



Blunt UPJ Disruption

กฤษฎา อักษรนิตย

บทนำ

การบาดเจ็บฉีกขาดของท่อไตที่เกิดขึ้นจากการถูกกระแทกจากภายนอกมีรายงานครั้งแรกโดย Baily H. ซึ่งพบโดยการผ่าชันสูตรพลิกศพ (Autopsy)[1] หลังจากนั้นมีการรายงานเป็นระยะ ส่วนใหญ่พบในเด็ก มักจะได้รับการวินิจฉัยล่าช้าพบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยล่าช้ากว่า 36 ชั่วโมง[2-8] เหตุผลโดยส่วนใหญ่ของการวินิจฉัยล่าช้า คือ การบาดเจ็บมักจะรุนแรง มีการบาดเจ็บร่วมกับอวัยวะสำคัญอื่นๆ จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน และไม่สามารถสืบค้นทางรังสีอย่างละเอียดก่อนการผ่าตัดได้ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตลดลง เคยมีการรายงานว่าถึงแม้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดสำรวจในช่องท้องก็อาจไม่พบ Retroperitoneal hematoma[2] และพบว่า Gross hematuria หรือ Microscopic hematuria เพียงสองในสามของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บฉีกขาดของท่อไต[2] รวมทั้งการที่ไม่ได้คิดถึงบาดเจ็บของท่อไตก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาอนโรพยาบาลที่นานขึ้น[5] รายงานฉบับนี้เป็นการรายงานจากประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บฉีกขาดของท่อไตที่เกิดจากการถูกกระแทกจากภายนอก

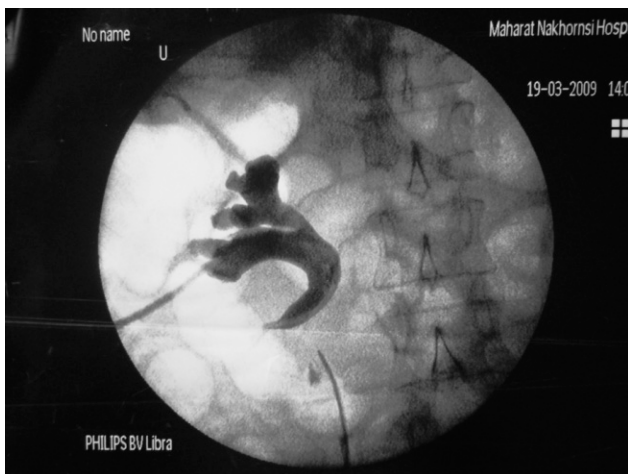
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชาย 34 ปี ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมพรด้วยสาเหตุท่อไตด้านขวาบาดเจ็บ มีน้ำปัสสาวะรั่วซึม

ทางแผลที่เคยใส่สายระบายบริเวณชายโครงขวา หลังเกิดอุบัติเหตุชนรถจักรยานยนต์ชนต้นไม้มา 60 วัน โดยแรกแรกที่โรงพยาบาลชุมพร ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย บาดเจ็บมีเลือดออกในช่องอกด้านขวาไม่พบว่ามีกระดูกหักของกระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลังได้รับการใส่สายระบายเลือดช่องอกด้านขวา และมีการบาดเจ็บในช่องท้องจากการถูกกระแทกร่วมกับกระดูกเชิงกรานหัก มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินพบว่ามีการบาดเจ็บฉีกขาดของเส้นเลือด mesentery ไม่พบ hematoma ที่ renal fossa การตรวจปัสสาวะไม่มี hematuria จากนั้น 14 วัน หลังเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ ตลอดร่วมกับท้องอืด ปวดท้องด้านขวามากขึ้น ตรวจวินิจฉัยโดยอัลตราซาวด์พบ Psoas collection ไม่ได้รายงานว่าตรวจพบ Hydronephrosis ได้รับการผ่าตัดระบายหนองออก หลังจากนั้น 19 วันพบว่าของเหลวมีลักษณะเป็นน้ำปัสสาวะ จึงนำผู้ป่วยเข้ารับการวินิจฉัยโดยทำ Retrograde pyelography พบว่าท่อไตขวาบาดเจ็บและตีบตัน สารทึบรังสีไม่สามารถผ่านท่อไตส่วนบนเข้าสู่ไตได้ จากนั้นนำผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อแก้ไขท่อไตด้านขวาในวันเดียวกัน พบว่าเกิดพังผืดมาก ไม่สามารถเลาะเข้าไปบริเวณไตและท่อไตขวาได้ จึงวางสายระบายและเย็บปิด และตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยทำ IVP พบว่า ไตยังทำงานได้ดีทั้งสองข้าง ทีมแพทย์จึงส่งตัวผู้ป่วยมารักษาที่แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เมื่อได้รับการส่งต่อผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าผู้ป่วยปวดท้องด้านขวาและชายโครงขวามาก ขยับตัวได้น้อย มีน้ำปัสสาวะไหลซึมจากแผลที่เคยใส่สายระบายไว้ตลอดเวลา มีไข้ต่ำ BT 38.5°C HR 80 BP 120/80 mmHg และใส่สายสวนไว้ในท่อปัสสาวะแรกได้รับตรวจวิเคราะห์ LAB พื้นฐานพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้ให้ยาระงับปวดและยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone จากนั้นในวันที่ 2 ได้รับการทำ PCN 10 Fr หลังจากการทำ PCN แผล Fistula ปิดในวันที่ 5 อาการปวดดีขึ้นและไม่มีไข้

วันที่ 14 หลังจากทำ PCN ได้นำผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดอีกครั้งโดยเตรียมใส่สาย Ureteric catheter 5 Fr และทำ Retrograde ร่วมกับ Antegrade Pyelogram ได้ภาพดังรูป



จากนั้นจัดทำผู้ป่วยในท่า Right kidney และผ่าตัดเข้าไปที่ตำแหน่งที่บาดเจ็บพบว่า มี Complete avulsion ที่ Right UPJ มีพังผืดเกิดขึ้นมากท่อไตขาดห่างกันประมาณ 2 เซนติเมตร (AAST Ureteric injury scale = V) ได้เลาะท่อไตและต่อท่อไต (Pyelo-ureterostomy โดย debridement จนได้ fresh tissue และ spatulate ใส่ double pigtail 6 Fr.) วางสายระบายและปิดแผล ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 11 หลังการผ่าตัดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ติดตามผลการรักษา หลังจากผ่าตัดสองเดือนได้นำสาย D-J STENT ออก ผู้ป่วยปวดเอวและเริ่มมีไข้ หลังจากนั้นหนึ่งสัปดาห์ IVP พบว่า มี stricture ที่ตำแหน่งที่เย็บซ่อมไว้ จึงแก้ไขโดยการ Uretero-renoscope Dilate และใส่ D-J stent ขนาด 6 Fr.

อภิปราย

การบาดเจ็บของท่อไตชนิด UPJ disruption ที่เกิดจาก Blunt trauma มีโอกาสเกิดน้อยและมักถูกละเลยไปหลังจากได้รับการผ่าตัดรักษาอวัยวะสำคัญอื่นๆ ในช่องท้องไปแล้ว บางครั้งแม้ว่าจะใช้ spiral CT scan with contrast ช่วยในการวินิจฉัยและประเมินในผู้ป่วย Blunt trauma แต่จากข้อมูล J.M. Mulligan และคณะ พบว่าการไม่พบ Gross contrast extravasation ในการทำ Initial spiral CT scan ไม่สามารถระบุได้ว่าไม่มีการบาดเจ็บที่ท่อไตและการ delay CT scan ที่ 5-8 นาทีหรือมากกว่าจะช่วยลดความผิดพลาดการวินิจฉัย UPJ disruption[5] สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยโดย Retrograde pyelogram ร่วมกับ Intravenous pyelogram และจากการที่มีการรายงานว่า อาจไม่พบ Retroperitoneal hematoma ขณะผ่าตัดสำรวจในช่องท้องทั้งที่มี UPJ disruption ซึ่งพบในผู้ป่วยรายนี้ด้วย และมีภาวะแทรกซ้อน เกิด Infected urinoma มี abscess ที่ buttock และ psoas collection ถึงแม้จะได้รับการ drain แต่ไม่ได้ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น การแก้ไขในเบื้องต้นนอกจากการ Drain collection แล้ว การทำ PCN จำเป็นอย่างยิ่งที่ทำให้ภาวะการติดเชื้อลดลงและลดความทุกข์ทรมานจากการที่มีปัสสาวะ รั่วออกมาที่แผลทั้งยังช่วยรักษาการทำงานของไตไว้ในระหว่างการรอเพื่อผ่าตัดแก้ไขท่อไตที่ขาดไป

บทสรุป

Ureteropelvic disruption ที่เกิดร่วมกับ Blunt trauma ในผู้ใหญ่ มีข้อสังเกตคือ กลไกการบาดเจ็บที่พบบ่อยเป็น Hyperextension ร่วมกับ Rapid deceleration mechanism หรือตกจากที่สูงมากกว่าสี่สิบฟุต[2,9] การที่ Explore laporatory แล้วไม่พบ Retroperitoneal hematoma ไม่สามารถบ่งบอกว่าไม่มี UPJ disruption หากสงสัยควรทำ Spiral CT scan with contrast และ delay CT การยืนยันและบอกตำแหน่งการบาดเจ็บของท่อไตคือ การทำ Retrograde pyelography ในภาวะที่มี Complete UPJ disruption with infected urinoma ซึ่งเกิดจากการวินิจฉัยล่าช้า มักมีอาการแสดงคือ มีไข้ ท้องอืด และปวดเอวมาก การ Drainage collection เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การทำ Percutaneous nephrostomy จะช่วยให้ภาวะการติดเชื้อขึ้นอย่างรวดเร็วสามารถรักษาการทำงานของไตไว้

เอกสารอ้างอิง

1. Baily H. Injuries to the kidney and bladder. **Br J Surg** 1924; 44:609.
2. Boote TB, Gilling PJ, Husmann DA. Ureteropelvic junction disruption following blunt abdominal trauma. **J Urol** 1993; 150:33-6.
3. Kawashima A, Sandler CM, Corriere JN Jr, Rodgers BM, Goldman SM. Ureteropelvic junction injuries secondary to blunt abdominal trauma. **Radiology** 1997 Nov; 205(2):487-92.
4. Campbell EW, Filderman PS, Jacobs SC. Ureteral injury due to blunt and penetrating trauma. **Urol** 1992; 40:216-20.
5. Mulligan JM, Cagiannos I, Collins JP, Millward SF. Ureteropelvic junction disruption secondary to blunt trauma: excretory phase imaging (delayed films) should help prevent a missed diagnosis. **J Urol** 1998 Jan; 159(1):67-70.
6. Palmer JM, Drago JR. Ureteral avulsion from nonpenetrating trauma. **J Urol** 1981; 125:108-11.
7. Whiteside E, Kozlowski DC. Ureteral injury from blunt abdominal trauma. **J Trauma** 1994; 36:745-6.
8. Kofkin L, Broch JW. Isolated ureteral injury caused by blunt trauma. **Urology** 1996; 47:111-3.
9. Reznichak RC, Brosman SA, Rhodes DB. Ureteral avulsion from blunt trauma. **J Urol** 1973; 109:812-6.