ป่วยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคืออายุระหว่าง 51-60 ปี พบจำนวน 11 ครั้ง รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 31-40 ปี และ 71-80 ปี ซึ่งพบเท่ากันคือ พบจำนวน 10 ครั้ง (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงอุบัติการณ์ ตามอายุและเพศ

ช่วงอายุ	ชาย	หญิง	รวม
0-10 ปี	3	2	5
11-20 ปี	3	2	5
21-30 ปี	4	3	7
31-40 ปี	7	3	10
41-50 ปี	6	0	6
51-60 ปี	6	5	11
61-70 ปี	6	3	9
71-80 ปี	10	0	10
รวม	45	18	63

อาชีพของผู้ป่วย ปรากฏว่าเป็นเกษตรกรมากที่สุด คือ 21 ราย รองลงมาได้แก่ รับจ้าง 19 ราย นอกนั้นเป็นนักเรียน รวมทั้ง ในความปกครอง 8 ราย งานบ้าน 6 ราย ส่วนค้าขายและรับราชการอย่างละ 1 ราย (ดังตารางที่ 3)

สาเหตุของการอุดตันนั้น จัดรวมเข้าเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 7 กลุ่ม ซึ่งพบว่ากลุ่มที่เกิดจากเยื่อพังผืดยึดติด (adhesion) มากที่สุด 43 ครั้ง รองลงมาได้แก่ ไส้เลื่อน 11 ครั้ง เนื้ออก 4 ครั้ง volvulus 2 ครั้ง ส่วนลำไส้กลืนกัน (intussus-

ตารางที่ 3 แสดงถึงอาชีพของผู้ป่วย

อาชีพ	จำนวน (ราย)
เกษตรกร	21
รับจ้าง	19
นักเรียนและ น.ป.ค.	8
งานบ้าน	6
รับราชการ	1
ค้าขาย	1
รวม	56

น.ป.ค. = ในความปกครอง

ตารางที่ 4 แสดงสาเหตุการอุดตันของลำไส้ (อัตราเกิดโรค, อัตราผ่าตัด, อัตราตาย)

สาเหตุการอุดตัน	จำนวน (ครั้ง)	อัตรา %	ผ่าตัด (ครั้ง)	อัตราผ่าตัด %	ตาย (ราย)	อัตราตาย %
Adhesion	43	68.25	15	34.88	1	2.32
Hernia	11	17.46	8	72.73	-	-
Intussusception	1	1.59	1	100	-	-
Tumour	4	6.35	3	75	1	25
Volvulus	2	3.17	2	100	-	-
Taeniasis	1	1.59	0	0	-	-
Fecal impaction	1	1.59	0	0	-	-
รวม	63	100	29	46.03	2	3.17

eption) พยาธิลำไส้ตัวดีด (taeniasis) และ fecal impaction อย่างละ 1 ครั้ง (ดังตารางที่ 4)

ระดับของการอุดตันพบว่าเป็นที่ลำไส้เล็กมากที่สุด 58 ครั้ง และที่ลำไส้ใหญ่ 5 ครั้ง

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลน้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 52 วัน เฉลี่ยระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 11.7 วัน

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทั้งหมด 29 ครั้ง หรือคิดเป็น 46.03% ของจำนวนครั้งการอุดตันทั้งหมดและรักษาแบบ conservative 34 ครั้ง หรือ 53.97% มีผู้เสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นอัตราตาย 3.17%

## วิจารณ์

สาเหตุของลำไส้อุดตันในพวก mechanical obstruction อาจแบ่งได้เป็นหลายแบบ เช่น แบ่งตามตำแหน่งที่เกิดเป็น<sup>3</sup>

1) เกิดจากภายในลำไส้ (intestinal lumen) เช่น polypoid tumour ของลำไส้ intussusception นิ่ว (large gall stones) อุจจาระ meconium เศษอาหาร สิ่งแปลกปลอม พยาธิ

2) เกิดจากความผิดปกติของผนังลำไส้ (intrinsic bowel lesions) เช่น atresia, stenosis, duplication เนื้องอกในผนังลำไส้ Crohn's disease การอักเสบ

3) เกิดจากภายนอกลำไส้ (extrinsic to the bowel) เช่น เยื่อพังผืดยึดรัด การอักเสบของช่องท้องได้เลื่อน เนื้องอก volvulus

หรือแบ่งตามกลุ่มในแต่ละสาเหตุไป ดังในรายงานนี้ ซึ่งจัดเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ เยื่อพังผืดยึดรัด ได้เลื่อน ลำไส้กลืนกัน เนื้องอก เป็นต้น

รายงานนี้เป็นการศึกษารวมในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งอุบัติการณ์ของสาเหตุต่าง ๆ เมื่อเทียบกับรายงานของต่างประเทศ จะเห็นว่ามัลักษณะคล้ายกับรายงานจากประเทศทางตะวันตกในระยะหลัง แต่แตกต่างจากรายงานของประเทศอินเดีย และแอฟริกา ที่ยังคงพบสาเหตุจากได้เลื่อนค้าง (obstructed hernia) สูงอยู่มาก ขณะเดียวกันอุบัติการณ์ของสา-

เหตุต่าง ๆ ของรายงานนี้เมื่อเทียบกับรายงานจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ก็จะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน (ดังตารางที่ 5 และ 6)

การรักษาภาวะลำไส้อุดตันนั้นปกติจะให้การรักษาได้ทั้ง conservative และ operative ซึ่งขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้เกิดการอุดตัน เช่น volvulus และ intussusception จะมีอัตราผ่าตัดสูง ส่วน obstructed hernia ภายหลังทำ reduction แล้ว ก็มักจะต้องผ่าตัดแก้ไข defect ต่าง ๆ เพื่อมิให้เกิดใหม่ กลุ่ม tumour มักจะต้องผ่าตัดแก้ไข obstruction เกือบทุกราย กลุ่ม adhesion เป็นกลุ่มที่มีมักจะก่อปัญหาในการตัดสินใจของศัลยแพทย์ว่าจะผ่าหรือไม่ จากรายงานนี้ จะเห็นว่ามัลอัตราผ่าตัดเพียง 34.88% เท่านั้น (ดังตารางที่ 7)

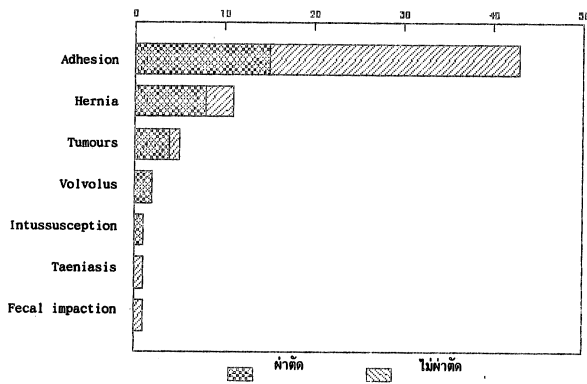
จากการวิเคราะห์รายงานนี้ จะเห็นได้ว่ากลุ่ม adhesion เป็นกลุ่มที่พบบ่อยที่สุด มีจำนวนถึง 68.25% ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีอัตราผ่าตัดรักษาเพียง 34.88% และในอนาคตเชื่อว่ากลุ่มนี้จะเป็นปัญหามากขึ้น เพราะการแพทย์เจริญมากขึ้น การบริการทางการแพทย์กว้างขวางขึ้น จำนวนประชาชนได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับช่องท้องมากขึ้น (อุบัติเหตุ คลอดบุตร ถูกแทง ถูกยิง ทำหมันหญิง ถูกทำร้ายร่างกาย เล่นกีฬา ฯลฯ) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่ม adhesion เพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว จากประสบการณ์ของเราในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เราสามารถแบ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็น 2 แบบ แบบแรก มีการอุดตันชนิดไม่สมบูรณ์ (incomplete obstruction) และแบบหลังมีการอุดตันชนิดสมบูรณ์ (complete obstruction) ดังนั้น เมื่อมีการรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ามารักษาในโรงพยาบาล แพทย์ผู้รับผิดชอบจะต้องทำการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่มว่ามีการอุดตันสมบูรณ์หรือไม่ โดยอาศัยลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีของช่องท้อง ถ้าผลการประเมินเป็นแบบอุดตันไม่สมบูรณ์ ก็จะทำการรักษาแบบ conservative ก่อน โดยใส่สายยาง nasogastric และต่อเข้ากับเครื่อง intermittent gastric suction งดน้ำงดอาหาร ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ และเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น (ท้องยุบผายลม ถ่ายอุจจาระ ไม่ปวดท้อง ไม่

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบสาเหตุของลำไส้อุดตัน และอัตราการตายจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ (ต่างเวลาและต่างสถานที่)

Authors and year สาเหตุ (%) studied	Gibson <sup>4</sup> (1988-98)	Wangensteen <sup>5</sup> (1942-52)	Waldron <sup>6</sup> (1944-56)	Bevan <sup>7</sup> (1960-75)	สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ <sup>8</sup> (1976-83)	This report (1990-93)
Adhesion	18	31	40	15	38.2	68.25
Hernia	35	10	12	19	19.4	17.46
Intussusception	19	3	4	2	5.6	1.59
Tumour	} 28	27	14	30	12.4	6.35
Congenital		} 29	} 30	3	14.8	-
Inflammation				17	3.0	-
Others				14	6.6	6.35
Total cases	1,000	1,252	493	414	854	63
Mortality rate (%)	43	11	14	-	6.3	3.17

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบสาเหตุของลำไส้อุดตัน ในประเทศอินเดีย, อัฟริกา และหมู่เกาะอินเดียตะวันตก<sup>9</sup>

Type of obstruction (%)	Gill & Eggleston (Punjab)	Mc. Adam (Kampala Uganda)	White (Bulawayo Zimbabwe)	Chiedozi (Benin city Nigeria)	Cole (Ibadan Nigeria)	Badoe (Aeera, Ghana)	Brooks & Butler (Jamaica)
Adhesion	15	4	17	10.8	10	10	23
Hernia	27	75	36	65	35	77.6	25
Intussusception	12	4	7	11.4	27	4	19
Malignancy	-	1	-	0.3	1	0.6	5
Tuberculosis	3	-	-	-	0.7	-	-
Volvulus							
- large bowel	9	13	11	-	0.7	4	6
- small bowel	16	0.4	8	8	3	1	0.4
Total cases	147	794	172	316	436	782	250



ตารางที่ 7 แสดงอัตราการรักษาด้วยการผ่าตัดในแต่ละสาเหตุ

อาเจียน) ก็จะทำการรักษาแบบประคับประคองต่อไปอีก 2-3 วัน เมื่อลำไส้ยุบวมและหลุดจากการบีบรัด ไม่เกิดภาวะอุดตัน ก็สามารถให้อาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาในที่สุด เมื่อผู้ป่วยหายดีแล้ว ก็จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ แต่ถ้าให้การรักษาแบบ conservative แล้วไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดท้องแบบ colicky pain อาเจียน ท้องอืดมากขึ้น ถ่ายภาพรังสีของท้องพบว่าภาวะอุดตันเพิ่มมากขึ้น กลายเป็นภาวะอุดตันแบบสมบูรณ์ ก็จะมีการพิจารณาทำการผ่าตัด exploratory laparotomy เพื่อแก้ไขภาวะอุดตันต่อไป

ถ้าการประเมินผู้ป่วยในระยะแรก พบว่าเป็นลำไส้อุดตันชนิดสมบูรณ์ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะต้องทำการรักษาโดยการผ่าตัดสำรวจช่องท้อง มีส่วนน้อยที่จะทำการรักษาโดย conservative แล้วได้ผล การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คงดำเนินการเป็นแบบ conservative ไปก่อน กล่าวคือใส่ nasogastric tube with intermittent gastric suction เพื่อ decompress ลำไส้ไปก่อน พร้อมกับงดน้ำงดอาหาร และให้สารละลายทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดถ้าใน 6 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยมีอาการเลวลงอย่างมาก หรือมีอาการของ strangulation of bowel ก็ให้พิจารณาผ่าตัดเป็นกรณีฉุกเฉินได้เลย แต่ถ้าไม่มีอาการดังกล่าว และทำการรักษาแบบ conservative แล้วเป็นเวลา 24-48 ชั่วโมง ทำการประเมินทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีของช่องท้องอีกครั้ง

หนึ่ง ถ้าไม่ดีขึ้นก็ให้ตัดสินใจผ่าตัดรักษาได้ พึงสังวรไว้ว่าการตัดสินใจผ่าตัด อาจทำให้เกิดลำไส้เน่าตายจากการรัดของพังผืด ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยกล่าวคือ การผ่าตัดจะยากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจะมากขึ้นและที่สำคัญที่สุดอัตราตายจะเพิ่มมากขึ้น โดยความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าไม่มีปัจจัยเสี่ยงทางด้านอื่น (โรคหัวใจ ชรา มาก โรคขาดอาหารภาวะโลหิตจาง โรคปอดเรื้อรัง ฯลฯ) และได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลอย่างใกล้ชิด ไม่ควรจะมีอัตราตายเลยจากรายงานนี้จะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 43 ครั้ง มีผู้ป่วยถึงแก่กรรมเพียง 1 รายซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีภาวะขาดอาหาร ชิด และชรา มาก (76 ปี) เป็นองค์ประกอบอยู่ด้วย

ในการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เนื่องจากไม่มีการตรวจใด ๆ ที่บ่งชี้ได้แน่นอนว่าได้เกิด bowels strangulation ขึ้นแล้ว ดังนั้นอาการที่สงสัยว่าจะมี strangulation เกิดขึ้น เพื่อช่วยในการตัดสินใจรีบนำผู้ป่วยไปผ่าตัดด่วน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะละเลยไม่ได้ กล่าวคือ ถ้าอาการปวดท้องเปลี่ยนแปลงจาก colic เป็นปวดตื้อ ๆ ตลอดเวลาและรุนแรง อาเจียนมีเลือดดำ ๆ ปนออกมา หน้าท้องกดเจ็บ เกร็งแข็ง ชีพจรเร็ว เม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้น มีไข้สูง เอกซเรย์ของท้องพบขดลำไส้บวมมาก ทำให้ดูห่างจากลำไส้ใกล้เคียงและไม่ขยับเขยื้อน (fixed loop) เห็น valvulae connivents ไม่ชัด มีแก๊สแทรกในผนังลำไส้ หรือมีแก๊สในแขนงของ portal vein เหล่านี้เป็นเครื่องบ่งชี้ว่าน่าสงสัยจะมี bowels strangulation เกิดขึ้นแล้ว<sup>10</sup>

ในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยลำไส้อุดตันกลุ่ม adhesion นี้ วิธีการในการผ่าตัดส่วนใหญ่จะเป็นการ lysis adhesion และตัด adhesion bands ออก แต่ถ้าพบว่ามิได้เน่าตายแล้ว ต้องทำการตัดออกและเย็บต่อลำไส้ส่วนที่ติเข้าหากัน ลำไส้ที่มีสีแดงสดเป็นมันและบีบตัวได้ถือว่าจะไม่ตาย ในขณะที่ผ่าตัดบางครั้งจะพบว่าลำไส้ถูกรัดเป็นสิบลำม้วนดำ ศัลยแพทย์บางท่านมักจะทำการตัดออกและต่อใหม่ แต่จากประสบการณ์ของผู้เขียน พบว่า เมื่อทำการแก้ไขภาวะอุดตันแล้ว ใช้ผ้า swab ชูบน้ำอุ่นประคบลำไส้หลาย ๆ ครั้ง จะพบว่า

ลำไส้มีสีคล้ำน้อยลง และเริ่มมี peristalsis ส่งต่อไปเป็นทอด ๆ และสามารถส่งผ่านลำไส้ส่วนที่มีสีคล้ำได้ เราดูอีกสักระยะหนึ่ง ถ้าลำไส้ส่วนนี้ยังทำหน้าที่บีบตัวได้ ถือว่ายังไม่ตาย จึงไม่จำเป็นต้องตัดออกสามารถเก็บไว้ได้

การป้องกันการเกิดภาวะลำไส้อุดตันจากเยื่อพังผืด ยึดรัดภายหลังการผ่าตัดช่องท้องเป็นสิ่งที่ศัลยแพทย์ตลอดจนสูติแพทย์จะต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ เพราะในรายงานนี้ เราเคยพบผู้ป่วยผ่าตัดท้องนอกมดลูกแตก เพียง 3 เดือนให้หลังก็เกิดภาวะ complete obstruction แล้ว ต้องผ่าตัดสำรวจช่องท้องเพื่อแก้ไขภาวะอุดตัน หรือแม้แต่การผ่าตัดทำหมันหญิง การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การผ่าตัด caesarean section ฯลฯ ก็เคยพบภาวะอุดตันจากเยื่อพังผืดยึดรัดเช่นกัน ส่วนการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในกรณีนี้ เรามีข้อพิจารณาต่าง ๆ ที่จะประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับช่องท้องดังนี้

1) แผลผ่าตัดเปิดช่องท้อง เปิดให้กว้างเพียงพอที่จะผ่าตัดชนิดนั้น ๆ ได้อย่างเปิดช่องท้องกว้างเกินจำเป็น

2) ความสะอาดในช่องท้อง เช่น อาจมี blood clot หนอง เศษอาหาร น้ำย่อย เป็นต้น ให้ทำการ remove ออกให้หมด ถ้าจำเป็นต้องทำการล้างช่องท้อง ก็พยายามล้างหลาย ๆ ครั้งให้สะอาดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แต่ถ้าไม่ได้ทำการล้างช่องท้อง ก็ให้ใช้ sponge เช็ดออกให้หมดหรืออาจใช้ผ้า swab ชุบน้ำอุ่นหมาด ๆ เช็ด ให้สะอาดเพราะการตกค้างของเศษเลือด หนอง จะเป็นตัวก่อให้เกิด adhesion ตามมาภายหลัง

3) การติดเชื้อ ถ้าเกิดมีภาวะอักเสบของช่องท้องหรือลำไส้ เช่น ไส้ติ่งแตก ลำไส้อักเสบ หรือมีการ contamination ต่อช่องท้อง เช่น ถูกแทง ถูกยิง เหล่านี้จะทำให้เกิดการติดเชื้อภายในช่องท้องและลำไส้ได้ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้เกิด adhesion ได้ในภายหลัง ดังนั้นการให้ยาปฏิชีวนะในกรณีเหล่านี้ ต้องพยายามเลือกให้ยาปฏิชีวนะให้ตรงกับเชื้อโรคที่คาดว่าจะเป็นตัวก่อโรคและให้ยาวนานเพียงพอ เช่น อาจให้ Gentamicin และ Metronidazole เป็นเวลายาวนานถึง 10 วัน เป็นต้น

4) Early ambulation ภายหลังผ่าตัดช่องท้อง 24 ชั่วโมง จะเริ่มให้ผู้ป่วยมี activity ได้เลย เช่น ลูกนั่งบนเตียง วันที่ 2 จะให้ลูกนั่งข้างเตียงหรือลุกเดินเล็กน้อยได้ วันที่ 3 จะให้เดินได้มากขึ้น

5) การ decompression of bowel ภายหลังผ่าตัดช่องท้อง ถ้าท้องอืดมากให้ใส่ N-G tube with intermittent gastric suction ทุกrayไป การปล่อยให้ผู้ป่วยท้องอืดนาน ๆ จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิด adhesion ของลำไส้ได้

## สรุป

รายงานนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ถึงลักษณะทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตันที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลโพธาราม ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2533 ถึง 30 กันยายน 2536 รวม 3 ปี พบว่ามีสาเหตุจากเยื่อพังผืดยึดรัดมากที่สุด (68.25%) รองลงมาได้แก่ ไล่เลื่อนค้าง (17.46%) การอุดตันพบมากที่สุดระดับลำไส้เล็ก ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะอุดตัน 46.03% ส่วนที่เหลือ 53.97% รักษาโดยวิธี conservative มีอัตราการตายทั้งหมดเท่ากับ 3.17% เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานของต่างประเทศและของในประเทศ ปรากฏว่ารายงานนี้มีอัตราการตายต่ำกว่า และอัตราการรักษาโดยการผ่าตัดก็ต่ำกว่าเช่นเดียวกัน

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ คณะแพทย์ พยาบาล ซึ่งมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกท่าน โดยผลแห่งความเพียรพยายามทำให้มีผลงานที่ดี สามารถนำมารายงานสู่สายตาของท่านผู้อ่านได้ และขอขอบคุณงานเวชระเบียนและสถิติที่กรุณาช่วยค้นรายงานผู้ป่วยให้ทำให้รายงานนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Schwartz SI. Manifestations of gastrointestinal disease.

In : Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC. Principles of su-

- rgery. 5 th ed. Singapore : Kim Hup Lee Printing, 1989 : 1061-1101.
2. พันธุ์เกษม กิษานนท์, ธนิต วัชรพุกก์. ลำไส้อุดตัน. ใน : ธนิต วัชรพุกก์, บรรพทอง รัชตะปิติ บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ : ศาสตราจารย์พิมพ์, 2531 : 213-225.
  3. Jones RS. Intestinal obstruction. In : David C. Sabiston, Jr. Textbook of surgery. 14 th ed. Philadelphia : W.B Saunders Company, 1991 : 835-842.
  4. Gibson CL. A Study of 1,000 operations for acute intestinal obstruction of gangrenous hernia. Ann Surg 1990 ; 32 : 486-490.
  5. Wangenstein OH. Historical aspects of the management of acute intestinal obstruction. Surgery 1969 Feb ; 65 (2) : 363-383.
  6. Waldron GW , Hampton JM. Intestinal obstruction : a half century comparative analysis. Ann Surg 1961 Jun ; 153 (6) : 839-850.
  7. Bevan PG. Acute intestinal obstruction in the adult. Br J Hosp Med 1982 Sep ; 28 (3) : 258-265.
  8. สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์, เกரியศักดิ์ ประสบสันติ. ภาวะลำไส้อุดตันในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2530 กุมภาพันธ์ ; 31 (2) : 127-135.
  9. Harold Ellis. Acute intestinal obstruction. In : Schwartz SI, Ellis H, Husser WC. Maingot's abdominal operations. 9 th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1990 : 885-903.
  10. ธนิต วัชรพุกก์. Intestinal obstruction. ใน : ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์, ธนิต วัชรพุกก์. บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2534 : 615-616.

**บริษัท บี บราวน์ (ประเทศไทย) จำกัด**

**ตัวแทนจำหน่าย**

**วัสดุเย็บแผลและเวชภัณฑ์ยี่ห้อ "บีบราวน์"**