

# การผ่าตัดเปิด colostomy แทนวิธี double-end colostomy สามารถทำได้ง่าย ได้ผลดี ดูแลง่าย และสามารถปิด colostomy ได้โดยไม่ต้องผ่าตัดเปิดช่องท้อง: รายงานเบื้องต้น

พงศธร อาสนศักดิ์<sup>1</sup>

**Modified double-end colostomy: easy to perform and take care of and can be closed without laparotomy: preliminary report**

Asanasak P.

Department of Surgery, Songkhla Hospital, Muang, Songkhla, 90100, Thailand

Songkla Med J 2007;25(3):225-230

## Abstract:

*The author hereby presents a method for open colostomy instead of convention double-end colostomy that can be performed and taken care of easily and can be closed without laparotomy. The author also reports 9 cases of open colostomy in this method technique and study on colostomy complications and length of stay (LOS), closure colostomy complications and length of stay (LOS) and time from open till-closure colostomy.*

**Key words:** colostomy, method

---

<sup>1</sup>พบ., วว. (ศัลยศาสตร์ทั่วไป) แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลา อ.เมือง จ.สงขลา 90100  
รับต้นฉบับวันที่ 27 มีนาคม 2550 รับลงตีพิมพ์วันที่ 23 พฤษภาคม 2550

### บทคัดย่อ:

ผู้เขียนได้นำเสนอวิธีการในการเปิด colostomy แทนวิธี double-end colostomy และได้รายงานผู้ป่วย 9 รายที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีดังกล่าว ซึ่งสามารถทำได้ง่ายโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษาดูแลได้ง่าย และสามารถปิด colostomy ได้โดยไม่ต้องผ่าตัดเปิดช่องท้อง และได้ศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการเปิด colostomy และระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล (LOS), ภาวะแทรกซ้อนของการปิด colostomy, ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล (LOS) ภายหลังจากปิด colostomy และระยะเวลาที่ต้องมี colostomy (ระยะเวลาตั้งแต่เปิดจนถึงปิด colostomy)

คำสำคัญ: colostomy, วิธี

### บทนำ

การผ่าตัด colostomy เป็นหัตถการที่ศัลยแพทย์ต้องทำอยู่บ่อยๆ เพื่อเป็นการ rest bowel และลดภาวะแทรกซ้อนของการทำ primary repair/anastomosis โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่บาดเจ็บต่อลำไส้ใหญ่และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ primary repair/anastomosis ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บต่อลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายที่มีภาวะ<sup>1-2</sup>

- ช็อค หรือ ความดันโลหิตต่ำเป็นเวลานาน
- มีการปนเปื้อนภายในช่องท้องอย่างมาก
- ระยะเวลาก่อนการวินิจฉัยจนถึงให้การรักษานานกว่า

6 ชั่วโมง

- มีการบาดเจ็บของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ใหญ่
- มีอวัยวะอื่นได้รับการบาดเจ็บร่วมมากกว่า 2 อวัยวะ
- มีเลือดออกในช่องท้องมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร
- ได้รับเลือดทดแทนมากกว่า 5 ยูนิต
- ต้องใช้วัสดุเทียมเป็นการถาวรในการเย็บปิด

ช่องท้อง

2. ผู้ป่วย colon diverticular disease ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ฝีในช่องท้อง/เยื่อช่องท้องอักเสบ<sup>3</sup>

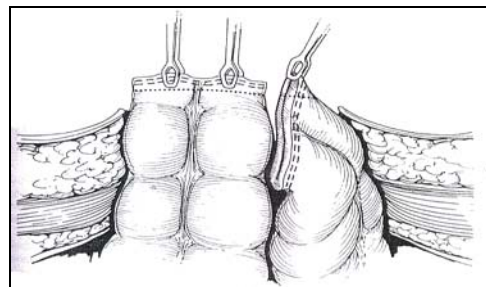
3. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยเฉพาะด้านซ้ายที่มีภาวะอุดตันหรือแตกทะลุ

4. ผู้ป่วยที่ต้องทำ colonic resection และมีการปนเปื้อนในช่องท้องมาก เช่น ผู้ป่วย ischemic colon, foreign body colonic perforation

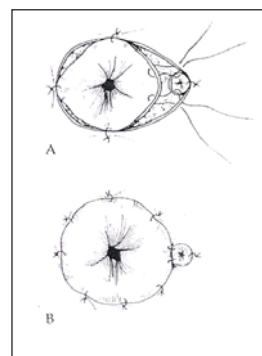
ชนิดของ colostomy ที่ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่เลือกทำในการรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการทำ primary repair/anastomosis คือ double-end colostomy ซึ่งมีข้อด้อยคือ

1. ต้องทำ stoma 2 ตำแหน่ง คือ proximal colostomy และ mucus fistula

2. แพทย์และผู้ป่วยต้องดูแล stoma ทั้งสองตำแหน่ง ทำให้ยุ่งยากมากขึ้น ใช้อุปกรณ์มากขึ้น ถึงแม้ว่า Prasad และคณะ<sup>4</sup> ได้เสนอแนะวิธีทำให้ mucus fistula มีขนาดเล็กและเปิดในตำแหน่งที่ปิดถุงเดียวกับ proximal colostomy ที่เรียกว่า end-loop colostomy ซึ่งการดูแลจะสะดวกขึ้น แต่วิธีการทำค่อนข้างยุ่งยากและต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ดังรูปที่ 1



A



B

รูปที่ 1 การผ่าตัดทำ end-loop colostomy

3. ยังคงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากลำไส้ใหญ่ ส่วนที่ทำการตัดต่ออยู่ในช่องท้อง

4. มีความเสี่ยงจากการปิด colostomy ซึ่งในการเปรียบเทียบประโยชน์ของการทำ colostomy นั้นจะต้องคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนของการปิด colostomy ร่วมพิจารณาด้วย ซึ่ง Parks และคณะ<sup>5</sup>, Pittman และคณะ<sup>6</sup>, Sola และคณะ<sup>7</sup>, Wheeler และคณะ<sup>8</sup> และ Berne และคณะ<sup>9</sup> ได้รายงานไว้ว่ามีภาวะแทรกซ้อนโดยรวมถึงร้อยละ 10-50 ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและสำคัญคือการรั่วของรอยต่อของลำไส้ใหญ่ และการเกิดฝีในช่องท้อง

เนื่องจากการผ่าตัดทำ double-end colostomy มีข้อดีตามที่กล่าวแล้ว ปัจจุบันจึงมีการพัฒนาการทำ primary anastomosis ในผู้ป่วยมากขึ้นโดยทำร่วมกับการทำ intraoperative irrigation<sup>10-13</sup> หรือทำ subtotal colectomy<sup>14</sup> แต่ก็ยังมีผู้ป่วยบางรายที่มีความเสี่ยงและไม่สามารถผ่าตัดทำ primary anastomosis ได้ จึงยังคงมีการทำผ่าตัดแบบ two stage procedure โดยการทำการ colon resection, primary anastomosis และ protective stoma ซึ่ง colostomy ที่ทำนั้นอาจจะเป็น double-end หรือ loop colostomy ก็ได้ สามารถ complete fecal diversion ได้เช่นเดียวกัน (Morris และคณะ<sup>15</sup> ได้ศึกษาโดยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ loop colostomy 23 ราย รับประทานแบเรียม และตรวจไม่พบว่ามีแบเรียมใน distal loop ของผู้ป่วยทุกราย)

เพื่อหลีกเลี่ยงการทำ double-end colostomy ผู้เขียนจึงได้นำเสนอวิธีการเปิด colostomy ที่ทำได้รวดเร็ว มีผลในการ rest bowel และ divert feces ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว, ไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหากผ่าตัดทำ primary anastomosis แต่สามารถดูแลได้ง่าย สะดวก, ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ, มีภาวะแทรกซ้อนจากการปิด colostomy น้อย และที่สำคัญคือไม่ต้องผ่าตัดเปิดช่องท้องในการผ่าตัดครั้งที่สองเพื่อปิด colostomy

### วัสดุและวิธีการ

ผู้เขียนได้คัดเลือกผู้ป่วยภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ที่จำเป็นต้องผ่าตัด colonic resection และเปิด double-end colostomy เนื่องจากมีความเสี่ยงในการทำ primary anastomosis ในโรงพยาบาลสงขลา ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2549 มาทำการผ่าตัดเปิด colostomy โดยวิธีที่นำเสนอ กล่าวคือผู้เขียนจะทำ colon resection และ mobilize colon แบบเดียวกับการทำ primary anastomosis แล้วนำ end ของ colon ทั้งสองข้างขึ้นมาทางรูเปิดหน้าท้องและทำการเย็บ posterior wall ของ colon เข้าด้วยกันและเปิด anterior wall

ไว้เหมือนเป็น loop colostomy (ดังรูปที่ 2) ศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการเปิด colostomy และระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล (LOS), ภาวะแทรกซ้อนของการปิด colostomy, ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล (LOS) ภายหลังปิด colostomy และระยะเวลาที่ต้องมี colostomy



A นำ colon ทั้งสองด้านมาเปิดใน stoma เดียว



B เย็บ posterior wall ของ colon เข้าด้วยกัน



C เย็บ colon ติดกับผนังหน้าท้องเปิดเป็น colostomy

รูปที่ 2 การทำผ่าตัดเปิด colostomy ตามวิธีของผู้เขียน

## ผลการศึกษา

ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2547 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิด colostomy โดยวิธีที่เสนอจำนวน 9 ราย โดยไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเกิดขึ้น โดยมีรายละเอียดของผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

และได้ทำการผ่าตัด closure colostomy ให้กับผู้ป่วยรายที่ 1-7 โดยระยะห่างหลังจากการผ่าตัดครั้งแรกโดยเฉลี่ยประมาณ 6 สัปดาห์ (ระยะเวลาตั้งแต่ 4-8 สัปดาห์) รายที่ 8 ผ่าตัดเปิด colostomy ภายหลังการผ่าตัดครั้งแรกนาน 7 เดือน เนื่องจากรอการให้เคมีบำบัดครบ 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 9 ปฏิเสธผ่าตัดเปิด colostomy

รายละเอียดของการผ่าตัดเปิด colostomy ในผู้ป่วยทั้ง 8 ราย ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนของการเปิด colostomy โดยวิธีที่นำเสนอ 1 รายจาก 9 ราย คือ เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล (LOS) ในการผ่าตัดเปิด colostomy เฉลี่ย 14 วัน

ส่วนการผ่าตัดเปิด colostomy นั้น ไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล (LOS) ในการผ่าตัดเฉลี่ย 7 วัน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมี colostomy เฉลี่ย 6 สัปดาห์ (ไม่ได้อรวมผู้ป่วยรายที่ 8 ซึ่งปิด colostomy ภายหลังให้ยาเคมีบำบัดครบ)

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิด colostomy ตามวิธีของผู้เขียน

รายที่	เพศ	อายุ (ปี)	โรค/ภาวะของผู้ป่วย	การผ่าตัด	ภาวะแทรกซ้อน	LOS (วัน)
1	ชาย	22	gunshot wounds lt.colon/mesocolon/spleen lt.kidney	colonic resection + colostomy + nephrectomy lt. + splenectomy	ไม่มี	8
2	ชาย	26	gunshot wounds lt.colon/small bowel/hemothorax	colonic resection + colostomy + small bowel resection + ICD lt.	ไม่มี	10
3	ชาย	57	gunshot wounds liver/transverse colon	suture liver + colonic resection + colostomy	ไม่มี	11
4	ชาย	61	gunshot wounds liver/rt.kidney/hepatic flexure colon	suture liver + rt.nephrectomy + colonic resection + colostomy	ไม่มี	18
5	หญิง	71	perforate splenic flexure diverticulum	colonic resection + colostomy	wound infection	18
6	ชาย	74	perforate descending colon diverticulum	colonic resection + colostomy	ไม่มี	11
7	ชาย	72	perforate sigmoid ischemic colitis	colonic resection + colostomy	ไม่มี	16
8	ชาย	68	obstruction cancer descending colon	colonic resection + colostomy	ไม่มี	12
9	ชาย	82	obstruction cancer sigmoid colon	colonic resection + colostomy	ไม่มี	18

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปิด colostomy

รายที่	ระยะเวลาที่มี colostomy	ภาวะแทรกซ้อน	LOS (วัน)
1	4 สัปดาห์	ไม่มี	5
2	4 สัปดาห์	ไม่มี	5
3	6 สัปดาห์	ไม่มี	8
4	6 สัปดาห์	ไม่มี	8
5	6 สัปดาห์	ไม่มี	7
6	6 สัปดาห์	ไม่มี	7
7	8 สัปดาห์	ไม่มี	8
8	7 เดือน	ไม่มี	8

## วิจารณ์

การผ่าตัด colostomy มีประโยชน์ในการ rest bowel ในกรณี que ผู้ป่วยมีสภาพไม่พร้อมหรือไม่เหมาะสมต่อการทำ primary anastomosis ศัลยแพทย์จึงยังต้องทำการผ่าตัดเปิด colostomy อยู่ แต่เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ และกลัวมาก<sup>16</sup> รวมทั้งต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในเรื่องของการดูแล stoma ทำให้เป็นภาระทั้งของผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ผู้ดูแล จึงมีการพัฒนาเทคนิคในการผ่าตัดให้ดีขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงการทำ colostomy ไม่ว่าจะเป็น การทำ intraoperative colonic irrigation ก่อนการทำ primary anastomosis หรือการทำ subtotal colectomy ซึ่งก็ได้ผลดีมากขึ้น แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นกัน อีกทั้งยังไม่สามารถทำให้เกิดการ rest bowel ได้ดีเท่ากับการทำ colostomy ประกอบกับ ยังมีผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีข้อจำกัดและความเสี่ยงในการทำ primary anastomosis ดังเช่นผู้ป่วย 9 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ การทำ colostomy จึงเป็นทางเลือกทางหนึ่งที่ศัลยแพทย์จำเป็นต้องทำ ซึ่งการทำผ่าตัด colostomy ร่วมกับการทำ colonic resection โดยวิธีตาม que ผู้เขียนเสนอแนะจะมีข้อดีคือ

1. เป็นการ rest bowel ได้ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า
  2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรั่วของรอยต่อของลำไส้ใหญ่ในช่องท้อง
  3. ทำได้ง่ายสะดวก
  4. ไม่ต้องใช้เครื่องมือราคาแพง หรือเครื่องมือพิเศษ
  5. มี stoma เพียงตำแหน่งเดียว ทำให้สามารถดูแลได้ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแล colostomy ลดลง
  6. สามารถผ่าตัดปิด colostomy ได้ง่ายโดยไม่ต้องเปิดช่องท้อง
  7. มีภาวะแทรกซ้อนจากการปิด colostomy น้อย ดังเช่นในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา แม้ว่า มีหลายรายงาน เช่น Mileski และคณะ<sup>17</sup> ที่ไม่พบความแตกต่างในอัตราการตายจากการทำผ่าตัดปิด loop หรือ end colostomy ก็ตาม
  8. อาจจะทำได้โดยการใช้ยาชาเฉพาะที่<sup>18</sup>
  9. ไม่ต้องรอผ่าตัดปิด colostomy นานถึงสามเดือน ทำให้ระยะเวลาในการดูแล colostomy stoma สั้นลง (ผู้เขียนเสนอแนะว่าในกรณีที่ผู้ป่วยมีความพร้อม อาจจะสามารถทำผ่าตัด closure colostomy ได้ ในการอยู่โรงพยาบาลคราวเดียวกันกับการเปิด colostomy เช่นเดียวกับที่ Barry และคณะ<sup>19</sup> รายงานไว้
- เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในขั้นต้นและจำนวนผู้ป่วยมีน้อย ควรมีการศึกษาที่เปรียบเทียบในผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนต่อไป

## สรุป

การทำ colostomy แบบที่นำเสนอพบว่า ได้ผลดี สะดวก ง่าย ปลอดภัย มีภาวะแทรกซ้อนน้อย และสามารถปิด colostomy ได้โดยไม่ต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้อง

## เอกสารอ้างอิง

1. Hoyt DB, Coimbra R, Potenza B. Management of acute trauma. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editors. Sabiston Textbook of Surgery. 17th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier Saunders; 2004; 483-4.
2. Dharap SB, Satoskar RR. Colorectal injuries [monograph on the internet]. LTM Medical college and LTMG hospital, Sion, Mumbai 400022; 2006 [cited 2007 Feb

- 15]. Available from: [http://www.bhj.org/journal/2000\\_4202\\_apr00/special\\_toc.htm](http://www.bhj.org/journal/2000_4202_apr00/special_toc.htm)
3. Kodner IJ, Fry RD, Fleshman JW, Birnbaum EH, Read TE. Colon, rectum, and anus. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fischer JE, Galloway AC, editors. Principles of Surgery. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 1999;1279-80.
4. Prasad ML, Pearl R, Abcarian H. End-loop colostomy. Surg Gynecol Obstet 1984;158:380-2.
5. Parks SE, Hastings PR. Complications of colostomy closure. Am J Surg 1985;149:672-5.
6. Pittman DM, Smith LE. Complications of colostomy closure. Dis Colon Rectum 1985;28:836-43.
7. Sola JE, Bender JS, Buchman TG. Morbidity and timing of colostomy closure in trauma patients. Injury 1993;24:438-40.
8. Wheeler MH, Barker J. Closure of colostomy - a safe procedure? Dis Colon Rectum 1977;20:29-32.
9. Berne JD, Velmahos GC, Chan LS, Asensio JA, Demetriades D. The high morbidity of colostomy closure after trauma: further support for the primary repair of colon injuries. Surgery 1998;123:157-64.
10. Kim JH, Shon DH, Kang SH, Jang BI, Chung MK, Shim MC. Complete single-stage management of left colon cancer obstruction with a new device. Surg Endosc 2005;19:1381-7.
11. Lau PW, Lo CY, Law WL. The role of one-stage surgery in acute left-sided colonic obstruction. Am J Surg 1995;169:406-9.
12. Lee EC, Murray JJ, Collier JA, Roberts PL, Schoetz DJ. Intraoperative colonic lavage in nonelective surgery for diverticular disease. Dis Colon Rectum 1997;40:669-74.
13. Mealy K, Salman A, Arthur G. Definitive one-stage emergency large bowel surgery. Br J Surg 1988;75:1216-9.
14. Halevy A, Levi J, Orda R. Emergency subtotal colectomy. A new trend for treatment of obstructing carcinoma colon. Ann Surg 1989;210:220-3.
15. Morris DM, Rayburn D. Loop colostomies are totally diverting in adults. Am J Surg 1991;161:668-71.
16. Tresca AJ. Colostomy surgery [monograph on the internet]. Chicago, IL 60693: About Inc.; 2006 [cited 2007 Jan 8]. Available from: <http://ibdcrohns.about.com/cs/ostomyinformation/a/colostomysurg.htm>
17. Mileski WJ, Rege RV, Joehl RJ, Nahrwold DL. Rates of morbidity and mortality after closure of loop and end colostomy. Surg Gynecol Obstet 1990;171:17-21.
18. Cantele H, Mendez A, Leyba J. Colostomy closure using local anesthesia. Surg Today 2001;31:678-80.
19. Barry MR, David VF, Roger S. Same admission colostomy closure (SACC). Ann Surg 1993;218:279-93.