

การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่อุดตันในโรงพยาบาลสกลนคร

Surgical management of obstructing colonic cancer in Sakol Nakhon Hospital

สุชิน เชื้อชาญวัฒนา, พบ.*

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การผ่าตัด primary resection และ primary anastomosis เป็นที่ยอมรับกันว่าปลอดภัยสำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวาอุดตัน ขณะที่มะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายมีอุดตันการผ่าตัดหลายวิธี ปัจจุบันการผ่าตัดครั้งเดียวโดย primary resection และ primary anastomosis เป็นที่นิยมมากที่สุด **วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบผลการผ่าตัดในภาวะลำไส้ใหญ่อุดตันระหว่างมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวาและมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย **ผู้ป่วยและวิธีการ:** ได้ศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลังในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อุดตันจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ 81 รายในโรงพยาบาลสกลนคร ตั้งแต่ตุลาคม 2540-กันยายน 2546 และเปรียบเทียบผลการผ่าตัดระหว่างมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวาและซีกซ้าย **ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวา 23 ราย ซีกซ้าย 58 ราย โดยพบว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด primary resection 68 ราย (ร้อยละ 83.9) และ primary anastomosis 61 ราย (ร้อยละ 73.5) ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายอุดตันที่ได้รับการผ่าตัด primary resection และ primary anastomosis 39 ราย พบว่าเป็นการผ่าตัด subtotal colectomy 27 ราย (ร้อยละ 69.2) segmental resection 12 ราย (ร้อยละ 30.8) พบอัตราการเสียชีวิตทั้งสิ้นร้อยละ 8.6 กลุ่มซึ่งได้รับการผ่าตัดวิธี primary anastomosis พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 6.6 และมีอัตราการรั่วของรอยต่อลำไส้ ร้อยละ 8.2 การรั่วของรอยต่อไม่ได้แตกต่างกันตามชนิดของมะเร็งซีกซ้ายกับซีกขวา ($P=1.000$) หรือชนิดของรอยต่อระหว่าง ileocolic กับ colocolic ($P=1.000$) หรือการผ่าตัดระหว่าง subtotal colectomy กับ segmental resection ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายอุดตัน ($P=1.000$) ในการผ่าตัด primary resection และ primary anastomosis ลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายอุดตัน พบว่าอัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวาอุดตัน ($P=0.615$) **สรุป:** การผ่าตัดโดยวิธี primary resection และ primary anastomosis ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายอุดตัน มีความปลอดภัย โดยพบอัตราการเสียชีวิต และอัตราการรั่วของรอยต่อลำไส้ ไม่แตกต่างจากการผ่าตัดวิธีเดียวกันในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวา

Abstract : Surgical management of obstructing colonic cancer in Sakol Nakhon Hospital

Suchin Chiawchanwattana, MD.

Department of Surgery, Sakol Nakhon Hospital, Sakol Nakhon, 47000

Nakhon Rach Med Bull 2003; 27; 161-9.

Background: Primary anastomosis after resection is considered safe for obstructing right-sided colon cancer. Different approaches have been used in left-sided colonic obstructing cancer. Recently primary resection with anastomosis in left-sided lesion has been shown to have good results. **Objective:** To compare the operative results of patients who had emergency operations for right-sided and left-sided obstructing colonic cancers. **Patients and Method:** Retrospective analytic study was performed in 81 patients who underwent operations for obstructing colorectal cancers in Sakol Nakhon Hospital from October 1997-September 2003. The operative results were compared between right-sided and left-sided lesions. **Results:** There were 23 cases of right-sided and 58 cases of left-sided obstructing colonic cancer. Primary resection was performed in 68 patients (83.9%) and primary anastomosis was performed in 61 patients (75.3%). Among 39 primary anastomosis in left-sided lesion, subtotal colectomy was performed in 27 patients (69.2%) and segmental resection was performed in 12 patients (30.8%). The overall mortality rate was 8.6% and that of the patients with primary resection and anastomosis was 6.6%. The anastomotic leakage rate for those with primary anastomosis was 8.2%. There was no difference in the leakage rate between right-sided and left-sided lesions ($p=1.000$). The type of anastomosis, ileocolic or colocolic, did not affect the incidence of leakage ($p=1.000$). The type of operation, subtotal colectomy or segmental resection for left-sided lesion had no difference in leakage rate ($p=1.000$). And primary anastomosis in left-sided and right-sided lesion had no difference in mortality rate ($p=0.615$). **Conclusion:** For a single stage operation with primary resection and anastomosis for obstructing colonic cancer the leakage rate and the mortality rate were not different between left-sided and right-sided lesions.

ภูมิหลัง

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นมะเร็งที่พบบ่อย โดยร้อยละ 15-20 จะมาด้วยอาการลำไส้ใหญ่อุดตันและมีความจำเป็นจะต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน^(1,2) ซึ่งอาจจะพบมีภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าปกติ⁽³⁾ โดยเฉพาะถ้ามีปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุมาก, มีโรคประจำตัวภาวะลำไส้ขาดเลือดอย่างรุนแรง, ปริมาณอุจจาระค้างในลำไส้จำนวนมากและการปนเปื้อนของอุจจาระในช่องท้อง⁽⁴⁾

ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวา ที่มีลำไส้อุดตันมักได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี primary resection และ primary anastomosis โดยส่วนใหญ่มักทำ right hemicolectomy ส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายอุดตัน สามารถผ่าตัดได้หลายวิธี เช่น

1. Single stage procedure ได้แก่ subtotal colectomy with primary ileorectal anastomosis หรือ segmental resection with primary anastomosis ร่วมกับ

การทำ intraoperative colonic lavage โดยในปัจจุบันเป็นที่นิยมมากที่สุด เนื่องจากการผ่าตัดเพียงครั้งเดียว แต่มีข้อเสียคือ ใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่าปกติ และศัลยแพทย์จะต้องมีประสบการณ์สูง

2. Two stage procedure

2.1 Segmental colectomy และ colostomy (Hartmann's procedure) ข้อดีคือ ไม่มีความเสี่ยงต่อการรั่วของรอยต่อของลำไส้ ข้อเสียคือ ผู้ป่วยต้องมี colostomy ต้องผ่าตัดซ้ำเพื่อปิด colostomy และมากกว่าร้อยละ 60 จะปิด colostomy ไม่ได้⁽⁵⁾

2.2 Segmental resection with primary anastomosis with proximal diverting colostomy ซึ่งจะปิด colostomy ประมาณ 8-12 สัปดาห์ถัดมา ข้อดีคือ ปิด colostomy ง่ายกว่า

3. Three stage procedure โดยทำ colostomy ก่อน ต่อมาทำ resection with anastomosis แล้วจึงผ่าตัดปิด colostomy ปัจจุบันไม่นิยมเนื่องจากต้องผ่าตัดหลายครั้ง มีภาวะแทรกซ้อน, อัตราการเสียชีวิต, ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานและค่าใช้จ่ายสูงกว่าวิธีอื่น⁽⁴⁾

การศึกษานี้ได้เปรียบเทียบผลการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่อุดตัน โดยเฉพาะในเรื่องอัตราการเสียชีวิต, การรั่วของรอยต่อลำไส้ในการผ่าตัดด้วยวิธี single stage procedure ในโรงพยาบาลสกลนคร

ผู้ป่วยและวิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอุดตันที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสกลนครตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2540 จนถึง 30 กันยายน 2546 ระยะเวลา 6 ปี ในกลุ่มซึ่งเป็น complete obstruction, มีอาการปวดท้องรุนแรง, ท้องอืดมาก, กดเจ็บโดยเฉพาะที่ตำแหน่ง cecum, มี peritonitis, เอกซเรย์พบลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่มีขนาดใหญ่มากและมี multiple fluid levels ได้รับการ

ผ่าตัดทันที ส่วนในกลุ่มที่เป็น partial obstruction ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการทำ barium enema หรือ rigid sigmoidoscope แล้วได้รับการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด โดยการสวนทางทวารหนักและรับประทานยาระบาย ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทน, แก้ไขภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่, ควบคุม medical condition, รับประทานยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดที่มักจะเป็น second generation หรือ third generation cephalosporin การผ่าตัดทำโดยศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญประจำโรงพยาบาลสกลนคร การผ่าตัดพยายามทำ primary resection และ primary anastomosis การต่อลำไส้จะใช้วัสดุเย็บชนิดละลายเบอร์ 3-0 เย็บแบบไม่ต่อเนื่อง 2 ชั้นและเย็บปิดชั้นผังผิโดยใช้วัสดุเย็บ vicryl เบอร์ 1 ส่วนผู้ป่วยที่มีการปนเปื้อนของอุจจาระ จะเปิดชั้นผิวน้ำ และชั้นไขมันไว้เพื่อเย็บภายหลัง

คำจำกัดความ: มะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวา คือ เนื้องอกอยู่ที่ splenic flexure หรือเหนือกว่า ส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย คือ เนื้องอกอยู่ใต้ต่อ splenic flexure

เก็บข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับ อายุ, เพศ, โรคประจำตัวก่อนผ่าตัด, ตำแหน่งของมะเร็ง, วิธีการผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและการเสียชีวิต การวิเคราะห์ทางสถิติใช้ Chi-square test, Fisher's exact test และ independent t-test

ผลการศึกษา

พบผู้ป่วยทั้งหมด 81 ราย เพศชาย 41 ราย เพศหญิง 40 ราย เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวา 23 ราย (ร้อยละ 28.4) เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย 58 ราย (ร้อยละ 71.6) ตำแหน่งของเนื้องอกที่พบบ่อยที่สุดคือ sigmoid colon มี 22 ราย (ร้อยละ 27.2) รองลงมาที่ rectum 15 ราย (ร้อยละ 18.5) พบน้อยที่สุดที่ ascending colon 2 ราย (ร้อยละ 2.5) ดังตารางที่ 1 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมด 57.3 ปี (พิสัย 36-87 ปี) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยมะเร็ง

ตารางที่ 1 ตำแหน่งของมะเร็งลำไส้ใหญ่

		จำนวน (ร้อยละ) (N = 81)
Right side	Cecum	6 (7.4)
	Hepatic flexure	5 (6.2)
	Transverse colon	5 (6.2)
	Splenic flexure	5 (6.2)
	Ascending colon	2 (2.5)
Left side	Sigmoid colon	22 (27.2)
	Rectum	15 (18.5)
	Descending colon	14 (17.3)
	Rectosigmoid colon	7 (8.6)

ลำไส้ใหญ่ซีกขวา 55.3 ปีและผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย 59.9 ปี เมื่อเปรียบเทียบอายุ, เพศ โรคประจำตัวก่อนผ่าตัด ในทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

สำหรับชนิดของการผ่าตัด มีการผ่าตัด primary resection 68 ราย (ร้อยละ 83.9) การทำ primary anastomosis 61 ราย (ร้อยละ 75.3) ดังตารางที่ 3 ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวา 23 ราย ได้ทำผ่าตัด primary resection 22 ราย (ร้อยละ 95.6) และทั้ง 22 รายทำ primary anastomosis โดยทำผ่าตัด right hemicolectomy 15 ราย, extended right hemicolectomy 6 ราย ทำ subtotal colectomy 1 ราย โดยเนื้องอกอยู่ที่ splenic flexure และพบ synchronous tumor อีก 1 รายทำ palliative cecostomy เนื่องจากสภาพร่างกายก่อนผ่าตัดไม่ดี (มีภาวะช็อค) และเนื้องอกอยู่ที่ transverse colon รวมทั้งพบการแพร่กระจายไปตับ

ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย 58 ราย ได้ทำ primary resection 46 ราย (ร้อยละ 79.3) ทำ primary anastomosis 39 ราย (ร้อยละ 67.2) ในจำนวนผู้ป่วยที่ทำ primary anastomosis ทำผ่าตัด subtotal colectomy 27 ราย (ร้อยละ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระหว่างมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวาและซีกซ้าย

	Right - side (n=23)	Left - side (n=58)	P
อายุเฉลี่ย (ปี)	55.3 ± 12.0	59.9 ± 10.8	0.094
เพศ (ร้อยละ)			
ชาย	14 (60.9)	27 (46.6)	0.245
หญิง	9 (39.1)	31 (53.4)	
Co-morbidity (ร้อยละ)	6 (26.1)	10 (17.2)	0.371
Cardiac	2 (8.7)	3 (5.2)	0.619
Respiratory	1 (4.3)	2 (3.4)	1.000
Endocrine	3 (13.0)	5 (8.6)	0.682
Primary resection (ร้อยละ)	22 (95.7)	46 (79.3)	0.096
Primary anastomosis (ร้อยละ)	22 (95.7)	39 (67.2)	0.009*
Hospital morbidity (ร้อยละ)	6 (26.1)	13 (22.4)	0.725
Hospital mortality (ร้อยละ)	3 (13.0)	4 (6.9)	0.399

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ชนิดของการผ่าตัด

ตำแหน่งของเนื้องอก	ชนิดของการผ่าตัด	จำนวน (N=81)
Right side	Right hemicolectomy	15
	Extended right hemicolectomy	6
	Subtotal colectomy	1
	Colostomy or cecostomy	1
Left side	Subtotal colectomy	27
	Segmental resection with primary anastomosis with proximal fecal diversion	8
	Segmental resection without anastomosis	7
	Temporary colostomy	6
	Palliative colostomy	6
	Segmental resection with primary anastomosis	4

69.2) ทำผ่าตัด segmental resection 12 ราย (ร้อยละ 30.8) โดยในจำนวนนี้ 1 รายทำ intraoperative colonic lavage มี 3 รายไม่ได้ทำ lavage เนื่องจากเป็น partial obstruction ผู้ป่วยได้รับการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัดบ้าง และมีอุจจาระค้างอยู่ในลำไส้เล็กน้อย ส่วนอีก 8 รายได้ทำ proximal fecal diversion เนื่องจากสภาพรอยต่อของลำไส้ไม่ดี และจำนวนอุจจาระค้างในลำไส้มาก ในกลุ่มมะเร็งซิกซายมี 6 ราย (ร้อยละ 10.3) ทำ temporary colostomy ในจำนวนนี้ 2 รายทำเนื่องจากสภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วยไม่ดี และมีจำนวนอีก 6 รายทำเป็น palliative permanent colostomy เนื่องจากไม่สามารถเลาะเนื้องอกออกมาจากอวัยวะข้างเคียงได้หรือมีภาวะมะเร็งกระจายไปทั่วทั้งช่องท้อง

พบภาวะแทรกซ้อนในมะเร็งซิกซาย 6 ราย (ร้อยละ 26.1) ในมะเร็งซิกซาย 13 ราย (ร้อยละ 22.4) ในมะเร็งซิกซายพบมีการรั่วของรอยต่อลำไส้ 2 ราย (ร้อยละ 9.1) โดยเกิดในผู้ป่วยมะเร็งที่ hepatic flexure ทำ right hemicolectomy และมะเร็งที่ transverse colon ทำ

extended right hemicolectomy โดยทั้งสองรายได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดและไม่มีรายใดเสียชีวิต ในมะเร็งซิกซายพบมีการรั่ว 3 ราย (ร้อยละ 7.7) จากการทำ subtotal colectomy 2 ราย และ segmental resection 1 ราย ในกลุ่มที่ไม่ได้ทำ colonic lavage และ fecal diversion พบว่าทั้งสามรายได้รับการรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดและหายได้เอง ไม่มีรายใดเสียชีวิต

ในตารางที่ 4 เปรียบเทียบการรั่วของรอยต่อในการผ่าตัดทำ primary anastomosis ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ซิกซายและซิกขวา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบจากชนิดของรอยต่อ ไม่ว่าจะเป็น ileocolic และ colocolic anastomosis ก็ไม่แตกต่างกันเมื่ออยู่ในกลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่ซิกซาย เปรียบเทียบระหว่างการทำ subtotal colectomy และ segmental resection ก็พบว่าอัตราการรั่วไม่แตกต่างกัน

พบผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 7 ราย (ร้อยละ 8.6) ซึ่งเกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต 4 ราย จากปอดอักเสบและระบบการหายใจล้มเหลว 3 ราย โดยไม่พบ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการรั่วของรอยต่อลำไส้

	อัตราการรั่วของ รอยต่อลำไส้	P
Site of tumor (ร้อยละ)		
Right	2/22 (9.1)	1.000
Left	3/39 (7.7)	
Type of anastomosis (ร้อยละ)		
Ileocolic	4/49 (8.2)	1.000
Colocolic	1/12 (8.3)	
Left side lesion (ร้อยละ)		
Subtotal colectomy	2/27 (7.4)	1.000
Segmental resection	1/12 (8.3)	

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิต

	อัตราการเสียชีวิต	P
Primary resection		
Right	2/22 (9.1)	1.000
Left	4/46 (8.7)	
Primary anastomosis		
Right	2/22 (9.1)	0.615
Left	2/39 (5.1)	
Left side lesion		
One-stage surgery	1/31 (3.2)	0.329
Fecal diversion	3/27 (11.1)	

การเสียชีวิตจากการรั่วของรอยต่อลำไส้ ในกลุ่มที่ทำ primary resection ในมะเร็งซิกมาพบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 9.1 (2 ใน 22 ราย) และในมะเร็งซิกซ้าย ร้อยละ 8.7 (4 ใน 46 ราย) ส่วนในกลุ่มที่ทำ primary anastomosis ในมะเร็งซิกมาพบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 9.1 (2 ใน 22 ราย) และในมะเร็งซิกซ้าย ร้อยละ 5.1 (2 ใน 39 ราย) เมื่อพิจารณาเฉพาะในมะเร็งซิกซ้ายกลุ่มที่ทำ one stage operation มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 3.2 (1 ใน 31 ราย) เทียบกับกลุ่มที่ทำ fecal diversion มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 11.1 (3 ใน 27 ราย) ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

ภาวะการอุดตันของลำไส้ใหญ่จากเนื้องอกที่ลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังคงเป็นปัญหาค่อนข้างมาก รวมทั้งการผ่าตัดมักต้องทำอย่างรีบด่วน จึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตค่อนข้างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มิภาวะขาดสารน้ำในร่างกาย, ความไม่สมดุลของเกลือแร่รวมถึงสภาพร่างกายและโรค

ประจำตัวก่อนผ่าตัด การอุดตันของเนื้องอกลำไส้ใหญ่ และทวารหนักพบได้บ่อยที่สุดบริเวณ sigmoid colon^(2,6,7) ในรายงานนี้ก็พบเช่นเดียวกัน โดยพบได้ร้อยละ 27 และเมื่อเปรียบเทียบอายุ, เพศ, โรคประจำตัว พบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มลำไส้ใหญ่ซิกมาและลำไส้ใหญ่ซิกซ้าย

ที่ผ่านมาระยะการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ซิกมาอุดตัน จะทำ primary resection และ primary anastomosis ได้แก่ right hemicolectomy หรือ extended right hemicolectomy ขณะที่ลำไส้ใหญ่ซิกซ้ายอุดตัน ส่วนใหญ่ทำ staged resection โดยจะทำ colostomy ก่อนเพื่อหลีกเลี่ยงการรั่วของรอยต่อลำไส้ ในปัจจุบันได้มีการทำ primary resection และ primary anastomosis มากขึ้นเช่น subtotal colectomy with ileorectal anastomosis หรือทำ segmental resection with intraoperative colonic lavage และพบการรั่วของรอยต่อลำไส้ลดลง รวมทั้งไม่ต้องเสี่ยงต่อการผ่าตัด, การดมยาสลบช้าและหลีกเลี่ยงการมีแผล stoma ที่หน้าท้อง ในรายงานนี้กลุ่มลำไส้ใหญ่ซิกมาทำ primary anastomosis ร้อยละ

95.6 และในซีกซ้ายทำ primary anastomosis ร้อยละ 67.2 ส่วนใหญ่จะให้เป็น subtotal colectomy with ileorectal anastomosis ร้อยละ 69.2, segmental resection ร้อยละ 30.8, มีเพียง 1 รายทำ segmental resection ร่วมกับ intraoperative colonic lavage ทั้งนี้ขึ้นกับความถนัดและความชำนาญของศัลยแพทย์ว่าจะเลือกวิธีใด

การรั่วของรอยต่อลำไส้ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่สุดในการผ่าตัดเนื้องอกของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กรณีที่ไม่มีภาวะอุดตันพบการรั่วค่อนข้างน้อยเนื่องจากได้มีการเตรียมลำไส้และให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด⁽⁸⁾ ส่วนกรณีมีภาวะลำไส้อุดตัน อัตราการรั่วของรอยต่อลำไส้ค่อนข้างสูงประมาณ ร้อยละ 4-13

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2500 เป็นต้นมา การทำ primary anastomosis เป็นที่นิยมมากที่สุด ในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ซีกขวาอุดตัน การผ่าตัดกรณีฉุกเฉินและกรณีไม่ฉุกเฉินในลำไส้ใหญ่ซีกขวาอัตราการรั่วของรอยต่อและอัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างกัน⁽⁹⁾ ในรายงานนี้พบอัตราการรั่วของรอยต่อลำไส้ ในการผ่าตัดเนื้องอกในลำไส้ใหญ่ซีกขวา 2 ราย (ร้อยละ 9) โดยทั้งสองรายรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดและไม่มียาใดถึงแก่ชีวิต

ในอดีตลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายอุดตัน การผ่าตัดมีความเสี่ยงสูงและมีโอกาสรั่วของรอยต่อลำไส้มาก^(10,11) จนกระทั่งในปี พ.ศ.2523 Dudley และคณะ⁽¹²⁾ ได้พัฒนาการผ่าตัดโดยทำ intraoperative colonic lavage แล้วสามารถทำ primary anastomosis ได้ พบอัตราการรั่วค่อนข้างน้อยร้อยละ 4 อัตราการเสียชีวิตต่ำร้อยละ 3-10^(13,14) ต่อมาได้มีการทำผ่าตัด subtotal colectomy with ileorectal anastomosis โดยตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมด ทำให้ synchronous tumor ถูกตัดออกไปด้วย และลดปัญหาการเกิด metachronous cancer⁽¹⁵⁾ พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 3-11 และอัตราการรั่วของรอยต่อลำไส้ ร้อยละ 5 การผ่าตัดวิธีนี้มีข้อเสียคือจำนวนครั้งที่ฉายอุจจาระต่อวันจะมากกว่าปกติ อย่างไรก็ตาม Arnaud

และคณะ⁽¹⁷⁾ ได้รายงานว่า 6 เดือนหลังผ่าตัด subtotal colectomy จะถ่ายอุจจาระเฉลี่ย 2 ครั้งต่อวันซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้มีการศึกษาการเปรียบเทียบการผ่าตัด segmental resection with on table lavage กับ การผ่าตัด subtotal colectomy พบว่าอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน⁽¹⁸⁾ ในรายงานนี้ ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายพบการรั่วของรอยต่อ 3 ราย (ร้อยละ 7.7) โดยทุกรายได้รับการรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดและไม่มียาใดเสียชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการรั่วในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวาคือพบไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นการสอดคล้องกับรายงานอื่นๆ ว่า ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย สามารถทำ primary anastomosis ได้โดยไม่แตกต่างจากซีกขวา นอกจากนี้ ได้เปรียบเทียบอัตราการรั่วของรอยต่อระหว่างรอยต่อ ileocolic กับ colocolic และระหว่าง subtotal colectomy กับ segmental resection พบว่าอัตราการรั่วไม่แตกต่างกัน ซึ่งสนับสนุนรายงานอื่น

ส่วนใหญ่อัตราการเสียชีวิตในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่อุดตันจากมะเร็งลำไส้ใหญ่พบร้อยละ 5-23^(1,2,7) ซึ่งมากกว่าในเนื้องอกลำไส้ใหญ่ที่ไม่อุดตัน รายงานนี้มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.6 โดยที่ผู้ป่วยซึ่งได้ทำ primary resection และ anastomosis พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 6.6 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างซีกซ้ายและซีกขวาคือพบไม่แตกต่างกันในกลุ่มซึ่งทำ primary resection และ primary anastomosis มีอัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างกัน Phillips และคณะ⁽¹⁾ รายงานว่าอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มที่ทำ primary resection และ staged resection เท่ากัน ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย Renkel และคณะ⁽⁶⁾ รายงานว่า อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มที่ทำ primary resection ยังน้อยกว่า staged resection รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด staged resection พบได้ร้อยละ 22-31⁽³⁾ และระยะเวลารอดชีวิตในโรงพยาบาลนานกว่า ปัจจุบันจึงทำผ่าตัด staged resection เฉพาะกรณี

สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่ดี

รายงานนี้มีการทำ primary anastomosis ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ร้อยละ 67.2 พบการเสียชีวิต ร้อยละ 5.1 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานอื่น ๆ^(3,7) และเปรียบเทียบการเสียชีวิตในกลุ่มที่ทำ single stage กับกลุ่มที่ทำ fecal diversion พบว่าอัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากระยะหลังมีการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัด ทำให้การเสียชีวิตส่วนใหญ่มีสาเหตุจากหัวใจและปอด หรือภาวะ advanced disease มากกว่าที่จะเกิดจากภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการผ่าตัด เช่นการรั่วของรอยต่อลำไส้ ในรายงานนี้พบผู้ป่วยลำไส้อุดตันซีกซ้ายเสียชีวิตจากปอดอักเสบ 2 ราย และจากภาวะการติดเชื้อ 2 ราย โดยไม่มีรายใดเสียชีวิตจากการรั่วของรอยต่อลำไส้

สรุป

ในระยะเวลา 6 ปี พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อุดตัน 81 รายมารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสกลนคร เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ร้อยละ 71.6 ตำแหน่งของเนื้องอกที่พบบ่อยที่สุดคือ sigmoid colon ร้อยละ 27.2 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 57.3 ปี มีการผ่าตัด primary resection ร้อยละ 83.9 การทำ primary anastomosis ร้อยละ 75.3 การผ่าตัดโดยวิธี primary resection และ primary anastomosis ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายอุดตันมีความปลอดภัย โดยพบอัตราการเสียชีวิตและอัตราการรั่วของรอยต่อลำไส้ ไม่แตกต่างจากการผ่าตัดวิธีเดียวกันในมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวา

เอกสารอ้างอิง

1. Phillips RK, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Malignant large bowel obstruction. Br J Surg 1985; 72: 296-302.
2. Serpell JW, McDermott FT, Katrivessis H, Huges ES. Obstructing carcinoma of the colon. Br J Surg 1989; 76: 965-9.
3. Sjodahl R, Franzen T, Nystrom PO. Primary versus staged resection for acute obstructing colorectal carcinoma. Br J Surg 1992; 79: 685-8.
4. Dean GT, Krokowski ZH, Irwin ST. Malignant obstruction of the left colon (review). Br J Surg 1994; 81: 1270-6.
5. Pearce NW, Scott SD, Karran SJ. Timing and method of reversal of Hartmann's procedure. Br J Surg 1992; 79: 839-41.
6. Runkel NS, Hing U, Lehnert T, Buhr HJ, Herfarth CH. Improved outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine. Br J Surg 1998; 85: 1260-5.
7. Lee YM, Law WL, Chu KW, Poon RT. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers. A comparison between right-sided and left-sided lesions. J Am Coll Surg 2001; 192: 719-25.
8. Bokey EL, Chapuis PH, Fung C, Huges WJ, Koorey SG, Brewer D, et al. Postoperative morbidity and mortality following resection of the colon and rectum for cancer. Dis Colon Rectum 1995; 38: 480-6.
9. Valerio D, Jones PF. Immediate resection in the treatment of large bowel emergencies. Br J Surg 1978; 65: 712-6.
10. Irvin TT, Greaney MG. The treatment of colonic cancer presenting with intestinal obstruction. Br J Surg 1977; 64: 741-4.
11. Welch JP, Donaldson GA. Management of severe obstruction of the large bowel due to malignant disease. Am J Surg 1974; 127: 492-9.
12. Dudley HA, Racliffe AG, McGeehan D. Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. Br J Surg 1980; 67: 80-1.
13. Amsterdam E, Krispin M. Primary resection with colocolostomy for obstructive carcinoma of the left side of the colon. Am J Surg 1985; 150: 558-60.
14. Biondo S, Jaurieta E, Jorba R, Moreno P, Farran L, Borobia F, et al. Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis in peritonitis and obstruction. Br J Surg 1997; 84: 222-5.
15. Halevy A, Levi J, Orda R. Emergency subtotal colectomy:

- A new trend for treatment of obstructing carcinoma of the left colon. *Ann Surg* 1989; 210: 220-3.
16. Stephenson BM, Shandall AA, Farouk R, Griffith G. Malignant left-sided large bowel obstruction managed by subtotal/total colectomy. *Br J Surg* 1990; 77: 1098-102.
17. Arnaud JP, Bergamashi P. Emergency subtotal/total colectomy with anastomosis for acutely obstructed carcinoma of the left colon. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 685-8.
18. The SCOTIA study group. Single stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction. A prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation. *Br J Surg* 1998; 82: 1622-7.