

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ลำไส้ทะลุจากเมล็ดกระท้อน

Perforation of Colo-Rectal from Santal Seed

วิฑูรย์ ศรีสุกัรเจริญ พ.บ., วว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

Vitoon Srisookcharoen M.D.

กลุ่มงานศัลยกรรม

Certified Board of General Surgery Division of Surgery

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

Prachuapkhirikhan Hospital

บทคัดย่อ

กระท้อนเป็นผลไม้ที่มีเมล็ดขนาดใหญ่ และมีปลายแหลมคมทั้ง 2 ด้าน การกลืนเมล็ดกระท้อนเข้าไป อาจมีอันตรายต่อร่างกายได้

ได้รายงานผู้ป่วย 5 ราย ที่มีลำไส้ใหญ่ทะลุจากการกลืนเมล็ดกระท้อน ตำแหน่งที่ลำไส้ใหญ่ทะลุอยู่ที่ Sigmoid colon 2 ราย และที่ Rectum 3 ราย

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ Primary repair 1 ราย แบบ Primary repair & Proximal colostomy 3 ราย และ Sigmoid colostomy 1 ราย

ABSTRACT

Santal is a tropical fruit that has large and sharp edge seed. Ingestion of santal seed may be harmful.

Five cases were reported about the patients who encountered sigmoid colon or rectal perforation from ingesting santal seed. The sites of perforations were found at sigmoid colon in two cases and rectum in three cases.

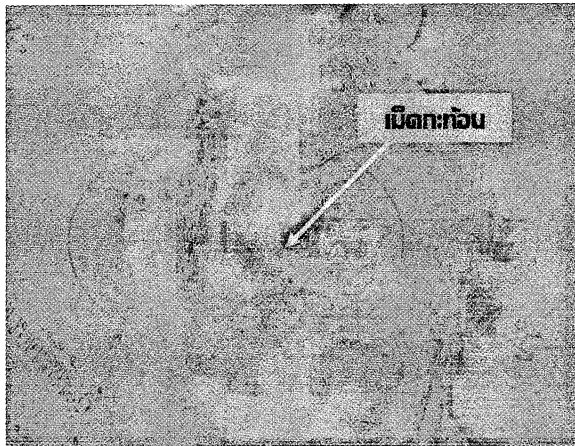
The types of operation were primary repair in one case, primary repair & proximal colostomy in three cases and sigmoid colostomy in one case.

บทนำ

กระท้อนเป็นผลไม้เมืองร้อนที่ประชาชนนิยมบริโภค ในระหว่างเดือน เมษายน - กรกฎาคม ของทุกปี ส่วนใหญ่จะบริโภคเฉพาะเนื้อกระท้อน ส่วนที่เป็นเมล็ดจะทิ้งไป แต่บางครั้งด้วยความอหังการหรือความเสีย

ดาย ทำให้ผู้ป่วยโรคบางคนที่กลืนเมล็ดกระท้อนเข้าไปด้วย

เนื่องจากเมล็ดกระท้อนมีขนาดใหญ่ และปลายของเมล็ดทั้ง 2 ด้าน แหลมคม ดังนั้นเมล็ดกระท้อนสามารถทิ่มแทงทะลุลำไส้ ทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยโรคได้



รูปเมลิ็ดกระห่อนในลำไส้ใหญ่

รายงานผู้ป่วย

เป็นรายงานผู้ป่วยที่มีภาวะเมลิ็ดกระห่อนทะลุ ลำไส้ใหญ่ ซึ่งได้ค้นรายงานผู้ป่วยที่รับไว้ในแผนกศัลยกรรม ตั้งแต่ปี 2543 - 2547 มีผู้ป่วย 5 รายที่จะรายงาน

ผู้ป่วยรายที่ 1

เป็นชายไทย อายุ 51 ปี รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลวันที่ 23 มิถุนายน 2543 ด้วยเรื่อง ปวดท้องน้อยมา 1 วัน

ตรวจร่างกายแรกรับ

- T = 37.5°C R = 20 ครั้ง/นาที P = 90 ครั้ง/นาที
BP = 110/70 mmHg
- มีภาวะ Tender และ Guarding ที่ท้องน้อยทั่ว ๆ ไป
- ระบบอื่น ๆ ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- CBC : Hct. 50.8% WBC 20000 cell/mm³
Neutrophil 76% Lymphocyte 22% Monocyte 2%
- UA : ปกติ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Rupture Acute Appen-

dicitis

ศัลยแพทย์ได้ทำผ่าตัดเข้าช่องท้อง โดยใช้ Lower midline incision และพบว่ามี Perforation of rectum จากเมลิ็ดกระห่อน ซึ่งมีอยู่ 5 เมลิ็ด ผู้ป่วยได้รับการเย็บซ่อม Rectum และ Sigmoid colostomy

หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน คือ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา 15 วัน จึงกลับบ้านได้ และนัดมาปิด Sigmoid colostomy อีก 2 เดือนต่อมา

ผู้ป่วยรายที่ 2

ชายไทย อายุ 76 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 28 พฤษภาคม 2545 ด้วยเรื่อง ท้องอืด ปวดท้อง มีไข้ เป็นมา 5 วัน

ตรวจร่างกายแรกรับ

- T = 37°C R = 22 ครั้ง/นาที P = 84 ครั้ง/นาที
BP = 130/70 mmHg
- มีภาวะ ท้องอืด แน่นท้อง และกดเจ็บที่ท้องน้อย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- CBC : Hct. 36.5% WBC 13400 cell/mm³
Neutrophil 82% Lymphocyte 18%
- UA : ปกติ

ผลการตรวจรังสีวิทยา

Film Abdomen พบ Bowel dilate และ air fluid level

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้านซ้ายและมีการอุดตัน ในวันรุ่งขึ้น ศัลยแพทย์ได้ทำการผ่าตัดผู้ป่วย และพบว่ามีกระเพาะของ rectum 2 แห่ง และมีเมลิ็ดกระห่อนอยู่ใน cul de sac ศัลยแพทย์ได้เย็บซ่อม Rectum และทำ Lt. side transverse loop colostomy

ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 22 วัน แผลผ่าตัดติดเชื้อ และนัดมาปิด Colostomy อีก 2 เดือนต่อมา

ผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยชายอายุ 78 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 4 มิถุนายน 2545 ด้วยเรื่องปวดท้องน้อยด้านขวา กดเจ็บ ถ่ายเหลว มีอาการมา 2 วัน

ตรวจร่างกายแรกรับ

■ T = 37.6°C R = 22 ครั้ง/นาที P = 84 ครั้ง/นาที

BP = 120/70 mmHg

■ ท้องด้านขวากดเจ็บและแข็งเกร็ง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

■ CBC : Hct. 34.5% WBC 11900 cell/mm³

Neutrophil 82% Lymphocyte 15%

Monocyte 3%

■ UA : ปกติ

ผลการตรวจรังสีวิทยา

Film Chest พบว่ามี Free air ได้กะบังลมขวา

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกระเพาะรั่ว ได้ทำการผ่าตัดผู้ป่วยพบว่ามีเมสสิคกระเพาะอยู่ในลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย ไปจนถึง Rectum จำนวน 20 เมล็ด และมีรูทะลุที่ Sigmoid colon ศัลยแพทย์ได้ยก Sigmoid colon ที่รั่วมาทำเป็น Colostomy และนัดปิด Colostomy อีก 2 เดือนต่อมา

ผู้ป่วยอยู่รักษาตัว 24 วัน จึงกลับบ้าน ไม่มีภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ

ผู้ป่วยรายที่ 4

ชายไทย อายุ 62 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 14 มิถุนายน 2545 ด้วยเรื่องปวดท้องน้อย บัสสาวะไม่ค่อยออก

ตรวจร่างกายแรกรับ

■ T = 36.8 °C R = 20 ครั้ง/นาที P = 60 ครั้ง/นาที

BP = 130/80 mmHg

■ กดเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านซ้าย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

■ CBC : Hct. 38.6% WBC 8100 cell/mm³

Neutrophil 70.4% Lymphocyte 24.5%

Monocyte 4.8%

■ UA : pH = 5.5 SpGr = 1.025 alb : -ve

sugar : -ve WBC = 20-30

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ทางเดินปัสสาวะอักเสบ ได้รับการรักษาโดยยาปฏิชีวนะ

วันที่ 3 หลังการรักษา ผู้ป่วยปวดท้องน้อยมากขึ้น ปวดทั่ว ๆ ท้องน้อย กดเจ็บ ทำการเอกซเรย์ Plain abdomen AP supine & Upright พบว่ามี localized small bowel ileus

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Pelvic peritonitis ได้ทำผ่าตัดช่องท้อง และพบว่าลำไส้ใหญ่ส่วน Sigmoid colon ทะลุ และมีเมสสิคกระเพาะอยู่ใน Cul de sac ศัลยแพทย์ได้ทำ primary repair ของ Sigmoid colon & drain หลังผ่าตัด 4 วัน พบว่ามี Disrupted ของ Sigmoid colon ที่เย็บไว้ ศัลยแพทย์จึงได้ยก Sigmoid colon ส่วนที่ Perforated มาเป็น Colostomy

ผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล 14 วัน และได้รับการเย็บปิด Colostomy อีก 1 เดือนครึ่งต่อมา

ผู้ป่วยรายที่ 5

ชายไทยอายุ 50 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 3 พฤษภาคม 2547 ด้วยอาการปวดท้องน้อยมา 4 วัน

ตรวจร่างกายแรกรับ

■ T = 37.2 °C R = 22 ครั้ง/นาที

P = 84 ครั้ง/นาที BP = 110/70 mmHg

■ กดเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านขวา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

■ CBC : Hct. 43.7% WBC 7010 cell/mm³

Neutrophil 79% Lymphocyte 10%

Monocyte 11%

■ UA : ปกติ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Acute appendicitis ได้ผ่าตัดทำ Appendectomy โดยใช้ Low transverse incision ศัลยแพทย์พบว่า feces contaminated in cul de sac และ Appendix อักเสบไม่มาก และไม่แตก ศัลยแพทย์ได้ผ่าตัด Explore-laparotomy และพบว่ามี rectal perforated จากเมล็ดกระถ่อน

ศัลยแพทย์ได้เย็บซ่อม rectum และใส่ penrose drain in cul de sac

ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 12 วัน ไม่มีภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อ

วิจารณ์

จากรายงานผู้ป่วยทั้ง 5 ราย จะพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะลำไส้ใหญ่ทะลุจากเมล็ดกระถ่อน จะพบในช่วงเดือน พฤษภาคม ถึง กรกฎาคม ซึ่งเป็นฤดูกาลของกระถ่อนพอดี พบว่าผู้ป่วยทั้ง 5 ราย เป็นผู้สูงอายุ คือ อายุมากกว่า 50 ปี ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า กระถ่อนเป็นผลไม้ยอดนิยมอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ และตำแหน่งการบาดเจ็บจากเมล็ดกระถ่อน จะพบที่ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย โดยเฉพาะ Sigmoid colon และ rectum ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเกี่ยวข้องกับ Anatomy ของลำไส้ใหญ่ และ function ของลำไส้ใหญ่ก็ได้ คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนล่างอาจจะพับหักงอมากขึ้น และภาวะลำไส้บีบตัวช้าลง ซึ่งมีผลทำให้เมล็ดกระถ่อนอยู่ในลำไส้ส่วนปลายได้นานขึ้นจึงมีโอกาสเกิดอันตรายได้มากขึ้น

อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล อาจจะเป็นภาวะลำไส้อุดตัน และหรือ มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ซึ่งภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจะเป็นมากหรือรุนแรงขนาดไหนก็ขึ้นอยู่กับระยะเวลาหลังเกิดการรั่ว และปริมาณ Contamination ของอุจจาระที่รั่วเข้าช่องท้อง

การทำ Abdominal plain film series อาจจะเห็นเพียง small bowel หรือ large bowel dilate และบางครั้งก็อาจจะต้องวินิจฉัยแยกจากโรค peptic perforate

ก็ได้ ทั้งนี้เนื่องจากเห็น free air ที่ใต้ right dome of diaphragm

ในรายงานผู้ป่วย 5 ราย จะเห็นว่า ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่วินิจฉัยว่าเยื่อช่องท้องอักเสบ โดยไม่ทราบสาเหตุ 2 ราย ได้วินิจฉัยว่าเป็น กระเพาะอาหารรั่วและเยื่อช่องท้องอักเสบ 1 ราย ภาวะลำไส้ใหญ่อุดตัน 1 ราย และเป็น Acute appendicitis 1 ราย

ดังนั้นการซักประวัติเกี่ยวกับการรับประทานกระถ่อนกับผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ในช่วงฤดูกาลของกระถ่อน อาจจะประโยชน์ช่วยในการวินิจฉัย และการเตรียมคนไข้ก่อนการผ่าตัดรักษาได้ดีขึ้น

สำหรับการผ่าตัดรักษา Colonic perforation นั้นมีหลายแบบ คือ

1. Primary repair
2. Primary repair & exteriorization
3. Primary repair & proximal colostomy
4. Diverting colostomy

ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะต่าง ๆ คือ

1. General condition ของผู้ป่วย
2. Site of perforation
3. Severity ของ contamination

ในรายงานนี้ มีผู้ป่วยที่มี sigmoid perforation 2 ราย รายหนึ่งยก sigmoid colon ตรงที่ทะลุมาเป็น colostomy อีกรายหนึ่งทำ Primary repair of sigmoid colostomy ต่อมามีการรั่วตรงตำแหน่งเย็บซ่อม และต้องผ่าตัดซ้ำโดยยกตรงตำแหน่งที่รั่วมาทำเป็น colostomy

ผู้ป่วยอีก 3 ราย มี rectal perforation 2 รายทำ Primary rectal repair & proximal colostomy และอีก 1 รายทำ Primary rectal repair & drain

ภาวะโรคแทรกซ้อนที่อาจจะพบได้จากการรักษา colonic perforation คือ ภาวะ intra abdominal abscess, leakage of repair site, stomal complication เช่น อุดตัน, necrosis peristomal evisceration, peris-

tomal abscess และ wound infection

สำหรับในรายงานผู้ป่วยทั้ง 5 รายนี้ ในผู้ป่วย 4 รายที่เย็บซ่อมลำไส้ใหญ่ มี 1 รายที่รั่วอีกตรวรอยเย็บซึ่งเป็นบริเวณ sigmoid colon และได้ยกส่วนที่รั่วนี้นี้มาเป็น colostomy ส่วนแผลผ่าตัด 5 รายนี้ แผลผ่าตัดติดเชื้อ 1 ราย

สรุป

จากรายงานดังกล่าว ได้แสดงให้เห็นถึงอันตรายที่เกิดขึ้นจากการกินเมล็ดกระท้อนเข้าไป อันตรายนี้จะเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ตำแหน่งของการเกิดอันตรายอยู่ที่ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย ซึ่งที่เป็นเช่นนี้อาจจะเกี่ยวกับรูปร่างของลำไส้ใหญ่ และการทำงานของลำไส้ใหญ่ที่เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อพบผู้ป่วยสูงอายุมาด้วยอาการปวดท้องน้อย และมีเย็บช่องท้องน้อยอักเสบโดยไม่ทราบสาเหตุ และโดยเฉพาะอยู่ในช่วงเดือน พฤษภาคม ถึง กรกฎาคม ศัลยแพทย์ควรถามเรื่องการกินเมล็ดกระท้อนด้วย เพราะอาจจะช่วยในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้เหมาะสมมากขึ้น

นอกจากนี้แล้วการให้ประชาชนได้รับรู้ถึงอันตรายถึง การกินเมล็ดกระท้อนเข้าไป ก็เป็นประโยชน์ต่อประชาชนเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล, ดรินทร์ ไส้ศิริวัฒน์. ภาวะเฉียบพลันทางช่องท้อง. ใน : ประมุข มุทิตางกูร, ปรีชา ศิริทองถาวร, วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล, รวิศ

เรืองตระกูล บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ดี 2544 : 173-96.

2. นฤมล (ศรีสุภาพรรณ) ฮาร์โกฟ. ภาพถ่ายรังสีของท้องในภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม. ใน : ประมุข มุทิตางกูร, ปรีชา ศิริทองถาวร, วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล, รวิศ เรืองตระกูล บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ดี 2545 : 690-702.
3. รัฐพลี ภาควรรุ. Injury to the Colon and Rectum. ใน : สุमित วงศ์เกียรติขจร, สุทธิจิต ลีนานนท์, วิชัย วาสนศิริ, พิชัย บุญยงค์สุวรรณชัย, ธนพล ไหมแพร, นกมล วรอุไร บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 25. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. บริษัทโฆษิตการพิมพ์ จำกัด 2547 : 504-11.
4. พ.อ. บันลือ เฉลยกิตติ , พ.อ. ปริญา ทวีชัยการ. บาดเจ็บลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน : กำพล เลหาเพ็ญแสง, วีระชัย นาวารวงศ์, ศักดิ์ชัย ผลประเสริฐ, มงคล เลหาเพ็ญแสง. บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ปริทัศน์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. พี.ซี.ฟอเรนซิกเคชันเตอร์ 2540 : 191-94.
5. Ricardo Espinoza, Aurelio Rodriguez. Traumatic and Nontraumatic Perforation of Hallow viscera. Surgical clinics of North America 1997 ; 77 : 1291-309.
6. Jon M. Burch. Injury to the Colon and Rectum. In : Ernest E. Moore, David V. Feliciano , Kenneth L. Mattox. Editors. Trauma 5th ed. New York : Mcgraw - Hill Medical Publishing; 2004 : 735-51.