Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

Sigmoid และ Rectosigmoid Colon ทะลุในผู้ป่วยกลืนเมล็ดกระท้อน

สมเดช แจ้งศรีสุข

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี

บทคัดย่อ ในช่วงเวลาจากปี พ.ศ. 2536 ถึง พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยจำนวน 25 ราย เข้ามารักษาตัวใน โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ด้วยโรค sigmoid และ rectosigmoid colon perforation ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการผ่าตัดและพบมีเมล็ดกระท้อนอยู่ในลำไส้ใหญ่บริเวณนั้น ทำให้ตั้งสมมุติฐานว่าเมล็ดกระท้อนมีส่วนเกี่ยวข้องหรือเป็นสาเหตุของการเกิดลำไส้ทะลุ การศึกษาพบว่าร้อยละ 60 มีวินิจฉัยเบื้องต้นว่า 8 รายป็น peritonitis ตัดส่วนลำไส้ที่ทะลุออก และยก proximal loop colostomy ในผู้ป่วย 8 ราย อาจสรุปสาเหตุของการทะลุได้เป็น 3 แนวทางคือ 1. เป็น Stercoral perforation 2. เกิดจากความดันเพิ่มขึ้นเฉียบพลันในลำไส้บริเวณนั้นหรือ 3. ลำไส้นั้นเป็นโรคอื่นอยู่ก่อนแล้ว และเมล็ดกระท้อนเป็นตัวกระตุ้นให้ลำไส้นั้นทะลุออกมา การวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดทำได้ยาก เพราะมักคิดถึงโรคอื่นที่พบได้บ่อยกว่า การรักษามีวิธีการผ่าตัดคล้าย colo- rectal perforation จากสาเหตุอื่น มีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายอย่างที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัด เช่น สภาวะของผู้ป่วย ความสกปรกภายในช่องท้อง อย่างไรก็ตามกระท้อนให้ผลิตผลออกมาเป็นฤดูกาลเฉพาะในช่วงเดือนเมษายน ถึงกรกฎาคมเท่านั้น ถ้ารณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนในช่วงเดือนเหล่านี้ อาจป้องกันหรือลดอุบัติการของการเกิดโรคนี้ลงได้บ้าง

คำสำคัญ: **sigmoid และ rectosigmoid colon perforation, เมล็ดกระท้อน**

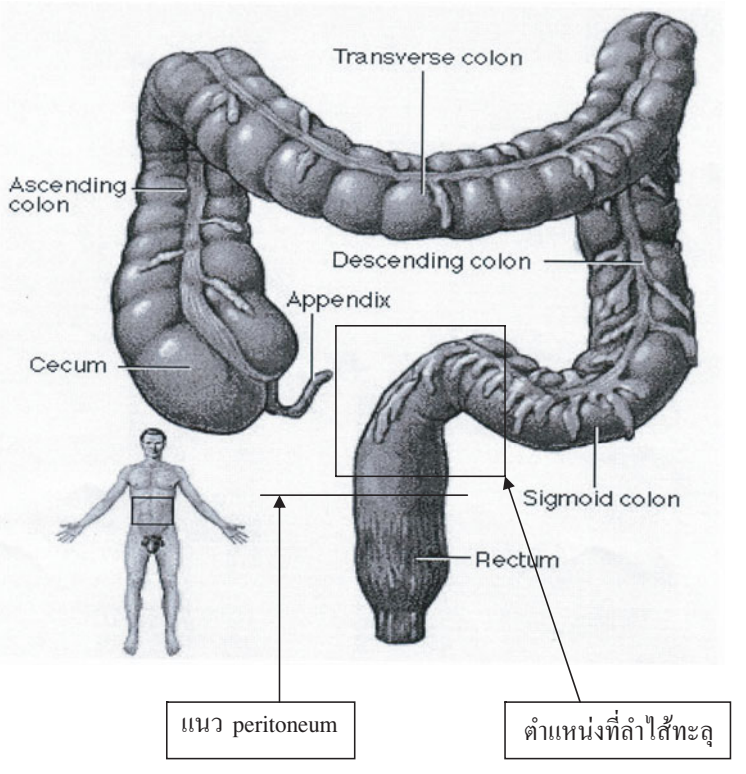
บทนำ

สาเหตุของ sigmoid และ rectosigmoid colon ทะลุ ส่วนมากจะเกิดจาก penetrating injury[1] ในปัจจุบันพบเป็น iatrogenic มากขึ้นจากการทำ coloscopy หรือเกิดจากความผิดปรกติทางเพศและวัตถุแปลกปลอมต่าง ๆ ส่วนโรคที่ทำให้ลำไส้บริเวณนี้ทะลุที่พบบ่อยที่สุดเป็น diverticulitis รองลงไปเป็น inflammary bowel disease อื่น[1] carcinoma พบว่ามักทำให้เกิดการอุดตันมากกว่าที่จะทำให้ลำไส้ทะลุ

กระท้อน (Sandoricum koetjape : Santol) เป็นผลไม้เมืองร้อนที่ให้ผลผลิตออกมาในช่วงเดือนเมษายน ถึงกรกฎาคม ปัจจุบันกระท้อนยังไม่สามารถเร่งให้ออกผลนอกฤดูกาลได้ แต่สามารถ ทำให้ขนาดของผลใหญ่มากจนสามารถส่งไปจำหน่ายยังต่างประเทศได้ และ

หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน

ผลไม้ยักษ์ - กระท้อนพันธุ์อีกง หนึ่งในผลไม้ที่นำมาจำหน่ายในงานอกษตรจังหวัดปราจีนบุรี ที่จะมีขึ้นระหว่างวันที่ 24 พฤษภาคม-1 มิถุนายน บริเวณหน้าอาคารพระบรมราชานุสาวรีย์รัชกาลที่ 5 อ.เมืองปราจีนบุรี ในงานนี้ยังมีมะม่วง ฝักยาว ใหญ่รสดี มาโชว์และจำหน่ายเพื่อส่งเสริมอินค้าเกษตรและการท่องเที่ยวของ จ.ปราจีนบุรี



รูปที่ 1 แสดงบริเวณลำไส้ทะลุ

เป็นที่นิยมกินกันหมู่ประชาชนเป็นของหวานหรืออาหารว่าง

ในเดือนเมษายนถึงกรกฎาคม พบมีผู้ป่วยหลายรายที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลัน ซึ่งได้รับการทำผ่าตัดแล้วพบว่ามี sigmoid และ rectosigmoid colon ทะลุร่วมกับพบเมล็ดกระท้อนอยู่ภายในลำไส้ส่วนนั้น (รูปที่ 1)

ในระยะแรกคาดว่าเป็นความบังเอิญที่พบผู้ป่วยที่กลืนเมล็ดกระท้อนลงไป แต่ในระยะหลังพบผู้ป่วยได้ทุกปีในช่วงเดียวกันนี้ จึงคาดว่าน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกัน ได้นำเมล็ดกระท้อนมาศึกษาพบว่าเมล็ดนั้นค่อนข้างใหญ่กว่าในอดีตมาก ไม่สามารถย่อยให้แตกสลายได้ มีสันของเมล็ดตามแนวยาวและมีปลายแหลมทั้งสองด้าน แต่ไม่น่าคมพอที่จะทิ่มแทงจนลำไส้ทะลุได้

ความสำคัญของ sigmoid และ rectosigmoid colon ทะลุ คือผู้ป่วยประเภทนี้มักมีโอกาสติดเชื้อร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 25-35[1] สาเหตุมาจากการวินิจฉัยที่ล่าช้าและการรักษาไม่พอเพียง ถ้าวินิจฉัยและผ่าตัดในเวลาอันรวดเร็ว จะลดอัตราการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และอัตราการตายลงได้มาก

เพื่อประมวลความรู้เรื่องเมล็ดกระท้อนที่ถูกกลืนลงผ่านส่วนต่าง ๆ ของทางเดินอาหารจนถึง sigmoid และ rectosigmoid colon จนทำให้ลำไส้ส่วนนี้ทะลุ จึงได้ติดตามการรักษาผู้ป่วยย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2536 จนถึง พ.ศ. 2550 เป็นเวลา 15 ปี เพื่อหาข้อมูลทาง พยาธิวิทยาที่จะนำไปสู่สมมุติฐานการทะลุของลำไส้ใหญ่ในบริเวณนั้น พร้อมทั้งแนวทางการรักษา และการป้องกันที่ดีที่สุดที่จะสามารถหลีกเลี่ยงการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา เนื่องจากเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้

วิธีการศึกษา

ศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาโดยวิธีการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 ถึง พ.ศ. 2550 โดยเก็บข้อมูลเฉพาะในช่วงฤดูกระท้อนคือประมาณเดือนเมษายนไปถึงเดือนกรกฎาคม ของทุกปี เฉพาะผู้ป่วย sigmoid และ rectosigmoid colon และพบเมล็ดกระท้อนอยู่ในลำไส้บริเวณนั้น รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย สิ่งค้นพบในระหว่างการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดรักษา ผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยบางคนที่ได้ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผลการผ่าตัดรักษา เพื่อนำข้อมูลมาศึกษาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วย

พบผู้ป่วยรวม25คน เป็นผู้ป่วยเพศชาย 14 คน และผู้ป่วยหญิง 11 คน ช่วงอายุที่พบว่ามีการทะลุของลำไส้ใหญ่มากที่สุดคือ ช่วงอายุ 61-70 ปีถึง 10 คน และมีผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป 18 คนคิดเป็นร้อยละ 72

ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 36 ปี ผู้ป่วยอายุมากที่สุด 87 ปี

รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละเพศและในแต่ละช่วงอายุ

ช่วงอายุ	เพศของผู้ป่วย		รวม
	ชาย	หญิง	
31 - 40	2	-	2
41 - 50	-	1	1
51 - 60	3	1	4
61 - 70	6	4	10
71 - 80	2	2	4
81 - 90	1	3	4
รวม	**14**	**11**	**25**

2. การให้การวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด

ไม่มีผู้ป่วยรายใดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น sigmoid และ rectosigmoid colon ทะลุ ก่อนการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ประวัติชัดเจนเรื่องการกลืนเมล็ดกระท้อน จึงวินิจฉัยเป็นโรคอื่น มีผู้ป่วย 15 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็น peritonitis ร้อยละ 60 ได้รับการวินิจฉัยเป็น peptic ulcer perforation เนื่องจากมี free air ใต้กระบังลม 5 ราย ร้อยละ 20 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น appendicitis และ abdominal pain อย่างละ 2 ราย ร้อยละ 8 ทั้งสองอาการ มี gut obstruction 1 ราย ร้อยละ 4 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคก่อนการทำผ่าตัด

โรคที่ให้การวินิจฉัยก่อนผ่าตัด	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
Peritonitis	15	60
Peptic ulcer perforation	5	20
Appendicitis	2	8
Abdominal pain	2	8
Gut obstruction	1	4
รวม	**25**	**100**

3. วิธีการผ่าตัดรักษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยทั้ง 25 รายได้รับการทำ laparotomy พบมีแผลทะลุที่บริเวณ sigmoid และ rectosigmiod colon (รูปที่ 1) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของแผลประมาณ 0.5-1.5 เซนติเมตร ทุกแผลอยู่ในตำแหน่ง antemesenteric

ผู้ป่วย 6 ราย ได้รับการเย็บซ่อมลำไส้และยก proximal loop colostomy ไว้ มีผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย

ผู้ป่วย 11 ราย ได้รับการเย็บซ่อมหรือตัดลำไส้แล้วปิดส่วนปลายของลำไส้ไว้ในช่องท้อง และยกส่วนของลำไส้เป็น colostomy (Hartmann operation) วิธีนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิต 3 ราย

ตัดส่วนของลำไส้ที่ทะลุออก และต่อลำไส้ให้ใหม่

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในแต่ละวิธี

วิธีการผ่าตัดรักษา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	เสียชีวิต (ราย)
1. Repair colon č proximal loop colostomy	6	2
2. Hartmann operation	11	3
3. Colon resection č proximal loop colostomy	8	1
รวม	**25**	**6 (24%)**

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางชิ้นเนื้อ

ผลการตรวจชิ้นเนื้อ	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
Acute inflamatomy process	12
Diverticulitis	2
Ulceration colitis	1
รวม	**15**

แล้วยก proximal loop colostomy ไว้ทำใน 8 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย

มีผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 24

ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้ง 6 ราย อายุ 56, 70, 82, 84, 86 และ 87 ปี

รายละเอียดการผ่าตัดสรุปในตารางที่ 3

4. ผลการตรวจชิ้นเนื้อของผู้ป่วย

มีผู้ป่วยได้รับการตัดชิ้นเนื้อที่ขอบแผลและผู้ป่วยที่ตัดลำไส้ออก ได้รับการส่งเนื้อไปตรวจ 15 ราย

ผลชิ้นเนื้อเป็น acute inflamatomy process 12 ราย เป็น diverticulitis ราย และ เป็น Ulceration colitis 1 ราย

ในผลชิ้นเนื้อที่เป็น acute inflamatomy process มีผู้ป่วย 1 รายที่พบมีเมล็ดกระท้อนในบริเวณใกล้กับแผลที่ลำไส้ทะลุนั้น (ตารางที่ 4)

ผู้ป่วยที่เหลืออีก 10 ราย ไม่ได้ส่งตรวจเนื้อ เนื่องจากแพทย์พบว่าเป็น acute ulcer และผู้ป่วยมีสภาวะไม่ดี จึงได้รีบเร่งการผ่าตัดและไม่ได้ตัดชิ้นเนื้อตรวจ

วิจารณ์

ในเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคมของทุกปี จะมีผลิตผลกระท้อนออกมาสู่ท้องตลาด มีประชาชนนิยมกินกระท้อนเป็นจำนวนมาก และเชื่อว่ามีคนที่กลืนเมล็ดกระท้อนลงไปด้วย หรือบางครั้งเมล็ดอาจจะลื่นลงไปโดยไม่ตั้งใจ เมล็ดกระท้อนที่กลืนลงไปไม่ได้ทำให้เกิดลำไส้ทะลุทุกคนทุกครั้ง อาจมีเพียงส่วนน้อย เท่านั้นที่พบมีลำไส้ใหญ่ทะลุหากกลืนเมล็ดกระท้อน เมื่อการทะลุไม่ได้เกิดกับทุกคนที่กลืนเมล็ดกระท้อน จึงควรหาสาเหตุที่ทำให้ลำไส้ทะลุในผู้ป่วยเหล่านี้ พบว่าเมล็ดกระท้อนที่ถูกย่อยแล้วจนถึง rectosigmoid colon จะเหลือแต่เปลือกของเมล็ดที่แข็งและย่อยไม่ได้ ถึงแม้ปลายทั้งสองด้านของเมล็ดจะแหลม แต่ไม่คมพอที่จะบาดลำไส้ให้เป็นแผลทะลุโดยตรงได้

เนื่องจากผลผลิตกระท้อนที่ออกมาในปัจจุบันนี้ลูกใหญ่มากเรียกว่ากระท้อนห่อซึ่งมีอยู่หลายสายพันธ์ เช่น อีล่า ปุยฝ้าย นิ่มนวล ขนาดของกระท้อนพันธ์เหล่านี้ใหญ่มาก ประชาชนในอดีตที่นิยมกลืนเมล็ดกระท้อนยังไม่ได้รับอันตราย เมล็ดกระท้อนปัจจุบันขนาดใหญ่และแข็งนั้นเป็นอันตรายต่อลำไส้บริเวณ sigmoid และ rectosigmoid colon ได้อย่างไร จากการศึกษาผู้ป่วยใน 25 รายนี้ พอจะสันนิษฐานได้ 3 กรณีคือ

1. ในผู้ป่วยที่มีนิสัยท้องผูกมากเป็นประจำ โดยเฉพาะในคนสูงอายุ ซึ่งในรายงานนี้มีผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 18 ใน 25 คน อุจจาระที่แข็งสะสมใน rectum ร่วมกับเมล็ดกระท้อนที่แข็งช่วยกันเสริมทำให้เกิดแผลกดทับ (pressure necrosis) บนผนังของ rectosigmoid colon และทำให้ทะลุออกมาได้ เรียกโรคนี้ว่า Stercoral perforation[2]

ลักษณะของ Stercoral perforation[3] จะเป็น

รูทะลุขนาดใหญ่เส้นผ่าศูนย์กลาง 1 เซนติเมตรขึ้นไป รูทะลุมักอยู่ด้าน antemesenteric ของ colon อาจมีก้อนอุจจาระติดค้างอยู่ที่รูทะลุให้เราเห็น พบในคนสูงอายุเป็นส่วนมาก

ในรายงานนี้มีผู้ป่วยอยู่ 1 รายที่ถูกตัดลำไส้ออกแล้วส่งตรวจ พบมีเมล็ดกระท้อนอยู่ใกล้กับบริเวณที่ลำไส้ทะลุนั้น

2. ผู้ป่วยที่เคยถ่ายเป็นปรกติ หลังจากกลืนเมล็ดกระท้อนแล้วมีอาการถ่ายลำบากเนื่องจากเมล็ดกระท้อนที่ใหญ่ ขณะถ่ายใช้แรงเบ่งมาก เกิดอาการปวดแปล็บจากท้องน้อยขึ้นไป ครู่หนึ่งอาการจะหายไป ต่อมา 2-3 ชั่วโมง เกิดอาการปวดท้องมากขึ้นเรื่อย ๆ จนทนไม่ไหว อาจใช้เวลาเป็น 1-2 วัน จึงเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล ลักษณะอาการนี้พบได้ในผู้ป่วยอายุน้อยลงมา ตำแหน่งของแผลทะลุจะอยู่ที่บริเวณ antemesenteric ตำแหน่งมุมโค้งสุดของ sigmoid colon ขนาดของแผลประมาณเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.5 - 1 เซนติเมตร มี mucosa ปลิ้นออกมาเล็กน้อย เป็นลักษณะ acute ulcer คาดว่าน่าจะเกิดจากมีการเพิ่มขึ้นของความดันอย่างเฉียบพลันภายใน sigmoid colon ทำให้แตกออกมาคล้ายลูกโป่งแตก เมื่อซักประวัติผู้ป่วยย้อนหลังพบผู้ป่วยบางคนให้ประวัติลักษณะเดียวกันนี้ได้อย่างชัดเจน

3. ผู้ป่วยซึ่งมีโรคอื่น อยู่ที่บริเวณ sigmoid colon อยู่แล้ว เช่น diverticulosis, ulcerative colitis เมื่อผู้ป่วยกลืนเมล็ดกระท้อนลงไป จะไปกระตุ้นให้โรคเดิมที่มีอยู่กำเริบและทะลุออกมา ในรายงานนี้พบมีผู้ป่วย 2 ราย เป็น diverticulitis และ 1 ราย เป็น ulcerative colitis

เพื่อให้การศึกษาหาสาเหตุของการเกิดแผลลำไส้ทะลุชัดเจนขึ้น ควรต้องทำการศึกษาต่อโดยมีแนวทางการศึกษาที่ชัดเจนดังนี้

1. ประวัติผู้ป่วยควรรวมถึงจำนวนเมล็ดกระท้อนที่กลืน วันที่กลืนก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการขับถ่ายในอดีต การขับถ่ายหลังจากกลืนเมล็ดกระท้อนลงไปแล้ว

2. ศัลยแพทย์ควรระบุ ขนาด ตำแหน่ง ลักษณะของแผลเป็นรูปภาพที่ชัดเจน

3. สมควรตัดชิ้นเนื้อตรวจทุกราย ยกเว้นกรณีที่จำเป็นจริง ๆ เช่น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ shock หรือ renal failure จำเป็นต้องรีบเร่งทำการผ่าตัดให้เสร็จโดยเร็ว

ถ้าได้ข้อมูลรายละเอียดดังที่กล่าวนี้ น่าจะทำให้หาสมมุติฐานของโรคได้ชัดเจนขึ้น

การดูแลรักษาผู้ป่วยใช้วิธีการเดียวกับการรักษาผู้ป่วย colo-rectal injury การวินิจฉัยควรทำให้ได้เร็ว โดยในเดือนเมษายนถึงกรกฎาคมของทุกปี ต้องคิดถึงการเกิดโรคนี้ในผู้ป่วยที่มาด้วย acute abdomen โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ให้ซักประวัติการกลืนเมล็ดกระท้อนจะช่วยทำให้การวินิจฉัยได้ถูกต้องรวดเร็วขึ้น ปัจจัยสำคัญในการเลือกวิธีการผ่าตัด[4,5] คือ

1. general condition ของผู้ป่วย

2. ภาวะความสกปรกภายในช่องท้อง[5]

3. ลักษณะและตำแหน่งของรูทะลุ หรือสงสัยมีโรคอื่น ร่วมอยู่ด้วย

ถ้าผู้ป่วยเป็น high risk group การผ่าตัดควรทำให้เร็วที่สุด อาจทำ repair และยก loop colostomy แต่ถ้ายังสงสัยว่ามีโรคอื่นร่วมด้วยควรทำ resection และ Hartmann operation

ถ้าผู้ป่วย low risk group อาจทำ reanastomosis ได้ แต่ทุกรายควรทำ Diverting colostomy ไว้ เนื่องจากไม่รู้ว่ายังมีเมล็ดกระท้อนเหลืออยู่ในลำไส้หรือไม่ อาจเป็นอันตรายถ้าให้ผู้ป่วยเบ่งถ่ายอุจจาระเองในภายหลัง

ในรายงานนี้พบว่าในการทำ repair colon และทำ proximal loop colostomy ผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ใน 6 ราย ไม่ได้หมายความว่าวิธีการนี้ไม่ดี แต่วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ง่าย จึงมักใช้ในผู้ป่วยที่ภาวะทั่วไปไม่ดี ทำให้มีอัตราการตายสูงในผู้ป่วยที่ผ่าตัดด้วยวิธีการนี้

การทำ Hartmann operation เป็นวิธีที่นิยมทำมากที่สุดในรายงานนี้คือ 11 ใน 25 ราย เพราะสามารถเปลี่ยนทางเดินของอุจจาระได้ดีที่สุด ไม่มีอุจจาระผ่านลงไปในส่วนของ rectum ที่ได้รับการ repair หรือ resection และเย็บปิด stump ไว้ มีผู้ป่วยเสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 27.22

ในผู้ป่วยที่ได้รับการทำ resection และ reanastomosis แล้วทำ proximal loop colostomy เนื่องจากไม่แน่ใจในการวินิจฉัยว่าจะเป็นโรคอื่นหรือไม่ พบว่ามีอัตราการเสียชีวิต 1 ใน 8 ราย เป็นเพราะได้เลือกทำในผู้ป่วยที่มีภาวะทั่วไปค่อนข้างดี อัตราการเสียชีวิตจึงต่ำ วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ดีแต่ใช้เวลานานจึงได้เลือกทำในผู้ป่วยที่ปัจจัยความเสี่ยงต่ำ

รายงานนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิตถึง 6 ราย คิดเป็นอัตราการตายร้อยละ 24 เป็นผู้ป่วยสูงอายุเป็นส่วนมาก ก่อนจะให้ผู้ป่วยกลับบ้านควรทำ rectal examination เพื่อเอาเมล็ดกระท้อนที่ตกค้างใน rectum ออกให้หมด จะปลอดภัยกว่าการทิ้งเมล็ดกระท้อนค้างอยู่ใน rectum เมื่อมาปิด colostomy

การปิด colostomy ต้องตรวจลำไส้ใหญ่ใหม่ และควรรอไว้นานกว่า 90 วัน[7] จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนของการปิด colostomy ลดลง

วิธีการรักษาที่ดีที่สุดคือ การป้องกันไม่ให้ประชาชนกลืนเมล็ดกระท้อนลงไป ผลิตผลกระท้อนจะออกสู่ท้องตลาดในเดือนเมษายน ถึงกรกฎาคมเท่านั้น จากการที่เกษตรกรมีความสามารถในการทำให้ผลกระท้อนใหญ่ขึ้นทุกปี คาดว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้จะมีมากขึ้นเรื่อย ๆ กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชได้เคยจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องนี้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาล และประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเผยแพร่ความรู้ไปสู่สถานีอนามัยและหมู่บ้าน และผ่านทีม Home Health Care ของโรงพยาบาลให้ความรู้แก่ประชาชนถึงบ้าน เพื่อหาแนวทางป้องกันการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของโรค

สรุป

เมล็ดกระท้อนจะเป็นสาเหตุโดยตรงต่อการทะลุของ Sigmoid และ rectosigmoid colon หรือไม่ ยังไม่ทราบชัดเจน จากการติดตามดูผู้ป่วย 25 รายที่รายงานสันนิษฐานว่า เมล็ดกระท้อนน่าจะให้ผลทางอ้อม เป็นตัวกระตุ้น หรือเป็นสาเหตุร่วมมากกว่าจะเป็นสาเหตุโดยตรง วิธีการรักษาไม่ต่างจาก colo- rectal injuries ทั่วไป แต่ยุ่งยากกว่า เนื่องจากให้การวินิจฉัยได้ยาก และมีเมล็ดกระท้อนเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย ในเดือนเมษายนถึงกรกฎาคมจึงต้องเฝ้าระวังโรคนี้ไว้ เพื่อให้การรักษาได้ทันท่วงที จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของผู้ป่วยลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. บันลือ เฉลยกิตติ. Injury of colon, rectum, Anus. ใน : บันลือ เฉลยกิตติ บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2545. หน้า 155-65.
2. Bauer JJ, Weiss M, Dreiling DA, Stercoraceous perforation of the colon. Surg Clin North Am 1972; 52(4):1047-53.
3. Maurer CA, Renzulli P, Mazznechelli L, Egger B < Seiler CA, Buchler MW. Use of accurate diagnostic criteria may increase incidence of sterocoral perforation of the colon. Dis colon Rectum 2000; 43(7):991-8.
4. Chappuis CW, Frey DJ, Dietzen CD, Panetta TP, Buechter KJ, Cohn I Jr. Management of penetrating colon injuries : a prospective randomized trial. Ann Surg 1991; 213(5):492-8.
5. Bartizal JF, Body DR, Folk FA, Smith D, Lescher TC, Freeark KJ. A criteria review of management of 392 colonic and rectal injuries. Dis colon Rectum 1974; 17(3):313-8.
6. Flint LM, Vitale GC, Richardson JD, Polk HC Jr. The injured colon : relationships of management to complications. Ann Surg 1981; 193(5):619-23.
7. Thal ER, Yoary EC. Morbidity of colostomy closure following colon trauma. J Trauma 1980; 20(4):287-8.

Abstract **Sigmoid and Rectosigmoid Colon Perforation with Swallowed Santol Seed Chaoprayayomraj Hospital**

Somdej Changsrisuk

Department of Surgery, Chaoprayayomraj Hospital, Suphan Buri

Journal of Health Science **2008; 17:SIV916-22.**

From 1993 to 2007, of the patients operated in Chaoprayayomraj Hospital because of the sigmoid and rectosigmoid colon perforation, there were twenty five cases having santol seeds in their perforated bowels. The objective of this study was a preliminary attempt to find out background data leading to bowel perforation in these cases. In first diagnoses, peritonitis dominated in 60 percent of them and 8 patients underwent colon resection and proximal loop colostomy. As a result 3 hypotheses emerged : (1) stercoral perforation, (2) sudden increasing of pressure in the bowel lumen, and (3) predisposing by the underlying or the associated inflammatory process. It was difficult to make correct diagnosis of this disease, preoperatively. The treatment of this disease was similar to the treatment of the other colo-rectal injuries. There were many factors influencing the decision for operations, such as the patients' general conditions, the degree of severity of the contamination in the peritoneal cavity and the experiences of the surgeons. Santol's products come out only in April to July annually and health education may be required to avert such possibly harmful incidents and related complications.

Key words: **sigmoid and rectosigmoid colon perforation, Santol seed**