

2-1-1987

Intestinal obstruction at Chulalongkorn Hospital

S. Chittmittrapap

C. Tanhiphat

K. Prasopsanti

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



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

Recommended Citation

Chittmittrapap, S.; Tanhiphat, C.; and Prasopsanti, K. (1987) "Intestinal obstruction at Chulalongkorn Hospital," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 31: Iss. 2, Article 5.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.31.2.5

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol31/iss2/5>

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.

ภาวะลำไส้อุดตันในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ*

ชาญวิทย์ ดันดีพัฒน์* เกรียงศักดิ์ ประสบสันติ*

Chittmittrapap S, Tanhiphat C, Prasopsanti K. Intestinal obstruction at Chulalongkorn Hospital. Chula Med J 1987 Feb; 31 (2) : 127-135

Over an 8-year period from 1976-1983, 782 patients have been admitted at the Chulalongkorn Hospital for 854 episodes of intestinal obstruction. There were 537 males and 245 females.

The major causes of obstruction consisted of adhesions in 326 cases (38.2 per cent), strangulated hernia in 166 (19.4 per cent), congenital causes in 126 (14.8 per cent), tumours in 106 (12.4 per cent). The level of obstruction was small bowel in 605 cases (70.8 per cent) and large bowel in 128 cases. Operation was required in 671 cases. The overall mortality was 6.3 per cent.

The incidence of adhesive obstruction appeared to have been rising during the study period. Conversely, the incidence of strangulated hernia seemed to have been declining.

* ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัญหาลำไส้อุดตันนั้นเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย ถ้าสามารถวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ในระยะเริ่มต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ผลการรักษาดีมีข้อแทรกซ้อนน้อย ในทางตรงข้าม ถ้าหากวินิจฉัยล่าช้า และได้รับการรักษาต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา หรือเมื่อเกิดมีข้อแทรกซ้อนจากการอุดตัน เช่น ลำไส้เน่าตาย (gangrene) แล้วอัตราการตายก็จะสูงและข้อแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมาก

อุบัติการณ์ของโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะลำไส้อุดตันจากรายงานของที่ต่าง ๆ พบว่ามีความแตกต่างกันบ้างขึ้นกับสถานที่ทำการการศึกษา และช่วงระยะเวลาที่ทำการการศึกษาเกี่ยวกับสถานที่ที่ทำการศึกษานั้น ความแตกต่างอาจเกิดจากสภาพภูมิประเทศ, สภาพเศรษฐกิจและสังคม กับความเจริญทางด้านทางการแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกัน ความรู้ของประชาชนในสถานที่นั้น ๆ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเองและความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด เช่น ใส่เลื่อน ถ้าเป็นแล้วไม่ยอมรับการรักษาด้วยการผ่าตัดตั้งแต่ระยะแรก ก็จะทำให้อุบัติการณ์ของลำไส้อุดตันจากใส่เลื่อนค้างพบมากขึ้น เป็นต้น ในส่วนที่เกี่ยวกับช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาก็พบว่ามีผลในภายหลัง ๆ ที่มีการทำผ่าตัดช่องท้องมากขึ้น อุบัติการณ์ของลำไส้อุดตันจากเยื่อพังผืดรัดพบมากขึ้น

อุบัติการณ์ของโรคต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะลำไส้อุดตันในไทยจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจควรค่าแก่การศึกษา เพื่อจะได้สามารถใช้อ้างอิง หรือประกอบการวินิจฉัย รวมทั้งจะได้ประเมินผลการดูแลรักษาเพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพดียิ่ง ๆ ขึ้นไป เพราะข้อมูลเหล่านี้อาจแตกต่างไปจากรายงานของต่างประเทศ ที่มีพื้นฐานแตกต่างกันหลายอย่าง ดังได้กล่าวมาแล้ว

การศึกษาครั้งนี้จึงทำขึ้นเป็นการเริ่มต้นในการพิจารณาถึงลักษณะโดยทั่วไปของภาวะลำไส้อุดตันในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ว่าเป็นอย่างไร มีแนวโน้มอย่างไร มีลักษณะพิเศษเฉพาะของแต่ละโรคอย่างไร ได้รับการรักษาอย่างไร

บ้าง และผลการรักษาเป็นเช่นไร เพื่อต่อไปอาจจะได้ศึกษาละเอียดลงไปในแต่ละโรค ให้ได้ความรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในอนาคตดังได้กล่าวแล้ว

ทำการศึกษาเชิงวิเคราะหย้อนหลัง (retrospective analysis) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยไม่จำกัดอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 ถึง พ.ศ. 2526 รวมระยะเวลา 8 ปี ทั้งนี้เน้นเฉพาะผู้ป่วยที่มีการอุดตันแบบ mechanical obstruction โดยไม่นับพวกที่เป็น functional obstruction

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อนำมาศึกษาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีลำไส้อุดตันแบ่งได้เป็น 2 แบบคือ แบบแรกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและยืนยันจากสิ่งที่พบขณะผ่าตัดว่ามีลำไส้อุดตันจริง ส่วนแบบที่ 2 เป็นผู้ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด อาศัยลักษณะทางคลินิกร่วมกับภาพรังสีของท้อง ซึ่งจะถือว่าลำไส้อุดตันเมื่อมีอาการ 3 อย่าง ใน 4 อย่าง ได้แก่ ปวดท้องแบบ colicky, อาเจียน, ท้องอืด และไม่พยายลร่วมกับภาพรังสีแสดงลักษณะของการอุดตันลำไส้ชัดเจน

ข้อมูลดังกล่าวได้รับการศึกษาในแง่จำนวนผู้ป่วยและอายุของผู้ป่วยในแต่ละโรคที่เป็นสาเหตุวิธีการรักษา ผลการรักษา นอกจากนั้นได้นำมาวิเคราะห์ในแง่มุมต่าง ๆ ดังจะได้กล่าวต่อไป ทั้งนี้การเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลใช้ระบบการเก็บข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม dbase III โดยใช้คอมพิวเตอร์ไอบีเอ็ม พีซีของภาควิชาศัลยศาสตร์

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยที่มีปัญหาลำไส้อุดตันทั้งสิ้น 782 ราย แต่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหานี้ 854 ครั้ง ส่วนมากคือ 717 รายอยู่โรงพยาบาลครั้งเดียว ผู้ป่วย 59 รายมีปัญหาลำไส้อุดตันที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล 2 ครั้ง และ 5 ราย อยู่โรงพยาบาล 3 ครั้ง มีผู้ป่วย 1 รายที่มีปัญหาลำไส้อุดตันถึง 4 ครั้ง ดังตารางที่ 1

Table 1 Number of patients and admissions.

	No. patients	No. admission
1 Admission	717	717
2 Admissions	59	118
3 Admissions	5	15
4 Admissions	1	4
	782	854

ผู้ป่วย 782 ราย จำแนกได้เป็นเพศชาย 537 ราย (68.6%) และเพศหญิง 245 ราย (31.4%) คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 2.19 : 1 อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 87 ปี อายุเฉลี่ย 30.29 ปี จัดเป็นผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) 310 ราย ซึ่งมีปัญหาลำไส้อุดตัน 326 ครั้ง ในผู้ป่วยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคืออายุระหว่าง 20-29 ปี พบ 124 admissions รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี 89 admissions สาเหตุของการอุดตันนั้น จัดรวมเข้าเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ซึ่งพบว่าเกิดจากเยื่อพังพืดยึดติด (adhesion) มากที่สุด 326 ครั้ง รองลงมาได้แก่ ไส้เลื่อนค้าง 166 ครั้ง, ความพิการแต่กำเนิด 126 ครั้ง เนื้องอกอุดตันลำไส้ 106 ครั้ง เปอร์ซิเซ็นต์แต่ละสาเหตุเมื่อเทียบกับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีปัญหา ลำไส้อุดตันแสดงดังแผนภูมิที่ 1

ระดับของการอุดตัน พบว่าเป็นที่ระดับลำไส้เล็กมากที่สุด 632 ครั้ง เป็นที่ระดับลำไส้ใหญ่ส่วน colon ตั้งแต่ cecum ไปจนถึง sigmoid colon 128 ครั้ง และเป็น ที่ระดับลำไส้ใหญ่ส่วน rectum และทวารหนัก 94 ครั้ง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

Table 2 Level of obstruction.

Level of obstruction	No. admissions
Duodenum	27
Jejunum & Ileum	605
Colon	128
Rectum	57
Anus	37
Total	854

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลน้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 224 วัน เฉลี่ยระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 12.5 วัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทั้งหมด 671 ครั้ง หรือ คิดเป็น 78.5% ของจำนวนครั้งที่มีการอุดตันทั้งหมด และรักษาแบบ conservative 183 ครั้ง หรือ 21.5% มีผู้ป่วยเสียชีวิต 55 ราย คิดเป็นอัตราตาย 6.3%

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากข้อมูลดังกล่าวได้นำมาวิเคราะห์โดยยึดหัวข้อที่สามารถจะนำมาใช้ประโยชน์ทางคลินิกในแง่ของแนวโน้มของอุบัติการณ์ของโรค และอื่น ๆ ที่จะช่วยในการวินิจฉัยและการรักษาดังนี้คือ

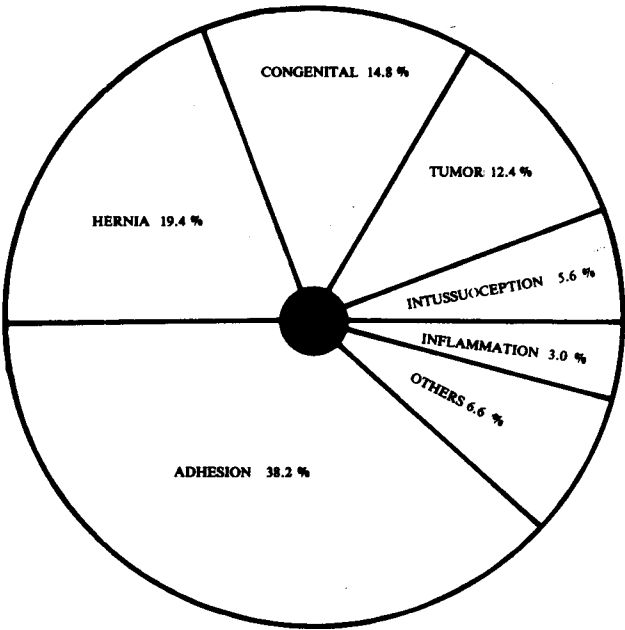


Diagram 1 Causes of obstruction.

- แต่ละปีในช่วง 8 ปีที่ทำการศึกษา
- วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของการอุดตันกับสาเหตุของการอุดตัน
 - วิเคราะห์กลุ่มอายุของผู้ป่วยในแต่ละสาเหตุ
 - วิเคราะห์อัตราการรักษาด้วยการผ่าตัดในแต่ละสาเหตุ
 - วิเคราะห์ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลในแต่ละสาเหตุ
 - วิเคราะห์อัตราตายในแต่ละสาเหตุ

1. สาเหตุของลำไส้อุดตันในแต่ละปี

ในปี พ.ศ. 2519 ที่เริ่มศึกษานั้นพบว่าสาเหตุของการอุดตันที่พบบ่อยที่สุดคือไส้เลื่อนค้าง พบ 38 ครั้งหรือคิดเป็น 28.4% ของสาเหตุทั้งหมดในปีนั้น หลังจากนั้น

ยึดรั้งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะปีสุดท้ายพบถึง 56.7% ของสาเหตุทั้งหมดในปีนั้น ส่วนไส้เลื่อนค้างพบน้อยลง ๆ

สาเหตุจากไส้เลื่อนค้าง และความพิการแต่กำเนิดพบ

น้อยลงเป็นลำดับ ส่วนเนื้องอกอุดตันลำไส้ พบว่าลดลงอยู่ระยะหนึ่งแล้วกลับมากขึ้น สัดส่วนของสาเหตุทั้ง 4 กลุ่มที่เป็นสาเหตุของลำไส้อุดตันในแต่ละปี แสดงไว้ดังแผนภูมิที่ 2

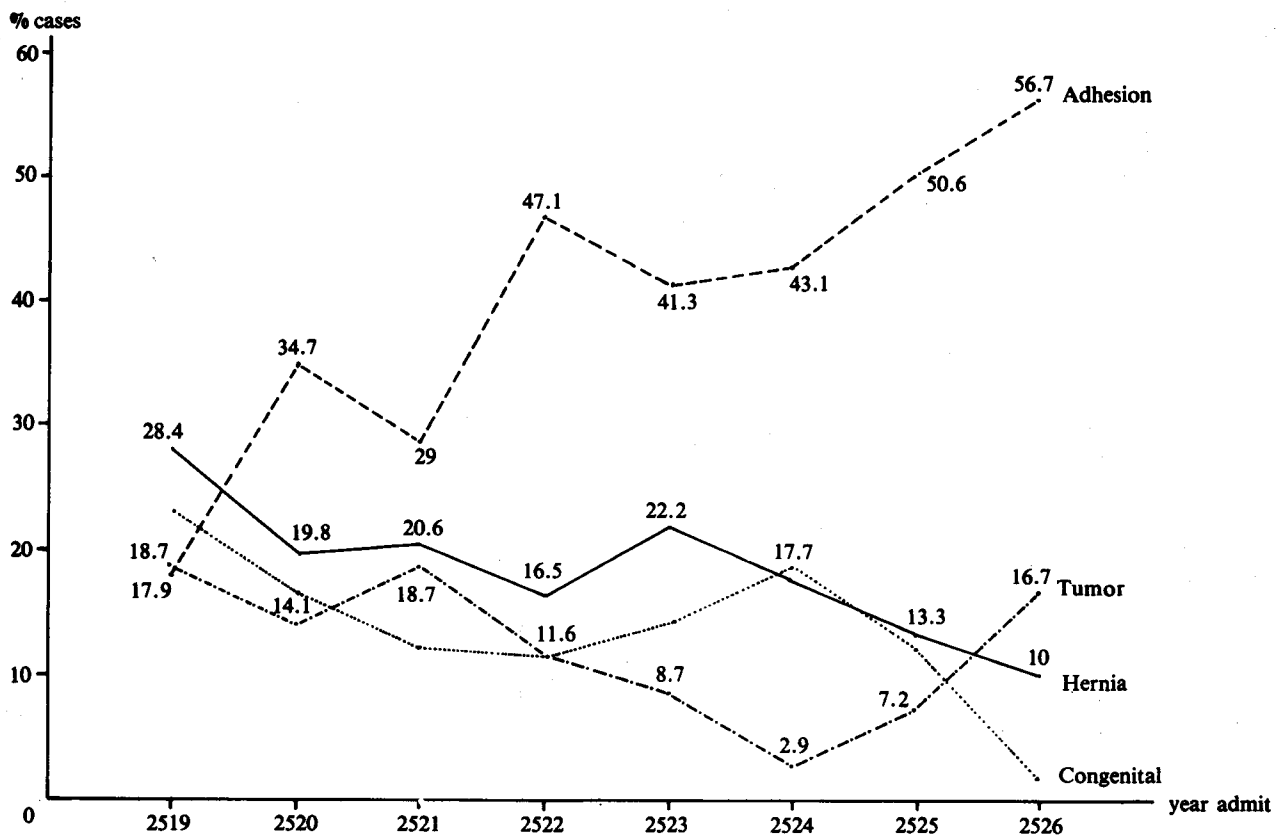


Diagram 2 Causes of obstruction per year of study.

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของการอุดตันกับสาเหตุของการอุดตัน

ความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถแยกพิจารณาได้เป็น 2 แบบ คือ

2.1 ระดับของการอุดตันในแต่ละสาเหตุ

พบว่าสาเหตุของการอุดตันจากเยื่อพังผืดรั้ง, ไส้เลื่อนค้าง, ลำไส้กลืนกัน, และลำไส้อุดตันจากการอักเสบ (In-

flammation) ทำให้อุดตันที่ระดับลำไส้เล็กเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะเยื่อพังผืดรั้งและไส้เลื่อนค้างพบว่าการอุดตันที่ลำไส้เล็กถึง 98.5% และ 96.3% ตามลำดับ ส่วนสาเหตุจากเนื้องอกอุดตันลำไส้พบที่ระดับลำไส้ใหญ่ส่วน Colon มากที่สุด 50.9% และความพิการแต่กำเนิดทำให้เกิดการอุดตันที่ส่วนปลายคือ Rectum และ anus มากที่สุด 46.9% รายละเอียดแสดงไว้ดังตารางที่ 3

Table 3 Level according to causes of obstruction.

	Small bowel (%)	Colon (%)	Rectum & anus (%)	Total (%)
Adhesion	321 (98.5)	4 (1.2)	1 (0.3)	100
Hernia	160 (96.3)	6 (3.7)	—	100
Congenital	43 (34.1)	24 (19.0)	59 (46.9)	100
Tumor	26 (24.5)	54 (50.9)	26 (24.5)	100
Intussusception	40 (83.3)	8 (16.6)	—	100
Inflammation	18 (69.2)	7 (26.9)	1 (3.9)	100
Others	24 (42.8)	25 (44.6)	7 (12.6)	100

2.2 สาเหตุของการอุดตันในแต่ละระดับ
เมื่อพิจารณาจากระดับของการอุดตัน พบว่า ในผู้ป่วยที่มีปัญหาลำไส้เล็กอุดตัน 632 ครั้งนั้น เกิดจากเยื่อพังผืดรัดมากที่สุด 321 ครั้ง (50.8%) รองลงมาได้แก่ ลำไส้เลื่อนค้ำ 160 ครั้ง (25.3%) ความพิการแต่กำเนิด 43 ครั้ง (6.8%) ถ้าระดับของการอุดตันอยู่ที่ลำไส้ใหญ่ ซึ่งพบ 128 ครั้งนั้น พบว่าจะเกิดจากเนื้องอกอุดตันลำไส้ 54 ครั้ง คิด

เป็น 42.2% รองลงมาได้แก่ความพิการแต่กำเนิด 24 ครั้ง (18.8%) และลำไส้กลืนกัน 8 ครั้ง (6.2%) ส่วนในพวกที่มีการอุดตันที่ Anus และ Rectum 94 ครั้ง เกิดจากความพิการแต่กำเนิดมากที่สุด 59 ครั้ง คิดเป็น 62.8%) รองลงมาคือเนื้องอกอุดตันลำไส้ 26 ครั้ง หรือ 27.7%) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

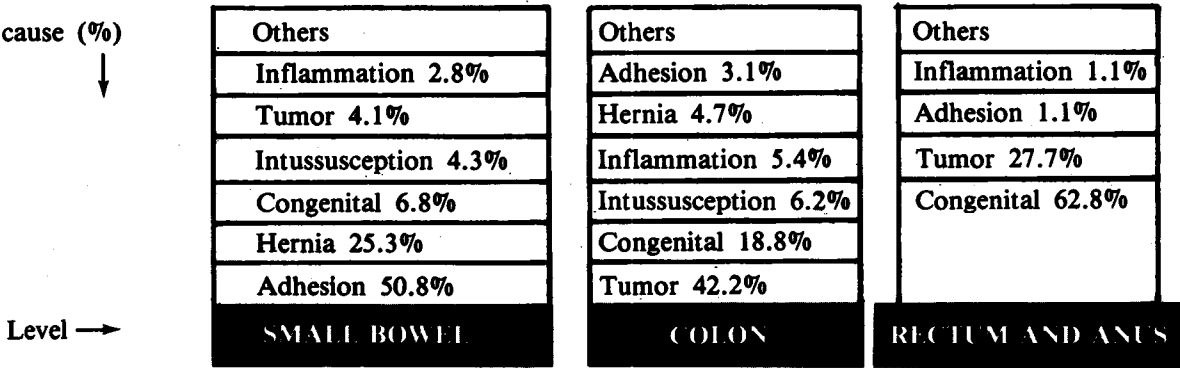


Diagram 3 Causes of obstruction according to level

3. สาเหตุของลำไส้อุดตันในแต่ละกลุ่มอายุของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาอายุผู้ป่วยในแต่ละสาเหตุพบว่า ผู้ป่วยลำไส้อุดตันจากความพิการแต่กำเนิดนั้น 97.5% อายุน้อยกว่า 10 ปี ส่วนผู้ป่วยที่เกิดจากเยื่อพังผืดยึดรัดพบบ่อยในช่วงอายุ 10-50 ปี โดยเฉพาะในช่วงอายุ 10-30 ปี ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกอุดตันลำไส้ส่วนมากอายุ 60-80 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยลำไส้อุดตันจากลำไส้เลื่อนค้ำไม่พบในกลุ่มอายุใดกลุ่มอายุหนึ่งโดยเฉพาะ

ถ้าวิเคราะห์สาเหตุของลำไส้อุดตันในแต่ละกลุ่มอายุ

แสดงได้ดังแผนภูมิที่ 4 ในกลุ่มอายุ 0-9 ปี พบความพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุ 45.4% รองลงมาคือเยื่อพังผืดยึดรัดและลำไส้เลื่อนค้ำ ในกลุ่มอายุ 10-59 ปีนั้นเยื่อพังผืดยึดรัดพบเป็นสาเหตุมากที่สุด รองลงมาได้แก่ลำไส้เลื่อนค้ำ และเนื้องอก ซึ่งจากแผนภูมิจะเห็นได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้นสาเหตุจากเนื้องอก และลำไส้เลื่อนค้ำพบเป็นสัดส่วนที่สูงขึ้น และเยื่อพังผืดยึดรัดพบน้อยลง จนในกลุ่มอายุ 60-69 ปี พบว่าลำไส้เลื่อนค้ำเป็นสาเหตุมากที่สุด กับการเยื่อพังผืดยึดรัดและเนื้องอกส่วนในกลุ่มอายุ 70-79 ปี เนื้องอกอุดตันลำไส้เป็นสาเหตุมากที่สุด

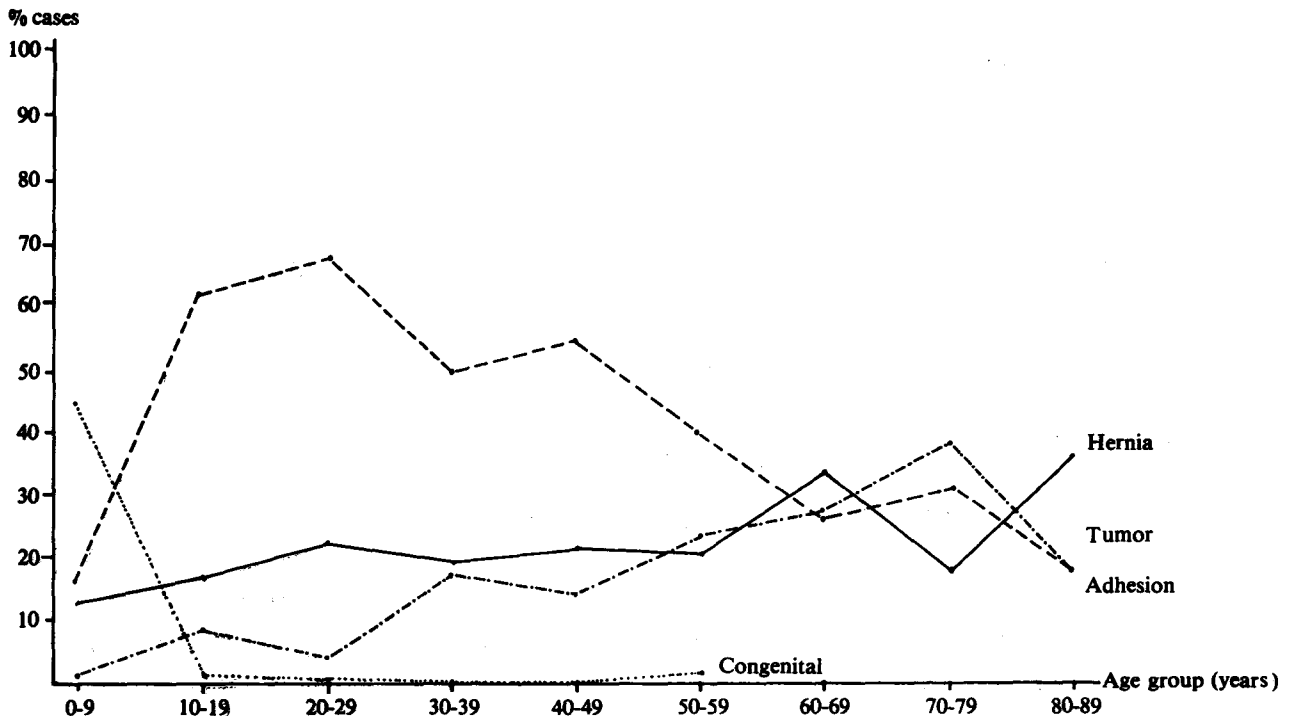


Diagram 4 causes in each age group

4. อัตราการรักษาด้วยการผ่าตัดในแต่ละสาเหตุ

ภาวะลำไส้อุดตันจากสาเหตุบางอย่างอาจรักษาด้วยวิธี conservative โดยไม่ผ่าตัด เช่น จากเยื่อพังผืดยึดรั้งที่ยังไม่มีการอุดตันอย่างสมบูรณ์ (incomplete obstruction) อาจรักษาโดยใส่สายยาง Nasogastric และให้ดื่มน้ำหรืออาหารซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยบางส่วนหายจากภาวะลำไส้อุดตันได้ หรือผู้ป่วยลำไส้กลืนกันสามารถรักษาได้โดยใช้การสวนแบบเบียร์ซึ่งใช้

ในการวินิจฉัยไปด้วยในตัว ผู้ป่วย 78.5% ของทั้งหมดจากทุกสาเหตุได้รับการผ่าตัด ซึ่งถ้าแยกวิเคราะห์ในแต่ละสาเหตุพบว่าอัตราการผ่าตัดไม่เท่ากัน ผู้ป่วยลำไส้อุดตันจากไส้เลื่อนคั่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษาลำไส้อุดตันสูงที่สุด 97.6% รองลงมาคือจากเนื้องอก 95.3% และจากภาวะอักเสบของลำไส้ 92.3% ซึ่งแสดงไว้ดังแผนภูมิที่ 5 ผู้ป่วยที่มีเยื่อพังผืดรั้งสามารถรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัดมากถึง 39.6%

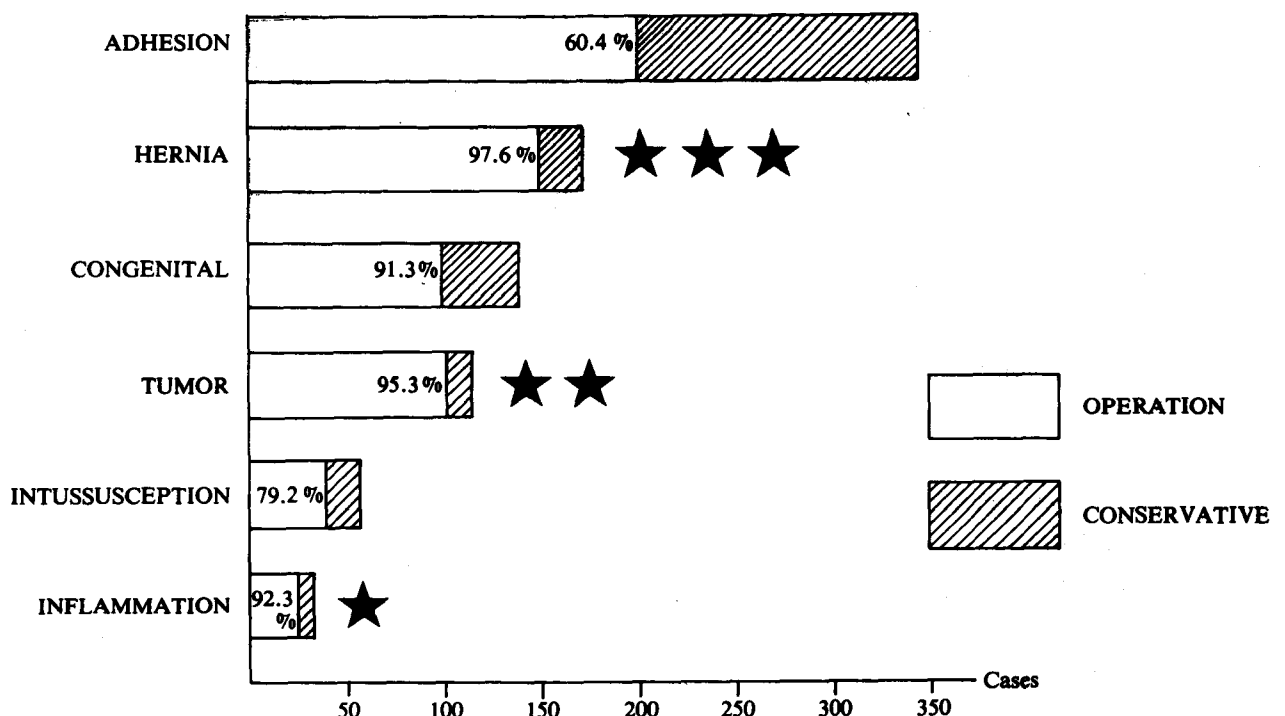


Diagram 5 Operated rate in each cause.

5. ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลในแต่ละสาเหตุ

พบว่าผู้ป่วยลำไส้อุดตันจากไส้เลื่อนค้าง อยู่โรงพยาบาล เป็นระยะเวลาสั้นที่สุดเมื่อเทียบกับสาเหตุอื่น ๆ แม้ว่าจะ

ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมากที่สุดก็ตาม ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ โรงพยาบาลนานที่สุดได้แก่ผู้ป่วยเนื้องอกอุดตันลำไส้ ระยะ เวลาเฉลี่ยที่อยู่โรงพยาบาลในแต่ละสาเหตุแสดงในตารางที่ 4

Table 4 Average hospital stay in each cause

causes	average hospital stay days
Tumor	25.2
Congenital	16.4
Inflammation	14.4
Adhesion	10.0
Intussusception	7.6
Hernia	7.3

ในแต่ละสาเหตุนั้น พวกที่ได้รับการผ่าตัดอยู่โรงพยาบาล นานกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดและพวกที่ได้รับการผ่าตัด ที่ต้องมีการตัดต่อลำไส้อยู่โรงพยาบาลนานกว่าพวกที่ไม่มีการ ตัดต่อลำไส้เช่นเดียวกัน

6. อัตราตายในแต่ละสาเหตุ

ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกอุดตันลำไส้มีอัตราตายสูงสุดคือ 19.8% รองลงมาคือความพิการแต่กำเนิด และพบว่าอัตราตายในผู้ป่วย ที่มีลำไส้อุดตันเยื่อพังผืดยึดรัดและไส้เลื่อนค้างเท่ากันคือ 1.2%

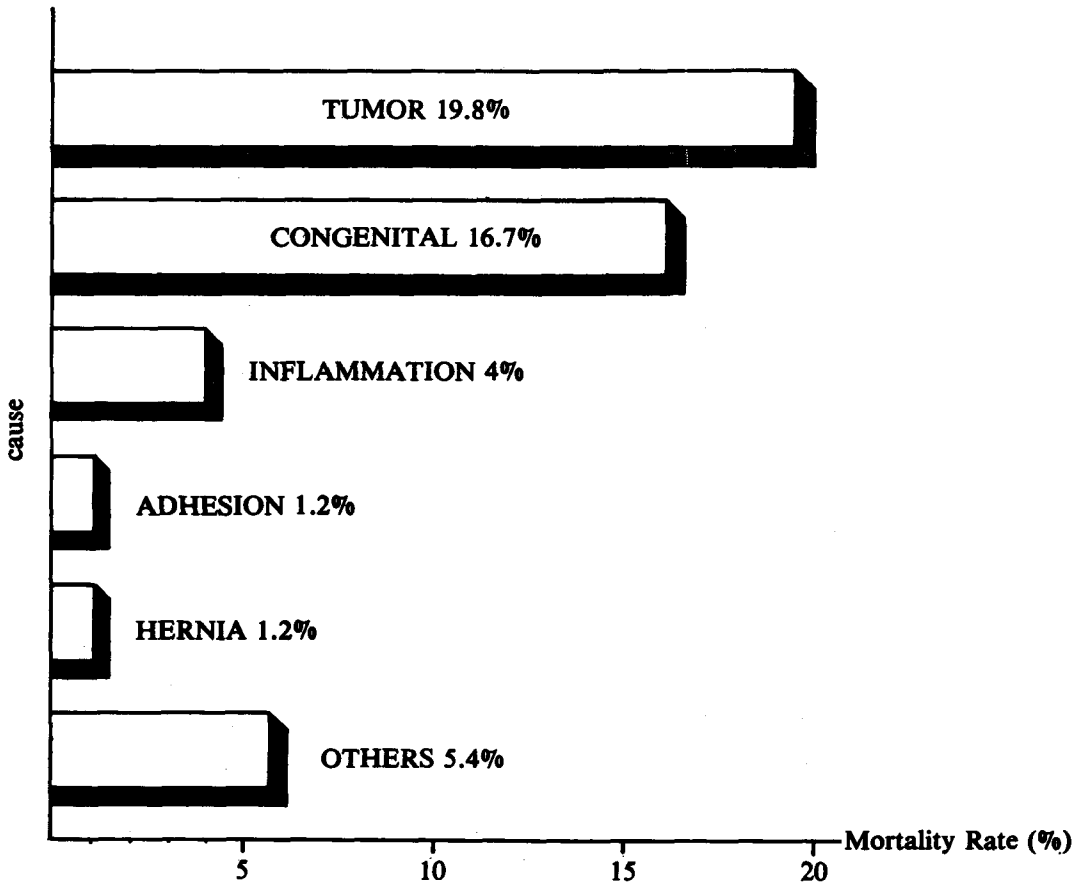


Diagram 6 Mortality rate in each cause

วิจารณ์

สาเหตุของลำไส้อุดตันในพวก Mechanical อาจแบ่งได้หลายแบบ เช่น อาจพิจารณาว่าการอุดตันเกิดภายใน (สาเหตุจากนิ่ว, เศษอาหาร, สิ่งแปลกปลอม) หรือจากความผิดปกติของผนังลำไส้เอง (สาเหตุจาก เนื้องอกหรือการอักเสบ) หรือจากภายนอก (สาเหตุจากเยื่อพังผืดยึดรัด, volvulus) หรือแยกเป็นกลุ่มในแต่ละสาเหตุไป ดังในรายงานนี้ซึ่งจัดเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่เยื่อพังผืดยึดรัด, ลำไส้เลื่อนค้ำ, ลำไส้กลืนกัน, เนื้องอก เป็นต้น

ภาวะลำไส้อุดตันนี้อาจพบได้ในทุกอายุตั้งแต่แรกคลอด แต่สาเหตุของการอุดตัน ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กก็จะมีลักษณะ

แตกต่างออกไป รายละเอียดของภาวะลำไส้อุดตันในเด็กของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้นำไปแยกศึกษาวิเคราะห์ละเอียดลงไปและเคยรายงานไว้แล้ว⁽¹⁾

รายงานนี้เป็นการศึกษาธรรมในทุกลุ่มอายุ ซึ่งปฏิบัติการของสาเหตุต่าง ๆ เมื่อเทียบกับรายงานต่างประเทศนั้น มีลักษณะคล้ายกับรายงานจากประเทศทางตะวันตกในระยะหลัง แต่แตกต่างไปจากรายงานของประเทศอินเดีย และแถบอัฟริกา ที่ยังคงพบสาเหตุจากไส้เลื่อนค้ำสูงอยู่มาก ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบรายงานนี้กับรายงานอื่น ๆ จุดที่น่าสังเกตคือสถานที่ที่ทำการรักษาและระยะเวลาที่ทำการรักษา

Table 5 Comparision of causes of obstruction and mortality rate in various times and places

Cause (%) / Authors and year studied	Gibson ² (1988-98)	Wangensteen ³ (1942-52)	Waldron ⁴ (1944-56)	Bevan ⁵ (1960-75)	This report (1976-83)
Adhesion	18	31	40	15	38.2
Hernia	35	10	12	19	19.4
Intussusception	19	3	4	2	5.6
Tumor		27	14	30	12.4
Congenital	28			3	14.8
Inflammation		29	30	17	3.0
Others				14	6.6
Total cases	1,000	1,252	493	414	854
Mortality rate (%)	43	11	14		6.3

แนวโน้มของลำไส้อุดตันของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปีที่เราเริ่มทำการรักษา (2519) ที่ยังพบไส้เลื่อนค้ำเป็นสาเหตุในอัตราส่วนสูง มีการเปลี่ยนแปลงไปคล้ายคลึงกับรายงานของประเทศทางตะวันตกที่พบสาเหตุจากเยื่อพังผืดยึดรัดมากขึ้นเรื่อย ๆ และไส้เลื่อนค้ำพบน้อยลง ทั้งนี้คงเกิดจากการที่ประชาชนมีความรู้มากขึ้น รวมทั้งผลการผ่าตัดรักษาที่ได้ผลดีขึ้น ทำให้มีความเข้าใจและยอมรับการผ่าตัดมากขึ้น ไม่กลัวการผ่าตัดเหมือนสมัยก่อน แต่สำหรับแนวโน้มของสาเหตุของลำไส้อุดตันในโรงพยาบาลอื่น ๆ นอกเขตกรุงเทพมหานครจะเป็นเช่นนี้หรือไม่ยังเป็นสิ่งที่น่าสนใจและศึกษา เนื่องจากยังมีปัจจัยแตกต่างกันหลายอย่างดังกล่าวแล้วในบทนำ

ตำแหน่งของการอุดตันคล้ายคลึงกันไปทุกรายงาน^(6,7,8) โดยพบที่ระดับลำไส้เล็กประมาณ 80% เช่นเดียวกับรายงานนี้

ในแง่ของการรักษา โรคบางอย่างอาจไม่ต้องใช้วิธีผ่าตัดรักษาเป็นอันดับแรก เช่น ลำไส้กลืนกันใช้วิธีสวนแบบเรื่อยเพื่อคลายลำไส้ที่กลืนกันออก ในรายงานนี้พบว่าสำเร็จประมาณ 20% สำหรับผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากเยื่อพังผืดยึดรัดนั้น โดยทั่วไปแล้วการพยายามรักษาโดยไม่ผ่าตัดในระยะแรกทันทีเลยนั้น อาจทำให้เกิดลำไส้เน่าตายมากขึ้นซึ่งนับเป็นผลเสีย แต่รายงานนี้พบว่าผลสำเร็จจากการรักษาแบบ conservative สูงประมาณ 40% ส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีการอุดตันไม่สมบูรณ์ (Incomplete obstruction) อัตรา Morbidity อาจสูงขึ้นบ้างแต่อัตราตายพบว่าไม่สูงไปกว่า

ปกติจากรายงานอื่น (1.2%) ทั้งนี้คงเนื่องจากการประเมินผู้ป่วยในระยะแรกเรียกว่ามีการอุดตันสมบูรณ์หรือไม่ หรือมีข้อสงสัยว่าลำไส้เน่าตายแล้วหรือไม่ ประกอบกับการดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยเลวลงหรืออาการไม่ดีขึ้น ทั้งจากการประเมินทางคลินิกและการถ่ายภาพรังสีในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ก็ตัดสินใจผ่าตัด รายละเอียดเกี่ยวกับการอุดตันจากเยื่อพังผืดยึดรั้งนี้ได้วิเคราะห์ละเอียดอีกต่อไป

อัตราการตายเฉลี่ยในทุกสาเหตุจากรายงานนี้ 6.3% นับว่าใกล้เคียงกับรายงานจากสหรัฐอเมริกา⁽⁸⁾ (5.4%) และรายงานจากอังกฤษ⁽⁹⁾ (6%)

ผลการศึกษาวิเคราะห์ดังกล่าวคงจะสามารถนำไปประยุกต์ช่วยในด้านการวินิจฉัย และบ่งบอกแนวทางการเลือกการรักษา ซึ่งในกลุ่มโรคบางกลุ่มจะได้ละเอียดลงไปอีกเพื่อให้ได้ข้อมูลและผลสรุปมากขึ้นในการที่จะหาวิธีการวินิจฉัย รักษา รวมทั้งจะได้แก้ไขข้อบกพร่องที่ผ่านมา หรือพัฒนาประสิทธิภาพในการรักษาให้ได้ผลดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

สรุป

รายงานนี้เป็นการศึกษาลักษณะทั่ว ๆ ไป ของผู้ป่วย

อ้างอิง

1. สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์, พิทยา จันทรวงมล, ชูเกียรติ ศกุนตนาค. ลำไส้อุดตันในเด็กของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 8 ปี (พ.ศ. 2519-2526) จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2527 พฤศจิกายน ; 28 (11) : 1273-1284
2. Gibson CL. A study of 1,000 operations for acute intestinal obstruction of gangrenous hernia. Ann Surg 1900; 32 : 486-490
3. Wangenstein OH, Historical aspects of the management of acute intestinal obstruction. Surgery 1969 Feb; 65 (2) : 363-383
4. Waldron GW, Hampton JM. Intestinal obstruction : a half century comparative analysis. Ann Surg 1961 Jun ; 153 (6) : 839-850
5. Bevan PG. Acute intestinal obstruction in the adult. Br J Hosp Med 1982 Sep; 28 (3) : 258-265
6. Gill SS, Eggleston FC. Acute intestinal obstruction. Arch Surg 1965 Oct ; 91 (4) : 589-596
7. Chiedozi LC, Aboh IO, Piserchia NE, Mechanical bowel obstruction, review of 316 cases in Benin city, Am J Surg 1980 Mar; 139 (3) : 389-393
8. Stewardson RH, Bombeck T, Nyhus LM. Critical operative management of small bowel obstruction. Ann Surg 1978 Feb; 187 (2) : 189-193
9. Ellis H. Intestinal Obstruction. New York : Appleton-Century-Crofts, 1982. 1-9, 87-89