

8-1-1964

รายงานการประชุมโรคทวารหนักและลำไส้ใหญ่ที่เมืองชิลาเดลเฟีย สหรัฐอเมริกา
เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2507

เจสีย์ วัชรพุกก์

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



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

วัชรพุกก์, เจสีย์ (1964) "รายงานการประชุมโรคทวารหนักและลำไส้ใหญ่ที่เมืองชิลาเดลเฟีย สหรัฐอเมริกา เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2507," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 11: Iss. 2, Article 2.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol11/iss2/2>

This Article 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 Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การประชุมโรคทวารหนักและลำไส้ใหญ่ที่เมืองฟิลาเดลเฟีย

เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2507

น.พ. เฉลี่ย วัชรพุกก์

ฉันนั้นผมขอถือโอกาสมาเล่าเรื่อง การไปประชุมของสมาคมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่าง American Proctologic Society กับ Section of proctology-Royal Society of Medicine ของอังกฤษที่เมืองฟิลาเดลเฟีย ในสหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม ถึงวันที่ 14 พฤษภาคม คณ การประชุมคราวนั้นผมได้รับเชิญไปเสนอเรื่องในที่ประชุม ผมเลยเอาเรื่อง "Submucous haemorrhoidectomy in 500 ราย" ไปเสนอเขา ซึ่งกินเวลาเพียง 10 นาทีเท่านั้น บางคนได้พูดเพียง 5 นาทีก็มี เรื่องที่ผมนำไปพูดไปนั้น ก็คงได้ทำชื่อเสียงให้แก่โรงพยาบาลเราไม่มากนักน้อย เพราะขณะที่พูดขึ้นเขาฉายสไลด์ให้คนฟังทราบว่า เราคือใคร เป็นอะไร ทำงานที่โรงพยาบาลไหน ประเทศอะไร เป็นต้น ส่วนเรื่องที่ผมไปพูด จะดีแค่ไหนไม่สามารถจะทราบได้ แต่มี Professor of surgery

ของมหาวิทยาลัยเมลเบิร์ดออสเตรเลีย คือ Prof. E.S.R. Hughes เขาได้นั่งฟังการบรรยายของผมด้วย และได้เขียนจดหมายมาถึงผมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน นี้ว่า "Dear Chalia, I must take this opportunity of congratulating you again on your very fine effort in your paper which was generally regarded as one of the best presentations at the meeting"

การประชุมครั้งนั้น จะเรียกว่าเป็นการประชุมที่รวมพวก ศัลยแพทย์ ผู้ชำนาญเฉพาะทาง Coloproctology ทั่วโลกมาประชุมกันทีเดียว มีเรื่องทั้งหมด 143 เรื่อง นำมาบรรยายในที่ประชุมศัลยแพทย์มาจากทุกมุมโลกก็ว่าได้ อเมริกาใต้, ญี่ปุ่น, ฟิลิปปีน, ไทย, อินเดีย, โปแลนด์, อิตาลี, ฝรั่งเศส, ออสเตรเลีย, นิวซีแลนด์, ออสเตรเลียที่มากที่สุด คือในอเมริกา และศัลยแพทย์

บรรยายในที่ประชุมวิชาการประจำเดือนของคณะแพทยศาสตร์ ร.พ. จุฬาลงกรณ์

อาจารย์มหาวิทยาลัย ร.พ. จุฬาลงกรณ์ ได้รับเชิญให้ไปประชุมและบรรยายโรคระบบนี้ด้วย

ชาวอังกฤษ ไปกันมาก เช่นที่ St. Mark Hospital ซึ่งถือว่าเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง Colo—proctology และมีชื่อเสียงทั่วโลกของอังกฤษแทบจะพูดได้ว่า ยกทีมกันไปเที่ยว นอกจากจะประชุมกันทั้งเช้า และบ่ายแล้ว เวลาเย็นเลิกประชุมแล้วยังมี Cocktail party บางวันมี dinner ทำให้เรารู้จักกันมากคุ้นเคยกัน วิธีนี้จะเป็นวิธีหนึ่งที่จะทำให้พวกชาวต่างประเทศ จะได้รับรู้จักประเทศของเราดีขึ้น ผมนึกว่า การไปประชุมคราวนี้ได้ผลคุ้มค่า เสร็จจากการประชุมแล้วผมยังได้รับความกรุณาจากสภาภชาชาติไทย ให้ทุนไปทำงานใน SPOKANE, CHICAGO, DETROIT, CLEVELAND, BUFFALO, BOSTON, NEWYORK อเมริกา, อังกฤษ, เวียดนาม, และที่ญี่ปุ่น เป็นเวลาอีก 50 วัน

สำหรับการประชุม ผมได้พยายามจดมาเล่าสู่กันฟัง อาจจะหนักไปในทางวิชาการมากไปหน่อย แต่เข้าใจว่าคงจะมีประโยชน์อยู่บ้าง มีเรื่องที่จะพูด คือ

Congenital Anomalies of the Colon Rectum and Anal Canal

Mr. Harold, H. Nixon แห่งอังกฤษ ได้พูดถึงเรื่องข้อบกพร่องในการทำผ่าตัดแก้

พวก Congenital Anorectal Anomalies ก็คืออาการเกิด incontinence คือการบังคับการถ่ายอุจจาระไม่ได้ อุจจาระอาจจะไหลออกมาเมื่อใดก็ได้ เหตุที่เกิดการบกพร่อง เช่นนี้ก็เพราะไม่ระวังในการผ่าตัด เช่น ไปตัดเอา Puborectal ring, external sphincter และ internal sphincter ออกมากเกินไป และอีกอย่างหนึ่งควร preserve sensory function บริเวณข้างล่างให้มาก เช่น ควรให้มี rectal และ anal portion เหลือให้มากเอาไว้ ในการทำ Low—anal anastomosis แล้ว ควรทำเมื่อเด็กอยู่ในอายุ 3 เดือน ถ้าเกินกว่านั้นไป rectal pouch มันขยายใหญ่มาก การดึง rectum ลงมาต่อที่ anal canal จะทำให้เกิด Complications มาก,

Mr. Jan H. Louw แห่งมหาวิทยาลัยเคปทาวน์ South Africa ได้พูดถึงเรื่องการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิด Congenital atresia of the colon พบว่ามีสาเหตุอยู่ 3 ประการด้วยกัน เนื่องจากลำไส้ของเด็กขณะอยู่ในท้องของมารดา (Intrauterine life)

- เกิด 1) Volvulus.
- 2) Intussusception.

3) ติดอยู่ที่ตรง umbilical ring.
(Snaring at umbilical ring)

เขาได้ทดลองสุนัข โดยผ่าท้องสุนัขที่ กำลังตั้งท้อง แล้วผ่าเข้ามดลูก ผ่าท้องลูก สุนัข แล้วมัดลำไส้ พอลูกสุนัขคลอด ก็พบ ว่าการมัดลำไส้ ลูกสุนัขขณะอยู่ในท้องของ แม่ สามารถทำให้เกิด intestinal atresia ได้เหมือนกัน

ศาสตราจารย์ Hugh B. Lynn หัว หน้าแผนกศัลยศาสตร์ และหัวหน้าศัลย- ศาสตร์กุมารของ เมโย คลินิก ได้พูดถึงการ รักษาโรค atresia ของ colon ท่านชอบ ทำ primary anastomosis เมื่อมีตตรง atresia ออกแล้ว โดยการทำ end-to- end anastomosis ท่านไม่มี experience ในการทำ side-to-side anastomosis และทำ gastrostomy tube feeding อยู่ ประมาณ 5-7 วัน ภายหลังผ่าตัด

ท่านศาสตราจารย์ C. Everett Koop ศาสตราจารย์ศัลยศาสตร์ และหัวหน้าหน่วย ศัลยศาสตร์กุมาร แห่งมหาวิทยาลัยฟิลา เดลเฟีย ได้พูดถึงเรื่อง การรักษา Duplication of the colon โดยวิธีศัลยกรรม โดยการตัดออก และต่อใหม่ ท่านย้ำว่า (ถ้า ยอจจะ เป็น เลือด) เลือดออกไม่เป็น

common sign ของโรคน^ข และโรคน^คพบ mass ในท้อง คลำได้เสมอ.

ศาสตราจารย์ Alfred Zangl ศาสตรา- จารย์ศัลยศาสตร์ของ University Clinic แห่งเวียนนา ออสเตรีย อธิบายถึงวิธีทำ artificial vagina จาก Sigmoid colon ในคนไข้ที่เป็น Congenital Atresia Vagina.

Hirshsprung disease ท่านศาสตรา- จารย์ Orvar Swenson แห่ง Northwes- tern University และหัวหน้าศัลยแพทย์ แห่ง Children's Memorial Hospital ในชิคาโก ได้พูดถึงการก้ำกั้นในการวินิจฉัย และการรักษาโรค Megacolon ท่าน ให้ความเห็นว่า ในเด็กที่เป็นโรค Hirshs- prung disease ถ้ามีโรค entero-colitis เกิดขึ้นแล้ว ถ้าไม่รักษาแล้วจะตายถึง 80% ถ้ารักษาจะตายเพียง 60% เท่านั้น ท่าน จึงย้ำว่า entero-colitis เป็นโรคแทรกที่ รุนแรงมากในเด็กที่เป็นโรค Hirshsprung's disease ส่วนการผ่าตัดของท่าน ๆ ทำแบบ โดยดึงลำไส้ใหญ่ลงมาผ่าน Anus ออกมา ข้างนอกคล้าย ๆ ให้มี Intussusception แล้วเย็บ 2 layers ผดักเข้าไป ถ้าไม่ทำ colostomy ยิงดี, มี Bowel movement

ในวันที่ 2 ภายหลังผ่าตัด คนไข้กลับบ้าน
ในวันที่ 12

1. Swenson's operation
2. Duhamel's operation (1960)

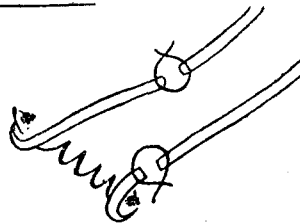
นายแพทย์ Harvey E. Beardmore ศัลยแพทย์แห่ง Montreal Children's Hospital Quebec, Canada. ได้พูดถึง เทคนิคการผ่าตัดต่างๆ ในคนไข้ที่เป็นโรค Aganglionic Megacolon (Hirschsprung's disease) เช่น

Grobs operation (1960)

เป็น Modified Duhamel's operation เอา lower part of colon เปิดทางด้านหลังของ rectum ส่วนล่าง เพื่อป้องกัน การตัด int. Sphincter อย่าง Duhamel's operation.

OPERATIONS - MEGACOLON

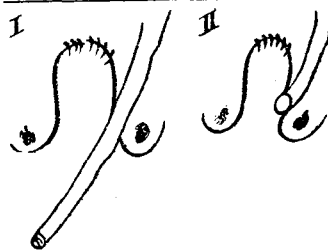
I SWENSON



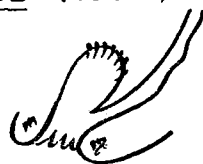
II DUHAMEL (1960)



IMPROVED DUHAMEL.



I GROB (1960)



ท่านศาสตราจารย์ R. Ferreira Santos แห่ง มหาวิทยาลัย Sao Paulo ของ Brazil ท่านผู้นี้ได้เสนอเรื่องเป็นที่น่าสนใจมาก คือเรื่อง Acquired

Megacolon หรือ Chagas' diseases เรื่องนี้ได้รับรางวัลว่าเป็นเรื่องดีที่สุดในการประชุมคราวนี้ ท่านพูดถึง Parasite คือ Trypanosoma cruzi จะพบได้ที่ wall ของลำไส้ การตรวจใช้ Complement fixation test ในโรคนี้. นอกจากนี้มี megacolon แล้ว จะพบ megarectum 95% และ megaesophagus ประมาณ 15% ของ cases ทั้งหมด.

พยาธิสภาพพบว่า Intermuscular nerve cells ไม่มีเลยภายใน wall ของลำไส้ใหญ่และของ rectum และมี hypersensitivity ต่อการกระตุ้นของ descending และ sigmoid colon.

การรักษาทำเป็น 3 คั่น คือ

คนท 1 ทำ Transverse colostomy.

คนท 2 ทำ Procto--sigmoidectomy และทำ Low Colo--Anal anastomosis (side--to--end anastomosis).

คนท 3 ปิด colostomy.

ท่านศาสตราจารย์ Bernard Duhamel แห่ง St. Dennis Hospital, Paris, ฝรั่งเศส ได้ใช้เวลา 10 นาที อธิบายถึง

การปรับปรุงเทคนิคการผ่าตัด Duhamel's operation ใหม่ในโรค Hirshsprung's disease ในคนไข้ 22 ราย ได้ผลดีมาก 20 ราย โดยไม่มีอุจจาระไหลเลอะเทอะออกมาเลย โดยการทำผ่าตัดเปิดนำท้องคนไข้ก่อน พอดตัดตรง constriction ออกจากกัน แล้วเข้าทาง Posterior wall of rectum ผ่าเข้าจับตั้ง lower end of colon ลงมาเหมือน Pull through แล้วตัดออกเย็บ

Polypoid Mass in Colon และ Rectum Dr. Claude E. Welch--Associate clinical Professor of Surgery--Harvard Medical School ได้พูดถึงเรื่อง Polypoid lesions ของ colon และ rectum ได้พบว่า Incidence ของ cancer ที่เกิดขึ้นจาก polypoid lesions นี้ จะมีมากขึ้นถ้าขนาดของ head ของ polyp โตขึ้น เขาให้ Data ดังนี้.

Diameter	Incidence % of cancer
0.5 cm.	0.5 %
1-1.4 cm.	1.8 %
1.5-1.9 cm.	6 %
2.0-2.4 cm.	10 %
2.4 to 3.4 cm.	23 %
3.5 cm. over	29 %

Colonic diverticulitis Mr. N.S. Painter ศัลยแพทย์ แห่ง Northampton ของอังกฤษ ได้พบว่าการฉีด Morphine ทำให้เกิด intradiverticular pressure สูงขึ้นในโรค Colonic diverticulum เพราะฉะนั้นคนไข้กำลังเป็น Acute diverticulitis ของ colon ต้องระวังให้มากในการฉีด Morphine ในคนไข้เหล่านี้อาจจะทำให้ทะลุได้ง่าย

Ulcerative colitis และ **Crohn's disease** มี panel discussion ที่น่าฟังมากอยู่เรื่องหนึ่ง เพราะบุคคลที่มาพูดนั้นล้วนแต่มีชื่อเสียงมากในเรื่อง Regional enterocolitis เช่น Dr. Henry L. Bockus เป็น moderator, มี Panelists คือ Dr. Basil C. Morson พยาธิแพทย์ แห่ง St. Mark Hosp. ของอังกฤษ Dr. Richard H. Marshak, Dr. J. Arnold Bergen, Dr. Sawuae F. Marshall และ Dr. Burrill H. Crohn แห่งอเมริกา Mr. Bryan N. Brooke แห่งอังกฤษ และ Dr. Federick Stelzner แห่งเยอรมันนี้ เฉพาะ Dr. Burrill B. Crohn แห่ง Mt. Sinai Hospital, N.Y. ซึ่งเป็นคนอภิปรายเรื่อง Crohn's disease เป็นคนแรก ก็ได้มาร่วมอภิปรายด้วย การอภิปรายนี้สรุปได้ความ

ว่า Chronic ulcerative colitis นั้น primary lesion อยู่ที่ mucous membrane ถึงจะเป็นโรคนั้นหลายปีก็ตาม lesion ก็ยังยู่ต้นๆ บริเวณ mucosa ที่ rectum มีโรคนั้นร่วมด้วยเสมอ Dr. Crohn เองบอกว่า ulcerative colitis เริ่มต้นเป็นที่ rectum และโรคนั้นจะอยู่ที่ rectum ตลอดเวลาที่ เป็นโรค, โรค ulcerative colitis ถ้าเรามา ท้องดู พบว่า wall ของ colon บาง, ที่ mubosa มี pseudosacculation ถ้ามี stricture เราต้องสงสัย cancer.

ส่วน **Crohn's disease** หรือเราจะเรียกว่า **granulomatous colitis**, primary lesion เริ่มต้นที่ Intramural และลุกลามไปทั่วทั้ง wall ของ large bowel, มี sarcoid reaction, มี fistula, เป็น segmental involvement with normal part of intestine คั่นอยู่ อาจจะ involved ได้ในที่ต่างๆ ของลำไส้เล็ก และใหญ่จนกระทั่งถึง stomach แต่ recto-sigmoid junction. ส่วนที่เริ่มเป็นครั้งแรก คือ ที่ rt. side colon ก่อน บางคนก็พบ ulcerative colitis ที่ rt. sided colon นั่นแหละคือ Crohn's disease ต่างหาก. โรคนั้นมี pseudo-diverticulosis ซึ่งเป็น Characteristic ของโรค, เราไม่พบ cancer ใน

โรคนี้ เราไม่พบ pseudosacculation ที่ mucosa เหมือนในโรค ulcerative colitis.

ถ้าเราผ่าตัดจะพบว่า wall ของลำไส้หนามาก คนไข้มีการถ่ายอุจจาระบ่อยๆ เหมือนกันเฉพาะในรายที่มี acute attack. Samuel F. Marshall พูดว่าการพบโรค 2 โรคนี้ในคนไข้เดียวกัน rare มาก. Marshall พบว่าในโรค ulcerative colitis การทำ ileorectal anastomosis ไม่ดี

ในสุดท้าย Dr. Morson พยาธิแพทย์ ของ St. Mark Hosp. บอกว่าโรค 2 โรคนี้ Histologic difference มาก และสามารถแยกได้มากถึง 95 %

สำหรับ ulcerative colitis นั้นมี paper ของ professor Robert Oppolzer แห่งเวียนนา. ออสเตรีย. ได้พูดว่า เขาไม่ชอบทำ ileostomy หรือ colostomy ถ้าไม่จำเป็น. เขาแสดงการรักษาคือ เขาทำ ileostomy ไว้ก่อน และตัดส่วน colon ที่เป็นโรคออกให้หมดให้เหลือ rectal stump ใว้ยาว 8-10 cm. แล้วบีดตรงปลายนั้นไว้ก่อน เขาใช้ชั้นชุด mucosa ของ rectum ที่เหลืออยู่ให้ mucosa หลุดออกให้หมด, แล้วรอจน 4-6 อาทิตย์ เพื่อให้มี epithelial growth ขึ้นมาให้จับเต็ม Rectum แล้วจึงทำ ileo-rectal anastomosis. หรือทำ ileal interposition ในคนไข้ที่ถูกทำ left colostomy.

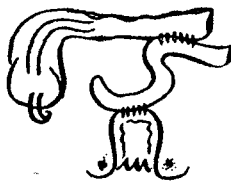
OPPOLZER'S OPERATION

ILEO-RECTAL ANAS.



ILEAL INTERPOSITION

(AFTER LEFT COLECTOMY)



สำหรับ Pro. Oppolzer นี้ ผมได้ตาม
ท่านมาอยู่ที่เวียนนา ออสเตรีย ระหว่างขา
กลับเมืองไทย ท่านได้แสดงรูปคนไข้ที่เป็น
โรค ulcerative colitis หลายคน ท่าน
รักษาด้วยการทำ Lumbar and presacral
sympathectomy ในรูปภาพที่แสดงจาก
articles ที่เขียนไว้.....เห็นว่า คนไข้เหล่านี้
หนีหายจากโรค อ้วนท้วนดีหลายคน.

สำหรับเรื่อง Anorectal Fistula มี
ผู้บรรยาย 2 คน ที่บรรยายถึงเรื่องนี้ คือ
Mr. Henry R. Thompson แห่ง St.
Mark Hospital, London. ได้พูดถึงเรื่อง
Pathogenesis of Ano-rectal fistula
ท่านได้ชี้ถึงการเกิดของโรคนั้นว่า ถ้าใครมี

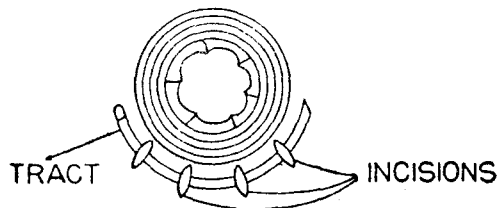
dilated anal gland และ duct ซึ่งเป็น
intermuscular structures มักจะเป็นโรค
นี้ได้ง่าย และการเริ่มต้นของโรคนั้น เริ่มจาก
anal glands ก่อนเสมอ.

ส่วนผู้บรรยายอีกคนหนึ่ง นายแพทย์
Edward R. McKay แห่ง Salt Lake
City, Utah, U.S.A. ได้พูดถึงเรื่อง Fistu-
lectomy and the preservation of the
architecture of the anal canal ท่านผู้
นี้ได้แนะนำการผ่าตัดพวก fistulous tract

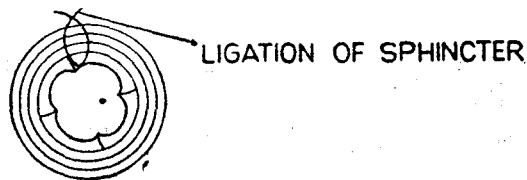
(1) ที่อยู่ต้นรอบ ๆ ด้านล่างของ
anus โดยการทำให้ separate incisions
เป็นแห่ง ๆ ไปก็ได้โดยไม่ต้องผ่าตลอด
tract.

MCKAY'S OPERATION.

FISTULECTOMY OF POSTERIOR TRACT



ANTER OR TRACT



(2) ถ้าเป็นพวกเล็กหน้อย คือพวก post or retrorectal abscess ทำหน้าที่เข้าทาง posterior ของ anus และเข้าไปตัด coccyx ออกเสียก่อนแล้วจึง drain ที่ตรงนั้น.

(3) อีกพวกหนึ่ง พวก anterior rectal abscess หรือ fistula ให้ใช้ Cat gut มัดรวมกล้ามเนื้อหูรูด (Sphincter) แล้วรอให้มันขาดออกจากกันเอง อย่าไปใช้มีดตัดขาดออกจากกันทันที. ทั้งนี้เพื่อป้องกัน retraction ของ muscle fibres เพราะจากการมัดด้วย Cat gut นี้ จะทำให้ muscle fibres มีโอกาสยึด ๆ หรือมี adhesion อยู่รอบๆ ได้มากขณะที่ขาดจากกัน ถ้ามี retraction มาก จะทำให้ส่วนนั้นกว้างการบังคับการไหลออกจะไม่ได้ดี.

สำหรับ Cancer of the Rectum มี paper ของ Mr. C. Nauton Morgan ซึ่งเป็น President ของ section of proctology ของ Royal Society of Medicine ของอังกฤษ ได้พูดถึงเรื่อง Restorative resection of rectal cancer ว่า การทำ Anterior resection นั้นเป็นของดีมากที่สุดถ้าทำได้ เฉพาะที่ rectum เองเขาทำ anterior resection ทุกรายถ้า cancer ที่อยู่นอก peritoneal reflexion ซึ่งเขา

เรียกว่า Upper rectum ถ้า Cancer อยู่ที่ peritoneal reflexion ซึ่งเขาเรียกว่า Mid-rectum เขาทำ anterior resection เพียง 6.2% ของ cases เท่านั้น, ส่วนที่อยู่ใน lower part ของ rectum และส่วนมากทำจาก peritoneal reflexion ลงมาเขาทำ Miles' operation ทั้งนี้ คือ (Abdominoperineal resection) ตามสถิติของเขาพบว่า

Lower part of rectum มี postoperative recurrence 14.5%

Mid-rectum มี postoperative recurrence 8.3%

Upper rectum มี postoperative recurrence 5.2%

Mr. O.V. Lloyd Davies แห่ง St. Mark Hospital, London ได้พูดถึงผลของการทำ Synchronous combined excision of the rectum มากกว่า 1,000 ราย พบว่าเขามี operative death เพียง 11 ราย (ประมาณ 2.59%) เท่านั้น และรายที่เป็น advanced cancer โดยมี metastasis ไปยัง organs อื่นๆ แล้ว เขาพบว่า 5-years survival rate ของเขามีถึง 29.2%

นายแพทย์ Alexander Brunschwig

แห่ง New York, ได้พูดถึง Experience with Long-term Survival of Pelvic exenteration for advanced cancer fo the Rectum and Sigmoid colon ซึ่งเขาทำมา 800 ราย เขาพบว่า 5 year surviral rate มีถึง 22% และ 10 years surviral rate มีถึง 11% เขายังถึงการเลาะ node ตาม Obturator nerve ซึ่งเราจะเห็นได้ชัดอยู่ที่ใกล้ ๆ Internal iliac artery.

สำหรับเรื่อง Ulcerative colitis, Mr. Stanley Aylett แห่งลอนดอน ได้พูดถึงถึงการทำ total colectomy และ ileo-rectal anastomosis ในคนไข้ทั้งหมด 229 ราย เทคนิคการผ่าตัดของเขาส่วนมากทำ one stage operation และทำ ileostomy ไว้ชั่วคราว แล้วปิดภายหลัง บางรายก็ต้องทำ two-stage operation คือทำ

ระยะแรก คือ ileostomy และ colectomy แล้วต่อมาทำ ileo-rectal anastomosis ในคนไข้ 229 ราย เขาพบว่า คนไข้ 219 ราย สบายดี มีอยู่ 4 รายที่เกิด ano-rectal fistula และมีอยู่ 1 รายที่ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งมากเท่านั้น

สำหรับการผ่าตัดแบบนี้ คือ Total colectomy และทำ ileo-rectal anastomosis ในรายที่เป็น ulcerative colitis ยังเป็นที่ถกเถียงกันมาก เท่าที่ผมได้ผ่านไปดูเขาทำหลายแห่งในอเมริกา เขาไม่ชอบทำกันมากนัก เพราะเป็น ano-rectal fistula กันมาก และคนไข้ต้องถ่ายอุจจาระบ่อยๆ เฉพาะที่ มหาวิทยาลัยชิคาโก Prof. Prohaska ผมได้ถาม เขาบอกว่าอย่าทำดีกว่าแบบนี้ ไม่ได้ผลเลย ควรทำ Ileostomy เท่านั้น และตัด colon และ rectum ออกให้หมด

