

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

การใช้ Octreotide ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ดูโอดีนัม, รายงานผู้ป่วย

Octreotide in Duodenal Injury, A case Report

อำพล อัครปทุมวงศ์ พ.บ.

กลุ่มงานศัลยกรรม รพ.ราชบุรี

Akkarapatumwong A,

Department of Surgery, Ratchaburi Hospital, Thailand

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยชายไทย อายุ 41 ปี เกิดอุบัติเหตุตกจากที่สูง ได้รับบาดเจ็บต่อลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมส่วนที่ 2 มีความรุนแรง ระดับ 3 โดยปกติแล้วต้องทำการผ่าตัด diversion ร่วมด้วย แต่การรักษาในผู้ป่วยรายนี้ได้ใช้วิธีผ่าตัดแบบเย็บซ่อมเพียงอย่างเดียว และลดวิธีการผ่าตัด diversion มาเป็นการรักษาเสริมด้วย Octreotide นาน 13 วัน พบว่าผลการรักษาให้ผลดี พบภาวะแทรกซ้อน คือ wound infection เล็กน้อย ไม่พบการเกิดภาวะ fistula

ABSTRACT

A 41 years old, Thai man, presented with duodenal injury resulting from falling from height. The clinical sign was closely observed, and decision making was done 48 hr. after initial impact. Intraoperative finding showed the perforation of the second part of the duodenum. This injury was classified as grade 3 duodenal injury. The standard treatment is a repairing procedure plus a gastric diversion ; but in this case, we used only a simple repair (repairing procedure) plus a medical diversion. Octreotide was used as a medical diversion by continuous infusion for 13 days. The result of this treatment was satisfactory. Duodenal fistula was not found. Only wound infection was presented as a minor complication. The patient was completely recovered within 26 days after the injury.

บทนำ

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งเป็นผลมาจากการให้การรักษาดังวิธีผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenal injury) ที่สำคัญคือ การเกิด fistula จากรายงานที่ผ่านมาพบได้ร้อยละ 2-14 ขึ้นกับความ

รุนแรงของการบาดเจ็บและวิธีให้การรักษาที่แตกต่างกันออกไป ในขณะที่ภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เล็กในส่วนอื่นจะเกิดขึ้นเพียงร้อยละ 0.5-1 เนื่องจากบริเวณลำไส้เล็กส่วน Duodenum มี high output เพราะเป็นจุดรวมของน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร น้ำดีจากตับ และน้ำย่อยจาก

ตับอ่อน ดังนั้นศัลยแพทย์จำเป็นต้องเลือกวิธีการผ่าตัดรักษาที่เหมาะสมสำหรับการบาดเจ็บที่รุนแรงของ Duodenum โดยหลักการของการผ่าตัดรักษาจะเป็นการผ่าตัดเพื่อช่วยลด output ที่มายังบริเวณที่ทำการผ่าตัดซ่อมแซมและหรือ เสริมความแข็งแรงบริเวณบาดแผลที่มีการเย็บซ่อม บทบาทของ Octreotide ในการเข้ามาช่วยในเรื่องนี้คือ สามารถลดปริมาณการหลั่งของน้ำย่อยจากกระเพาะตับอ่อนและน้ำดี ทำให้ศัลยแพทย์มีทางเลือกที่จะไม่ต้องผ่าตัดมากขึ้น แล้วอาศัยวิธีการใช้ยาเพื่อทำ Medical diversion ในรายงานนี้สามารถนำ Octreotide มาใช้การรักษาหลังผ่าตัด ทำให้สามารถลดวิธีการผ่าตัดที่ซับซ้อนลงแต่ยังให้ผลการรักษาที่ดี การผ่าตัดที่ลดลงจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยทำให้ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จากการผ่าตัดซับซ้อนลดลง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 41 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้รับการรักษาตัวไว้ในโรงพยาบาล ด้วยเรื่อง ปวดท้องหลังตกจากที่สูงมา 2 วัน

ประวัติปัจจุบัน

รับย้ายหลังผ่าตัดจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ด้วยประวัติว่า 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ได้ตกจากที่สูงประมาณ 7 เมตร ลำตัวบริเวณซีกขวากระแทกพื้น ไม่สลบ ไม่ปวดท้อง

1 วันถัดมามีปวดท้องมากจึงได้ไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ตรวจพบว่ามีกระเพาะปัสสาวะในช่องท้อง จึงได้ทำผ่าตัดฉุกเฉิน พบว่ามีลำไส้ใหญ่ขาดด้านหลังทะลุ แพทย์เห็นว่าเกินความสามารถในการผ่าตัดจึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลราชบุรี

ประวัติอดีต

แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว

ตรวจร่างกายแรกพบ ที่รพ.ราชบุรี

ลักษณะทั่วไป-ชายไทย รูปร่างสมส่วน ไม่ซีด ไม่เหลือง

Vital sign - BP = 108/78 mmHg. P = 108 /min. RR

= 24/ min. T = 38°C

HEENT-	no abnormal findings
Heart-	normal S1/S2, no murmur, no thrill, no heave
Lung-	normal breath sound, no dypnea
Abdomen-	midline incision, no swelling, Bowel sound -decrease
	PR- no bleeding, no mass
Back -	contusion at right side
Neuro-	no abnormal detection

หลังจากแก้ไขภาวะ Fluid-electrolyte และเตรียมความพร้อมอื่นเรียบร้อยแล้ว ได้นำผู้ป่วยเข้าผ่าตัด

Operative finding : Perforation of 2nd part of Duodenum, lateral wall, size 1 cm. with severe peritonitis

Operation :

- Simple Repair Duodenum, 2-layer technique with penrose and sump drainage at Rt. subhepatic area
- Peritoneal Irrigation
- Rectal tube
- Closed wound by layers

ใช้เวลาผ่าตัด ประมาณ 1 ชั่วโมง 50 นาที ระหว่างผ่าตัด ไม่มีปัญหา Shock

Postop-Treatments

- Broad spectrum antibiotics : Unasyn IV 1.5 gm. q 6 hrs, Flagyl 500 mg. IV q 8 hrs
- Protonpump inhibitor : Losec 40 mg. IV q 12 hrs
- Octreotide (Sandostatin®) 300 µg/day
- NG-tube ต่อลง bag
- Sump drain with continuous suction

Progress notes หลังผ่าตัด

วิจารณ์

- Day 1 ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจใน ICU ไม่มี
ใช้หลังผ่าตัด, vital sign stable สามารถนำท่อช่วยหายใจ
ออกได้ ในตอนบ่าย

I/O : intake 3,600 ml. urine 1,435 ml. sump
140 ml.

NG contents 50 ml. มีสีเขียวจาง ๆ ของ bile
ปน penrose drain จาง ๆ ลักษณะน้ำที่ได้ sump เป็นสี
แดงจาง ๆ

Rectal tube ไม่มี content, medication ยัง
เหมือนเดิม

- Day 2 หายใจเหนื่อยเล็กน้อย, เริ่มมีไข้ 38.3 °C
vital sign อื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถ นำ Rectal
tube ออกได้

I/O : intake 4,370 ml. urine 2,080 ml. NG
contents 195 ml. sump ไม่ออก, penrose drain จาง ๆ

- Day 3 หายใจปกติ, ไข้ 37.8°C vital sign
อื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ, แผลหน้าท้องปกติ medication
ยังเหมือนเดิม I/O : sump drain ไม่ออก

- Day 4 และ Day 5 ไม่มีไข้ เริ่มนำ sump
drain ออก และ short penrose drain ย้ายออกจาก ICU
ปลาย Day 5 เริ่มมีไข้ 39.5°C medication คงเดิม

- Day 7 เริ่มให้รับประทานอาหารเหลว (liquid
diet)

- Day 8-10 มีไข้สูงเป็นช่วง ๆ R/O intra-abdo-
minal abscess ได้ ส่ง Ultrasound whole abdomen ไม่
พบ abscess หลังตัดไหมมีหนองไหลออกมา ใน Day 10 นี้
ได้หยุด Flagyl IV และเปลี่ยนเป็น clindamycin ชนิดกิน
และลด Octreotide (Sandostatin®) เป็น 150 µg/day
เปลี่ยน Omeprazole ชนิด IV เป็นชนิดกิน

- Day 11-26 ใช้เริ่มลงเป็นปกติ เริ่มหยุด Octreo-
tide (Sandostatin®) ใน Day 13 และหยุดยาฉีดทุกตัว
ระหว่างนี้ได้ทำแผลบริเวณหน้าท้องและผู้ป่วยกลับบ้าน
หลังนอนพักรักษาอยู่ในรพ. 26 วัน

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยตกจากที่สูงเอาด้านข้างของลำตัว
ลงกระแทก เริ่มมีอาการปวดท้องในวันถัดมาของการบาดเจ็บ
ซึ่งการบาดเจ็บในลำไส้ส่วน Duodenum นี้อาจไม่มี
อาการทันทีได้ เนื่องจาก Duodenum มีส่วนที่อยู่ใน Re-
troperitonium อาการและอาการแสดงอาจเกิดขึ้นช้าอาจ
จะใช้เวลา 2-3 วันก็ได้ ซึ่งจะแตกต่างจากการบาดเจ็บที่มี
ทะลุของลำไส้เล็กส่วนอื่น ๆ โดยแพทย์ผู้รักษาต้องคิดถึงว่า
มีโอกาสที่จะเกิดการบาดเจ็บต่อ Duodenum จึงจะทำให้
การวินิจฉัยไม่ผิดพลาดหรือล่าช้าเกินไป โดยส่วนใหญ่
ประวัติของผู้ป่วยชนิด Blunt abdomen ที่มีการบาดเจ็บ
ของ Duodenum นั้นจะเป็นพวกที่มีการกระแทกบริเวณ
กลางของช่องท้องด้านบน (upper mid abdomen) กลไก
การบาดเจ็บอาจจะเป็นทั้งการกระแทกโดยตรง (Crushing)
เช่น การชนมวย หรือ พวงมาลัยรถยนต์กระแทกบริเวณ
อกโดยแรงกระแทกจะกด Duodenum ไปกับกระดูกสัน
หลัง

การส่งตรวจที่จะช่วยในการวินิจฉัยสภาวะบาดเจ็บ
คือการตรวจหาระดับ Serum Amylase โดยส่วนใหญ่ค่านี้
จะสูงหลังจาก injury ไม่น้อยกว่า 6 ชม. การตรวจพบ
Amylase ในระดับสูงกว่าปกตินี้ไม่เฉพาะเจาะจงกับบาดเจ็บ
ใน Duodenum ทั้งนี้ อาจหมายถึงมีการบาดเจ็บใน
ช่องท้องอื่น ๆ ก็ได้ แต่อย่างไรก็ดีการตรวจนี้มีควมไวทำ
ให้แยกได้ว่าการบาดเจ็บต่อ Duodenum หรือไม่ ในการ
ตรวจอื่น ๆ ทางรังสีวิทยาที่อาจช่วยการวินิจฉัยคือการส่ง
Acute abdomen series ซึ่งอาจตรวจพบผลบวกได้ 1
ใน 3 ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะพบความผิดปกติ เช่น พบ
retroperitoneal air บริเวณ Duodenum และ air ใน
biliary tree หรือ พบว่าเงาของ Psoas muscle หายไป
ในสวนการตรวจทางรังสีที่ใช้การฉีดสีโดยใช้ water solu-
ble contrast ฉีดผ่าน NG-tube แล้ว ใช้ Fluoroscopy
ตรวจสอบดู ถ้าไม่พบการรั่วทะลุของ Duodenum อาจใช้
contrast media ชนิด barium เพื่อช่วยให้ชัดเจนขึ้น แต่

บางท่านไม่ยอมรับ การตรวจโดยใช้ CT with double contrast ก็เป็นอีกวิธีที่ไวเพราะสามารถตรวจพบความผิดปกติ ของ air ใน retroperitoneum และ leakage ของ contrast ได้ง่ายกว่า

การทำ Diagnostic Peritoneal Lavage (DPL) พบว่าได้ผลบวกเพียง 50-70% ดังนั้นถึงแม้ว่าได้ผลเป็นลบ ก็ไม่สามารถ exclude การบาดเจ็บของ Duodenum ได้ จำเป็นต้องอาศัยการสืบค้นโดยวิธีอื่นต่อไป

อีกจุดที่สำคัญในการผ่าตัดการตรวจช่องท้องระหว่าง ผ่าตัด หากตรวจพบเงื่อนงำบางอย่าง เช่น retroperitoneal hematoma in right upper quadrant, crepitus หรือ bile stain บริเวณ lateral wall of Duodenum, retroperitoneal edema, petechiae of fat necrosis in the retroperitoneum or right colon, retroperitoneal plegmon การตรวจพบสิ่งเหล่านี้เป็นสัญญาณให้ศัลยแพทย์ต้องทำการตรวจบริเวณ Duodenum อย่างละเอียด ซึ่งขั้นตอนในการตรวจ ถ้าเป็น Duodenum ส่วน ที่ 2 ต้องทำ Kocher

manuever ในขณะที่ ส่วนที่ 3 และ 4 อาจใช้วิธีเปิด Lesser sac บริเวณ gastrocolic omentum หรืออาจเปิดตลบ right colon มาทางด้าน Medial ปัญหาที่ตามมาก็คือในผู้ป่วยถ้าเปิดผ่าตัดแล้ว พบว่ามีการบาดเจ็บใน Duodenum เพียงอย่างเดียวจะมีวิธีอย่างไรในการตัดสินใจเรื่องการเลือกวิธีผ่าตัดรักษา สำหรับในรายนี้มี บาดแผล Duodenum ทะลุขนาด 1 cm. บริเวณ 2nd part และมีการบวมจากการอักเสบในช่องท้อง การตัดสินใจว่าจะเลือกทำผ่าตัดอย่างไรจะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่จะกำหนดว่าเป็นบาดเจ็บรุนแรงหรือไม่รุนแรง มีการแบ่งหลายวิธีแต่มีวิธีที่น่าสนใจคือวิธีของ American Association for Surgery of Trauma (AAST) โดยแบ่งได้ตามตารางที่ 1 และจัดกลุ่มการบาดเจ็บดังนี้

1. grade 1 และ grade 2 ได้แก่ Simple duodenal injury
2. grade 3, 4, 5 ได้แก่ Complex duodenal injury และการบาดเจ็บ grade 1 และ 2 ที่มีการลำซ้ำใน

ตารางที่ 1 การจัดแบ่ง แบ่งระดับการบาดเจ็บของ Duodenum

Grade	Type of injury	Injury Description
1	Hematoma	Involving single portion of duodenum
	Laceration	Partial thickness, no perforation
2	Hematoma	Involving more than one portion
	Laceration	Disruption < 50% of circumference
3	Laceration	Disruption 50-75% circumference of D2
		Disruption 75-100% circumference of D1, D3, D4
4	Laceration	Disruption > 75% circumference of D2
5	Laceration	Massive disruption of duodenopancreatic complex
	Vascular	Devascularization of duodenum

D1 = first part of Duodenum, D2 = second part of Duodenum
D3 = third part of Duodenum, D4 = fourth part of Duodenum

การรักษาและพบมีการบวม และอักเสบของเนื้อเยื่อ หรือ มีการบาดเจ็บของหลอดเลือดร่วมด้วย

จากการจัดกลุ่มการบาดเจ็บ จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วย รายนี้ พบว่าน่าจะเป็น Complex duodenal injury จากการที่มีการทะลุน้อยกว่า 50% ของเส้นรอบวงซึ่งเป็น grade 2 แต่มีความล่าช้าในการรักษา และเนื้อเยื่อบวมมาก จึงควรจัดให้เป็น grade 3 (Complex duodenal injury)

การรักษา Simple duodenal injury โดยทั่วไปทำได้โดย stop bleeding, Debridement, Primary repair with double layer, Decompress stomach and duodenum by NG-tube, อาจมี tube decompression บริเวณ duodenum หรือ jejunum, broad spectrum antibiotic โภกาสที่รักษาแบบ Simple duodenal injury นี้แล้วประสบความสำเร็จ มี 70-85%⁹ ส่วนการทำ tube decompression ยังมีข้อโต้แย้งว่าควรทำหรือไม่ สำหรับ Complex duodenal injury มีการบาดเจ็บชนิดสูญเสียผนัง ลำไส้เป็นจำนวนมากหรืออาจจะมีการบาดเจ็บของตับอ่อน หรือมีบาดเจ็บเกี่ยวกับเส้นเลือดที่มาเลี้ยง Duodenum เอง ซึ่งการบาดเจ็บเหล่านี้จะมีผลทำให้การผ่าตัดรักษาจะซับซ้อนมากขึ้น โดยแบ่งขั้นตอนเป็น Repair procedure ถ้าแผลเล็กก็ทำ simple repair ถ้าแผลใหญ่ก็ทำ segmental duodenal resection แล้วเอา jejunum มาต่อ อาจจะต่อแบบ end to end หรือ end to side duodenojejunostomy หรืออาจเป็น Roux en Y end to end duodenojejunostomy สำหรับในกรณีบริเวณ 2nd part อาจพิจารณาเอา jejunum ขึ้นไปต่อแบบ side to side แทน ส่วนขั้นตอนต่อไปเป็นขั้นตอนวิธีการลด high output ที่มายัง Duodenum ด้วยการทำให้ gastric diversion วิธีดังกล่าว เช่น Diverticulization ซึ่ง Berne และคณะ ได้เสนอไว้ จะมีการทำ gastric antrectomy with gastrojejunostomy, tube duodenostomy, wide drainage และ ปิดรอยแผลบาดเจ็บบริเวณ Duodenum) อัตราการเกิด Duodenal fistula พบสูงถึง 14 %¹⁰

สำหรับอีกวิธีในการทำ Gastric diversion คือ

Pyloric exclusion วิธีนี้จะทำดังนี้ คือ repair duodenum เปิดกระเพาะด้าน greater curvature และเย็บปิด Pylorus, Side to side gastrojejunostomy อัตราการเกิด fistula พบ 4-5.5%¹⁰ ผู้ป่วยในรายงานนี้ได้รับการจัดเป็น Complex duodenal injury ควรที่จะได้รับผ่าตัดชนิดทำ Diverticulization หรือ Pyloric exclusion อย่างใดอย่างหนึ่ง แต่การผ่าตัดชนิด Diverticulization ใช้เวลานานหลาย ชั่วโมง Morbidity สูง ในรายนี้บาดแผลทะลุมีขนาดเล็ก การทำ gastric diversion ชนิด Pyloric exclusion น่าจะเพียงพอ อย่างไรก็ตามในรายผู้ป่วยนี้เลือกใช้เพียงแค่ Simple suture และ วาง sump drain และ penrose drain เท่านั้น การทำ Diversion อาศัยการใช้ยาแทนโดยเลือก Octreotide (Sandostatin®) เพื่ออาศัยผลของยาในการลด pancreatic secretion^{3,4} และลดปริมาณการหลั่งน้ำดี¹¹ นอกจากนี้ยังมีการใช้ยา Omeprazole เพื่อลด gastric secretion¹⁰ การรักษาด้วยยาดังกล่าวถือเป็น Medical diversion มีผลทดแทนวิธีผ่าตัดได้

สำหรับ Octreotide (Sandostatin®) เป็นสารสังเคราะห์ที่ทำให้เหมือน somatostatin ซึ่งเป็นฮอร์โมนของตับอ่อน โดยปกติแล้ว somatostatin จะมี half-life สั้นประมาณ 3 นาที แต่ Octreotide จะมี half-life ประมาณ 113 นาที การนำมาประยุกต์ใช้ในทาง gastrointestinal tract คือ เรื่อง anti secretory และ เรื่อง anti-diarrhea โดยมีผลในการยับยั้งการหลั่งของฮอร์โมนตับอ่อน และ GI-hormone บางตัวเช่น insulin, glucagon, VIP, secretin, gastrin และ motilin ผลของการรักษาด้วย Octreotide ที่ยอมรับและใช้กันอย่างกว้างขวางได้แก่ การรักษาเรื่องเกี่ยวกับ GI-tumor เช่น carcinoid, gastrinoma, pancreatic tumor, VIP secretory tumor มีบางเรื่องกำลังอยู่ในระหว่างทดลอง เช่น การควบคุมภาวะเลือดออกใน esophageal varices, chronic diarrhea ใน AIDS, Acromegaly, small bowel fistula, postgastrectomy dumping syndrome สำหรับการนำมาใช้ในเรื่อง การทำ Medical diversion โดยหลักการเราต้องลด high output

ที่มายัง duodenum ที่มีการบาดเจ็บซึ่ง high output ประกอบด้วย gastric juice, bile และ pancreatic juice ปัจจุบันยังไม่มีรายงานที่ทำการศึกษเกี่ยวกับเรื่องการลด high output โดยตรง มีเพียงรายงานด้านข้างเคียง เช่น การศึกษาเกี่ยวกับ pancreatic secretion มีการศึกษาในกลุ่ม pancreatic ascites และ pancreatic fistula โดยมีรายงาน^{3,4} กลุ่มที่ใช้ Octreotide ร่วมในการรักษา ทำให้การปิดของ fistula เร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยา สำหรับในส่วนของ Biliary system มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของ Octreotide ในการลด bile flow¹¹ โดยการวัด bile flow, และหาปริมาณ component ต่าง ๆ ของ bile ในกลุ่มผ่าตัดทางเดินน้ำดีที่มีการใส่ T-tube ไว้ใน common bile duct ผลการศึกษาให้ผลว่า Octreotide มีส่วนในการลด bile flow ทำให้ component ต่าง ๆ เช่น bile acid, phospholipid, lipoprotein มีความเข้มข้นสูงขึ้น

ในการศึกษาส่วนอื่นเป็นเรื่องการลด Postoperative small bowel fistula^{1,2} โดยใช้ Octreotide โดยมีข้อมูลสรุปเรื่องการช่วยการปิด ของ fistula เร็วขึ้นเป็นผลจากการลด output ในส่วนของ gastric, intestinal, pancreatic secretion

ในผู้ป่วยรายนี้มีการนำ Octreotide มาใช้ โดยให้ขนาด 300 µg/day เป็นเวลานาน 7 วัน และยังให้ต่ออีก 6 วันในปริมาณ 150 µg/day ในการดำเนินของโรค พบว่า sump drain และ NG contents มีปริมาณออกน้อยลงตามลำดับซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดี ถ้ามีปริมาณ NG contents และ sump drain สูงต้องระวังปัญหาเรื่อง fistula ที่อาจจะเกิดขึ้น ตัว sump drain อาจปล่อยทิ้งไว้นานกว่าปกติ โดยถ้า bowel function กลับมาทำงาน จะให้อาหารเหลวทางปากก่อน แล้วดูปริมาณ drain ถ้าสามารถรับอาหารได้แล้ว ปริมาณ drain ไม่ออกเพิ่มจึงค่อยนำ drain ออก ในผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาใช้หลังวันที่ 5 ของการผ่าตัด เป็นไข้สูงลอยเป็นช่วง ๆ ในทางปฏิบัติต้องระวังเรื่อง Intraabdominal collection, wound infection หรือ อาจจะเป็นภาวะที่เกิด fistula สามารถแยกภาวะ

พวกนี้จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโดยดูจากปริมาณ drain และปริมาณ NG content ในรายนี้พบว่า มีเพียงไข้ไม่มีปัญหาเรื่องปริมาณ NG content ออกมาก น่าจะไม่ใช่ปัญหภายในช่องท้องเอง ในการทำ Ultra-sound ชนิด whole abdomen ช่วยในเรื่องของการแยก Intraabdominal collection หรือ abscess ได้ ซึ่งในรายนี้มีการทำการตรวจและไม่พบว่ามี collection ในช่องท้อง ในผู้ป่วยรายนี้พบว่าใช้นั้นมาจาก wound infection หลังตัดไหมออกและทำการ drain หนองบริเวณหน้าท้อง ไข้ก็เริ่มลดลงใช้เวลาการรักษาเรื่องแผลติดเชื้ออีก 5 วัน รวมเวลาในการรักษาทั้งหมด 26 วัน สามารถกลับบ้านได้ ซึ่งจากในรายงานนี้เราสามารถลดการผ่าตัดที่ complex ในผู้ป่วยบาดเจ็บ Duodenum grade 3 ขึ้นไปโดยอาศัย Octreotide ช่วยเสริม ทำให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดลดลง และมีผลในการลด Morbidity ที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตามอาจต้องการศึกษาต่อเนื่องเพื่อดูผลของการใช้ Octreotide ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในจำนวนที่มากขึ้นในประเด็นของการบาดเจ็บที่รุนแรงแตกต่างกัน ปริมาณของยาที่ใช้ และระยะเวลาที่ใช้ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการเลือกใช้ต่อไป

สรุป

เกือบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา Octreotide ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรักษามากมายไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรักษาโรค Acromegaly หรือการรักษาเรื่อง GI-bleeding จาก esophageal varices และอีกส่วนที่สำคัญคือ เรื่องของ fistula ใน GI tract บทบาทที่สำคัญในการลด output ทั้ง gastric, pancreatic, biliary system ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในเรื่องของ pancreatitis, dumping syndrome หรือเรื่อง enteric fistula และจะได้เห็นมิติใหม่ในการรักษาทาง trauma โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการบาดเจ็บบริเวณ Duodenum ซึ่งการบาดเจ็บตำแหน่งนี้เป็นตำแหน่งที่ทำร้ายต่อศัลยแพทย์ในเรื่องการรักษาผ่าตัด เพราะเป็นจุดที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื่อง fistula ได้ง่าย ใน

อดีตได้มีกลวิธีในการผ่าตัดเพื่อช่วยเสริมสร้างและป้องกันภาวะ high output บริเวณ duodenum การผ่าตัดยิ่งซับซ้อนมากเพียงใด ก็ยิ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นเท่านั้น การนำ Octreotide มาใช้ในการลด output นับได้ว่าเป็นเครื่องมือที่สุดยอดเยี่ยมของศัลยแพทย์ในการลดการผ่าตัดที่ซับซ้อน และให้ผลการรักษาที่ดีไม่แพ้การผ่าตัดที่ยุ้งยาก และในที่สุดผลลัพธ์ที่เกิดทั้งหมดย่อมส่งผลดีต่อผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

อย่างไรก็ตามการศึกษาเพิ่มเติม จุดที่เหมาะสมในการใช้งานก็น่าจะเป็นสิ่งที่ต้องทำต่อไปในอนาคต ที่จะทำให้การใช้ Octreotide เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และเชื่อว่าเมื่อถึงจุดนั้น แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Duodenal injury โดยใช้ยามาช่วยลดการผ่าตัดที่ซับซ้อนคงจะได้รับการพัฒนาให้เป็นวิธีการที่มาตรฐานแทนวิธีการเดิมที่ยุ้งยากซ้อนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจาก นายแพทย์ สุริยงค์ ศรีคุณ หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม รพ.ราชบุรี ที่สนับสนุนต้นเรื่องและแนวคิดต่อการรักษานี้ และขอขอบคุณ ดร.วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์ ผู้ให้กำลังใจและผู้ตรวจทานต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Nubiola-Calonge P, Sancho J, Segura M, et al. Blind evaluation of the effect of octreotide (SMS 201-995), a somatostatin analogue, on small-bowel fistula output. *Lancet* 1987 : 672-4.
2. Sancho JJ, di Constanzo J, Nubiola P, et al. Randomized double-blind placebo-controlled trial of early octreotide in patients with postoperative enterocutaneous fistula. *Br J Surg* 1995 ; 82 : 638-41.
3. Parekh D, Segal I. Pancreatic ascites and effusion ; risk factors for failure of conservative therapy and the

role of octreotide. *Arch Surg* 1992 ; 127 : 707-12.

4. Segal I, Parekh D, Lipschitz J. et al. Treatment of pancreatic ascites and external pancreatic fistulas with long-acting somatostatin analogue (Sandostatin). *Digestion* 1993 ; 54 (1 Suppl) : 53-8.
5. Gyr KE, Meier R. Pharmacodynamic effects of Sandostatin in the gastrointestinal tract. *Digestion* 1993 ; 54 Suppl 1 : 14-9.
6. Kocak S, Bumin C, Karayalcin K, Alacayir I, Aribal D. Treatment of external biliary, pancreatic and intestinal fistulas with a somatostatin analog. *Dig Dis* 1994 ; 12(1) : 62-8.
7. กิตติ กรรมกรมย์, Pancreatic and Duodenal injury. ใน อวยชัย เปลื้องประสิทธิ์. สุพงษ์ เขมโฆสิต. อัครชัย สุนทรธรรม. วัฒนา สุพรหมจักร. บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 20 พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ กรุงเทพฯเวชสาร : 2544 : 402-18.
8. วิบูล สัจกุล. Pancreatic and Duodenal injury. ใน สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ. ปรีชา ศิริทองถาวร. วิบูลย์ ตระกูลสุน บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 4 : Update in trauma. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ สหมิตรเมดิเพรส 2536 : 375-84.
9. ชาทรี บานชื่น. Pitfall in management of pancreatic and Duodenal injury. ใน สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ. วิบูลย์ ตระกูลสุน. บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 3 : Pitfall in management of trauma. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ สหมิตรเมดิเพรส 2535 : 91-100.
10. John A Weigelt. Duodenal injuries. In : Livia Berardi editor. *The Surgical Clinics of North America*. Philadelphia : W. B. Saunders Company, The Curtis Center Independence Square West 1990 : Vol 70/number 3 : 529-39.
11. Sahin M, Kartal A, Belviranli M, Yol S, Aksoy F, Ak M. Effect of octreotide (Sandostatin 201-995) on bile flow and bile components. *Dig Dis Sci* 1999 ; 44(1) : 181-5.