

6-1-1991

การบิดของลำไส้เล็กส่วนต้นในข่อยโค : รายงานสัตว์ป่วย

รุ่งโรจน์ ชนาวงษ์เวช

เทอด เทศพระทัย

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/tjvm>



Part of the [Veterinary Medicine Commons](#)

Recommended Citation

ชนาวงษ์เวช, รุ่งโรจน์ and เทศพระทัย, เทอด (1991) "การบิดของลำไส้เล็กส่วนต้นในข่อยโค : รายงานสัตว์ป่วย," *The Thai Journal of Veterinary Medicine*: Vol. 21: Iss. 2, Article 5.

DOI: <https://doi.org/10.56808/2985-1130.1572>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/tjvm/vol21/iss2/5>

This Report is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in The Thai Journal of Veterinary Medicine by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การบิดของลำไส้เล็กส่วนต้นในพ้อโค : รายงานสัตว์ป่วย

รุ่งโรจน์ สนาวงษ์¹
เทอด เทศประทีป¹

บทย่อ

รายงานอุบัติการณ์การบิดของลำไส้เล็กส่วนต้นในพ้อโคพันธุ์อินดูบราซิล อายุ 3 ปี ผลของการชันสูตรซากพบช่องท้องขยายใหญ่ภายในกระเพาะผ้าขี้ริ้ว (rumen) เต็มไปด้วยแก๊ส การบิดของลำไส้เล็กส่วนต้นบริเวณที่พห่างจากกระเพาะแท้ (abomasum) 18 นิ้ว โดยบิดเป็นห่วงตามเข็มนาฬิกา 360° ยาวประมาณ 24 นิ้ว ภายในพบของเหลวสีแดงคล้ำ ถูงน้ำดีขยายใหญ่กว่าปกติ 5-6 เท่า โคเสียชีวิตจากภาวะ intoxication.

1 หน่วยพยาธิวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะสัตวแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติ

โคเพศผู้พันธุ์อินดูบราซิล อายุ 3 ปี น้ำหนัก 600 กิโลกรัม จาก จ.นครสวรรค์ เลี้ยงด้วยอาหารประจำวันคือ หญ้าสด กั้วยน้ำหวาน และอาหารข้น เริ่มแสดงอาการป่วย เมื่อเวลา 19.00 น. ของวันที่ 25 มิถุนายน 2533 มีอาการซึม ไม่เคี้ยวเอื้อง กระวน กระวาย ผุดลุกนั่ง ตะก้องและนอนเหยียดขา หลังจากนั้นโคเริ่มไม่กินอาหาร น้ำลายไหลมาก ไม่ถ่ายอุจจาระ พบ cyanosis บริเวณอวัยวะเพศและถุงอัณฑะ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 38 - 39°C โคแสดงอาการท้องอืดและตายหลังจากแสดงอาการ 1 สัปดาห์ เจ้าของส่งซากโคมาชันสูตรเพื่อหาสาเหตุการตายที่หน่วยพยาธิวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะสัตวแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการชันสูตรซาก (Macroscopic findings)

จากสภาพซากโคพบว่าท้องขยายใหญ่และมีเศษอาหารไหลออกมาจากปาก เมื่อทำการเปิดผ่าช่องท้องพบรอยโรคดังนี้ กระเพาะน้ำข้าว (rumen) ขยายใหญ่และมีแก๊สเป็นจำนวนมาก ส่วนของลำไส้เล็กที่ห่างจากกระเพาะแท้ 18 นิ้วบิดเป็นห่วง (loop) 360° ตามเข็มนาฬิกา ความยาวของห่วงลำไส้ประมาณ 24 นิ้ว อยู่บริเวณ cranial flexure of duodenum (รูปที่ 1) ลักษณะของลำไส้ที่บิดเป็นห่วงนี้ก่อให้เกิดเนื้อตายแบบเลือดคั่ง (red infarction) นอกจากนี้ยังพบการคั่งของถุงน้ำดี (รูปที่ 1) อีกด้วย โดยขยายจากขนาดปกติถึง 6 เท่า เนื่องจากทางเดินน้ำดีที่จะไหลลงสู่ลำไส้เล็กถูกอุดตันโดยการบิดของลำไส้

ลักษณะของปอดมีการบวมน้ำและคั่งเลือดจากการนอนนาน ๆ และพบเศษอาหารอยู่ภายในหลอดลม นอกจากนี้ยังพบการตกเลือดที่บริเวณเยื่อช่องอก ผนังหุ้มหัวใจทั้งภายในและภายนอก เยื่อลำไส้และเยื่อหุ้มม้าม ที่ไตและม้ามมีเลือดคั่งชัดเจน ส่วนอวัยวะอื่น ๆ นั้นตรวจไม่พบรอยโรค

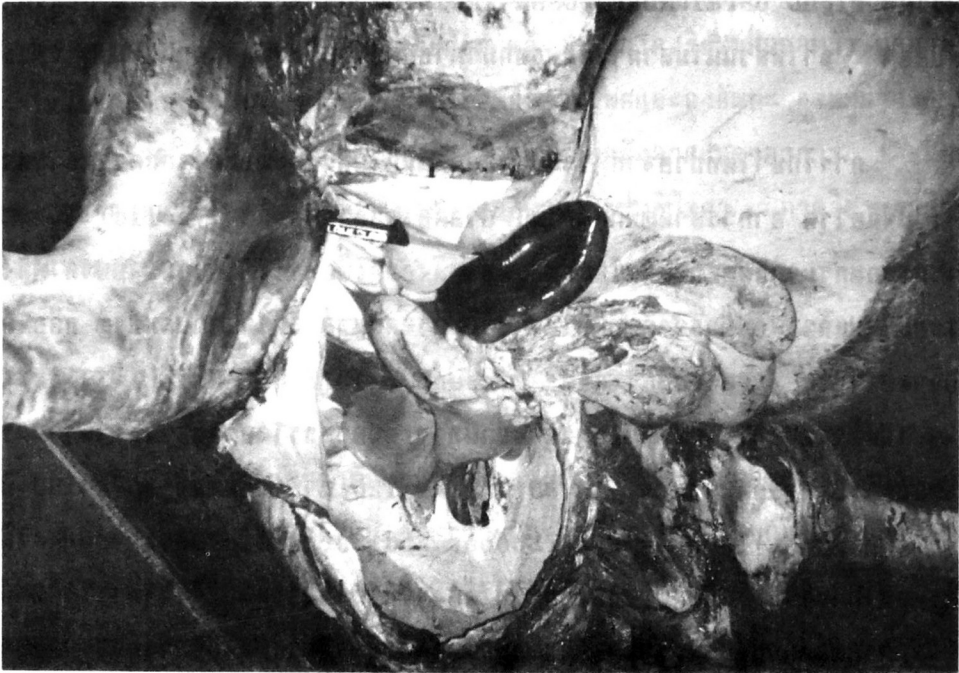
วิจารณ์

ภาวะลำไส้อุดตัน (intestinal obstruction) ในโคเกิดได้จากหลายสาเหตุ (Pearson and Pinsent, 1977) และเกิดได้กับหลายบริเวณของทางเดินอาหาร

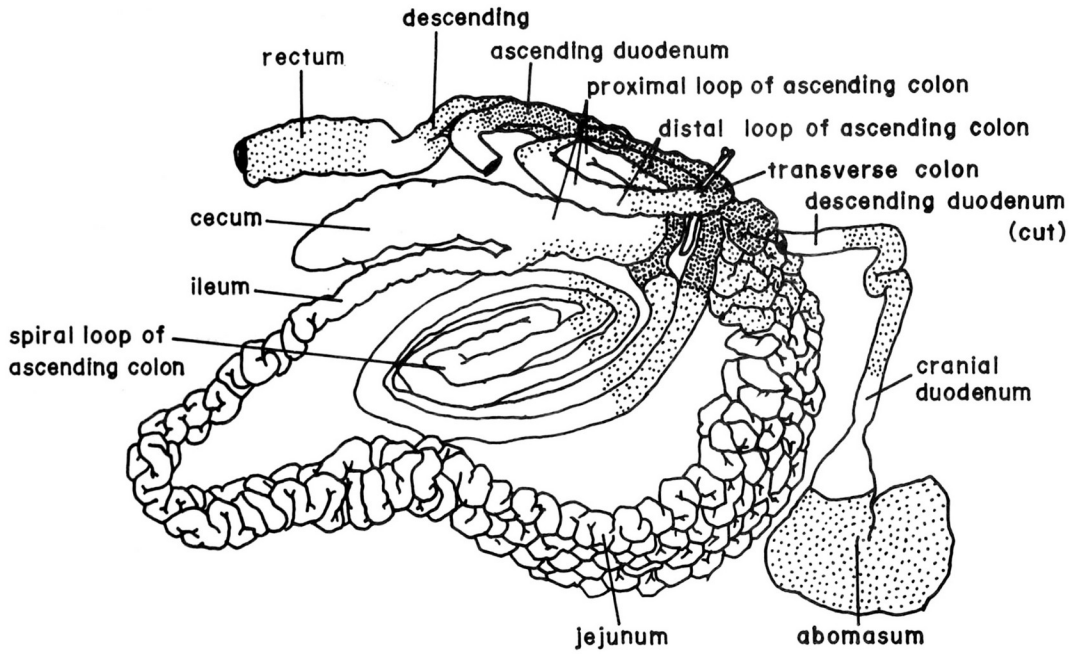
(Smith, 1984b) แต่ยังไม่เคยมีรายงานว่าพบการอุดตันของลำไส้เนื่องมาจากการบิดเป็นห่วงบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) มาก่อนเลย จากรูปที่ 1 แสดงให้เห็นถึงการบิดเป็นห่วงของลำไส้เล็กเมื่อนำมาเทียบกับรูปที่ 2 (Smith, 1984a) พบว่าเป็นส่วนของ sigmoid ansa (cranial flexure of duodenum) โดยสามารถคลำได้เมื่อทำศัลยกรรมที่ right paralumbar fossa incision โดยจะอยู่บริเวณเดียวกับถุงน้ำดีตับและตับอ่อน ลำไส้ส่วนนี้ไม่สามารถยกออกมาภายนอกได้แม้ขณะทำศัลยกรรม (Smith, 1984a)

การรักษาโคที่ป่วยจากภาวะลำไส้อุดตันมักไม่ทันการณ์เนื่องจากความยากลำบากในการวินิจฉัยโรค อาการสำคัญที่มักพบในโคป่วยคือ อาการจุกเสียด (colic) โคจะแสดงอาการกระวนกระวายผุดลุกผุดนั่งและเหินซัดหลังออกเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด หลังจากผ่านระยะนี้ไปแล้ว อาการสำคัญที่พบในรายที่มีการอุดตันของลำไส้อย่างสมบูรณ์ ก็คือโคป่วยไม่ขยับถ่ายอุจจาระ (Pearson and Pinsent, 1977 และ Smith, 1984b) โดยทั่วไปแล้วในโคที่โตเต็มที่นั้นอาหารจะผ่านทางเดินอาหารโดยตลอด ใช้เวลาวันครึ่งถึง 4 วันและจะขยับถ่ายอุจจาระทุก ๆ 90 นาที ถึง 120 นาที รวมแล้ว 30 ถึง 50 กิโลกรัม/วัน ประมาณ 10 - 24 ครั้ง (Stober and Serrano, 1974) จากประวัติและอาการของโคพบว่า สอดคล้องกับอาการที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่อย่างไรก็ตามยังมีสาเหตุอีกหลายอย่างที่ควรนำมาพิจารณาก่อนที่จะสรุปว่าสัตว์แสดงอาการป่วยเนื่องมาจากสาเหตุใด เช่น การแพ้น้ำตาล ลำไส้อักเสบเฉียบพลัน กรวยไตอักเสบ ก้อนน้ำที่ท่อไต และ transient intestinal tympany ก็ทำให้เกิดอาการจุกเสียดได้เช่นกัน ส่วนภาวะที่พบว่าอุจจาระน้อยลงหรือไม่ถ่ายอุจจาระเลย ก็มีหลายสาเหตุที่ควรนำมาพิจารณาคือ ruminal impaction and acidosis, acute abomasal dilatation, advanced vagal indigestion, ลำไส้อักเสบเฉียบพลัน extrinsic compression of the rectum by fat necrosis เนื้ออก, hydrops และ ฟันงลำไส้ตรงทะลุ เป็นต้น (Pearson and Pinsent, 1977) การตรวจทางคลินิกเพิ่มเติมจำเป็นต้องกระทำเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง เช่นการล้วงตรวจผ่านทางรูก้น ควรปฏิบัติหลังจากผ่านกระบวนการ abdominal auscultation และ percussion แล้ว เพื่อหลีกเลี่ยงข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นคือ pneumorectum เมื่อล้วงตรวจผ่านทางรูก้น ขณะปฏิบัติควรสังเกตการขยายใหญ่ การอยู่ติดที่ หรือความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นของอวัยวะ และควรจำแนกให้ได้ว่าอวัยวะที่คลำพบคือส่วนใดมีความผิดปกติหรือไม่เมื่อทำการล้วงตรวจ (Smith, 1984b)




Metabolic acidosis เป็นผลที่เกิดตามมาเมื่อโรคดำเนินต่อไป อัตราเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 100 ครั้ง/นาที โคป่วยจะหมดแรง หายใจลำบาก และพบ



รูปที่ 1 : ลำไส้เล็กส่วนต้นบิดตามเข็มนาฬิกา 360° ทำให้เกิดเนื้อตายชนิดเลือดคั่ง
เป็นผลให้เกิด gangrene ตามมา



KEY

-  can be exteriorized through incision
-  cannot be exteriorized; can be palpated
-  cannot be exteriorized; cannot be palpated

รูปที่ 2 : ภาพแสดงการเรียงตัวของลำไส้โคจากกระหนาบของ right paralumbar fossa celiotomy (Smith, 1974a)

cyanosis ของผิวหนัง (Roberson, 1979) ระดับของ plasma chloride สำคัญมากในการวินิจฉัยโรคที่เกิดการอุดตันของลำไส้ในโค ระดับของ plasma chloride ที่ลดลงจะสัมพันธ์กับชีพจรที่เต้นเร็วขึ้น Pearson and Pinsent (1977) รายงานว่าในโคป่วยที่มีค่า plasma chloride ต่ำกว่า 55 mmol/litre มักจะไม่สามารถฟื้นตัวได้ หลังจากได้รับการรักษาทางศัลยกรรมแล้ว เนื่องจากระดับ plasma chloride ปกติไม่ควรต่ำกว่า 100 mmol/litre

สรุปแล้วการรักษาโรคลำไส้อุดตันของโรคว่าเป็นต้องทราบประวัติและอาการของสัตว์ป่วยอย่างสมบูรณ์ก่อนจากเจ้าของสัตว์ หลังจากนั้นสัตวแพทย์ควรทำการตรวจทางคลินิกทั้ง auscultation percussion และ rectal palpation ส่วนการตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคนั้นอยู่ในดุลยพินิจของสัตวแพทย์ว่าต้องการทราบอะไร หรือได้พบความผิดปกติของส่วนใด การยืนยันทางห้องปฏิบัติการจะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องมากที่สุดโดยใช้ค่าทางพยาธิวิทยาคลินิก เช่น CBC, Acid-base status, serum electrolyte concentration และ analysis of peritoneal fluid นอกจากค่าทางพยาธิวิทยาคลินิกจะช่วยในการวินิจฉัยโรคแล้วยังได้ประโยชน์ในการเลือกชนิดของเหลวทดแทน (Fluid therapy) เพื่อใช้ในการรักษาทางอายุรกรรมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Pearson, H. and Pinsent, P.J.N. 1977. Intestinal obstruction in cattle
Rec. 101 : 162 - 166.
- Roberson, J.T. 1979. Differential diagnosis and surgical management of int
obstruction in cattle. Vet. Clin. Am. 1 (2) : 379 - 381.
- Smith, D.F. 1984a. Bovine intestinal surgery. Mod. Vet. Pract. 65(11) : 85
- Smith, D.F. 1984b. bovine intestinal surgery. Mod. Vet. Pract. 65(11) : 90
- Stober, M. and Serrano, H.S. 1974. Veterinary Medical Review, Leverkusen.

Duodenal strangulation in bull: A case report

*Roongroji Thanawongnuwech*¹
*Ted Tesprateep*¹

A case of duodenal strangulation in a bull, Indo-Brazilian, aged 3 years is reported. At necropsy, abdomen was distended and contained gaseous ruminal content on opening. About 18 inches posterior to abomasum, there was an evident of duodenal loop torsion, 360° clockwise twisted, forming about 24 inches strangulated loop which contained dark red watery content. Gall bladder was about five to six times distended than normal. Metabolic acidosis resulted from strangulation of duodenal loop was discussed.

1 Pathology section, Department of Pathology, Faculty of Veterinary Science, Chulalongkorn University