

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การผ่าตัดรักษาเด็กที่มีลำไส้กลืนกัน ในโรงพยาบาลนครปฐม

Surgical Management of Pediatric Intussusceptions in Nakhon Pathom Hospital

วินัย มีต้องปัน พ.บ.,
ว.ว. กุมารศัลยศาสตร์
กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม

Winai Meetongpun M.D.,
Thai Board of Pediatric Surgery
Division of Surgery
Nakhon Pathom Hospital

บทคัดย่อ

จุดประสงค์: เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเด็กลำไส้กลืนกันโดยกุมารศัลยแพทย์ 1 คน ในโรงพยาบาลนครปฐม

วิธีการ: เป็นการศึกษาย้อนหลังระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2552 ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดรักษาลำไส้กลืนกัน เพื่อศึกษาชนิดของการผ่าตัดรักษาลำไส้กลืนกัน และอัตราการเกิดลำไส้กลืนกันซ้ำ หลังทำการผ่าตัดรักษา และวิธีการรักษาหลังจากเกิดซ้ำ

ผลการศึกษา: - พบผู้ป่วยอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 15 ปี
- การผ่าตัดรักษาลำไส้กลืนกัน ด้วยวิธีเปิดช่องท้อง และคลายด้วยมือ โดยไม่ผ่าตัดไส้ติ่ง 12 ราย
- หลังผ่าตัดดังกล่าว พบลำไส้กลืนกันซ้ำ 2 ราย ซึ่งสามารถรักษาด้วยการใช้การคลายด้วยการสวนแบเรียม ประสบความสำเร็จทั้ง 2 ราย
- ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

สรุป: การผ่าตัดรักษาลำไส้กลืนกัน ด้วยวิธีเปิดช่องท้อง และคลายด้วยมือ ร่วมกับไม่ตัดไส้ติ่ง เป็นวิธีการรักษาที่ปลอดภัย

คำสำคัญ: ลำไส้กลืนกัน

ABSTRACT

Purpose: This study, by 1 pediatric surgeon aims to study about surgical management of intussusceptions in Nakhon Pathom hospital.

Methods: From January 2004 to December 2009, infants and children with intussusceptions were seen, operated by 1 pediatric surgeon. A retrospective study was carried out to evaluate surgical management of these patients.

Result :

- The age ranged from newborn to 15 years
- Exploratory laparotomy with manual reduction without appendectomy was done in 12 cases and there were recurrences in 2 cases which were successful on reduction by barium enema.
- There were no postoperative death.

Conclusion: Exploratory laparotomy with manual reduction without appendectomy was safe

Keyword : Intussusception

บทนำ

ลำไส้กลืนกันเป็นภาวะฉุกเฉินของช่องท้องที่สำคัญ และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของลำไส้อุดตันในเด็กวัยทารก การผ่าตัดเพื่อรักษาลำไส้กลืนกัน กระทำเมื่อไม่ประสบความสำเร็จในการคลายการกลืนด้วยแรงดันหรือพิจารณาผ่าตัดเป็นอันดับแรกเนื่องจากมีข้อห้ามต่อการรักษาแบบไม่ผ่าตัด

- ข้อบ่งห้ามสมบูรณ์ (absolute contraindication)
 - มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ
- ข้อบ่งห้ามสัมพัทธ์ (relative contraindication)
 - มีอาการทางระบบทางเดินอาหารมานานกว่า 48 ชั่วโมง
 - ภาพเอกซเรย์ช่องท้องมีลักษณะของลำไส้เล็กอุดตันแบบสมบูรณ์
 - ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 3 เดือน หรืออายุมากกว่า 2 ปี
 - การกลืนกันกลับเป็นซ้ำมากกว่าครั้งเดียว
 - มีอาการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ไข้สูง ซึมมาก หายใจเร็ว

การผ่าตัดมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อคลายการกลืน ประเมินสภาวะของลำไส้ที่ถูกกลืน ตลอดจนมองหาจุดนำ ซึ่งเป็นพยาธิสภาพ ประเด็นที่ยังขัดแย้งและมีความเห็นที่แตกต่างกัน คือการดูแลภายหลัง manual reduction สำเร็จ

เรียบร้อยแล้ว จุดประสงค์ในการศึกษานี้ เพื่อทบทวนดูว่าการผ่าตัดรักษาลำไส้กลืนกันโดยวิธี Exploratory laparotomy with manual reduction without appendectomy จะปลอดภัยและมีข้อดีอย่างไรบ้างรวมทั้งเพื่อศึกษาชนิดการผ่าตัดรักษาลำไส้กลืนกันและอัตราการเกิดซ้ำของลำไส้กลืนกัน หลังทำการผ่าตัด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบพรรณนาค้นย้อนหลัง (retrospective descriptive study) จากเวชระเบียนของโรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ในผู้ป่วยเด็กลำไส้กลืนกันที่รักษาด้วยการผ่าตัด 20 ราย ซึ่งทำการรักษาผ่าตัด โดยกุมารศัลยแพทย์ 1 คน การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง

ภายหลังเปิดช่องท้องเรียบร้อยแล้วเคลื่อน (mobilize) ลำไส้ทั้งหมด รวมทั้งส่วนที่กลืนกันออกมานอกแผลผ่าตัด แก้ไขลำไส้กลืนกันโดยใช้มือบีบไล่ออก (manual reduction) ซึ่งทำได้โดยมือข้างซ้ายจับลำไส้ส่วนที่อยู่ปลายกว่าจุดนำ เพื่อให้อยู่กับที่ แล้วใช้มือขวาบีบลำไส้ใกล้กับส่วนนำเพื่อดันให้จุดนำเคลื่อนตัวถอยหลังออกไป ทำจนกระทั่งลำไส้ทั้งหมดคลายตัวออกจากกัน ตรวจสอบสภาพของลำไส้ดูสภาวะของเลือดที่มาเลี้ยง ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นห่อหุ้มลำไส้ที่สงสัยว่ามีการขาดเลือดนานและอาจมีการตายไว้ จนกระทั่ง

แน่ใจว่ามีเลือดมาเลี้ยงพอหรือขาดเลือดอย่างแน่นอน
ตรวจหาพยาธิสภาพที่อาจเป็นส่วนนำของลำไส้กลืนกัน
เช่น Meckel's diverticulum, polyp, ลำไส้ซ้ำซ้อนแบบถุง
(cystic duplication) การตัดลำไส้ออกจะทำในกรณีที่ไม่
สามารถทำ manual reduction ได้ หรือถ้าทำต่อไปลำไส้
อาจแตกหรือในกรณีที่ทำ manual reduction สำเร็จ
เรียบร้อยแล้วแต่ลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยงจนเนื้อตาย จะต้อง
ผ่าตัดลำไส้ที่ตายออกและเชื่อมต่อลำไส้เข้าด้วยกันโดยตรง
(resection และ end-to-end anastomosis) ถ้าพบพยาธิ
สภาพที่เป็นตัวนำก็รักษาตามลักษณะของพยาธิสภาพ
ข้อมูลที่น่าสนใจได้แก่ อายุ ชนิดของการผ่าตัด การ
เกิดโรคซ้ำ อัตราตายและผลแทรกซ้อน

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ทำการผ่าตัดรักษาลำไส้กลืน
กัน จำนวน 20 ราย จากปี พ.ศ. 2547 ถึงปี พ.ศ. 2552
มีอายุ 2 เดือน ถึง 13 ปี

- อาการและอาการแสดง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยลำไส้กลืนกัน
ในเด็ก 20 ราย

อาการและอาการแสดง	จำนวน
อาการ	(ร้อยละ)
อาเจียน	18 ราย (90)
อุจจาระเป็นมูกเลือด	16 ราย (80)
ปวดท้อง	15 ราย (75)
ท้องอืด	8 ราย (40)
อาการแสดง	
อุจจาระเป็นมูกเลือด	16 ราย (80)
Palpable abdominal mass	12 ราย (60)
ท้องอืด	8 ราย (40)

- อาเจียนเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในการศึกษา
ครั้งนี้ (ร้อยละ 90)

- อุจจาระเป็นมูกเลือด (ร้อยละ 80) และ palpable
abdominal mass เป็นอาการแสดงที่พบบ่อย (ร้อยละ 60)

การผ่าตัดรักษา (ตารางที่ 2)

- ผู้ป่วย 20 ราย ได้ทำการผ่าตัดรักษา ตามตาราง
ที่ 2 ส่วนใหญ่เป็น Manual reduction without appendec-
tomy 12 ราย (ร้อยละ 60) พบผลแทรกซ้อนในผู้ป่วย
2 ราย (ร้อยละ 10)

- Pathological lead points พบ Meckel's diverti-
culum 3 ราย

- Mortality and recurrence

- ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการผ่าตัด และหลังทำ
การผ่าตัดมีผู้ป่วยเกิดลำไส้กลืนกันซ้ำ 2 ราย รักษาด้วย
การทำ barium reduction ซึ่งประสบผลสำเร็จทั้ง 2 ราย

- ผู้ป่วยที่ผ่าตัด intestinal resection 8 ราย ไม่พบ
การเกิดซ้ำของลำไส้กลืนกันจากการติดตามผลการรักษา
นาน 3 ปี

วิจารณ์

ลำไส้กลืนกันสามารถเกิดได้ทุกอายุ อย่างไรก็ตาม
ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 3 เดือนถึง 2 ปี อุบัติการณ์
ของลำไส้กลืนกันในประเทศในแถบเอเชียอาคเนย์ พบ

ตารางที่ 2 Results of the operative and complication
treatment (n = 20)

Operative treatment	Number
- Manual reduction without appendectomy	12
- Intestinal resection	8
- Complication	
- Wound infection	1
- Pneumonia	1

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการเกิดลำไส้กลืนกันซ้ำหลังการผ่าตัด

Comparison of the recurrent intussusceptions from the literature			
authors	year	country	Recurrence rate (%) after successful reduction
			Operative
Soper and brown ¹²	1964	United States	3
Ein ¹⁴	1975	Canada	3
Renwick et al ¹⁷	1992	Australia	3
Champoux et al ¹⁶	1994	United States	1
Danemand et al ¹⁸	1998	Canada	0
Present study	2011	Thailand	10

ประมาณ 30-35 : 10,000 ของการเกิดมีซีพี^{1,2} เหมือนกับใน USA.³ และ Switzerland⁴ ในหลายการศึกษาได้พบว่า adenovirus และ rotavirus จากภาวะการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน หรืออวัยวะและลำไส้อักเสบ อาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดการเพิ่มของเซลล์ต่อมน้ำเหลือง (lymphoid hyperplasia) ในผนังของ terminal ilium⁵⁻⁹ ซึ่ง lymphoid hyperplasia สามารถเป็น lead point ใน idiopathic intussusceptions ได้ ในบางการศึกษาได้แนะนำว่ากลุ่มของผู้ป่วยที่อายุมากกว่านี้จะมี pathological lead point ที่ชัดเจน^{10,11}

อาการที่เป็นแบบฉบับ (The classic symptom triad of intussusceptions) คือ vomiting, abdominal pain และ mucous bloody stool การรักษาด้วยการผ่าตัดยังคงมีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยลำไส้กลืนกัน ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสำหรับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด¹²⁻¹⁸ การผ่าตัดด้วยการทำ manual reduction ส่วนใหญ่จะประสบผลสำเร็จ

ในผู้ป่วยที่เกิดลำไส้กลืนกันซ้ำหลังจากทำผ่าตัด manual reduction without appendectomy สามารถใช้ barium reduction ได้โดยไม่ต้องกังวลว่าจะมีการทะลุบริเวณตำแหน่งของไส้ติ่ง ถ้าทำ appendectomy ร่วมด้วย อาจจะทำให้เกิดการทะลุ ในบริเวณ appendiceal stump ทำให้ลดการทำ re-operative ซึ่งจะลดความเสี่ยงจากการดมยาสลบและการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ทำการตัดและต่อลำไส้พบว่าไม่เกิดการเป็นซ้ำของลำไส้กลืนกันหลังผ่าตัด

สรุป

จากการศึกษานี้เห็นได้ว่าการรักษาลำไส้กลืนกันในเด็กด้วยวิธีการผ่าตัด Exploratory laparotomy with manual reduction without appendectomy มีความปลอดภัย และในกรณีที่มีการเกิดลำไส้กลืนกันซ้ำ หลังการผ่าตัดดังกล่าวก็สามารถใช้ barium reduction ได้อย่างปลอดภัย และช่วยลดความเสี่ยงจากการดมยาสลบและผ่าตัดซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Giak CL, Singh HA, Nalluamy R, et al. Epidemiology of intussusception in Malaysia: a three - year review. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2008;39:848-55.
2. Tan N, Teoh YL, Pha KB, et al. An update of pediatric intussusception incidence in Singapore: 1997-2007. *Ann Acad Med*. 2009;38:690-3.
3. Parashar UD, Holman RC, Cummings KC, et al. Trends in intussusceptions-associated hospitalization and deaths among US infants. *Pediatrics*. 2000;106:1413-21.
4. Buettcher M, Bear G, Bond Hoeffler J, et al. Three-year surveillance of intussusception in children in Switzerland. *Pediatrics*. 2007;120:473-9.
5. Gardener PS, Knox EG, Count SDM, et al. Virus infection and intussusception in children. 2007; 120:473-9.
6. Bell TM, Teyn JH. Virus in lymph nodes of children with meenterinc lymphadenitis and intussusception. *Br Med J*. 1962;2:700-2.
7. Ross JG, Potter CW, Zachary RW. Adinovirus infection in association with intussusception in infancy. *Lancet*. 1962;11:211-23.
8. Hamby LS, Fowler CL, Pokorny WJ. Intussusception. In: Donnellan WL, Burrington JD, Kimur K, et al., editors. *Abdominal surgery of infancy and childhood*. Australia: Harwood Academic publishers; 1996. p. 3-19.
9. Dennison WM, Shaker M. Intussusception in infancy and childhood. *Br J Surg*. 1970;57:679-84.
10. Hutchison IF, Olayiwola B, Young DG. Intussusception in infancy and childhood. *Br J Surg*. 1980;67:209-12.
11. Bruce J, Huh YS, Cooney DR, et al. Intussusception: evolution of current management. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1987;6:663-74.
12. Soper RT, Brown MJ. Recurrent acute intussusceptions in children. *Arch Surg*. 1964;89:188-98.
13. Kenigsberg K, Lee JC, Stein H. Recurrent acute intussusception. *Pediatrics*. 1979;53:269-70.
14. Eim SH. Recurrent intussusception in children. *J Pediatr Surg*. 1975;10:751-5.
15. Herman BE, Becker J. Recurrent intussusception-a survey. *Surg Clin North Am*. 1960;40:1009-19.
16. Champoux AN, Del Beccaro MA, Nazar-Stewart V, et al. recurrent intussusception risks and features. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1994; 148:474-8.
17. Renwick AA, Beasley SW, Phelan E. Intussusception recurrence followings (oxygen) enema reduction. *Pediatr Surg Int*. 1992;7:361-3.
18. Daneman A, Alton DJ, Lobo E, et al. Pattern of recurrence of intussusceptions in children: a 17-year review. *Pediatr Radiol*. 1998;28:913-9.