

รายงานผู้ป่วย: โรคไส้เลื่อนชนิด Strangulated obturator hernia ที่มีอาการติดเชื้อในกระแสเลือด
(Case report: Strangulated obturator hernia with sepsis)

อิทธวุธ งามพสุธาคล พ.บ., วว. เวชปฏิบัติทั่วไป* Ittawuth Ngampasutadol, M.D, Dip. in General Practice*
*กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช *Department of Emergency and Forensic Medicine, Nakornping Hospital
โรงพยาบาลนครพิงค์

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการรายงานผู้ป่วยหญิงชราที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวามา 10 วัน มีลักษณะอักเสบ และลมใต้ผิวหนังบริเวณผนังหน้าท้องด้านล่างขวาถึงหน้าขาขวาส่วนบน ร่วมกับการซีก ได้ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น ruptured obturator hernia ได้ทำการรักษาภาวะซีกร่วมกับการตรวจทางรังสีของช่องท้องพบลมในช่องท้อง และได้ผิวหนัง ได้ทำการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ผลการผ่าตัดยืนยันว่าเป็น strangulated obturator hernia ได้ทำการตัดลำไส้เล็กออกบางส่วน ร่วมกับการวางท่อระบายทางผนังหน้าท้อง จึงได้ทำการทบทวนแผนการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็น obturator hernia สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน เพื่อการวินิจฉัยที่รวดเร็ว และการปฏิบัติทางการแพทย์ที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดอัตราป่วย และอัตราตายสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ลงได้

คำสำคัญ: Strangulated obturator hernia โรคไส้เลื่อน

Abstract

The aim of this article is to report an old woman patient referred from a community hospital with prolonged right lower quadrant pain for 10 days and inflammation and subcutaneous emphysema from the right lower quadrant of the abdominal wall to the anterior part of the upper thigh, with signs of shock. A provisional diagnosis of ruptured obturator hernia was suspected and plain abdomen films showed free air in the abdominal cavity and soft tissue. Fluid resuscitation with intravenous antibiotics was done before emergency laparotomy. A strangulated obturator hernia was found and partial small bowel resection with drain was performed successfully. A review of emergency strategic care for suspected cases of obturator hernia for practitioners who practice in emergency rooms is provided here, so that rapid evaluation and effective interventions can be performed to reduce the morbidity and mortality from obturator hernia.

Keywords: Strangulated obturator hernia, Hernia

บทนำ

Obturator hernia เป็นภาวะที่ไม่พบบ่อยในผู้ป่วยทั่วไป โดยจะพบประมาณ 0.073-1% ของ hernia ทั้งหมดและประมาณ 0.2-1.6% ของ mechanical obstruction¹⁻⁵ โรคนี้เกิดกับผู้หญิงมากกว่าชายอย่างน้อย 6 เท่า⁶ นอกจากนี้ อาการและการตรวจร่างกายมักไม่เห็นชัดเจนจากภายนอก ส่งผลให้ผู้ป่วยในภาวะนี้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้ากว่าปกติ รวมทั้งผู้ป่วยทั้งหมดในภาวะนี้มักเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มอัตราการเสียชีวิต⁷⁻⁸ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล รายงานฉบับนี้เป็นตัวอย่างของผู้ป่วย obturator hernia ที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นกรณีศึกษาให้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ตระหนักและนึกถึงในกรณีพบผู้ป่วยหญิงสูงอายุในกลุ่มที่มาด้วยอาการลำไส้อุดตัน

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 84 ปีภูมิลำเนาจังหวัดเชียงใหม่ ปฏิเสธโรคประจำตัวใดๆ ได้รับเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลอำเภอ ด้วยอาการปวดท้อง 10 วันก่อนมารพ. และพบมีการอักเสบบวมแดงบริเวณต้นขาขวา แพทย์ผู้ดูแลได้วินิจฉัยในเบื้องต้นเป็น cellulitis ได้ให้ cloxacillin 1 gm IV q 6 hrs หลังรับเข้าไว้ในรพ. 2 วันอาการเริ่มทรุดลงจึงส่งตัวมาเพื่อรับการรักษาต่อ ขณะมาถึงผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อก(สัญญาณชีพ ความดันเลือด 63/41 มม.ปรอท ชีพจร 81 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂sat 98%) ประวัตินี้เพิ่มเติมผู้ป่วยไม่ถ่ายและไม่ผายลมประมาณ 5-6 วันก่อนมารพ.ตรวจร่างกายลักษณะทั่วไปเป็นหญิงชราลักษณะซูบผอม บริเวณท้องมีลักษณะโป่งตึง ไม่มีจุดกดเจ็บที่ใดไม่มี guarding บริเวณต้นขาขวาด้านในมีลักษณะอักเสบเป็นวงขนาดประมาณ 6 นิ้วบวม และ

พบลมใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้องและตามลงไปถึงขา ด้านขวาตลอดทั้งข้าง Howship Romberg test: positive ผลตรวจทางรังสีบริเวณท้องพบลำไส้เล็ก dilate ร่วมกับ free air ในช่องท้องและลมใต้ผิวหนังบริเวณต้นขาได้ให้การรักษาสภาวะช็อกร่วมกับปรึกษาศัลยแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน การวินิจฉัยในเบื้องต้นสงสัย obturator hernia with complication ในผู้ป่วยรายนี้ได้เข้าผ่าตัดฉุกเฉินหลังแก้ไขภาวะช็อก ดิจิ้นผลการผ่าตัดพบ strangulated obturator hernia ด้านขวาของลำไส้เล็ก ร่วมกับอุจจาระอยู่บริเวณนอกช่องท้องลงไปถึงต้นขาขวาและมีลมใต้ผิวหนังบริเวณท้องจนถึงต้นขา การรักษาในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำ small bowel resection และวาง drain บริเวณต้นขา ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อแก้ไขภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด

วิจารณ์

Obturator hernia เป็นภาวะที่พบได้น้อยมาก โดยเริ่มมีรายงานครั้งแรกโดย Arnaud de Ronsil ในปี 1724⁹ และมีรายงานผู้รอดชีวิต หลังการผ่าตัดแก้ไขรายแรกในปี 1851 โดย Henry Obre⁹ จากรายงานของ Gideon Naude และคณะในปี 1997 พบว่ามีผู้รายงานผู้ป่วยในภาวะนี้จากปี 1724-1997 ประมาณ 670 คน¹⁰

ลักษณะทางกายวิภาคของ obturator foramen จะถูกปิดด้วย obturator membrane, internal และ external obturator muscle จนเหลือเป็น canal กว้างประมาณ 1 ซม. ยาวประมาณ 1-2 ซม. internal orifice ปิดด้วย endopelvic parietal fascia ส่วน external orifice อยู่หลังคอกกล้ามเนื้อ pectineus และในดอ femoral vein ด้านข้างเป็นเส้นเลือดแดงและเส้นประสาท obturator ซึ่งโดยปกติใน canal จะเต็มไปด้วยpreperitoneal fat แต่ในผู้ป่วยสูงอายุที่ผอมมากเนื้อเยื่อไขมันในส่วนนี้จะหายไป หากร่วมกับภาวะแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นก็อาจเกิด

hernia ได้และเนื่องจาก obturator hernia เกิดอยู่หลังกล้ามเนื้อ pectineus¹⁰ จึงไม่สามารถมองเห็นและคลำได้ ภาวะนี้มักพบในผู้ป่วยหญิงมากกว่าชายประมาณ 5-10 เท่า มีสาเหตุมาจาก กระดูก pelvis กว้างกว่า obturator canal ใหญ่กว่า มีการตั้งครรภ์และคลอดหลายครั้ง มักเกิดบริเวณด้านขวา มากกว่าด้านซ้าย 3:1^{5,11}

อาการและอาการแสดงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักจะมีอาการของลำไส้เล็กอุดตัน โดยจะมีอาการปวดท้องแบบ colicky มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ถ่ายและไม่ผายลม รวมถึงท้องโป่งตึง เป็นอาการสำคัญโดยพบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณ 90%¹¹⁻¹² ประมาณ 1 ใน 3 จะให้ประวัติจะมีอาการเป็นครั้งคราว อาการของลำไส้อุดตันจะเป็นแบบอุดตันทั้งหมดหรืออุดตันบางส่วนก็ได้ การตรวจผู้ป่วยอาจพบ Howship Romberg sign ซึ่งเป็น pathognomonic sign ของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เกิดจากถุง hernia กดเส้นประสาท obturator ทำให้เกิดอาการปวดร้าวบริเวณต้นขาด้านในไปยังเข่า เมื่อทำท่าเหยียดและกางขาออกในข้างนั้นๆ ซึ่งจะพบประมาณ 50% ของผู้ป่วยทั้งหมด^{5,7,8,11} ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจคลำได้ก้นจากการตรวจทางทวารหนัก ทางช่องคลอด หรือจากการคลำบริเวณขาหนีบ ทำให้นึกถึงภาวะนี้ได้ง่ายขึ้นมาก แต่การตรวจพบก่อนดังกล่าวพบได้ประมาณ 20% ของผู้ป่วยทั้งหมด การตรวจทางรังสีโดยปกติเช่น plain abdomen, abdomen upright มักพบลักษณะของลำไส้เล็กอุดตันโดยไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ แต่บางครั้งอาจพบเงาของ air bubble บริเวณ obturator foramen^{5,9,10} ซึ่งจะทำให้นึกถึงภาวะนี้ได้

จากการตรวจดังที่กล่าวมาในข้างต้นสามารถวินิจฉัยภาวะนี้ก่อนผ่าตัดได้ประมาณ 20-38% ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการตรวจพบ Howship Romberg sign^{3,13} ในรายงานช่วงหลังนี้สามารถวินิจฉัยได้ก่อนผ่าตัด 70-100% โดยใช้ ultrasound และ CT^{11,14,15} ตรวจพบถุง

hernia หลังต่อกล้ามเนื้อ pectineus เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีอาการและการตรวจร่างกายได้ไม่ชัดเจน ร่วมกับเป็นผู้สูงอายุซึ่งมักจะมีโรคเรื้อรัง มีอาการทางระบบประสาทเช่น หลงลืมหรือมีปัญหาทางการได้ยินมีผลให้การสื่อสารกับผู้ป่วยทำได้ยากลำบากขึ้นและผู้ป่วยในภาวะนี้ไม่พบบ่อย จึงทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้า ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น strangulated bowel, sepsis ฯ ซึ่งมีรายงานว่าผู้ป่วยมักถูกรับไว้ในรพ.ประมาณ 4-7 วัน ก่อนการผ่าตัด การมีภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวมามีผลให้อัตราการทำ bowel resection และอัตราการเสียชีวิตอยู่ในช่วง 25-100% และ 12-70% ตามลำดับ^{1-5,9,13-15} อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินในระยะแรกคงต้องมุ่งจัดการปัญหาที่คุกคามชีวิตก่อน ในด้านการวินิจฉัยอาจเป็นเรื่องรองลงมาเช่นในผู้ป่วยตัวอย่างเนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่เพียงพอต่อการตัดสินใจผ่าตัด จึงทำการแก้ไขภาวะช็อคและย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด โดยไม่ได้ทำการตรวจเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัยที่แน่นอน

สรุป

ถึงจะมีอัตราการเกิดภาวะนี้ในผู้ป่วยทั่วไปจะต่ำ แต่ obturator hernia ก็ยังเป็นสาเหตุสำคัญของลำไส้อุดตันในผู้ป่วยหญิงสูงอายุและผอมมากและเนื่องจากอาการในกลุ่มโรคนี้อาจไม่ชัดเจน จึงมักก่อให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษา ส่งผลให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย การตรวจเพิ่มเติมเช่น อัลตราซาวด์และ CT ในกลุ่มที่สงสัย obturator hernia จะทำให้สามารถวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง

เอกสารอ้างอิง

1. Bjork KJ, Mucha P Jr, Cahill DR. Obturator hernia. Surg Gynecol Obstet 1988; 167:217-222.
2. Ziegler DW, Rhoads JE. Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. Am J Surg 1995;170: 67-68.
3. Lo CY, Lorentz TG, Lau PWK. Obturator hernia presenting as small bowel obstruction. Am J Surg 1994;167:396-398.
4. Rogers FA. Strangulated obturator hernia. Surgery 1960; 48:394-403.
5. Green BT. Strangulated obturator hernia: Still Deadly. South Med J 2001;1:81-83
6. Bergstein JM, Condon RE. Obturator hernia: current diagnosis and treatment. Surgery 1996;119: 133-136
7. Neil JMcC, Mortensen, Oliver Jones. Obturator hernia. In: Russell R.C.G, Williams NS, Bulstrode CJK, editors. Bailey & Love's short practice of surgery. 24th ed. London: Arnold;2004.p 1287-1288.
8. B. Mark Evers. Obturator hernia. In: Courtney M. Townsend, editors. Sabiston textbook of surgery. 17th ed. Pennsylvania: Elsevier Inc; 2004.p1214-1215
9. Hsu CH, Wang CC, Jeng LB, Chen MF. Obturator hernia: a report of eight cases. Am Surg 1993;59: 709-711
10. Naude G., Bongard F. Obturator hernia is an unsuspected diagnosis. Am J Surg 1997;174:72-75
11. Ijiri R, Kanamaru H, Yokoyama H. Obturator hernia: The usefulness of computed tomography in diagnosis. Surgery 1996;119(2):137-140
12. Whang EE, Ashley SW, Zinner MJ. Small intestine obstruction. in: Brunickardi FC, editors. Schwartz's principles of surgery. 8th ed. Newyork: The McGraw-Hill companies Inc; 2005.p.1027-1031
13. Yip AWC, AhChong AK, Lam KH. Obturator hernia: a continuing diagnosis challenge. Surgery 1993;113:266-269
14. Yokoyama Y, Yamaguchi A, Isogai M, et al. Thirty-six cases of obturator hernia: does computed tomography contribute to postoperative outcome? World J Surg 1999;23:214-217
15. Yogyama T, Munakata Y, Ogiwara M, et al. Preoperative diagnosis of strangulated obturator hernia using ultrasonography. Am J Surg 1997;174:76-78