Rama Med J 2011; 34: 224-230

Original Articles/นิพนธ์ต้นฉบับ

ไส้ติ่งอักเสบขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ระหว่างปี พ.ศ. 2537-2552

วิชัย กิตติวัฒนากูล, พบ.

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

บทคัดย่อ

ได้ทำการศึกษาย้อนหลัง 15 ปี เกี่ยวกับไส้ติ่งอักเสบขณะตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2537 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วยจำนวน 18 ราย พบมีอายุครรภ์ในไตรมาส 1, 2, 3 และหลังคลอด ร้อยละ 33.33, 50, 11.11 และ 5.56 ตามลำดับ อาการผู้ป่วย มีไข้ คลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลว ปวดเวลาปัสสาวะ ปวดช่องคลอด-ทวารหนัก และมีเลือดออกทางช่องคลอด พบร้อยละ 11.11, 83.33, 5.56, 11.11, 5.56 และ 5.56 (บางรายมีหลายอาการ) ตามลำดับ

ผู้ป่วยทุกรายมีอาการปวดท้อง โดยพบปวดบริเวณด้านขวาล่าง ด้านขวาข้างลำตัว และด้านขวาบน พบร้อยละ 77.77, 16.67 และ 5.56 ตามลำดับ อาการปวด rebound, guarding พบร้อยละ 83.30 และ 5.56 ตามลำดับ ผลตรวจเลือดพบเม็ดโลหิตขาว >10,000 เซลล์ต่อมิลลิลิตร ร้อยละ 94.44 และมีเม็ดเลือดชนิด PMN มากกว่าร้อยละ 80 พบร้อยละ 89 ได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และวินิจฉัยได้ถูกต้องร้อยละ 78.5 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังรับรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงใดๆ โดยติดตามดูแลผู้ป่วยหลังคลอด พบส่วนใหญ่คลอดครบกำหนดทางช่องคลอดคิดเป็นร้อยละ 83.33 คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 11.11 คลอดโดยการผ่าตัดคลอด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.56 เป็นการผ่าตัดคลอดที่มีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม ทารกทุกคนมีสุขภาพที่แข็งแรงดี การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ที่สำคัญคือ การติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุกระยะด้วยการทำงานกันเป็นทีมสหวิชาชีพ

Key words: Appendicitis, graded compression ultrasonography

Corresponding author: วิชัย กิตติวัฒนากูล, พบ.
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
Email: Kittiwatakul55@hotmail.com

บทนำ

ไส้ติ่งอักเสบขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมที่พบบ่อยที่สุดในระหว่างตั้งครรภ์การวินิจฉัยที่ล่าช้าอาจทำให้เกิด peritonitis ซึ่งนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด การเสียชีวิตของมารดาและทารกได้ การวินิจฉัยภาวะไส้ติ่งอักเสบขณะตั้งครรภ์มีความยากลำบากเพราะอาการ อาการแสดง การตรวจร่างกาย และผลตรวจเลือด ไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ชัดเจน การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของไส้ติ่งในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากมดลูกมีขนาดโตขึ้นตามอายุครรภ์เป็นสาเหตุทำให้เกิดการผิดพลาดในการวินิจฉัยได้ จึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้นิพนธ์ทำการศึกษาแนวทางในการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาในผู้ป่วยเหล่านี้

วัสดุและวิธีการ

ได้ทำการศึกษาย้อนหลัง 15 ปี ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ จำนวน 18 ราย โดยเก็บบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ อายุครรภ์ อาการและอาการแสดง ผลการตรวจเลือด การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ระยะเวลาตั้งแต่นอนพักในโรงพยาบาลจนถึงเวลาผ่าตัด การรักษาหลังผ่าตัด ติดตามดูแลมารดาและทารกในครรภ์จนถึงหลังหลอด 7 วัน

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จากการศึกษาพบผู้ป่วย 18 ราย จากการคลอด 16,575 ราย ในระยะเวลา 15 ปี อายุของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 18-37 ปี พบในไตรมาสที่ 1 และ 2 จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 พบในไตรมาสที่ 3 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 และพบใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.56

อาการและอาการแสดงที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ทุกรายมาด้วยอาการปวดท้อง มีคลื่นไส้ อาเจียนและเบื่ออาหาร 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีไข้ปัสสาวะแล้วปวด 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 มีอาการถ่ายเหลว เลือดออกทางช่องคลอด ปวดทวารหนักและช่องคลอด อย่างละ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.56

อาการที่ตรวจพบ ทุกรายกดเจ็บบริเวณท้อง โดยแบ่งเป็นเจ็บท้องน้อยด้านขวาล่าง 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.77 เจ็บกลางตัวด้านขวา 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 และเจ็บ

ตารางที่ 1 อายุครรภ์ อาการและอาการแสดง

		N (%)
Age (years)		18-37
Gestational age	1st trimester	6 (33.33)
	2nd trimester	9 (50)
	3rd trimester	2 (11.11)
	Postpartum	1 (5.56)
Sign (May be multiple)		
Nausea and Vomiting		15 (83.33)
Fever > 38.5 °C		2 (11.11)
Dysuria		2 (11.11)
Diarrhea		1 (5.56)
Rectal or vaginal pain		1 (5.56)
Vaginal bleeding		1 (5.56)
Symptom		
Abdominal pain		18 (100)
RLQ		14 (77.77)
Rt. Frank		3 (16.67)
RUQ		1 (5.56)
Rebound tender		15 (83.33)
Guarding		1 (5.56)

บริเวณด้านขวาบน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.56 มีอาการ rebound tender และ guarding ร้อยละ 83.33 และ 5.57 ตามลำดับ

ผลการตรวจเลือด พบเม็ดโลหิตขาว > 10,000 เซลล์ต่อมิลลิลิตร ถึงร้อยละ 94.44 และมี PMN มากกว่าร้อยละ 80 ถึง 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 89

การตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โดยใช้วิธี Graded compression พบว่า 14 ใน 18 ราย ซึ่งวินิจฉัยได้ถูกต้อง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.50 ของผู้ที่ได้รับการตรวจ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ทำโดยสูติแพทย์และบางปี มีรังสีแพทย์ร่วมตรวจด้วย

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อนการผ่าตัดทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะ third generation cephalosporin และได้หยุดให้ยาหลังผ่าตัด 16 ราย มีอยู่ 2 รายที่ให้ยาต่อ มีผู้ป่วย 1 ราย พบ periappendiceal phlegmon และมีของเหลว

ตารางที่ 2 ผลการตรวจเลือดและการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

	N (%)
WBC (cell/ml)	
< 10,000	1 (5.56)
10,000 - 15,000	4 (22.22)
> 15,000	13 (72.22)
Neutrophilia (%)	
70 - 79	2 (11.11)
80 -89	7 (38.89)
> 90	9 (50.00)
Ultrasonography	
Not examined	4 (22.22)
Examined	14 (77.78)
- Undiagnostic	3 (21.50)
- Diagnostic	11 (78.50)

ตารางที่ 3 ระยะเวลาการผ่าตัด การใช้ยาแก้อักเสบ วิธีการคลอด

	N (%)
Surgery	
<24 hour of admission	18 (100)
>24 hour of admission	-
Antibiotic	
Pre-op	18 (100)
Continue post-op	2 (11.11)
Term	16 (88.89)
Vaginal delivery	15 (83.33)
Cesarean section	1 (5.56)
Preterm	2 (11.11)
Vaginal delivery	2 (11.11)
Cesarean section	-
Fetal mortalities	-
Maternal mortalities	-

รอบไส้ติ่งมาก อีก 1 ราย พบมีการแตกของไส้ติ่ง โดยผ่าตัดหลังคลอด ทั้ง 2 ราย ได้ใส่ท่อระบายทิ้งไว้ที่ cul-de-sac และบริเวณ subhepatic ได้รับปฏิชีวนะ third generation cephalosporin และยาที่คุม anarobes ต่อหลังผ่าตัด

หลังผ่าตัดผู้ป่วย 2 ราย มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 11.11 ไม่ได้ให้ยาคลายการหดรัดตัวของมดลูก คลอดขณะอายุครรภ์ได้ 33 และ 35 สัปดาห์ ทารกทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลจากกุมารแพทย์มีสุขภาพแข็งแรงดี

อีก 16 ราย ตั้งครรภ์จนครบกำหนด โดยคลอดเอง 15 ราย และผ่าตัดคลอด 1 ราย ซึ่งมีข้อบ่งชี้คือ ทารกตัวใหญ่ (CPD) คิดเป็นร้อยละ 83.33 และ 5.56 ตามลำดับ

ในการศึกษานี้ไม่พบการเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารก

วิจารณ์

ไส้ติ่งอักเสบระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อยที่สุด ในการศึกษานี้พบ 18 ราย จากการคลอด 16,575 ราย ซึ่งคิดเป็น 1 : 920 ของการคลอด โดยพบในไตรมาสที่ 1, 2, 3 และหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 33.33, 50, 11.11 และ 5.56 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Mourad และคณะ[1] ซึ่งพบร้อยละ 30, 45 และ 25 ในไตรมาสที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ

อาการไข้ไม่ใช่อาการเด่นชัดในผู้ป่วยเหล่านี้[2] ในการศึกษานี้ พบเพียง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการแพ้ท้องที่พบได้ทั่วไปในหญิงตั้งครรภ์ อาการถ่ายเหลว ปวดช่องคลอดและทวารหนัก ปวดเวลาปัสสาวะและเลือดออกทางช่องคลอด ก็ไม่ใช่อาการเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ[1]

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของมดลูกขณะตั้งครรภ์ มดลูกมีการขยายตัวมากขึ้น 20 เท่า จากการศึกษาของ Baer และคณะ[3] มีการเปลี่ยนตำแหน่งของไส้ติ่งโดยเคลื่อนขึ้นไปด้านบน ออกไปด้านข้าง และชี้ไปด้านหลัง เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และกลับสู่ตำแหน่งปกติประมาณวันที่ 10 หลังคลอด นี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การวินิจฉัยในไตรมาส 2, 3 และหลังคลอดทำได้ยาก มีความผิดพลาดสูง โดยเฉพาะภาวะหลังคลอดดังเช่นที่พบ 1 รายในการศึกษานี้ เป็นภาวะไส้ติ่งแตก ซึ่งพบมากขึ้นในไตรมาสหลังๆ จากการศึกษาของ Andersson และ Lambe[4] พบภาวะไส้ติ่งแตกในไตรมาสที่ 1, 2 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 6, 10 และ 13 ตามลำดับ

การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของไส้ติ่งนี้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ตำแหน่งของการปวดท้องในผู้ป่วยเหล่านี้เปลี่ยนไป ในการศึกษานี้ ทุกรายมีการปวดท้องโดยพบที่ตำแหน่ง RLQ, right frank และ RUQ คิดเป็นร้อยละ 77.77, 16.66 และ 5.57 ตามลำดับ ซึ่งพบใกล้เคียงกับการศึกษาของ Hodjati และคณะ ซึ่งพบได้ร้อยละ 76, 20 และ 4 ตามลำดับ[5]

อาการปวดท้องแบบ rebound และ guarding พบร้อยละ 88.9 ซึ่งพบว่า ไม่มีความจำเพาะต่อการวินิจฉัยภาวะไส้ติ่งอักเสบขณะตั้งครรภ์[1]

ภาวะเม็ดโลหิตขาวเพิ่มขึ้น (Leukocytosis) พบเป็นภาวะปกติในหญิงตั้งครรภ์ จึงไม่สามารถนำมาช่วยสนับสนุนในการวินิจฉัยมากนัก[1]

ไส้ติ่งอักเสบขณะตั้งครรภ์ ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคทางสูติ-นรีเวชต่างๆ ได้แก่ premature labour, abruptio placentae, chorioamnionitis, adnexal torsion, degenerated myoma, ectopic pregnancy, pelvic inflammatory disease, ruptured corpus luteum และ round ligament pain เป็นต้น ส่วนโรคที่ไม่ใช่ทางสูติ-นรีเวช ได้แก่ renal stone , gastroenteritis , pancreatitis, cholecystitis, mesenteric adenitis, hernia, bowel obstruction และ carcinoma of colon เป็นต้น[6] จะเห็นได้ว่าจะต้องวินิจฉัยแยกโรคมากมาย ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยวิธีหนึ่งที่พอช่วยได้คือการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

การวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงช่วยได้มาก โดยพบมีความไวในการวินิจฉัยร้อยละ 80-93 และมีความจำเพาะร้อยละ 94-100[7,8] โดยใช้วิธี Graded compression ใช้หัวตรวจแบบ Linear ขนาด 5 MHz ซึ่งใช้ครั้งแรกโดย Puylart[8] โดยใช้หลักเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

1. เส้นผ่าศูนย์กลางของไส้ติ่งมากกว่า 6 มิลลิเมตร
2. non compress appendix คือเห็นเป็นอวัยวะท่อปลายตัน ไม่สามารถกดให้ผนังของไส้ติ่งมาชิดกันได้
3. เห็น appendicolith
4. เห็น phlegmon หรือ hyperechoic diffuse halo sign เป็นวงสีขาวรอบไส้ติ่ง และอาจเป็นลักษณะของเหลวคั่งอยู่

การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในผู้ป่วยเหล่านี้ ต้องใช้ความชำนาญอย่างมาก ในการศึกษานี้ ผู้ป่วย 14 ใน 18 ราย ได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง คิดเป็นร้อยละ 77.7 โดยวินิจฉัยได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 78.5 ของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (11 ใน 14 ราย) ทั้งนี้เนื่องจาก

ผู้นิพนธ์มีประสบการณ์ในการตรวจน้อยและรังสีแพทย์ที่มารับราชการประจำในโรงพยาบาลก็ขาดแคลนอยู่หลายปี ผู้นิพนธ์มีความเห็นว่าสูติแพทย์ทั่วไปควรให้ความสนใจหาประสบการณ์นี้ร่วมกับรังสีแพทย์ ฝึกตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงดูไส้ติ่งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่มีไส้ติ่งอักเสบ ทั้งทั่วไปและในระหว่างตั้งครรภ์ มีผู้แนะนำให้ผู้ป่วยนอนในท่า left posterior oblique หรือ left lateral decubitus และวางตำแหน่งหัวตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในตำแหน่งที่ผู้ป่วยกดเจ็บมากที่สุด[9]

ผู้ป่วยทั้ง 18 ราย ได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจากรับรักษาตัวในโรงพยาบาล มีรายงานจาก Tamir และคณะ[10] ว่าถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช้ากว่า 24 ชั่วโมงหลังมีอาการพบภาวะไส้ติ่งแตกถึงร้อยละ 66 ซึ่งผู้นิพนธ์มีความเห็นว่ายังขึ้นกับปัจจัยเรื่องระยะที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์หลังมีอาการแล้ว สำหรับการศึกษานี้ พบไส้ติ่งแตก 2 ใน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 โดย 1 รายพบในไตรมาสที่ 3 อีก 1 รายพบหลังคลอด

ทุกรายผ่าตัดโดยสูติแพทย์และศัลยแพทย์โดยจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนตะแคง 30 องศาไปทางด้านซ้ายเพื่อให้เลือดมาเลี้ยงทารกมากขึ้น หลีกเลี่ยงการสัมผัสมดลูกให้มากที่สุด ตำแหน่งที่ลงมีดผ่าตัดในไตรมาสแรกลงที่ McBurney's point ในไตรมาส 2 และ 3 จะลงมีดในตำแหน่งที่กดเจ็บมากที่สุด จะลงแบบ midline หรือ paramedian ในรายที่ยังมีความสงสัยในการวินิจฉัยเท่านั้น[11] โดยแผลที่ผ่าตัดเปิดแบบ musele splitting

ในต่างประเทศมีการผ่าตัดโดยการส่องกล้องในอายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์[6] ซึ่งในโรงพยาบาลดำเนินสะดวกยังทำไม่ได้

หลังผ่าตัด 2 รายซึ่งอยู่ในไตรมาสที่ 3 มีอายุครรภ์ 33 และ 35 สัปดาห์ เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ไม่ได้ให้ยาคลายการหดตัวของมดลูก ซึ่งโดยทั่วไปไม่นิยมให้เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดภาวะปวดบวมน้ำจากภาวะ sepsis syndrome ได้[12]

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ขณะผ่าตัดไส้ติ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป เช่น เกิด peritonitis, sepsis เป็นต้น แต่ก็ต้องคำนึงถึงอายุครรภ์และความพร้อมของหน่วยดูแลทารกแรกคลอดของโรงพยาบาลนั้นๆ ด้วย ซึ่งในการศึกษานี้พบมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพียง 1 ราย ซึ่งมีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม คือ ทารกตัวใหญ่คลอดไม่ได้ นอกนั้นคลอดเองได้ทางช่องคลอด การวิจัยนี้พบมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งหมด โดยมีอยู่ 2 ราย คลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 11.11 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นที่พบร้อยละ 5-14[13]

จะเห็นได้ว่าภาวะไส้ติ่งอักเสบขณะตั้งครรภ์มีความยากลำบากในการวินิจฉัยมาก อาศัยจากประวัติ อาการ อาการแสดง การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งตรวจเลือดและการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ก็ไม่สามารถชี้ชัดได้มากนัก ดังนั้นการตรวจร่างกายและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และเป็นระยะๆ จึงเป็นจุดสำคัญในการวินิจฉัยภาวะนี้ เนื่องจากเกิดการฟ้องร้องแพทย์จากผู้เสียหายทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องมีความร่วมมือกันระหว่างสูติแพทย์ ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และกุมารแพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ อย่างใกล้ชิด รวมเป็นการดูแลผู้ป่วยด้วยสหวิชาชีพ

สรุป

ได้ศึกษาภาวะไส้ติ่งอักเสบขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ระหว่างปี พ.ศ. 2537-2552 เป็นเวลา 15 ปี พบผู้ป่วย 18 ราย คิดเป็น 1 ต่อ 920 ของการคลอด ได้รับการวินิจฉัยและรับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังรับรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงใดๆ กับมารดาและทารก พบการคลอดก่อนกำหนดเพียง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 โดยทารกทั้ง 2 รายมีสุขภาพแข็งแรงดี

การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงแบบ Graded compression มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยมาก ข้อสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้คือ การติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุกระยะด้วยความร่วมมือเป็นทีม ทั้งสูติแพทย์ ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ วิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นผู้เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สุรัติ เล็กอุทัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวกที่อนุญาตให้นำเสนอผลการศึกษานี้ หน่วยงานโสตทัศนูปกรณ์ คุณสุชาดา เสรีคชหิรัญ ช่วยเหลือด้านสถิติ และคุณกานดา รุ่งเรือง ที่พิมพ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Mourad J,Elliott JP, Erickson L, Lisboa L. Appendicitis in pregnancy : new information that contradicts long-held clinical beliefs. Am J Obstet Gynecol 2000;182:1027-9.
2. Babaknia A, Parsa H, Woodruff JD. Appendicitis during pregnancy. Obstet Gynecol 1977;50:40-4.
3. Baer JL, Reis RA, Arens RA. Appendicitis in pregnancy with changes in position and axis of normal appendix in pregnancy. JAMA 1932;95:1359-64.
4. Andersson RE, Lambe M. Incidence of appendicitis during pregnancy. Int J Epidemiol 2001;30:1281-5.
5. Hodjati H, Kazerooni T. Location of the appendix in the gravid patient : a re-evaluation of the established concept. Int J Gynaecol Obstet 2003;81:245-7.
6. Sharp HT. Gastrointestinal surgical conditions during pregnancy. Clin Obstet Gyncol 1994;37:306-15.
7. Jeffrey RB Jr, Laing FC, Lewis FR. Acute appendicitis : high-resolution real-time US findings. Radiology 1987;163:11-4.
8. Puylaert JBCM. Acute appendiditis : US evalution using graded compression. Radiology 1986; 158:355-60.
9. Lim HK, Bae SH, Seo GS. Diagnosis of acute appendicitis in pregnant women : value of sonography. AJR 1992;159:539-42.
10. Tamir IL, Bongard FS, Klein SR. Acute appendicitis in the pregnant patient. Am J Surg 1990;160:571-6.
11. Popkin CA, Lopez PP, Cohn SM. The incision of choice for pregnant women with appendicitis in through McBurney's point. Am J Surg 2002;183:20-2.
12. De Veciana M, Towers CV, Major CA, Lien JM, Toohey JS. Pulmonary injury associated with appendicitis in pregnancy : who in at risk? Am J Obstet Gynecol 1994;171:1008-13.
13. Paulson EK, Kalady MF, Pappas TN. Clinical practice. Suspected appendicitis. N Engl J Med 2003; 348:236-42.

Original Articles/นิพนธ์ต้นฉบับ

Appendicitis during Pregnancy in Dumnernsaduak Hospital between 1994-2009.

Kittiwatanakul W, MD.

Depertment of Obstertric Gynecelogy, Dumnernsaduak Hospital, Ratchaburi, Thailand

Abstract

This was a 15 years retrospective study of appendicitis during pregnancy in Dumnernsasuak hospital between 1994-2009. There were eighteen patients. The gestational stage at diagnosis were first, second, third trimester and post partum period accounted for 33.33, 50, 11.11 and 5.56 percent respectively. The clinical sings of these patients were fever nausea vomiting, diarrhea, dysuria, rectal or vaginal pain and vaginal bleeding accounted for 11.11, 83.33, 5.56, 11.11, 5.56 and 5.56 percent respectively

All patients had abdominal pain that present with right lower quadrant, right frank and right upper quadrant pain, accounted for 77.77, 16.67 and 5.56 percent respectively. Rebound tender and guarding were 83.30 and 5.56 percent respectively. Leukocytosis >10,000 cell/ml. was 94.44 percent. Neutrophilia >80% was 89 percent and the success rate of ultrasonography was 78.5 percent

All patients were operated within 24 hours of admission without serious complications. There were normal vaginal delivery 83.33 percent and premature delivery 5.56 percent. One patient was delivered by cesarean section with obstetric indication. All newborn babies were healthy.

Corresponding author: Kittiwatanakul W, MD.
Depertment of Obstertric Gynecelogy, Dumnernsaduak Hospital, Ratchaburi, Thailand
Email: Kittiwatakul55@hotmail.com