แนวทางการดูแลรักษาภาวะ Gut Obstruction ในผู้ป่วยประคับประคอง

ประเมินภาวะลำไส้อุดตัน ว่ามีข้อบ่งชี้ที่สมเหตุสมผลในการผ่าตัดหรือไม่

พิจารณาผ่าตัดเมื่อ	การผ่าตัดอาจจะให้ผลที่ไม่ดี	ข้อห้ามการผ่าตัด
• สาเหตุของ gut obstruction สามารถแก้ไขได้ด้วยการผ่าตัด • ผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคมากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป	• เคยมีประวัติได้รับการฉายแสงบริเวณช่องท้องมาก่อน • Multiple sites of small bowel obstruction • Extensive disease in abdominal cavity or distant metastasis • Cachexia, malnutrition	• Carcinomatous peritonei • การพยากรณ์โรคน้อยกว่า 12 สัปดาห์ • Poor performance status • Massive ascites
การรักษาเพื่อช่วยบรรเทาภาวะลำไส้อุดตันอาจทำให้อุดตันสมบูรณ์ → อุดตันบางส่วน		
Corticosteroid	• พิจารณาให้ dexamethasone 8 -16 mg/วัน IM or IV or SC ถ้าไม่มีข้อห้าม • ถ้าอาการไม่ดีขึ้นหลังจากเริ่มให้ยาไป 5-7 days หรือมี adverse side effects ให้หยุด steroid ทันที • ถ้าอาการดีขึ้น ให้พิจารณาค่อยๆลดขนาดยาลง	
การให้ยาเพื่อช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้/อาเจียน		
Functional or partial obstruction จุดมุ่งหมายเพื่อให้ normal gut function, เอา NG tube ออกได้, กินน้ำหรืออาหารพอได้, หยุดยา anticholinergic drugs	• Metoclopramide (prokinetic drug): 30 – 120 mg/24hr by CSCI -Contraindicated in complete bowel obstruction (เพราะกระตุ้น peristalsis มากขึ้น) -หยุดยาถ้ามีอาการปวดบิด (colic); use antiemetics below -ถ้าใช้ยาระยะเวลานาน ให้ระวัง extrapyramidal side effects	
Complete obstruction จุดมุ่งหมายเพื่อให้ลำไส้ได้พัก, เอา NG tube ออกได้, หยุดยา prokinetics และ stimulant laxatives	-ให้ NPO (rest bowel) เสมอ เพราะลำไส้บีบตัวมากเกิด bowl ischemia ได้ -Use either • Octreotide 150-200 mcg SC q 8 hr ช่วยเรื่องการลด GI secretions ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่อาเจียนเยอะจากการอุดตันในลำไส้ส่วนล่างๆ • Cyclizine (antihistamine) 75 – 150 mg/24hr by CSCI & 25-50 mg SC prn q 4-6 hr, max dose 200 mg/24hr • Haloperidol 0.5 – 1.5 mg SC at night or by CSCI & 0.5 mg SC prn q 2 hr, max dose 5mg/24hr	

	• Use cyclizine & haloperidol in combination • Levomepromazine 5 mg – 25 mg SC at night & 5 mg SC prn q 2 hr, max dose 25mg/24hr (if fail haloperidol)
Persistent/high volume vomiting	พิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
การให้ยาเพื่อช่วยบรรเทาอาการอื่นๆ	
Constipation precipitating obstuction	• Docusate sodium – maximum licensed dose is 500 mg/day, but up to 200 mg TID a day orally may be used • Lactulose มักให้ผลดี • พิจารณาให้ macrogols (PEGs) กรณีมี fecal impaction • ยา laxatives อาจกระตุ้น colicky pain ได้ • ใน mechanical obstruction หลีกเลี่ยงยาเพิ่มการบีบตัวลำไส้ เช่น senna, bisacodyl
Abdominal pain	ตาม pain control guidelines, using non-oral route
Abdominal colic	• Hyoscine butylbromide (buscopan) 40 -120 mg/day IV or 60 – 120 mg/24hr by CSCI • Morphine IV or SC, fentanyl patch (ท้องผูกน้อยกว่า morphine) • หยุด prokinetic drugs; bulk-forming, osmotic or stimulant laxatives
Hydration	• พิจารณาให้ IV or SC สารน้ำตามแต่ผู้ป่วยแต่ละบุคคล • SC fluid สามารถให้ได้ถึง 1-2 ลิตร/24hr
Dietary intake	• ให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็ง ทานน้ำ หรืออาหารกากใยต่ำปริมาณน้อยๆได้ • การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำนั้นอาจไม่มีประโยชน์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือมี poor performance status อย่างไรก็ตาม พิจารณาให้ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยบางรายที่มีการพยากรณ์โรคนาน และควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่าง multidisciplinary team

CSCI, continuous SC infusion; TID, three times a day; PEGs, polyalkylene glycols

- การให้ parenteral nutrition อาจพิจารณาในผู้ที่ life expectancy มากกว่า 2 เดือน หรือมีโอกาสเสียชีวิตจาก starvation มากกว่าสาเหตุอื่น
- การใส่ stent เพื่อขยายทางเดินอาหารที่อุดตัน เป็นวิธีที่รุกรานน้อยกว่าการผ่าตัด พิจารณาว่าตำแหน่งที่อุดตันสามารถทำได้หรือไม่

- Nasogastric intubation การใส่ NG tube ในผู้ป่วย advanced illness ไม่ได้แนะนำให้ให้ทำเป็นประจำเสมอไป แต่พิจารณาใส่เพื่อ decompress Upper GI tract ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด หรือ อาเจียนออกมาเป็นอุจจาระ (feculent vomiting) ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา
- Gastrostomy ในผู้ป่วยยังแข็งแรง ที่มีการอุดตันระดับต้นและอาเจียนมาก

Ongoing management

- ให้ review การรักษาทุกวัน เนื่องจากอาการอาจเปลี่ยนแปลงและหายได้เอง
- ถ้าอาการลำไส้อุดตันไม่ดีขึ้น เป้าหมายของการรักษาควรเป็นไปดังนี้:
    - คุมอาการปวดและคลื่นไส้อาเจียน
    - ลดอาการอาเจียนให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
    - อนุญาตให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อรักษาสภาวะ hydration ที่สูญเสียจากการอาเจียน หรือ ลำไส้อุดตัน

References:

1. Update Handbook of Palliative care guidelines, NHS, UK, ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. NSH, Scottish Palliative Care Guidelines. Gastro-Intestinal Gut Obstruction
3. Tradounsky G. Palliation of gastrointestinal obstruction. Can Fam Physician. 2012;58(6):648-52, e317-21.
4. Ripamonti C, Mercadante S. Pathophysiology and management of malignant bowel obstruction. In: Hanks G, Cherny N, Kaasa S, Christakis NA, Portenoy RK, Fallon M, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2010. p. 850-2.
5. Feuer DDJ, Broadley KE, Shepherd JH, barton DP. Surgery for the resolution of symptoms in malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. 2000 [cited 2018 Oct 08]; Available from: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002764/full
6. Symptom management in palliative care workshop มิถุนายน 2568. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น