

เทคนิคการผ่าตัดต่อลำไส้ใหญ่ใน Low Anterior Resection

ดำเนิน วชิโรดม

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

An alternative Technique for Anastomosis of Large Bowel in Low Anterior Resection

Damnern Vachirodom M.D., FRCST.

Department of Surgery Faculty of Medicine Khon Kaen University

Technique for anastomosis of large bowel in low anterior resection can be done easily and save by suturing of anterior wall of rectum stump interrupted stitches and these were used as suspended stitches for exposure of posterior rectal wall, then posterior wall of colon and rectum are sutured together using railroaded technique and the anastomosis is completed by suturing the previous anterior stitches of rectal wall to anterior wall of colon. One layer technique for anastomosis of large bowel was performed.

การตัดต่อลำไส้ในการทำ low anterior resection สามารถทำได้ง่ายและปลอดภัย โดยการเย็บผนัง anterior ของ rectum เป็นแนวไว้ก่อน เพราะจะช่วยดึงและกันไม่ให้ผนังด้านนี้ตกไปบังด้าน posterior ทำให้การเย็บต่อลำไส้ใหญ่ และ rectum ด้าน posterior ซึ่งใช้วิธี railroaded technique ทำให้เร็วและสะดวก หลังจากนั้นจึงใช้ไหมที่เย็บผนังด้าน anterior ของ rectum นั้นมาเย็บกับผนัง anterior wall ของลำไส้ใหญ่ การเย็บต่อลำไส้ชั้นเดียวคิดว่าเพียงพอ —x—

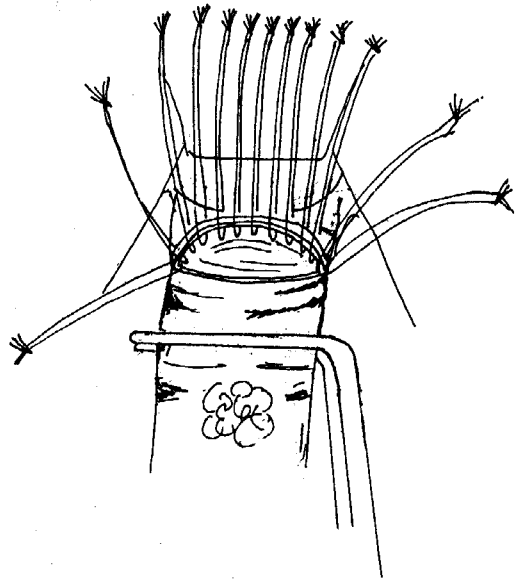
บทนำ

ในมะเร็งของ rectum โดยเฉพาะ middle part การผ่าตัดทำ low anterior resection เพื่อที่

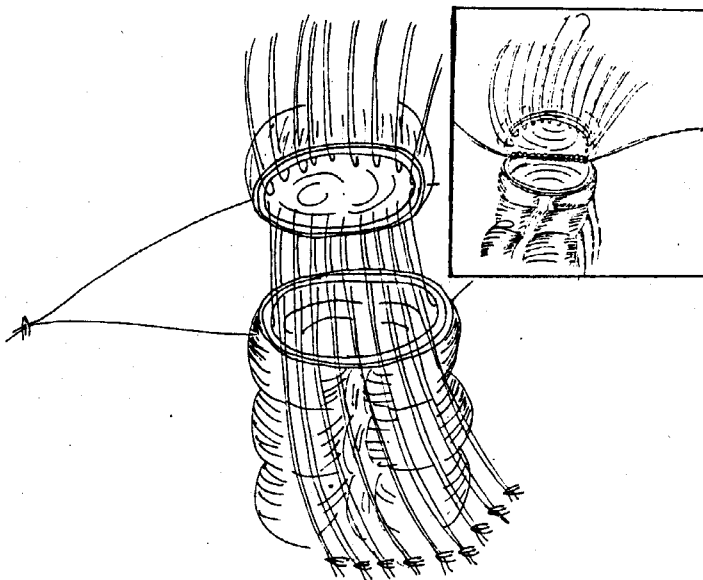
จะคงทวารหนักไว้ใช้งานได้เช่นเดิม แต่ก็พบมีปัญหาในการตัดต่อลำไส้ที่ต้องทำในอุ้งเชิงกรานที่แคบและลึก ซึ่งทำให้เกิดความลำบากในการผ่าตัดและเสียเวลา ถึงแม้ในปัจจุบันนี้มีการใช้เครื่องตัดต่อลำไส้อัตโนมัติ (Automatic circular stapling technique, EEA) จะช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ได้ก็ตาม แต่ในภาวะเศรษฐกิจที่ค่อนข้างต่ำของประเทศเรา โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือเนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวยังมีราคาแพง และศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ยังขาดประสบการณ์และความชำนาญอยู่ ผู้เขียนจึงได้คิดวิธีตัดต่อลำไส้เข้ามาเสนอ อาจเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้การตัดต่อลำไส้ทำให้สะดวกและรวดเร็วขึ้น

วิธีการ

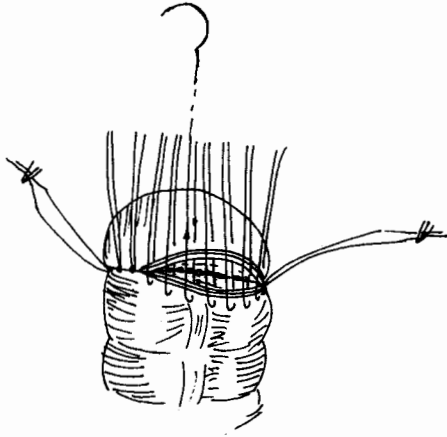
สำหรับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเลาะลำไส้ใหญ่และ rectum ก็ทำเช่นเดียวกับ standard technique ทั่วไป หลังจากใช้ Park-kerr intestinal clamp ให้ตัด rectum เฉพาะด้าน anterior ก่อน แล้วใช้ OO silk หรือ OOO silk เย็บผนังด้าน anterior เรียงตามลำดับ โดยช่องว่างระหว่างเข็มประมาณ 0.3 - 0.5 ซม. และใช้ arterial clamp ดึงแต่ละ stitch ไว้ (รูปที่ 1) หลังจากนั้นจึงตัดผนัง rectum ด้าน posterior และตัดลำไส้และก้อนเนื้อออกออกไป ต่อไปก็ทำการต่อลำไส้ใหญ่เข้าด้วยกัน โดยเย็บด้าน posterior ของลำไส้ใหญ่และ rectum ซึ่งใช้วิธี railroaded technique (รูปที่ 2) เสร็จแล้วจึงใช้ silk ที่เย็บดึงด้าน anterior ของ rectum ไว้ นั้น มาเย็บกับขอบด้าน anterior ของลำไส้ใหญ่ แล้วจึงดึงผูกลำไส้มาต่อกัน (รูปที่ 3) ล้างให้สะอาด ใช้ omentum มากคลุม และวางท่อระบาย หลังจากนั้นก็เย็บปิดผนังหน้าท้อง



รูปที่ 1 การตัดเฉพาะด้าน anterior ของ rectum ก่อน และเย็บไว้เพื่อดึงและเตรียมเย็บกับลำไส้ใหญ่



รูปที่ 2 การต่อทางด้าน posterior โดย railroaded technique



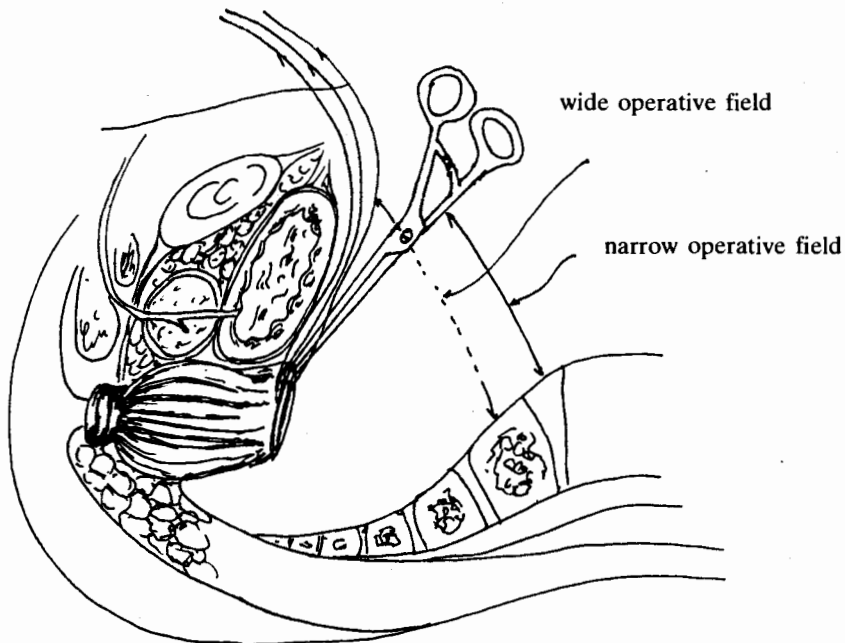
รูปที่ 3 การเย็บทางด้าน anterior เข้าหากัน

วิจารณ์

การใช้ไหมเย็บผนังลำไส้ด้าน anterior ของ stump ของ rectum ก่อนที่จะตัดลำไส้ให้ขาด

ออกจากกัน เป็นการช่วยดึงไม่ให้ stump ตกกลับลงไปในช่วงเชิงกราน ในขณะที่เย็บผนังลำไส้ด้าน posterior ก็ยังทำให้เย็บได้สะดวกและง่ายขึ้น เนื่องจากผนังด้าน anterior ไม่ตกลงไปบังประโยชน์อื่นที่เห็นชัดคือ การเย็บผนังด้าน anterior นั้นเป็นการเย็บตลอดแนว ทำให้มีจุดดึงหลายจุดกระจายแรงออกเท่า ๆ กัน ทำให้การดึง stump ของ rectum ได้ดี ไม่มีโอกาสฉีกขาด และยังทำให้เกิด trauma ต่อ tissue น้อย

การดึงไหมให้ราบไปกับแนวลำตัวของผู้ป่วย จะทำให้ไม่กรีดขวางขณะผ่าตัดและถ้าใช้ arterial clamp หนีบไหมให้ติดกับผ้าคลุมผ่าตัดก็จะเป็นการช่วยดึง stump ของ rectum ได้เป็นอย่างดี ทำให้ศัลยแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัดมีมือว่างที่จะช่วยผ่าตัดได้มากขึ้น ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้เครื่องมือดึงอาจทำให้ tissue ฉีกขาดได้ง่ายและยังกรีดขวางกะเวลาทำผ่าตัด และต้องใช้ศัลยแพทย์ผู้ช่วยผ่าตัดตั้งไว้ตลอดเวลา (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 การเย็บดึงด้วย silk ตลอดแนวดีกว่าการใช้เครื่องมือดึงหรือจับ

เมื่อเย็บผนังด้าน anterior ของ proximal end ก็สามารถเย็บได้ตลอดแนวความหนาของลำไส้ ซึ่งถ้าเป็นการเย็บครั้งเดียวในการเย็บผนังสองด้านระหว่างลำไส้ใหญ่และ rectum จะมีโอกาสเย็บได้ไม่หมดตลอดแนวความหนาของลำไส้ทั้งสองด้านได้ ทำให้ความแข็งแรงลดลงเกิดรั่วได้ง่ายมากขึ้น

สำหรับผู้เขียนนั้นการเย็บต่อลำไส้ใหญ่ชั้นเดียวถือว่าเพียงพอ ถ้าคิดว่ายังไม่แข็งแรงพอ ก็สามารถเย็บเสริมได้ทั้งด้าน posterior และด้าน anterior การใช้ omentum มาหุ้ม หรือการเย็บ peritonium มากลุ่มนั้นก็แล้วแต่ความชอบของศัลยแพทย์แต่ละท่าน สำหรับผู้เขียนนิยมที่จะใช้ omentum มาหุ้มโดยไม่เย็บ peritonium มากลุ่ม

การทำ proximal diversion ไม่มีความจำเป็นใน elective cases ถ้าจำเป็นต้องทำผู้เขียนชอบทำ tube caecostomy ซึ่งถือว่าเพียงพอ ไม่มีปัญหาและไม่ต้องมาทำการปิดอีกครั้ง การทำ Lord's procedure ด้วยก็เป็นการช่วย decompression บริเวณที่ต่ออีกรวิธีหนึ่ง การวาง drain ใส่เพื่อระบายน้ำเลือดและน้ำที่ค้าง 2-3 วันก็เอาออกได้

REFERENCES

1. Ellis H. Maingot's Abdominal Operations. USA : Appleton-Century-Crofts, 1985.
2. Goligher J. Surgery of the Anus Rectum and Colon. London : Bailliere Tindall, 1984.
3. Voyles C.R., Blumgart LH. A technique for the construction of high biliary-enteric anastomoses. Surgery Gynec Obstet 1982 ; 154 : 885-7.