



ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ขอย ศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10320

โทร 0-2716-6141-3 โทรสาร 0-2716-6144 กรุงเทพฯ 10311

Royal College of Surgeons of Thailand

Royal golden Jubilee Building, 2 Soi Soonvijai, New Petchaburi Road Bangkok 10300, Thailand

Tel 66-0-2716-6141-3 FAX 66 0-2716-6144 Bangkok 10300, Thailand

Email Address rcst@surgeons.or.th Website www.surgeons.or.th

แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN SURGERY

สาขา: ศัลยศาสตร์ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เรื่อง: มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับห้าในประเทศไทย อุบัติการณ์ของโรคนี้เมื่อประเมินจากจำนวนผู้ป่วยใหม่ในโรงพยาบาล มีประมาณ 3000-5000 คนต่อปี หรือสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ต่อประชากรเท่ากับ 1:20,000 - 1:12,000 (เทียบกับ 1:1450 ที่สหรัฐอเมริกา) มีแนวโน้มว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในอนาคต เพราะประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์ของโรคมีความสัมพันธ์กับการกินอาหารตามสมัยนิยมที่มีไขมันสัตว์มากและอาหารที่มีเส้นใยหรือกากน้อย โรคเรื้อรังบางชนิดของลำไส้ใหญ่และทวารหนักทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งได้ เช่น ulcerative colitis และลำไส้ที่อักเสบเรื้อรังจากการฉายรังสีในอุ้งเชิงกราน แต่โรคเหล่านี้ยังมีไม่มากนักในประเทศไทย

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่พบในผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นได้ทั้งสองเพศใกล้เคียงกัน ประมาณ 5-10% ของผู้ที่มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดจากความผิดปกติซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีคนในครอบครัวสายตรงที่เป็นมะเร็งชนิดเดียวกันหรือเป็นมะเร็งของอวัยวะอื่น และตนเองก็เป็นมะเร็งตั้งแต่อายุน้อยกว่าปกติและอาจเป็นมะเร็งหลายตำแหน่งในลำไส้ใหญ่และทวารหนักพร้อมกันได้

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักจะกลายมาจากเนื้องอกธรรมดา (polyp) ที่เยื่อผนังภายในลำไส้ เนื้องอกเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องกลายเป็นมะเร็งเสมอไป (โดยรวม 5-10% ใน tubular adenoma, 40% ใน villous adenoma) และโอกาสกลายเป็นมะเร็งขึ้นกับชนิดและขนาดของเนื้องอกเหล่านี้

ประมาณ 60-70% ของมะเร็งจะอยู่ที่ปลายล่างของลำไส้ใหญ่ ได้แก่ที่ sigmoid colon และ rectum แต่ที่ปากทวารหนักจริง ๆ (anus) มีน้อยมากหรือเพียง 1% เท่านั้น

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักลุกลามหรือกระจายออกนอกลำไส้ไปได้หลายทาง เช่น ลามเข้าอวัยวะใกล้เคียง ลามหรือกระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองในลำไส้ หรือกระจายตามกระแสเลือดไปสู่อวัยวะห่างไกล เช่น ตับ ปอด หรือกระดูก สมองหรือเข้าช่องท้อง โดยรวมถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตภายใน 2 ปีหลังจากที่วินิจฉัยได้แล้ว สาเหตุการตายเกิดจากมะเร็งอุดตันลำไส้ หรืออวัยวะอื่นภายในถูกทำลายจากเนื้อมะเร็ง

คำจำกัดความ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่ลุกลามและแพร่กระจายได้ เกิดขึ้นที่เยื่อเมือกภายในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เนื้อเยื่อของมะเร็งมีลักษณะทางพยาธิวิทยา เรียกว่า adenocarcinoma ยังมีมะเร็งชนิดอื่นโดยเฉพาะที่ปากทวารหนัก (ได้แก่ squamous cell carcinoma และ malignant melanoma) ซึ่งพบได้น้อย และแยกพิจารณาไว้ต่างหาก

อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาจเป็นได้ตั้งแต่ไม่มีอาการใด ๆ จนถึงมีอาการหลายอย่างขึ้นกับตำแหน่ง ขนาดและลักษณะอื่นทางกายภาพของก้อนมะเร็ง และการการลุกลามเข้าสู่อวัยวะอื่น ลักษณะที่เด่นคือ อาการเหล่านี้มักเริ่มทีละน้อย เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ อาจใช้เวลาหลายเดือนกว่าจะรุนแรงมาก ผู้ป่วยคนเดียวอาจมีอาการหลายอย่างร่วมกันได้ อาการที่พบได้บ่อยได้แก่

1. **ถ่ายเป็นเลือด** เป็นผลจากการที่ก้อนมะเร็งแตกเป็นแผลและมีเลือดออก เลือดที่ออกมานี้อาจจะปนหรือไม่ปนอยู่ในเนื้ออุจจาระก็ได้ เป็นได้ทั้งเลือดสีคล้ำ ดำแดง หรือแดงสด มักจะออกครั้งละไม่มาก จะมีมูกปนหรือไม่มีก็ได้ ผู้ที่เป็นมะเร็งใกล้ปากทวารมักจะถ่ายเป็นเลือดสีแดง และมีอาการปวดเบ่งปวดถ่ายหรือถ่ายไม่สุดร่วมด้วย ผู้ที่ก้อนมะเร็งอยู่ลึกเลยตำแหน่งปากทวารขึ้นไปมาก มักจะถ่ายเป็นเลือดแดงดำหรือดำคล้ำ บางรายเลือดออกน้อยจนมองไม่เห็นแต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบเลือดในอุจจาระ (fecal occult blood)

2. **ถ่ายอุจจาระผิดปกติ** เช่น ถ่ายอุจจาระก้อนเล็กลง จำนวนอุจจาระที่ถ่ายน้อยลง ความถี่ในการถ่ายอุจจาระลดลงหรือเพิ่มขึ้น หรือถ่ายท้องผูกสลับท้องเสีย อาการเหล่านี้เป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งที่ทำให้ลำไส้ตีบ

3. **แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด** อาการจะทุเลาเมื่อได้ถ่ายอุจจาระหรือผายลม อาการเหล่านี้จะพบได้เมื่อลำไส้ตีบลงมาก และเมื่อตีบตันสนิทอาการเหล่านี้ก็จะรุนแรงมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างรีบด่วน (ฉุกเฉิน)

4. **เพลีย ผอมลง เบื่ออาหาร** มักจะพบในผู้ที่มะเร็งกระจายหรือลุกลามไปมากแล้ว ผู้ที่เสียเลือดอย่างเรื้อรังจากก้อนมะเร็งจนทำให้เกิดภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรงก็มีอาการอ่อนเพลียได้เช่นกัน

5. คลำได้ก้อนในช่องท้อง ก้อนที่ผู้ป่วยคลำได้อาจเป็นก้อนมะเร็งของลำไส้ใหญ่เอง หรือก้อนมะเร็งที่กระจายไปยังอวัยวะอื่นในช่องท้อง

อาการทั้งหมดดังกล่าวมานี้มีได้จำเพาะสำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือทวารหนักเท่านั้น ยังมีโรคอื่น ๆ อีกหลายอย่างที่ทำให้อาการเหล่านี้ได้เช่นกัน

การวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1. ขั้นตอนพื้นฐาน ขั้นตอนเหล่านี้ทำการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และบ่งชี้ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ช่วยบอกขอบเขตการกระจายของมะเร็งได้ถึงระดับที่ทำให้สามารถเลือกการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยได้

1.1 ประวัติและการตรวจร่างกาย

1.2 การใช้นิ้วคลำตรวจทางทวารหนัก (PR) จะช่วยบอกลักษณะ ขนาด และการลามออกนอกผนังของมะเร็งใน rectum ได้ดี

1.3 Anoscopy, Proctoscopy, Sigmoidoscopy การตรวจด้วยกล้องต่าง ๆ เหล่านี้ ใช้ตรวจก้อนที่อยู่ลึกจากปากทวารเข้าไปและสามารถตัดชิ้นเนื้อเพื่อพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา ใช้ตรวจสภาพปลายลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อการผ่าตัด และยังใช้แยกโรคอื่น ๆ ที่ให้อาการคล้ายกับมะเร็งได้ กล้องเหล่านี้ไม่สามารถตรวจลำไส้ใหญ่ได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงต้องใช้ร่วมกับ 1.4

1.4 Ba enema ใช้ร่วมกับ 1.3 เพื่อตรวจสภาพลำไส้ใหญ่ทั้งหมด เพื่อบอกสภาพลำไส้ใหญ่ และเพื่อตรวจหาโรคอื่น ๆ ที่อาจมีอยู่ด้วย เป็นข้อมูลที่สำคัญเพื่อการผ่าตัด

1.5 Colonoscopy : วิธีนี้ใช้ตรวจก้อนมะเร็งและตรวจตลอดลำไส้ใหญ่ได้ อาจใช้แทน 1.3 และ 1.4 การตรวจโดยกล้อง colonoscope ต้องมีการเตรียมลำไส้ให้สะอาด อาจจำเป็นต้องใช้ยาสลบหรือยาแก้ปวดอย่างแรงช่วยขณะทำและต้องใช้นักศัลยกรรมที่ได้รับการฝึกฝนมาโดยเฉพาะ

1.6 การทำ chest x-ray และตรวจเลือดหา liver functions (LFT) : เป็นการหาการกระจายของมะเร็งไปสู่ปอดและตับ เป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย แต่มีความไวไม่มากนัก

1.7 การตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) จำเป็นต้องทำก่อนผ่าตัดเสมอในรายที่เป็นมะเร็งของ rectum ซึ่งการผ่าตัดอาจทำให้มีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระในภายหลัง ในรายที่ก้อนมะเร็งอยู่สูงกว่าระดับ rectum อาจอนุโลมให้ไม่ต้องมีผลการตรวจชิ้นเนื้อก่อนผ่าตัดได้

2. **การตรวจพิเศษ** การตรวจเหล่านี้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในด้านการกระจายของโรค มีประโยชน์ในการพิจารณาเพื่อให้การรักษาด้วยวิธีอื่นที่เสริมการผ่าตัด และเพื่อประโยชน์ในการติดตามผลการรักษา

2.1 Ultrasonography ของตับ : ช่วยบอกการกระจายของมะเร็งในเนื้อตับได้ดีกว่า การตรวจเลือด LFTS.

2.2 Endo-rectal ultrasonography ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขอบเขตการลุกลามของก้อนมะเร็งออกนอกผนังของ rectum และการลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองในบริเวณใกล้เคียง

2.3 CT-scan : ให้ข้อมูลในด้านการลุกลามของโรคเข้าอวัยวะภายใน เช่น อวัยวะในอุ้งเชิงกราน ตับ ปอด ได้ดีกว่าการทำเอกซเรย์ธรรมดา

2.4 Carcino embryonic antigen (CEA) การตรวจหาค่า CEA ในเลือดมีประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งผลิตสาร CEA ถ้ามะเร็งไม่กระจายระดับของ CEA ควรลดลงหลังการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก การตรวจ CA 19-9 ให้ผลคล้ายกันแต่ไม่ไวเท่า CEA

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรคนี้อาจอาศัยการผ่าตัดเป็นหลัก การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เป็นการเสริมการผ่าตัด ซึ่งจะให้เสริมก่อนหรือหลังผ่าตัดก็ได้ ตามข้อบ่งชี้ การรักษาเสริมเหล่านี้ได้แก่ การรักษาด้วยรังสี และการรักษาด้วยยาต่อต้านมะเร็ง (เคมีบำบัด) จะไม่พิจารณาผ่าตัดรักษา ถ้า (ก) ร่างกายไม่แข็งแรงพอที่จะทนการผ่าตัดได้ หรือ (ข) โรคลุกลามไปมากแล้วและคาดว่า การผ่าตัดจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์

มะเร็งที่ยังไม่ลุกลาม

การเตรียมผ่าตัด

1. การผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นการผ่าตัดใหญ่จำเป็นต้องทำในโรงพยาบาล ที่มีบุคลากรและเครื่องมือพร้อม

2. ต้องมีการทำให้ลำไส้สะอาดและลดจำนวนอุจจาระในลำไส้ให้มากที่สุด การทำให้ลำไส้ใหญ่สะอาดเช่นนี้ จำเป็นสำหรับการผ่าตัดที่มีการตัดลำไส้ใหญ่ วิธีการทำให้สะอาดมีหลายวิธี ขึ้นกับสภาพร่างกายผู้ป่วย และความถนัดของบุคลากร อาจใช้เวลาได้ตั้งแต่ 1-3 วัน เช่น ให้กินอาหารที่ไม่มีกาก ให้ยาระบาย สวนอุจจาระ หรือให้กินน้ำยาเพื่อล้างลำไส้ เป็นต้น ไม่ควรทำการเตรียมหรือล้างให้ลำไส้ เช่นนี้ในรายที่ลำไส้ใหญ่รั่วหรือสงสัยว่ามีการอักเสบในช่องท้อง

3. มีการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อขจัดเชื้อแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ที่อาจออกมาเป็นแผล โดยให้ยา

ก่อนผ่าตัดหรือให้ขณะผ่าตัด อาจให้ยาต่อไปอีกกระยะหนึ่งหลังผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องและในรอยแผลผ่าตัด

4. มีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อการดมยาสลบตามวิธีปกติ

การผ่าตัด หลักในการผ่าตัดเพื่อให้หายขาดได้แก่ การตัดลำไส้ส่วนที่มีก้อนมะเร็ง พร้อมทั้งขั้วลำไส้ที่มีต่อมน้ำเหลืองที่รองรับก้อนมะเร็งนั้น ถ้ามีอวัยวะอื่นใดที่ก้อนมะเร็งนั้นลามเข้าไปติดอยู่ก็ต้องตัดออกไปด้วยพร้อมกัน ความยาวของลำไส้ใหญ่ที่จำเป็นต้องตัดออกขึ้นกับ (ก) ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง (ข) ขนาดขั้วลำไส้ที่ต้องตัดออก และ (ค) โอกาสที่จะเกิดมะเร็งซ้ำซ้อนในลำไส้ใหญ่ ในการผ่าตัดที่มีได้หวังผลให้หายขาด เพราะมีการกระจายของโรคไปอวัยวะอื่นแล้ว แต่เป็นการทำเพื่อระงับอาการก็ไม่จำเป็นจะต้องตัดลำไส้ใหญ่ออกมากเท่ากับในการรักษาเพื่อให้หายขาด

วิธีผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีหลายรูปแบบดังนี้

1. ตัดแล้วนำปลายลำไส้ที่เหลือมาต่อกัน

1.1 ถ้าเป็นมะเร็งทางด้านขวาหรือต้นทางของลำไส้ใหญ่ (ตั้งแต่ caecum ไปจนถึง transverse colon) จะหมายถึง ต้องตัดปลายลำไส้เล็กบางส่วนออกด้วยพร้อมกับลำไส้ใหญ่ที่ติดกันลงมาจนเลยก้อนมะเร็งไปประมาณ 5 ซม. และต่อปลายลำไส้เล็กเข้ากับลำไส้ใหญ่ที่ยังเหลือ (right colectomy, extended right colectomy)

1.2 ถ้าเป็นมะเร็งทางด้านซ้ายหรือปลายทางของลำไส้ใหญ่ (ตั้งแต่ descending colon ลงไปจนถึงประมาณ mid rectum) หลังจากตัดแล้วก็ต่อปลายลำไส้ใหญ่ที่เหลือเข้าด้วยกัน (left colectomy, sigmoidectomy, low anterior resection) บางครั้งรอยต่ออาจอยู่ตรงเกือบถึงปากทวารหนักก็ได้ (colo-anal anastomosis)

1.3 สำหรับการต่อลำไส้ที่ลึกลงไปในอุ้งเชิงกราน อาจจำเป็นต้องป้องกันมิให้มีอุจจาระผ่านรอยต่อจนกว่ารอยต่อจะติดกันสนิท ทั้งนี้เพราะรอยต่อเช่นนี้มีโอกาสรั่วง่ายกว่าปกติ และถ้ามีอุจจาระออกมาทางรอยรั่วก็จะทำให้เป็นอันตรายจากการติดเชื้ออย่างรุนแรง ดังนั้นในกรณีที่จำเป็นแพทย์จะนำปลายลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมาเปิดไว้ที่หน้าท้องชั่วคราวประมาณ 1-3 เดือน เมื่อรอยต่อสมานสนิทแล้ว จึงผ่าตัดอีกครั้งเพื่อนำลำไส้ที่เปิดไว้ที่หน้าท้องกลับเข้าช่องท้องตามเดิม

2. ตัดลำไส้ใหญ่รวมทั้งกล้ามเนื้อหูรูดทั้งหมดของทวารหนักและนำปลายบนของลำไส้

มาเปิดไว้หน้าท้อง (abdomino-perineal resection หรือ AP resection) วิธีนี้ทำในรายที่มะเร็ง อยู่ใกล้ปากทวารหนักมาก รอยแผลที่ฝีเย็บตำแหน่งที่เคยเป็นปากทวารหนักเก่า อาจมีการเย็บ ปิดไปตั้งแต่ตอนผ่าตัดหรือปล่อยให้แผลเปิด เพื่อให้แผลปิดเองในภายหลัง

3. ตัดลำไส้แต่ไม่ต่อปลายที่เหลือเข้าด้วยกัน นำปลายที่เหลือทั้งสองด้านมาเปิดไว้ หน้าท้อง หรือนำปลายบนมาเปิดไว้หน้าท้องและเย็บปิดปลายล่าง วิธีนี้มักใช้ในรายที่มะเร็ง ลูกกลมมากในช่องท้อง และรอยต่อหรือลำไส้ใหญ่ปลายทางมีโอกาสตีบตันจากมะเร็งอีกใน ภายหลัง วิธีนี้อาจทำเป็นการชั่วคราว ถ้า (ก) ผู้ป่วยอาการไม่ดีขณะผ่าตัดทำให้ไม่สามารถผ่าตัด นานได้ หรือ (ข) มีอุจจาระออกมาปนเปื้อนช่องท้องมาก หรือช่องท้องอักเสบมาก

4. การตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด และนำลำไส้เล็กมาต่อกับปลายที่ยัง เหลือ (subtotal colectomy, total colectomy, total proctocolectomy with ileoanal anastomosis) มักทำในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งพร้อมกับหลายตำแหน่งในลำไส้ใหญ่ หรือมีเนื้องอก ธรรมดา (polyp) หลายตำแหน่งร่วมกับก้อนมะเร็ง หรือมีโรคอื่นของลำไส้ใหญ่ที่มีแนวโน้มทำให้ เกิดมะเร็งได้ในภายหลัง (เช่น chronic ulcerative colitis)

5. การนำลำไส้ใหญ่เหนือก้อนมาเปิดที่หน้าท้องโดยไม่ตัดลำไส้และก้อนมะเร็งออก วิธี นี้ทำเฉพาะในรายที่โรคลูกกลมมาก และการตัดลำไส้รวมทั้งก้อนมะเร็งทำได้ยากหรือเสี่ยงอันตราย มาก

6. การนำลำไส้เหนือก้อนมาต่อกับลำไส้ใต้ก้อนมะเร็ง โดยไม่ตัดก้อนมะเร็งออกมี ข้อบ่งชี้เช่นเดียวกับข้อ (5)

7. การตัดก้อนมะเร็งและขอบเนื้อที่ดีโดยรอบออกจากภายในทวารหนัก ใช้ได้เฉพาะ ก้อนมะเร็งขนาดเล็กที่ไม่ลามลึกและอยู่ไม่ลึกมากจากปากทวารหนัก ถ้าหลังผ่าตัดตรวจพบว่า ก้อนลามลึกในผนังหรือต่อมน้ำเหลืองมีมะเร็งอยู่ ก็จำเป็นต้องทำผ่าตัดเพิ่มเติม (ดูข้อ 2) หรือให้ การรักษาต่อโดยรังสีหรือเคมีบำบัด

ปัญหาแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1. แผลผ่าตัดอักเสบเป็นหนอง เกิดได้บ่อยกว่าการผ่าตัดอวัยวะอื่นในช่องท้อง เป็น เพราะเชื้อแบคทีเรียของลำไส้ออกมาเป็นแผลขณะผ่าตัด เมื่อแผลอักเสบเป็นหนองก็ต้องเปิด แผลระบายหนอง และทำแผลจนกว่าแผลจะหาย

2. ปัสสาวะลำบาก ส่วนใหญ่จะเป็นชั่วคราว พบได้ในผู้ที่ต้องทำผ่าตัดลำไส้ใหญ่ใน อู่เชิงกรานเนื่องจากระบบประสาทที่ควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้รับความกระทบกระเทือนอย่าง หลีกเลียงไม่ได้ อาจจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้หลายวัน หรือต้องมีการตรวจการทำงานของ กระเพาะปัสสาวะ หรือมีมาตรการเสริมเพื่อกระตุ้นการถ่ายปัสสาวะ

3. ถ่ายอุจจาระบ่อย เกิดได้จากหลายสาเหตุ

3.1 เป็นจากลำไส้ที่สั้นลง

3.2 เป็นเพราะความรู้สึกแยกแยะจำนวนและลักษณะของอุจจาระผิดปกติไป พบในผู้ที่มีการผ่าตัดใกล้ปากทวารหนัก หรือมีการฉายรังสีที่บริเวณปากทวารหนักร่วมกับการผ่าตัด อาการถ่ายอุจจาระบ่อยเช่นนี้จะค่อย ๆ ดีขึ้นและเป็นปกติหรือเกือบปกติภายใน 1-2 ปีหลังการผ่าตัด ในระยะแรกอาจต้องควบคุมโดยการให้ยาที่เหมาะสมเพื่อลดการขับถ่าย

4. รอยต่อลำไส้รั่ว มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในการตัดต่อลำไส้เล็กในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะในผู้ที่เคยได้รับรังสีรักษาบริเวณนี้มาก่อน ถ้ารอยรั่วมีขนาดใหญ่จะมีผลหลายอย่างได้แก่

4.1 อุ้งเชิงกรานอักเสบ เป็นหนอง

4.2 รอยต่อตีบลงในภายหลัง

มาตรการในการรักษามีหลายอย่าง ตามความรุนแรง เช่น ให้งดกินอาหาร ให้น้ำเกลือ และให้อาหารทดแทนทางหลอดเลือด ให้อาบน้ำอุ่นๆ ผ่าตัดระบายหนองออก หรือนำลำไส้มาเปิดไว้ที่หน้าท้องชั่วคราวหรือถาวร เป็นต้น

5. รอยต่อลำไส้ตีบ อาจเกิดขึ้นในระยะแรกหลังผ่าตัดเพราะรอยต่อบวมหรือถูกบีบรัดจากพังผืด หรือเกิดขึ้นหลายเดือนหลังผ่าตัดจากแผลเป็นของรอยต่อที่หดลง หรือจากมะเร็งที่เกิดขึ้นอีก การรักษามีหลายวิธีตามสาเหตุและความรุนแรงของอาการ และอาจรวมถึงการทำผ่าตัดเพื่อคลายการบีบรัดจากพังผืด หรือเพื่อทำการตัดต่อใหม่ หรือเพื่อนำลำไส้มาเปิดไว้หน้าท้อง

6. อวัยวะเพศชายไม่แข็งตัวและหรือไม่มีน้ำสุจิจอก อาจเกิดขึ้นได้ในรายที่ทำผ่าตัดปลายลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่อยู่ลึกในอุ้งเชิงกราน เพราะระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะเพศต้องกระทบกระเทือนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่นเดียวกับในข้อ 2

7. ปัญหาแทรกซ้อนจากการนำลำไส้มาเปิดไว้หน้าท้อง

7.1 ผิวน้ำรอบลำไส้อักเสบ เพราะถูกน้ำอุจจาระกัด รักษาได้โดยทำความสะอาด

ให้ยาทาระงับการอักเสบ และใช้ถุงรองรับอุจจาระที่กระชับพอดีกับรอยเปิดลำไส้

7.2 ลำไส้ที่เปิดไว้บวม พบได้เสมอในระยะแรกจะยุบลงเองในภายหลัง

7.3 ลำไส้ยื่นออกมามาก ถ้าเป็นมากก็ต้องผ่าตัดแก้ไข

7.4 ปลายเปิดลำไส้ตาย อาจเป็นได้บางส่วนหรือทั้งหมด ถ้าเป็นรุนแรงก็ต้องผ่าตัดแก้ไข

7.5 มีเลือดออกจากปลายลำไส้ สามารถรักษาได้โดยการเย็บหรือผูกเส้นเลือดที่เป็นสาเหตุ หรือใช้สารเคมี (silver nitrate) หรือไฟฟ้าจี้ในบางกรณีก็ได้

7.6 รอยเปิดลำไส้ตีบ ถ้าตีบมากจนทำให้การถ่ายไม่สะดวก ก็สามารถรักษาได้โดยถ่ายขยาย

รอยเปิดเป็นครั้งคราว หรือโดยการผ่าตัด

7.7 มีไส้เลื่อนเกิดขึ้นในใกล้รอยเปิดลำไส้ ถ้าเป็นมากต้องผ่าตัดแก้ไข

มะเร็งที่ทำให้ลำไส้ใหญ่อุดตัน

คำจำกัดความ : หมายถึงมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือทวารหนักที่ทำให้ลำไส้ใหญ่หรือทวารหนักอุดตันสนิทหรือเกือบสนิท จนทำให้เกิดอาการรุนแรงต้องรีบทำผ่าตัดแก้ไข โดยที่ไม่สามารถเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดได้

การวินิจฉัย การวินิจฉัยลำไส้ใหญ่หรือทวารหนักอุดตันจากมะเร็งมักจะทำได้ไม่ยาก และมีขั้นตอนดังนี้

1. ประวัติและการตรวจร่างกาย รวมทั้งการใช้นิ้วคลำตรวจในทวารหนัก (PR)
2. เอกซเรย์ช่องท้องท่านอนและหรือท่านยืน ควรทำเสมอ จะเห็นระดับการอุดตันได้คร่าว ๆ
3. Ba enema จุดประสงค์เพื่อให้เห็นตำแหน่งและสาเหตุที่อุดตันและสภาพของลำไส้ต่ำกว่าบริเวณที่อุดตัน ไม่ต้องการตรวจลำไส้สูงกว่าระดับที่อุดตันขึ้นไป เพราะแบเรียมที่ผ่านรอยตีบตันขึ้นไปอาจตกค้างและอุดลำไส้จนตันสนิทได้
4. การตรวจด้วยกล้อง sigmoidoscope ไม่จำเป็นเพื่อวินิจฉัยภาวะลำไส้อุดตัน แต่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและหรือสภาพของลำไส้ต่ำกว่าบริเวณที่อุดตัน ซึ่งมีประโยชน์ถ้าจำเป็นต้องรักษาโดยการตัดต่อลำไส้
5. การตรวจด้วยกล้อง colonoscope ไม่จำเป็นและไม่เหมาะสมสำหรับสภาพผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

การรักษา

เป้าหมาย การรักษามีเป้าหมายหลักเพื่อให้หายจากอาการลำไส้อุดตัน การรักษามะเร็งเป็นเป้าหมายรองซึ่งอาจพิจารณาทำพร้อมกันกับการรักษาภาวะลำไส้อุดตัน หรือทำในภายหลังเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การผ่าตัดรักษา

1. เป็นการผ่าตัดใหญ่ จำเป็นต้องทำในสถานพยาบาลที่มีเครื่องมือ บุคลากรตลอดจนอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่าง ๆ
2. ก่อนการผ่าตัดจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อมที่สุดสำหรับการผ่าตัด
3. มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการวางยาสลบ

4. รูปแบบของการผ่าตัดรักษา การผ่าตัดรักษามีหลายรูปแบบ ขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย ลักษณะหรือสภาพของลำไส้ที่ถูกอุดตัน ตำแหน่งที่อุดตัน การกระจายของมะเร็งทั้งในและนอกช่องท้อง ความพร้อมของบุคคลากรและเครื่องมือ

4.1 นำลำไส้ใหญ่เหนือบริเวณที่อุดตันมาเปิด ให้อุจจาระระบายออกทางหน้าท้อง (colostomy) วิธีนี้อาจจำเป็นต้องทำอย่างถาวรในรายที่มะเร็งกระจายไปมากแล้ว แต่ส่วนใหญ่มักเป็นการทำชั่วคราวสำหรับผู้ป่วยที่อาการหนักมากหรือสภาพเครื่องมือ

และบุคคลากรไม่เหมาะสำหรับการทำผ่าตัดใหญ่กว่านี้ ในกรณีที่เป็นการทำชั่วคราวจะมีการผ่าตัดอีกครั้งเพื่อตัดลำไส้ที่เป็นมะเร็งและต่อปลายที่เหลือเข้าด้วยกัน ส่วนลำไส้ที่นำมาเปิดไว้ที่หน้าท้อง อาจใส่กลับลงไปในช่วงท้องในคราวเดียวกันนี้หรือในคราวต่อไปก็ได้

4.2 ตัดลำไส้ใหญ่บริเวณที่มีก้อนมะเร็งอุดตันรวมทั้งลำไส้ใหญ่ทั้งหมดที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งนี้ และนำลำไส้เล็กมาต่อกับลำไส้ใหญ่ที่ยังเหลือ (right colectomy, subtotal colectomy, total colectomy)

4.3 ตัดลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีก้อนมะเร็ง แล้วนำปลายลำไส้ใหญ่ที่ยังเหลือมาเปิดไว้หน้าท้อง วิธีนี้มักทำเป็นกรณีชั่วคราว และจะมีการผ่าตัดอีกครั้งเพื่อต่อปลายลำไส้เข้าด้วยกันประมาณ 2-3 เดือนหลังการผ่าตัดครั้งแรก

4.4 ตัดลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีก้อนมะเร็งและต่อปลายที่เหลือเข้าด้วยกัน วิธีนี้มักต้องทำร่วมกับการทำให้ลำไส้ใหญ่ที่ยังเหลือสะอาดและมีอุจจาระน้อยที่สุดก่อนจะทำการต่อลำไส้

4.5 ต่อลำไส้เหนือก้อนมะเร็งเข้ากับลำไส้ที่อยู่ใต้ตำแหน่งที่ถูกอุดตัน (by-pass operation) วิธีนี้ใช้กับผู้ที่มีมะเร็งลุกลามมากแล้ว และการตัดมะเร็งออกมีอัตราเสี่ยงสูง

4.6 วิธีอื่น ๆ เช่น การทำลายมะเร็งที่อุดตันด้วยความร้อนหรือแสงเลเซอร์ หรือสอดท่อผ่านรอยตีบโดยใช้กล้อง (scope) ช่วย วิธีเหล่านี้เป็นการรักษาภาวะอุดตันที่ยังไม่แพร่หลาย เพราะต้องใช้เครื่องมือพิเศษ เป็นการรักษาชั่วคราวเพื่อเตรียมผู้ป่วยไว้สำหรับการผ่าตัดมะเร็งภายหลัง หรือเหมาะสำหรับรายที่โรคลุกลามไปมากแล้วและไม่สามารถผ่าตัดมะเร็งออกได้

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยรังสีและเคมีบำบัด รูปแบบของการรักษาทั้งสองวิธีนี้มีหลากหลาย ขึ้นกับเครื่องมือที่มี ข้อบ่งชี้ทางเทคนิคและสภาพของผู้ป่วย แต่ทั้งสองวิธีนี้มีได้เป็นการรักษาหลักในการที่จะทำให้หายขาดจากโรค และมีที่ใช้ดังนี้

1. เพื่อเสริมการผ่าตัดรักษาในบางราย (ดูข้อบ่งชี้) เพื่อลดโอกาสการเกิดเป็นซ้ำที่ตำแหน่งเดิม หรือช่วยเพิ่มโอกาสการเกิดเป็นซ้ำที่ตำแหน่งเดิม หรือช่วยเพิ่มโอกาสให้หายขาด อาจใช้ก่อนหรือหลังการผ่าตัดก็ได้
2. เพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการในผู้ป่วยที่โรคไม่หายหรือกลับเป็นอีก

ข้อบ่งชี้ในการใช้เพื่อเสริมการผ่าตัด

1. มะเร็งลำไส้ใหญ่ในอุ้งเชิงกราน (rectum)
 - 1.1 สงสัยหรือมีเนื้อมะเร็งตกค้างหลังการผ่าตัด
 - 1.2 ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่
 - 1.3 ก้อนมะเร็งลามทะลุผนังลำไส้ออกมา
 - 1.4 มะเร็งกระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองในซั้วลำไส้
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่นอกอุ้งเชิงกราน (colon)
 - 2.1 มะเร็งลามมาเข้าผนังช่องท้อง
 - 2.2 มะเร็งกระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองในซั้วลำไส้

ข้อบ่งชี้ในการใช้เพื่อบรรเทาอาการ

1. มะเร็งที่เกิดซ้ำหรือไม่สามารถตัดออกได้
2. มะเร็งกระจายเข้าอวัยวะอื่น ๆ

การติดตามผลการรักษา

เหตุผล

1. ผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เมื่อได้รับการรักษาแล้วอาจมีปัญหาในการดูแลตนเองจากโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด หรือการฉายรังสี หรือการให้เคมีบำบัด และอาจมีมะเร็งเกิดขึ้นมาอีกได้
2. ปัจจัยอื่นที่ลำคัญนอกเหนือจากการรักษาที่กำหนดว่ามะเร็งจะหายขาดหรือไม่ ได้แก่ การลุกลามของก้อนมะเร็งตั้งแต่ต้น (ดูจากขอบเขตการลุกลามในผนังลำไส้, การกระจายเข้าต่อมน้ำเหลือง และการกระจายไปสู่อวัยวะภายในอื่น ๆ) ผู้ที่โรคไม่หายส่วนใหญ่จะมีอาการของโรคมะเร็งขึ้นมามากภายใน 2 ปีหลังการรักษาครั้งแรก และเมื่ออาการเกิดขึ้นก็จำเป็นต้องวินิจฉัยและรักษาเพื่อยืดระยะเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างสบายไปให้นานที่สุด
3. เมื่อรักษาจนมะเร็งหายขาดแล้ว ลำไส้ใหญ่ที่ยังเหลือก็ยังมีโอกาสเกิดมะเร็งใหม่ได้

จุดมุ่งหมาย

1. เพื่อวินิจฉัยและแก้ไขปัญหาแทรกซ้อนของการรักษา
2. เพื่อวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งที่ไม่หายขาด หรือเกิดขึ้นใหม่

วิธีการ

1. ชักประวัติและตรวจร่างกาย ทุก 3-6 เดือนใน 5 ปีแรก จากนั้นทุก 6-12 เดือน
2. ทำการเอกซเรย์ปอดทุกปี และเมื่อมีข้อบ่งชี้
3. ตรวจสภาพของตับเมื่อมีข้อบ่งชี้
4. ตรวจลำไส้ใหญ่ที่ยังเหลือ (Ba enema และ sigmoidoscopy, หรือโดย colonoscopy) ทุกปี 3 ครั้ง จากนั้นทุก 3 ปี
5. ตรวจ CEA ทุก 3-6 เดือนใน 5 ปีแรก และจากนั้นทุก 6-12 เดือน หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้
6. สำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งจากสาเหตุทางพันธุกรรม มีโอกาสเป็นมะเร็งในอวัยวะอื่นได้ง่าย อวัยวะเหล่านี้ได้แก่ กระเพาะอาหาร เต้านม อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีและระบบปัสสาวะ ดังนั้นนอกเหนือไปจากการตรวจร่างกายธรรมดาแล้ว ควรมีการตรวจพิเศษ (เช่น เอกซเรย์ การส่องกล้อง การตรวจเลือดหา tumour marker การตรวจปัสสาวะ) ตามความเหมาะสม ทุก ๆ 1-3 ปี

มะเร็งปากทวารหนัก

คำนำ มะเร็งบางชนิดมีลักษณะของเนื้อเยื่อและรูปแบบการลุกลามที่แตกต่างไปจาก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักชนิดที่พบบ่อยที่สุด (adenocarcinoma) แต่มะเร็งเหล่านี้พบได้น้อย ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ปากทวารหนัก ลักษณะเฉพาะทางพยาธิเรียกว่า squamous cell carcinoma (epidermoid carcinoma, basilloid carcinoma, mucoepidermoid carcinoma) ยังมีมะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่พบได้น้อยมาก เช่น malignant melanoma ซึ่งจะไม่กล่าวถึงในที่นี้

มะเร็งปากทวารหนักอาจโตเป็นก้อนหรือแตกเป็นแผลเรื้อรัง ลุกลามโดยกินลึกเข้าไป ทำลายกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนัก หรือกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ หรือตามกระแสเลือด ไปอวัยวะอื่นที่อยู่ห่างไกล มะเร็งที่อยู่ภายในทวารหนักอาจลามไปทางระบบน้ำเหลืองของลำไส้ใหญ่ในช่องท้องได้ด้วย

คำจำกัดความ หมายถึงมะเร็งที่เกิดขึ้นที่ปากทวารหนักและอยู่ลึกเข้าไปในทวารหนักไม่เกิน 4 ซม. ลักษณะทางพยาธิเป็นเนื้อมะเร็งชนิด squamous cell carcinoma มะเร็งชนิดนี้พบได้ประมาณ 1%ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด เป็นโรคของผู้สูงอายุและพบได้ทั้งสองเพศ

อาการ มีหลายอย่างและอาจเกิดร่วมกัน

1. เป็นแผลเรื้อรังที่ขอบทวาร แผลมีขอบนูนแข็งขรุขระ โตขึ้นเรื่อย ๆ
2. มีเลือดแดงออกทางทวาร ออกพร้อมกับอุจจาระหรือไม่ก็ได้

3. มีก้อนยื่นออกจากปากทวารเวลาเบ่งหรือมีก้อนคาปากทวารตลอดเวลา
4. ปวดที่ขอบทวาร ปวดมากเวลาเบ่งถ่าย เป็นเรื้อรังและรุนแรงขึ้น
5. ถ่ายอุจจาระลำบาก
6. ลำไส้ใหญ่อุดตัน

การวินิจฉัย

1. จากประวัติและการตรวจร่างกายรวมทั้งการใช้นิ้วมือตรวจในทวารหนัก
2. การตรวจด้วยกล้องตามความเหมาะสมเช่น anoscope, proctoscope และ sigmoidoscope
3. การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิ จำเป็นต้องทำเสมอ
4. การตรวจเพื่อการวินิจฉัยอื่น ๆ เหมือนในหัวข้อมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การรักษา

เป้าหมาย

1. เพื่อให้หายขาดจากโรคโดยที่ยังสามารถถ่ายทางทวารหนักได้ตามปกติ
2. เพื่อระงับหรือทุเลาอาการ

วิธีการ สามารถรักษาได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด การลุกลามของมะเร็ง และเครื่องมือที่มี และจำเป็นต้องรักษาในสถานพยาบาลที่มีเครื่องมือพร้อม

1. โดยการตัดก้อนมะเร็งออกพร้อมกับขอบผิวหนังและเนื้อเยื่อที่ยังปกติ สำหรับการผ่าตัดในรายที่มะเร็งลุกลามเข้ากล้ามเนื้อหูรูดแล้ว หมายถึงการตัดทวารหนักและกล้ามเนื้อหูรูดออก แล้วนำลำไส้มาเปิดให้ถ่ายออกหน้าท้อง
2. โดยใช้รังสีรักษา ซึ่งอาจใช้ร่วมกับเคมีบำบัด
3. โดยใช้รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด และเสริมด้วยการผ่าตัดถ้ายังมีมะเร็งเหลืออยู่
4. มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ รักษาโดยการตัดออกหรือโดยการฉายรังสีและเคมีบำบัด

การติดตามผลการรักษา

1. โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ทุก 6 เดือนถึง 1 ปี
2. โดยการทำการเอกซเรย์ปอด ปีละครั้งและเมื่อมีข้อบ่งชี้
3. ตรวจสภาพของตับ เมื่อมีข้อบ่งชี้
4. โดยการตรวจพิเศษอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

CPG-S code : 27C00

Correspondence

นพ.สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ

นพ.ทวิสิน ต้นประยูร

ฝ่ายวิชาการ รวสท.

แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรมนี้ จัดทำขึ้น โดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ แต่ละสาขาได้ร่วมกันให้ความคิดเห็น ร่าง แก้ไข สรุป และจัดทำเป็นเอกสาร โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ศัลยแพทย์ และแพทย์ทั่วไปได้ใช้เป็นหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านศัลยกรรมที่พบบ่อยและ หรือ มีความสำคัญ กับการเพิ่มพูนความรู้ให้ทันต่อยุคสมัย เพื่อให้การรักษามีมาตรฐานจัดทำขึ้นในลักษณะของ **managed care guideline** มิใช่ตำราและห้ามนำไปใช้อ้างอิงในทางอื่น โดยมีได้รับอนุญาตจากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย