

RUPTURED ABDOMINAL WOUND IN TRANXIENT GLYCOSURIA WOMAN

ศิริระษา แซ่เนี้ยว

รพ. หัวหิน

ABSTRACT :

Saeneaw S. Ruptured Abdominal Wound in Tranxient Glycosuria Woman. (Region 4 Medical Journal 1998 ; 2 : 185-189).

Hau-Hin Hospital, Prachuap Khiri Khan, Thailand.

A 34 years old woman with history of tranxient glycosuria, familial history of diabetes mellitus, came to Hua-Hin hospital with nearly full term pregnancy. Oral glucose tolerance test was done but not fitted to O' Sullivan and Mahan' Criteria, full term macrosomia baby weighed 5,600 gm was delivered by caesarean section. She was re-admitted due to burst abdominal wound and re-sutured was done under general anesthesia sucessfully. She developed diabetes mellitus one year later.

บทคัดย่อ :

ศีรษะ แขนีเยว. Ruptured Abdominal Wound in Tranxient Glycosuria Woman. (วารสารแพทย์เขต 4 2541 ; 2 : 185-189).

รพ. หัวหิน, ประจวบคีรีขันธ์.

รายงานผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 34 ปี มีประวัติตรวจน้ำตาลในปัสสาวะพบเป็นครั้งคราว ประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน, มาโรงพยาบาลตอนครรภ์แก่ใกล้คลอด ตรวจ oral glucose tolerance test ไม่เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์ ตามเกณฑ์ของ O' Sullivan and Mahan ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรหนัก 5,600 กรัม มีปัญหาแผลผ่าตัดหน้าท้องแยกหลังจากตัดไหมและกลับบ้านแล้วได้รับการเย็บแผลใหม่ภายใต้การดมยาสลบ สามารถกลับบ้านได้ ไม่พบปัญหาแทรกซ้อนของการผ่าตัด

1 ปีต่อมาผู้ป่วยเป็นเบาหวานได้รับยารักษาเบาหวาน

บทนำ

หญิงไทยที่ตั้งครรภ์ตรวจพบ Gestational diabetes mellitus (GDM) ร้อยละ 2 การตรวจกรองภาวะ GDM จะทำในหญิงที่มีความเสี่ยงสูง คือ ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะในครรภ์ปัจจุบัน เคยเป็น GDM มาก่อน เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม เคยมีบุตร congenital malformation เคยมี hydramnios คลอดก่อนกำหนด stillbirth น้ำหนักเพิ่มเร็วกว่าปกติ มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน การตรวจกรองจะกระทำเมื่อแรกฝากครรภ์ หรือ อายุครรภ์ 12-18 สัปดาห์ และทำซ้ำอีกเมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ และ 30-32 สัปดาห์ ถ้าผลการตรวจคัดกรองปกติ และถ้าผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ จึงทำการทดสอบความทนต่อกลูโคส นาน 3 ชั่วโมง (3 hours glucose tolerance test, 3hr OGTT) ผลของ GDM ต่อมารดา คือ hydramnios, hypertensive disorder, maternal edema, intrauterine fetal death, pyelonephritis และมีโอกาสจะเป็นเบาหวานสูง ต้องได้รับการตรวจสอบเป็นระยะ ๆ ผลของ GDM ต่อทารกคือ เพิ่ม neonatal mortality, congenital malformation, macrosomia, birth trauma, hypoglycemia, respiratory distress syndrome, hyperbilirubinemia hypocalcemia, polycythemia และมีโอกาสเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยคู่อายุ 34 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ประวัติปัจจุบัน

2 เดือนก่อนถูกส่งตัวจากหน่วยสุขภาพของบริษัท ที่ทำงานด้วยเรื่องตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ 4+ ขณะตั้งครรภ์ได้ 7 เดือนเศษ (ประจำเดือนครั้งสุดท้าย

จำไม่ได้แน่ชัด) เจาะเลือด fasting plasma glucose (FPG) = 93 mg/dl, 3-hr OGTT 100 กรัมกลูโคส ได้ผล 100, 147, 65, 81 mg/dl. ที่ Fasting 1, 2, 3 ชั่วโมงตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเรื่องอาหาร การดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมาคลอดเมื่อครบกำหนดโดยมีอาการเจ็บครรภ์ ได้รับการคลอดบุตรโดยการผ่าตัด บุตรหนัก 5,600 กรัม หลังผ่าตัดได้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ บาดแผลวันที่ 5 มีน้ำเหลืองซึมจากแผลเล็กน้อยครบ 7 วัน ตัดไหมกลับบ้าน ตอนเย็นผู้ป่วยจาม แผลผ่าตัดหน้าท้องแยก ส่วนของลำไส้เล็กและ omentum ไหลมาทางหน้าท้อง จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติอดีต

ไม่มีประวัติโรคร้ายแรง

มีบุตรแล้ว 2 คน อายุ 12 และ 10 ปี น้ำหนักบุตรแรกคลอดปกติ ไม่มีอะไรผิดปกติขณะตั้งครรภ์ นอกจากน้ำหนักเพิ่มมาก

ประวัติครอบครัว

มารดาและพี่สาวเป็นเบาหวาน

การตรวจร่างกาย

อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 62 กิโลกรัม ลักษณะทั่วไปรู้สึกตัวดี ซีดเล็กน้อย แผลผ่าตัดหน้าท้องแยกทั้งหมด มีส่วนลำไส้เล็กและ omentum มากองบริเวณปากแผล

การตรวจห้องปฏิบัติการ

CBC Hct = 26% WBC = 9,850/mm³ Neutrophil = 82%, lymphocyte = 16% Eosinophil = 2%, FPG = 119 mg/dl, cholesterol = 139 mg/dl BUN = 15 mg/dl, creatinine = 1.2 mg/dl. urine albumin negative, urine sugar negative.

การรักษา

ขณะรอเข้าห้องผ่าตัด ใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือ Normal saline ปิดแผลและส่วนของลำไส้ไว้ ใช้ผ้าปราศจากเชื้อคลุมอีกชั้นหนึ่ง ขณะเย็บแผลได้ทำการตกแต่งขอบของแผลใหม่ ทำความสะอาด และเย็บทีละชั้น ตั้งแต่ peritoneum, abdominal fascia, subcutaneous fat และ skin และให้ยาปฏิชีวนะ penicillin G sodium 15 mu/day, gentamicin 160 mg/day chloramphenicol 2 gm/day ให้ทาง parenteral นาน 5 วัน เปลี่ยนเป็นชนิดรับประทานร่วมกับใช้ผ้าพันรัดหน้าท้องช่วยพยุงแรงดึงจากแผล ตัดไหมหลังเย็บ 10 วัน สามารถกลับบ้านได้

- ทำ gram stain จากบาดแผลไม่พบเชื้อเพาะเชื้อไม่ขึ้น

- 1 ปีต่อมา ส่งจดหมายตามคนไข้มาตรวจพบว่า FPG = 263 mg/dl จึงได้รับยารักษาเบาหวาน, ไม่พบ surgical hernia.

วิจารณ์

1. ผู้ป่วยรายนี้ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย GDM แต่หญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ควรทำการตรวจกรองโดย 50 gm glucose loading test เลย เมื่อแรกฝากครรภ์ โดยไม่ต้องอดอาหารก่อน ถ้าการตรวจกรองเป็นผลลบให้ทำการตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 12-18 สัปดาห์, 24-28 สัปดาห์ และ 30-32 สัปดาห์ แต่ถ้าการตรวจกรองเป็นบวก (คือเจาะน้ำตาลในเลือดหลังกินกลูโคสหนึ่งชั่วโมงได้มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mg/dl.) ให้ทำการตรวจ 3-hrs. OGTT ณ อายุครรภ์เดียวกันต่อไป ในการวินิจฉัย GDM ให้พิจารณาน้ำตาลในเลือดสูงกว่าหรือเท่ากับเกณฑ์ 2 ค่าขึ้นไป ที่ fasting, 1 ชั่วโมง, 2 ชั่วโมง, 3 ชั่วโมง = 105, 190, 165, 145 mg/dl ตามลำดับ

ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาเบาหวานเพราะ FPG = 93 mg/dl ในครั้งแรกที่มาตรวจ และเมื่อคลอดก็ตรวจไม่พบเบาหวาน ในคนที่เป็น GDM ควรได้รับการปรับปรุง

เรื่องอาหารโดยให้อาหารเบาหวานปริมาณวันละ 35-45 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมน้ำหนักตัวที่เป็น ideal body weight (ประมาณ 30-35 กิโลแคลอรี/กิโลกรัมน้ำหนักตัวจริง) ส่วนประกอบของอาหารเป็นคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-55 โปรตีนร้อยละ 20-25 ไขมันร้อยละ 30-35 หลีกเลียง simple sugar ทุกชนิด น้ำหนักควรเพิ่มขึ้นตั้งครรภ์เท่ากับผู้ที่ไม่เป็น GDM คือ 10-12 กิโลกรัม

ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด ให้ใช้ยาฉีดอินซูลิน โดยให้น้ำตาลในเลือดที่ fasting, pre-meal, 2-hr post-prandial = 60-95, < 105, < 120 mg/dl ตามลำดับ

2. บาดแผลผ่าตัดหน้าท้องแยกหลังจากตัดไหมที่ 7 วัน บาดแผลภายนอกลักษณะดี ไม่มีไข้, พบมีน้ำเหลืองไหลซึมเล็กน้อยในวันที่ 5 หลังผ่าตัดเท่านั้น

ลักษณะของ burst abdomen มักพบในผู้ป่วยที่มี post operative complication, pulmonary complication, hypoalbuminemia, anemia, malnutrition, chronic lung disease, emergency procedure, obesity, chronic heart disease, DM, alcoholism, Jaundice, systemic and local infection, steroid treatment, หลังผ่าตัดมีปัญหาไอบามาก, อาเจียนมาก, prolonged intestinal paralysis, repeated urinary retention รวมทั้งชนิดของการผ่าตัด เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ยังมีหลาย factor จะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยง และแผลผ่าตัดติดเชื้อเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิด burst abdomen

วิธีการเย็บ (continuous หรือ interrupted) ไม่มีส่วนสำคัญต่อการแยกของบาดแผล

การผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้องทั่วไปมีอุบัติการณ์ของ burst abdomen 2-2.5% พบมากที่สุด 6 วันหลังผ่าตัด มี overall mortality rate 24% การรักษาแผลผ่าตัดที่แยกแนะนำให้ re-closure เลย แต่พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งจะมีปัญหาตามมาเช่น แผลติดเชื้อ, แผลแยกซ้ำ และ hernia.

สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทยสงสัยว่าเป็นเบาหวาน โดยพบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ใกล้คลอด ทำ 3-hr OGTT ไม่เข้าเกณฑ์ของการวินิจฉัย GDM จึงไม่ได้รับยาอินซูลิน ผ่าตัดคลอดบุตรน้ำหนัก 5,600 กรัม เมื่อเจ็บครรภ์ บุตรไม่มีปัญหาหลังผ่าตัด แต่มารดามี burst abdomen หลังผ่าตัด 7 วัน ได้ทำ re-closure เลย โดยการดมยาสลบทั่วไปสามารถกลับบ้านได้หลังเย็บแผล 10 วัน 1 ปีต่อมาพบว่าผู้ป่วยเป็นเบาหวานจึงได้รับการรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมณฑา เจริญรัตน์. ประธาน จินายน : โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : บทคัดย่อ เรื่องที่เสนอในการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 6. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ 2531 : 112.
2. กอบชัย พัววิไล. Management of Diabetes in preg-

nancy. ใน : วรรณิ นิธิยานันท์, บรรณาธิการ. การรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2535 : 219-26.

3. Mintg DH, cutfield RG. Diabetes mellitus and pregnancy in : Galloway JA, Potvin DH, Shuman cr, eds. Diabetes mellitus, 9th ed. Indianapolis ; Eli Lilly and company, 1988 : 226-39.
4. Niggebrugge AH, Hansen BE, Trimbo JB, Van de Velde CJ, Zwaveling A Mechanical factors influencing the incidence of burst abdomen : Europe-journal-Surgery 1995 ; 161(9) : 655-61.
5. Makela JT, Kiviniemi H, Juvonen T, Laitinen S, Factors influencing wound dehiscence after midline laparotomy : Am J Surg 1995 ; 170(4) : 387-90.
6. Gislason H, Gronbech JE, Soreide O. Burst abdomen and incisional hernia after major gastro-intestinal operations : Eur J surg 1995 ; 161(5) : 349-54.