

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การผ่าตัดไส้ติ่งร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบบ Elective

Incidental Appendectomy at Elective Cesarean Section

นัยนา เมฆสงศ์ พ.บ.

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลราชบุรี

จังหวัดราชบุรี

Naiyana Meksong M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology

Ratchaburi Hospital,

Ratchaburi, Thailand

บทคัดย่อ

การผ่าตัดไส้ติ่งร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ยังมีความเห็นหลากหลายในแง่โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ การศึกษานี้มุ่งศึกษาภาวะใช้หลังการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการผ่าตัดไส้ติ่งร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบ elective ในผู้ป่วยจำนวน 113 ราย ณ โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนมกราคม 2546 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2547 เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจำนวน 118 ราย ซึ่งได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบ elective โดยไม่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งร่วมด้วยในช่วงเวลาเดียวกัน ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างทั้งในอัตราการเกิดภาวะใช้หลังการผ่าตัด, จำนวนวันที่ผู้ป่วยกลับมากินอาหารปกติได้เป็นครั้งแรกหลังการผ่าตัด จำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด และลักษณะทางคลินิกต่าง ๆ ยกเว้นในเรื่องของอายุมารดา การผ่าตัดไส้ติ่งปกติใช้เวลาประมาณ 14 นาที ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งในระหว่างและภายหลังการผ่าตัด พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งที่ดูด้วยตาเปล่าว่าปกติถึงร้อยละ 10.2 โดยสรุปพบว่า การผ่าตัดไส้ติ่งร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบ elective เป็นหัตถการที่ปลอดภัย จึงน่าจะเป็นประโยชน์ในแง่การป้องกันไส้ติ่งอักเสบและภาวะแทรกซ้อนได้ในอนาคต

ABSTRACT

Concerning clinical infection and other complications, incidental appendectomy at cesarean section is controversial. To find the puerperal febrile morbidity rate and other complications, incidental appendectomy at elective cesarean section was performed in 113 patients at Ratchaburi Hospital from January 2003 to February 2004. The control group consisted of 118 elective cesarean section patients during the same period of time. Except for maternal age, there was no statistically significant difference in puerperal febrile morbidity rate, bowel recovery, hospital stay and clinical characteristics between the two groups. The incidental appendectomy time was about 14 minutes. There was no serious intraoperative and postoperative complication. About one - tenth of the removed appendices were pathologically abnormal. In conclusion, incidental appendectomy at elective cesarean section is a safe operation. It can prevent future appendicitis and sequelae.

บทนำ

แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตจากภาวะไส้ติ่งอักเสบจะลดลง พบเพียงร้อยละ 0-1.2 แต่ยังพบภาวะแทรกซ้อนจากไส้ติ่งอักเสบได้บ่อยถึงร้อยละ 20¹ ได้แก่ ไส้ติ่งแตก ฝีที่ไส้ติ่ง การติดเชื้อของแผลผ่าตัด การเกิดฝีในช่องท้อง และ/หรือในอุ้งเชิงกราน ฯลฯ

นอกจากนี้ภาวะไส้ติ่งอักเสบยังเป็นปัญหาในการวินิจฉัยแยกโรคทางนรีเวช Silberman พบว่าผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ แต่ผลการผ่าตัดเป็นไส้ติ่ง ปกติในร้อยละ 21 มีสาเหตุทางนรีเวช เช่น ถุงน้ำของรังไข่ (ovarian cyst), การอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน, การแท้งคุกคาม²

ไส้ติ่งอักเสบเป็นภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรมของท้องที่พบบ่อยที่สุด³ ในประชากรทั่วไปพบความชุกของการเกิดไส้ติ่งอักเสบร้อยละ 7⁴ หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุระหว่าง 13-43 ปี มีโอกาสเกิดไส้ติ่งอักเสบร้อยละ 3.0-12.6 ตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่⁵

Larsson⁶ สรุปว่าการผ่าตัดไส้ติ่งปกติร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นหัตถการที่ปลอดภัย นอกจากนี้มีหลายรายงาน พบว่าการผ่าตัดไส้ติ่งร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสามารถทำได้ง่าย รวดเร็ว และไม่มีพบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดไส้ติ่งปกติร่วมด้วย

ในปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงถึงร้อยละ 15-20 ของการคลอดทั้งหมด⁴ การผ่าตัดไส้ติ่งปกติร่วมด้วย ในกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ำ น่าจะมีส่วนช่วยป้องกันการเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยเหล่านี้ได้ปีละจำนวนมาก

อย่างไรก็ตามการผ่าตัดคลอดมีโอกาสที่เลือดน้ำคร่ำจะตกค้างอยู่ในช่องท้อง และการผ่าตัดไส้ติ่งอาจมีการปนเปื้อนของ bacterial flora จากลำไส้ อาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาได้⁷

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดไส้ติ่งร่วม

กับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบ elective เปรียบเทียบกับการผ่าตัดชนิดเดียวกันที่มีได้ผ่าตัดไส้ติ่งปกติร่วมด้วย ตัวแปรที่ใช้เปรียบเทียบ ได้แก่

- การเกิดภาวะไข้หลังคลอด (puerperal febrile morbidity)
- ระยะเวลาในการผ่าตัด (operative time)
- จำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารปกติได้เป็นครั้งแรกหลังการผ่าตัด (bowel recovery)
- จำนวนวันที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล (hospital stay)

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังอาจใช้เป็นแนวทางในการหาวิธีป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบในผู้หญิงตั้งแต่วัยเจริญพันธุ์ขึ้นไป และยังอาจใช้เป็นแนวทางในการศึกษาการผ่าตัดไส้ติ่งร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือการผ่าตัดทางสูติ - นรีเวชอย่างอื่น ๆ เช่น การผ่าตัดทำหมัน การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง เป็นต้น

สมมุติฐานของการศึกษา

อัตราการเกิดภาวะไข้หลังการผ่าตัดไส้ติ่งร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบ elective ไม่มากกว่าอัตราการเกิดภาวะไข้ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัดไส้ติ่งในการผ่าตัดชนิดเดียวกัน

วิธีการศึกษา

นิยามตัวแปร

1. Puerperal febrile morbidity^{8,9} หมายถึง การที่มีอุณหภูมิร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 38.0 องศาเซลเซียส (100.4 องศาฟาเรนไฮต์) เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้งในช่วง 10 วันแรกหลังคลอด ยกเว้น 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดโดยการวัดอุณหภูมิทางปากด้วยวิธีมาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งใน 1 วัน

2. Endometritis^{8,10,11} หมายถึง ภาวะไข้ตามคำนิยาม ร่วมกับการตรวจพบอาการกดเจ็บที่มดลูก เม็ด

เลือดขาวในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นโดยไม่พบการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่น อาจจะมีหรือไม่มีน้ำคาวปลาเป็นหนองหรือมีกลิ่นเหม็นร่วมด้วยก็ได้

3. Urinary tract infection¹⁰ หมายถึง ภาวะใช้ตามคำนิยามร่วมกับอาการปัสสาวะแสบขัด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ pyuria (WBC ? 10/HPF) หรือ urine culture พบ bacteria มากกว่า หรือเท่ากับ 10^5 ต่อ 1 มิลลิลิตร

4. Wound infection¹⁰ หมายถึง ภาวะใช้ตามคำนิยามร่วมกับการที่แผลผ่าตัด มีการอักเสบ บวม แดง กดเจ็บหรือเป็นหนอง

5. Acute pharyngitis¹² หมายถึงภาวะใช้ตามคำนิยามร่วมกับ มีอาการอักเสบของ pharynx เช่น เจ็บคอ กลืนลำบาก ตรวจร่างกายพบเยื่อ mucosa ของ pharynx บวม แดง

6. Intestinal recovery หมายถึงจำนวนวันนับตั้งแต่หลังการผ่าตัดจนผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารปกติ (regular diet) ได้เป็นครั้งแรก โดยนับวันผ่าตัดเป็น day 0

7. Hospital stay หมายถึง จำนวนวันนับตั้งแต่วันที่หลังการผ่าตัดจนผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารปกติได้อย่างน้อย 1 วัน ช่วยเหลือตัวเองได้ดีในการปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัว เช่น การรับประทานอาหาร การลุกเดิน การใช้ห้องน้ำ ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อ และไม่มีไข้ติดต่อกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง โดยไม่นับวันที่อยู่โรงพยาบาลเพื่อรอตัดไหมหรือรอบุตร โดยนับวันผ่าตัดเป็น day 0

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบ elective ที่โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนมกราคม 2546 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2547 เป็นเวลา 14 เดือน โดยมีหลักเกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

แบบ elective

2. ไม่มีภาวะใช้หรือการติดเชื้อก่อนได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

3. ไม่มีอาการเจ็บครรภ์จริงหรือมีอาการเจ็บครรภ์จริงแต่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง

4. ถุงน้ำคร่ำไม่แตกก่อนได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

5. ฮีโมโกลบินก่อนการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 10 gm%

6. ได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้โดยสมัครใจ

ผู้ป่วยที่จะไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าการศึกษานี้ (Exclusion criteria) ได้แก่

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น เบาหวาน, ลิ้นหัวใจผิดปกติ (valvular heart disease) ฯลฯ

2. มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมอื่น ๆ เช่น placenta previa, abruptio placentae, placenta accreta, severe preeclampsia หรือ eclampsia

3. ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกัน (prophylactic antibiotic) ก่อนหรือหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง

4. ผู้ป่วยที่มีผลเลือด anti - HIV ให้ ผลบวก
กลุ่มศึกษา หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้นและได้รับการผ่าตัดได้ตั้งร่วมกับการผ่าตัดทางหน้าท้องแบบ elective

กลุ่มควบคุม หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้นและไม่ได้รับการผ่าตัดได้ตั้งร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบ elective หรือเคยได้รับการผ่าตัดได้ตั้งแล้ว

รวบรวมผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น 249 ราย เป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 118 ราย กลุ่มศึกษา 113 ราย มีผู้ป่วยถูกคัดออกจากการศึกษา 18 ราย เนื่องจากได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันทันทีหลังการผ่าตัด 17 ราย ได้รับเลือดทั้งในระหว่างและหลังการผ่าตัดเพราะมีการเสียเลือดระหว่าง

การผ่าตัดเนื่องจาก uterine atony 1 ราย

อุปกรณ์ที่ใช้ในการศึกษา

บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยมีข้อมูลครบและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์

วิธีดำเนินการศึกษา

สำหรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จะได้รับการบอกเล่าถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษานี้ เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา จึงให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมและจะรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน และจะได้รับการปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. ทบทวนประวัติโดยละเอียด

- อายุ
- ประวัติการตั้งครรภ์ และฝากครรภ์ จำนวนครั้งที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาก่อน อายุครรภ์ ผลเลือด anti - HIV
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และโรคประจำตัว เพื่อดูว่ามี exclusion criteria เช่น เบาหวานหรือไม่

2. การตรวจร่างกาย

- ตรวจร่างกายทั่ว ๆ ไป เพื่อดูว่า ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อน เช่น ลิ้น หัวใจผิดปกติหรือไม่
- น้ำหนักของผู้ป่วยก่อนคลอด
- ตรวจภายในเพียงครั้งเดียว เพื่อประเมินสภาพของปากมดลูกก่อนการผ่าตัดและดูว่ามีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการผ่าตัดหรือไม่

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

- complete blood count
- urine analysis
- อื่น ๆ เมื่อมีข้อบ่งชี้

4. จากประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติที่จะไม่รับเข้าในการศึกษานี้ (exclusion criteria) ดังกล่าวมาแล้ว

ข้างต้นก็จะคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา

5. หลังจากคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการอธิบายถึงผลดีและผลเสียของการผ่าตัดไส้ติ่งปกติร่วมกับการผ่าตัดในครั้งนี้ ผู้ป่วยจะเป็นผู้เลือกและตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเข้าร่วมในกลุ่มควบคุม (ไม่ผ่าตัดไส้ติ่ง) หรือกลุ่มศึกษา (ผ่าตัดไส้ติ่ง)

6. พิจารณาเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึก (anesthesia) โดยวิสัญญีแพทย์

7. แพทย์กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม เป็นผู้ทำการผ่าตัด

8. การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

- แพทย์จะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ให้การวินิจฉัยภาวะไข้และการติดเชื้อ รวมทั้งการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคำนิยามที่กำหนดไว้ข้างต้น
- การตรวจการทำงานของลำไส้ และการให้อาหารหลังการผ่าตัด แพทย์ผู้ดูแลหลังการผ่าตัดใช้การฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) ด้วย stethoscope และจะเริ่มให้อาหารเหลว เมื่อฟังได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้เป็นครั้งแรก โดยจะให้ผู้ป่วยจิบน้ำก่อน ถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน และ/หรือท้องอืดจึงจะเริ่มให้อาหารเหลว หลังจากนั้นจึงให้อาหารอ่อนและอาหารปกติ (regular diet) ในวันถัดมาเป็นลำดับ

- บันทึกจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารปกติได้เป็นครั้งแรกนับตั้งแต่วันผ่าตัด

- บันทึกจำนวนวัน hospital stay ตามคำนิยามที่ให้ไว้ข้างต้น อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เมื่อไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ไม่มีไข้ติดต่อกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองและทำกิจกรรมส่วนตัวได้ดี โดยแพทย์อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการผ่าตัดที่ทำไป

9. การตรวจทางพยาธิสภาพ

- ไส้ติ่งทุกชิ้นจะได้รับการตรวจลักษณะภายนอกและการตรวจโดยกล้องจุลทรรศน์เพื่อหาดูว่ามีความผิดปกติหรือไม่ เก็บข้อมูลผลการตรวจไว้ที่เวชระเบียน

ผู้ป่วยและบันทึกผล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 231 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 118 ราย และกลุ่มศึกษา 113 ราย ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีอายุมารดามากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในกลุ่มควบคุมมีอายุมารดาเฉลี่ย 29.0 ปี (พิสัย 20-44 ปี) ในกลุ่มศึกษามีอายุมารดาเฉลี่ย 32.4 ปี (พิสัย 21-45 ปี) ส่วนอายุครรภ์ น้ำหนักมารดาก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และจำนวนครั้งที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอายุครรภ์เฉลี่ยของมารดาในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 38.6 สัปดาห์ ในกลุ่มศึกษาเท่ากับ 38.4 สัปดาห์ น้ำหนักเฉลี่ยของมารดาก่อนผ่าตัดคลอด ในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 66.6 กิโลกรัม (พิสัย 45-94 กก.) ในกลุ่มศึกษาเท่ากับ 65.3

กิโลกรัม (พิสัย 44-83 กก.) ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 1 ครั้ง (85.6% และ 82.3% ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เกือบทั้งหมดในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (98.3%) และเกือบทั้งหมดในผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (95.6%) มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็น previous cesarean section ผู้ป่วย 2 ราย ในกลุ่มควบคุม และ 3 รายในกลุ่มศึกษามีข้อบ่งชี้เป็น elderly primigravida ผู้ป่วย 2 รายในกลุ่มศึกษามีข้อบ่งชี้เป็น breech primigravida ระยะเวลาในการผ่าตัดในกลุ่มศึกษามากกว่าในกลุ่มควบคุมประมาณ 11 นาที ($p < 0.000001$)

ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดได้ตั้งปกติเท่ากับ 14.4 ± 2.9 นาที

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการทำหมันร่วมด้วยโดยเป็น

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบ elective ทั้งที่ผ่าตัดและไม่ได้ผ่าตัดได้ตั้งปกติ

	กลุ่มควบคุม (n = 118)	กลุ่มศึกษา (n = 113)	p-value
อายุ (ปี)	29.0 $\pm$ 5.1	32.4 $\pm$ 7.0	P = 0.00003*
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	38.6 $\pm$ 0.8	38.4 $\pm$ 1.1	P = 0.275** (NS)
น้ำหนักมารดาก่อนผ่าตัด (กก.)	66.6 $\pm$ 12.3	65.3 $\pm$ 8.9	P = 0.360*** (NS)
จำนวนครั้งที่เคยผ่าตัดคลอด			
บุตรทางหน้าท้อง			
0	2 (1.7%)	5 (4.4%)	$X^2 = 1.95$ $P = 0.378$ (NS)
1	101 (85.6%)	93 (82.3%)	
2	15 (12.7%)	15 (13.3%)	

* t = 4.232 df = 229

** t = 1.095 df = 229

*** t = 0.917 df = 229

(df ย่อมาจาก degree of freedom)

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบ elective

	กลุ่มควบคุม (n = 118)	กลุ่มศึกษา (n = 113)	p-value
Previous C/S	116 (98.3%)	108 (95.6%)	} P = 0.27* (NS)
อื่น ๆ	2 (1.7 %)	5 (4.4%)	
- elderly primigravida	2	3	
- breech primigravida	0	2	

* Fischer exact 2 - tailed test

C/S = Cesarean Section

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยซึ่งได้รับการทำหัตถการอื่น ๆ ร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบ elective

	กลุ่มควบคุม (n = 118)	กลุ่มศึกษา (n = 113)	p-value
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	11 (9.3%)	9 (8.0%)	} X ² = 0.02 P = 0.89 (NS)
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร่วมกับหัตถการอื่น ๆ	107 (90.7%)	104 (92.0%)	
TR	100 (84.7%)	97 (85.8%)	
TR with adhesiolysis	7 (6.0%)	7 (6.2%)	

TR = tubal resection

ตารางที่ 4 ชนิดของไส้ติ่งปกติในกลุ่มศึกษา

ชนิดของไส้ติ่ง	จำนวน
pelvic type	55 (48.7%)
retrocaecal type	36 (31.9%)
paracaecal type	10 (8.8%)
postileal type	7 (6.2%)
preileal type	5 (4.4%)

ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 90.7% และกลุ่มศึกษา 92.0% ในกลุ่มควบคุมมีการทำ adhesiolysis ร่วมด้วย 7 ราย (6.0%) ในกลุ่มศึกษา 7 ราย (6.2%) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบการผ่าตัดอื่นร่วมด้วยของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มในการศึกษานี้ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ชนิดของไส้ติ่งที่ตรวจพบในกลุ่มศึกษา พบว่าเป็น pelvic type มากที่สุด (48.7%) รองลงมาเป็น retrocaecal type (31.9%) และชนิดอื่น ๆ รวม 19.4% (ตารางที่ 4) สามารถทำการผ่าตัดไส้ติ่งออกได้ทุกรายโดยไม่พบภาวะ

ตารางที่ 5 ภาวะไข้และการติดเชื้อหลังการผ่าตัด

	กลุ่มควบคุม (n = 118)	กลุ่มศึกษา (n = 113)	p-value
no febrile morbidity	100 (86.6%)	96 (84.8%)	} $X^2 = 0.02$ P = 0.89 (NS)
puerperal febrile morbidity	8 (13.5%)	17 (15.2%)	
infection			
- endometritis	6 (5.1%)	7 (6.2%)	
- UTI	3 (2.5%)	2 (1.8%)	
- wound infection	1 (0.8%)	0	
- acute pharyngitis	1 (0.8%)	1 (0.9%)	

UTI = urinary tract infection

ตารางที่ 6 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของไส้ติ่งปกติที่
ผ่าตัดออกมา

สิ่งตรวจพบ	จำนวน (ราย)
normal appendix	88
appendiceal fecalith	3
early acute appendicitis	2
periappendicitis	2
lymphoid hyperplasia	2
subacute appendicitis	1

แทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัด

จากตารางที่ 5 จะเห็นได้ว่าภาวะไข้หลังผ่าตัดในกลุ่มควบคุม (13.5%) และกลุ่มศึกษา (15.2%) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในผู้ป่วยที่มี puerperal febrile morbidity พบว่ามีภาวะติดเชื้อ 11 รายในกลุ่มควบคุม และ 10 รายในกลุ่มศึกษา โดยส่วนใหญ่เป็น endometritis และ UTI ซึ่งตอบสนองต่อการรักษา มีผู้ป่วย 1 รายในกลุ่มควบคุม

ที่มี wound infection ซึ่งสามารถทำการรักษาได้ผลดีโดยการ dressing แผลด้วย povidone solution และให้ oral cloxacillin มีผู้ป่วย 2 รายเป็น acute pharyngitis โดยเป็นผู้ป่วยจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษากลุ่มละ 1 ราย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่ง (7 รายในกลุ่มควบคุม และ 7 รายในกลุ่มศึกษา) ที่มีภาวะไข้หลังผ่าตัดตามคำนิยามโดยที่ไม่มีอาการผิดปกติอย่างอื่น และไม่พบหลักฐานของภาวะติดเชื้อทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, urinalysis ผู้ป่วยส่วนนี้ให้หายไปเองโดยที่ไม่ได้ให้การรักษาไม่มีผู้ป่วยรายใดในการศึกษานี้ที่มี hospital stay เกิน 10 วัน

ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมทุกรายสามารถรับประทานอาหารปกติได้ในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด มีผู้ป่วย 5 รายในกลุ่มศึกษามีอาการท้องอืดเล็กน้อย แต่สามารถกลับมารับประทานอาหารปกติได้หลังจากได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ hospital stay ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เวลาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 6 วัน

จากตารางที่ 6 สามารถรวบรวมผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของไส้ติ่งได้ 98 ราย ตรวจพบความผิดปกติของไส้ติ่ง 10 ราย คิดเป็น 10.2% ผู้ป่วย 15 รายไม่

สามารถติดตามผลการตรวจทางพยาธิวิทยาได้เนื่องจาก
ชิ้นเนื้อสูญหาย

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า น้ำหนักมารดาก่อนคลอด
ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แม้ว่าอายุ
มารดาจะต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (กลุ่มควบคุม = 29.0 ปี
กลุ่มศึกษา = 32.4 ปี) แต่เนื่องจากอายุมารดาไม่ใช่ปัจจัย
เสี่ยงของภาวะไข้และการติดเชื้อหลังการคลอด¹¹ ดังนั้น
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไข้และการติดเชื้อในผู้ป่วย
ทั้งสองกลุ่มจึงไม่น่าจะมีผลจากปัจจัยอื่น ๆ (confounding
factors) เช่น อายุมารดา, น้ำหนักมารดาก่อนคลอด ฯลฯ

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเกือบ
ทั้งหมด (98.3% ในกลุ่มควบคุม, 95.6% ในกลุ่มศึกษา)
เป็นการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องซ้ำ (previous cesa-
rean section) จำนวนของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้อื่น ๆ เช่น
elderly gravidarum, breech primigravida มีน้อย

จากการศึกษานี้พบว่า การผ่าตัดไส้ติ่งปกติร่วมด้วย
ใช้เวลาผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
อย่างเดียวประมาณ 11 นาที ซึ่งในรายงานอื่นใช้เวลา
ในการผ่าตัดไส้ติ่งเพิ่มขึ้น 12.2 - 16.8 นาที โดยไม่พบ
ภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ระหว่างและหลังการผ่าตัดมากกว่า
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างเดียว^{2,13,14,15}

จากการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 32 ของไส้ติ่งที่ตัด
ออกมาในกลุ่มศึกษาเป็นชนิด retrocaecal ซึ่งเป็นชนิดที่
มักจะวินิจฉัยได้ยากและผ่าตัดออกได้ลำบากหากเกิดปัญหา
มีการอักเสบในอนาคต^{3,16}

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติในเรื่องของอัตราการเกิดภาวะไข้หลัง
ผ่าตัด สำหรับในผู้ป่วยที่พบว่ามีการอักเสบติดเชื้อจะเป็น
endometritis และ urinary tract infection เป็นส่วนใหญ่
เช่นเดียวกับรายงานอื่น ๆ^{4,16}

ในการศึกษานี้ พบภาวะไข้หลังการผ่าตัดโดยไม่

ทราบสาเหตุและไข้ลดลงเองในกลุ่มควบคุมพบได้ร้อยละ
9 และในกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 6 Filker และ Monif
อธิบายว่าอาจเป็นผลจากการที่ร่างกายขาดน้ำ (dehy-
dration) หรือเป็นปฏิกิริยาต่อ fetal protein ที่กระจาย
เข้าสู่มารดา หรืออาจเกิดจาก transient bacterial infec-
tion ในมดลูก¹⁷

จำนวนวันที่ผู้ป่วยกลับมารับประทานอาหารปกติ
ได้ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพอ ๆ กัน (เฉลี่ยประมาณ 3 วัน)
สอดคล้องกับรายงานของ สมชาย ทั้งไพศาล และคณะ¹⁵
ซึ่งไม่พบความแตกต่างของ return of bowel function
ในผู้ป่วยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมระยะเวลาที่ผู้ป่วย
ต้องอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษานี้พบพยาธิสภาพของไส้ติ่งที่ดูด้วย
ตาเปล่าว่าปกติถึงร้อยละ 10.2 ส่วนในรายงานอื่น ๆ พบ
ได้ร้อยละ 9.4-30^{4,7,13} ซึ่งความผิดปกติที่ตรวจพบมีทั้งที่
เป็นการอักเสบ เช่น early acute appendicitis, periap-
pendicitis และ subacute appendicitis ซึ่งต้องให้การ
รักษาอยู่แล้ว ความผิดปกติบางอย่างถือว่าเป็นปัจจัย
เสริมให้เกิดการอักเสบของไส้ติ่งได้ในภายหลัง เช่น ap-
pendiceal fecalith การผ่าตัดไส้ติ่งเหล่านี้ออกก่อนที่จะ
มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อน จึงน่าจะเป็นประโยชน์ต่อ
ผู้ป่วยไม่น้อย

สรุป

ผู้ศึกษาไม่พบความแตกต่างในแง่ของภาวะแทรก
ซ้อนทั้งในระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัดไส้ติ่งร่วม
กับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เปรียบเทียบกับการ
ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องอย่างเดียว นอกจากนี้ยังพบ
พยาธิสภาพของไส้ติ่งที่มองดูด้วยตาเปล่าว่าปกติได้ถึง
ร้อยละ 10.2 ดังนั้นการผ่าตัดไส้ติ่งปกติจึงเป็นหัตถการที่
น่าจะกระทำได้ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
แบบ elective

เอกสารอ้างอิง

1. Cooperman M. Complications of appendectomy. Surg Clin North Am 1983 ; 63 : 1233-47.
2. Silberman VA. Appendectomy in a large Metropolitan hospital : retrospective analysis of 1,013 cases. Am J Surg 1981 ; 142 : 615-8.
3. Schwartz SI. Appendix. In : Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, eds. Principles of Surgery. 7th ed. Singapore : McGraw Hill, 1998 ; 1315-26.
4. Parsons AK, Sauer MV, Parsons MT, Tunca J, Spellacy WN. Appendectomy at cesarean section : a prospective study. Obstet Gynecol 1986 ; 68 : 479-82.
5. Hewitt D, Milner J, Le Riche W.H., Incidental appendectomy : a statistical appraisal. Canad Med Ass J 1969 ; 100 : 1075-80.
6. Larsson E. Elective appendectomy at the time of cesarean section. JAMA 1954 ; 154 : 549-52.
7. Boyd A, Hofmeister FJ. Cesarea section and associated surgery. Obstet Gynecol 1964 ; 24 : 533-41.
8. Chestnut DH. Effect of anesthesia for repeat cesarean section on postoperative infectious morbidity. Obstet Gynecol 1985 ; 66 : 199-202.
9. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Williams obstetrics 21th ed. Appleton & Lange, 2001 ; 627-42.
10. Green SL, Sarubbi FA. Risk factor associated with post cesarean section febrile morbidity. Obstet Gynecol 1977 ; 49 : 686-90.
11. D' Angelo LJ, Sokol RJ. Shol versus long-course prophylactic antibiotic treatment in cesarean section patients. Obstet Gynecol 1980 ; 55 : 583-6.
12. Lebovics R. Diseases of the upper respiratory tract. In : Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ, et al. eds. Harrison's principles of internal medicine. 15th edition : McGraw-Hill, 2001 : 1096-102.
13. Ambjomsson E. Incidental appendectomy : risks versus benefits. Curr Surg 1983 : 194-7.
14. Sweeney WJ. Incidental appendectomy at cesarean section. Obstet Gynecol 1959 ; 14 : 588-92.
15. สมชาย ทั้งไพศาล, สุธรรม ปิ่นเจริญ, วีระพล จันทร์ดียิ่ง, สนธิศ สุทธิจำรูญ, วิญญู มิตรานันท์. ผลของการตัดไส้ติ่งร่วมกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จดหมายเหตุมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระปกเกล้าแห่งประเทศไทย 2532 ; 72 : 633-7.
16. Wilson EA, Dilts PV, Simpson TJ Appendectomy ; incidental to postpartum sterilization procedures. Am J Obstet Gynecol 1973 ; 116 : 76-81.