

นิพนธ์ต้นฉบับ

อาการทางคลินิกเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัย และการรักษาไส้ติ่งอักเสบ ในผู้สูงอายุ

วรภรณ์ อรุณศิริสุข พ.บ.*

Abstract **Ruptured Appendicitis is a Place for Clinical Judgement in the Elderly Patient**
Waraporn Arunsirisuk M.D.*

* Department of Surgery, Trat Hospital, Trat Province, Thailand.

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2006;23:133–137.

Background and Objectives : Appendicitis is an uncommon disease in the elderly, and is subject to delayed presentation and diagnosis result in high perforation. This study evaluated clinical and paraclinical data in the elderly patients.

Patients and Methods : Medical Records of patients who diagnosed of appendicitis and admitted in Trat Hospital between October 1, 2000 and March 31, 2006 were reviewed. The elderly patients with appendicitis were selected and analyzed clinical and paraclinical data.

Results : The medical records of 2,384 cases with appendicitis were reviewed. Ruptured Appendicitis was 407 cases (17.07 percent), and 52 of 172 elderly patients (30.23 percent) had ruptured appendicitis at the time of operation. Overall of patients presented typically. Delays occurring before first medical care were significantly higher in the elderly patients with ruptured appendicitis (2.18 days) compared to patients with nonruptured appendicitis (1.43 days). Fever and elevated WBC count were not statistically significant ($P < .025$).

Conclusion : Clinical performance is the most reliable diagnosis of appendicitis in elderly patients, but fever and elevated WBC count are not significant. The presence of ruptured appendicitis is associated with a longer delay before first medical care.

Keywords : Ruptured appendicitis, appendicitis, elderly

* กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด

บทนำ

ไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด ในจำนวนผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่จะพบในช่วงอายุ 13-40 ปี¹² และพบน้อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ (มากกว่า 60ปี) โดยทั่วไปพบไส้ติ่งแตกเฉลี่ยร้อยละ 19¹² ซึ่งพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 49 และร้อยละ 38 ในกลุ่มเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 8 ปี¹²

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัยมากขึ้นในระยะ 20 ปีที่ผ่านมาได้มีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เช่นเครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ มาช่วยในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบในผู้สูงอายุ แต่กลับพบว่าสถิติไส้ติ่งแตกไม่ได้ลดลงจากเดิมเลย การวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบยังคงอาศัยการซักประวัติและการตรวจร่างกายเป็นสำคัญ การวินิจฉัยและให้การผ่าตัดแก่ผู้ป่วยอย่างทันท่วงทีจะช่วยลดอัตราการเกิดไส้ติ่งแตกและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

ไส้ติ่งอักเสบพบได้ไม่บ่อยในผู้สูงอายุและมักมีอาการแสดงไม่ชัดเจนตั้งแต่แรกเริ่มทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า และพบอัตราการเกิดไส้ติ่งแตกได้บ่อยกว่าผู้ป่วยอายุน้อย¹⁻¹¹

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ต้องการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยสูงอายุที่ไส้ติ่งอักเสบและไส้ติ่งแตก

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาแบบย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตราดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2549 ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ(มากกว่า 61 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าไส้ติ่งอักเสบ ข้อมูลที่นำมาศึกษาได้แก่ จำนวนวันที่ผู้ป่วยมีอาการจนถึงมาพบแพทย์ จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงรับการผ่าตัด อาการปวดท้องของผู้ป่วยและอาการแสดงทางหน้าท้องที่ตรวจพบ การตรวจทางโลหิตวิทยา และ

รายงานบันทึกการผ่าตัด

ผู้ป่วยไส้ติ่งแตกหมายถึงผู้ป่วยที่ถูกบันทึก รายงานการผ่าตัดว่าไส้ติ่งแตก หรือผลการตรวจทางพยาธิวิทยารายงานว่าไส้ติ่งแตก

การแปลผลทางสถิติ ถือว่าข้อมูลมีความน่าเชื่อถืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $P < .025$

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ในช่วงเวลาที่ศึกษามีทั้งหมด 2,384 ราย อายุ 1-84 ปี (เฉลี่ย 29 ปี) มีผู้ป่วยไส้ติ่งแตก 407 ราย (ร้อยละ 17.07) ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน 1,941 ราย (ร้อยละ 81.42) ไส้ติ่งอักเสบเรื้อรัง 36 ราย (ร้อยละ 1.51) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามชนิดของไส้ติ่งอักเสบ (วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2549)

ชนิดของไส้ติ่งอักเสบ	จำนวน	ร้อยละ
ไส้ติ่งแตก	407	17.07
ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน	1941	81.42
ไส้ติ่งอักเสบเรื้อรัง	36	1.51
รวม	2384	100.00

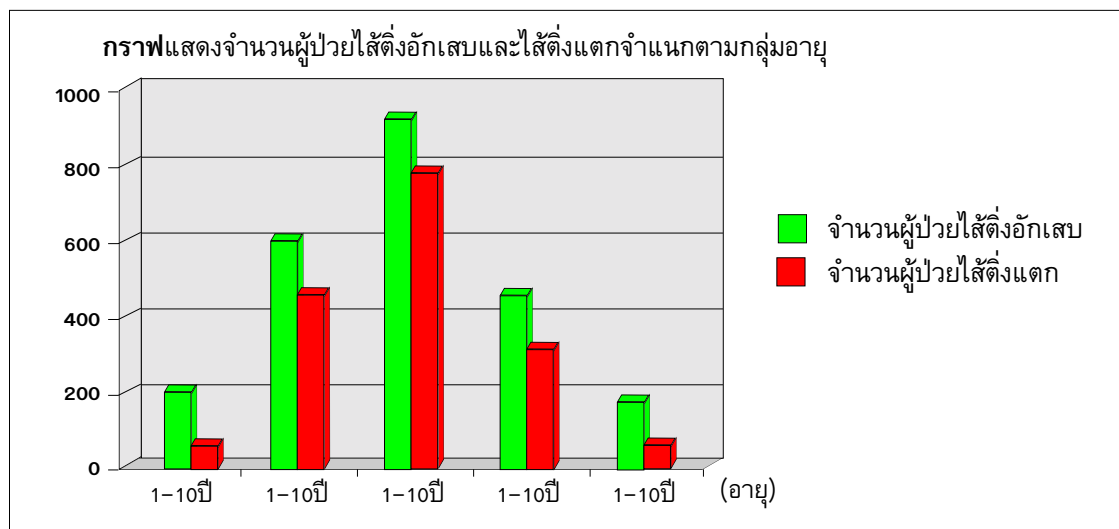
เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 21-40 ปี พบมากที่สุด(ร้อยละ 39.35) และพบน้อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 61 ปี พบน้อยที่สุด(ร้อยละ 7.21)

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มไส้ติ่งแตกพบสูงที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 30.23) รองลงมาเป็นผู้ป่วยกลุ่มอายุ 1-10 ปี (ร้อยละ 24.87) และพบน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 11-20 ปี (ร้อยละ 11.79) ดังตารางที่ 2 และกราฟ

ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่สูงอายุ 172 ราย ค้นเวช-

ตารางที่ 2 สัดส่วนของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีอาการไส้ติ่งแตกจำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ	ผู้ป่วยไส้ติ่งแตก	ร้อยละ
1-10	201	50	24.87
11-20	602	71	11.79
21-40	938	127	13.53
41-60	471	107	22.71
>61	172	52	30.23
รวม	2,384	407	17.07



ระเบียบเพื่อนำมาศึกษาได้ 149 ราย โดยเวชระเบียนที่ อายุที่ไส้ติ่งแตก 44 ราย ไส้ติ่งไม่แตก 105 ราย ข้อมูล
ขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลจะถูกตัดออก พบผู้ป่วยสูง ที่ได้แสดงดังตาราง 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอาการทางคลินิกของผู้ป่วยสูงอายุระหว่างกลุ่มที่ไส้ติ่งแตกและไส้ติ่งอักเสบ

รายการ	ไส้ติ่งแตก (n = 44)	ไส้ติ่งแตก (n = 105)
	จำนวน (ค่าเฉลี่ย / ร้อยละ)	จำนวน (ค่าเฉลี่ย / ร้อยละ)
วันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงมาพบแพทย์ (วัน)	1-7 / (2.18)	1-5 / (1.43)*
วันที่เข้ารับการรักษาจนถึงผ่าตัด (วัน)	0-2 / (0.16)	0-1 / (0.05)
อาการปวดท้อง (ราย)	44 / (100)	105 / (100)
อาการแสดงทางหน้าท้องที่ตรวจพบ (ราย)	43 / (97.72)	104 / (99.05)
ไข้ (T >38° C) (ราย)	23 / (52.27)	37 / (35.24)
เม็ดเลือดขาวสูง (WBC > 10,000cu mm.) (ราย)	28 / (63.64)	68 / (64.76)

* P value < .025

เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไส้ติ่งแตกและไม่แตกในผู้สูงอายุ พบว่าความล่าช้าในการมาพบแพทย์ของกลุ่มผู้ป่วยไส้ติ่งแตก (2.18 วัน) มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยไส้ติ่งไม่แตก (1.43 วัน) อาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความชัดเจนเกือบทั้งหมดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 97.72 ในกลุ่มผู้ป่วยไส้ติ่งแตก ร้อยละ 99.05 ในกลุ่มผู้ป่วยไส้ติ่งไม่แตก)

พบอาการไข้ได้ไม่บ่อยทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่มผู้ป่วยไส้ติ่งแตกพบร้อยละ 52.27 กลุ่มผู้ป่วยไส้ติ่งไม่แตกพบร้อยละ 35.24) เม็ดเลือดขาวสูงจากการตรวจทางโลหิตวิทยาพบได้ไม่บ่อยไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่มผู้ป่วยไส้ติ่งแตกร้อยละ 63.64 กลุ่มผู้ป่วยไส้ติ่งไม่แตกร้อยละ 64.76)

วิจารณ์

ไส้ติ่งอักเสบมักพบในคนอายุน้อยและเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยท่อฉุกเฉิน¹⁻¹¹ อุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกและมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยเพิ่มขึ้นตามอายุ พบร้อยละ 30-80 ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ^{1,5,10,12} เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยพบภาวะแทรกซ้อนเพียงร้อยละ 10-30^{1,5,10,12} พบว่าไส้ติ่งอักเสบในผู้สูงอายุมีอาการไข้และเม็ดเลือดขาวสูงจากการตรวจทางโลหิตวิทยาน้อยกว่าร้อยละ 50¹

ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการนานมากกว่า 48 ชั่วโมง¹ เนื่องจากอาการไม่ชัดเจนในระยะเริ่มแรกซึ่งเป็นผลให้เกิดไส้ติ่งแตกและภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นตามมา

จากการรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลตราดย้อนหลัง 5 ปี 6 เดือน พบสถิติไส้ติ่งอักเสบและแตกร้อยละ 17.07 และเมื่อนำมาแยกตามกลุ่มอายุ พบสูงที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 30.23

เมื่อดูจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีไส้ติ่งแตกของโรงพยาบาลตราดไม่แตกต่างจากที่เคยมีผู้รวบรวมไว้

รวมไว้ (ร้อยละ 30-80^{1,5,10,12}) ซึ่งการวินิจฉัยผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบของโรงพยาบาลตราดจะใช้การแสดงทางคลินิกเป็นสำคัญ

อาการปวดท้องเป็นอาการที่พบบ่อยสุดที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และอาการแสดงทางหน้าท้อง (peritoneal signs) เป็นสิ่งสำคัญในการให้การวินิจฉัยผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยการให้ความสนใจและทักษะของผู้ตรวจการตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ เป็นเพียงส่วนประกอบในการวินิจฉัยแยกโรคหรือช่วยให้มีความมั่นใจแก่ผู้ตรวจมากขึ้นเท่านั้น

จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไส้ติ่งแตกในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้เกิดจากความบกพร่องของแพทย์ในการวินิจฉัยหรือการให้การรักษาที่ไม่ทันท่วงที แต่เกิดจากความล่าช้าก่อนมาพบแพทย์ของผู้ป่วยเอง เมื่อดูจากรายละเอียดของข้อมูลที่ถูกระบุในบันทึกไว้ในเวชระเบียน ผู้ศึกษายังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลที่เป็นสาเหตุของความล่าช้าของผู้ป่วยได้ เนื่องจากข้อมูลที่ไต่ยังไม่ชัดเจนและบันทึกไว้ไม่ละเอียดพอ การค้นหาปัจจัยที่แท้จริงเพื่อนำมาเป็นข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการป้องกันหรือลดอัตราการเกิดไส้ติ่งแตกในผู้สูงอายุน่าจะมีการศึกษาต่อไป โดยเริ่มต้นจากการให้ความสนใจซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียดและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลน่าจะทำได้คำตอบที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงของการมาพบแพทย์ล่าช้าได้

สรุป

อาการแสดงของผู้ป่วยและการตรวจร่างกายทางคลินิกเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบและไส้ติ่งแตกในผู้สูงอายุ ส่วนไข้และเม็ดเลือดขาวสูงจากการตรวจทางโลหิตวิทยาไม่สามารถนำมาใช้ในการวินิจฉัยได้ ไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยสูงอายุเกิดจากความล่าช้าในการมาพบแพทย์ตั้งแต่เริ่มแรก

เอกสารอ้างอิง

1. Zenilman ME. Acute abdomen in elderly patient : concern and treatment options. Brooklyn NY USA May19, 2004; http://www.ddw.org/user-assets/documents/PDF/session__handouts/2004/books/Wednesday/Wed0830Zenilman.pdf.
2. Bergeron E, Richer B, Gharib R and Giard A. Appendicitis is a place for clinical judgment. Am J Surg 1999 ; 177:460-2.
3. Storm-Dickerson TL, Horattas MC. What have we learned over the past 20 years about appendicitis in the elderly? Am J Surg 2003; 185:198-201.
4. Eldar S, Nash E, Sabo E, Matter I, Kunin J, Mogilner JG, et al. Delay of surgery in acute appendicitis. Am J Surg 1997; 173:194-8.
5. Helmer KS, Robinson EK, Lally KP, Vasquez JC, Kwong KL, Liu TH, et al. Standardized patient care guidelines reduce infectious morbidity in appendectomy patients. Am J Surg 2002;183:608-13.
6. Hardin D. Acute appendicitis : review and update. Am Fam Phys 1999;60:2027-36.
7. Yamini D, Hernan V, Bongard F, et al. Perforated appendicitis : is it truly a surgical urgency? Am Surg 1998;64:970-5.
8. Horattas M, Guyton D, Diane Wu. A reappraisal of appendicitis in the elderly. Am J Surg 1990; 160:291-3.
9. Tehrani H, Petros J, Petros J, et al. Marker of severe appendicitis. Am Surg 1999;65:453-5.
10. Sanson T, O'Keefe K. Evaluation of abdominal pain in the elderly. Emerg Med Clin North Am 1996;14:615-26.
11. Billittier A, Abrams B, Brunetto A. Gastrointestinal emergencies. Part II. Emer Med Clin North Am 1996;14:789-850.
12. Hartwig k. Acute appendicitis : Incidence patterns and diagnostic challenge. Institute of surgery. University of Bergen, Norway, 2001: 103-7.