

การบาดเจ็บของช่องท้อง

วิสิฐ สุวรรณิก พ.บ.*

Abstract : Abdominal Trauma.

Suwanik V.

Hospital Director, Chaoprayayommaraj Hospital, Supanburi, Thailand.

Reg 7 Med J 1988 ; 8 : 81-96

In the period of 3 years, two hundred and four abdominal injured patients in Chaoprayayommaraj hospital were analysed. The patients increased ten percent per year. The ratio of penetrating wound and non-penetrating wound was 5 : 1. Age incidence was between 10-30 years. Most patient were farmer. Male and female ratio was 5.67 : 1. Among penetrating wound patients, small bowel was most frequently injured. But in non-penetrating wound patients, spleen was most frequently injured. Hospital stay was 7-14 days. Postoperative complications were found in 22.54 percent of patients. Negative explore incidence was 4.42 percent. There were 14 patients dead, mortality rate was 6.86 percent.

เรื่องย่อ : รายงานผู้ป่วยบาดเจ็บของช่องท้อง ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช สุพรรณบุรีทั้งหมด 204 รายในช่วงเวลา 3 ปี พบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี พบบาดแผลทะลุเข้าช่องท้องกับไม่ทะลุเข้าช่องท้อง คิดเป็นอัตราส่วน 5 : 1 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือระหว่าง 10-30 ปี อาชีพส่วนใหญ่คืออาชีพทำนา เพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นอัตราส่วน 5.67 : 1 ในพวกที่มีบาดแผลทะลุเข้าช่องท้องพบว่าลำไส้เล็กเป็นอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บมากที่สุด ส่วนพวกที่ไม่มีบาดแผลทะลุพบว่าม้ามได้รับบาดเจ็บมากที่สุด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลคือ 7-14 วัน พบโรคแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ 22.54 พบว่ามีผู้ป่วยผ่าตัดแล้วไม่มีการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องร้อยละ 4.42 มีผู้ป่วยเสียชีวิต 14 รายคิดเป็นร้อยละ 6.86

บทนำ

การบาดเจ็บของช่องท้อง พบเสมอในชีวิตประจำวัน มีสาเหตุมาจาก การปล้นชิงทรัพย์ การทำร้ายร่างกาย กันด้วย มีด ปืน ท่อนไม้ ฯลฯ อุบัติเหตุจากการจราจร ในท้องถนน แม่น้ำ ลำคลอง ตกจากที่สูง เช่น ดึกหลายชั้น ระหว่างการก่อสร้าง วิว ควายวิด ตลอดจนอุบัติเหตุ จากการกีฬา และมักจะพบมีการบาดเจ็บของช่องท้องด้วย เสมอ เพราะหน้าท้องเป็นอวัยวะใหญ่อยู่ตรงกลางของ ลำตัว เป็นเป้าหมายของการบาดเจ็บได้ดี ยิ่งในภาวะสงคราม ด้วยแล้ว จะพบมีการบาดเจ็บของช่องท้องได้บ่อยมาก

การบาดเจ็บของช่องท้องแบ่งออกได้เป็น 2 สาเหตุด้วยกันดังนี้

ประเภทแรก พบมีสาเหตุจากการถูกแทง ถูกยิง หรือถูกวัตถุระเบิด มีการบาดเจ็บเป็นบาดแผลทะลุเข้าไป ภายในช่องท้องเรียกว่า บาดเจ็บทะลุเข้าช่องท้อง (Penetrating trauma) ถ้าเป็นบาดแผลจากการถูกแทงถือว่าเป็นผลจากแรงกระแทกของวัตถุมีคม มีความเร็วต่ำ ทางเดินของบาดแผลมักตรงไปตรงมาหรือเลียงไปบ้างเล็กน้อย พอจะคาดคะเนว่ามีบาดเจ็บของอวัยวะใดได้บ้าง สำหรับบาดแผลจากการถูกยิงหรือวัตถุระเบิด เป็นบาดแผลจากความเร็วสูง คาดคะเนทิศทางได้ยาก อาจคาดเดี้ยวซ่อนไข ไปถูกอวัยวะภายในได้หลายอวัยวะ มีอันตรายมากกว่าบาดแผลที่เกิดจากความเร็วดำ และการรักษายุ่งยากมากกว่าด้วย

ประเภทที่สอง คือ บาดเจ็บไม่ทะลุเข้าช่องท้อง (Blunt trauma or non penetrating trauma) เป็นการบาดเจ็บที่มีสาเหตุจากการทำร้ายร่างกายด้วยของไม่มีคม ตกจากที่สูง การกีฬา ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากการจราจร อาจพบแต่รอยถลอก ฟกช้ำ ที่มองจากภายนอกเท่านั้น ถ้าแรงกระแทกมีมากมักจะพบอวัยวะภายใน แตกฉีกขาดได้

ทั้งสองประเภทนี้อาจมีการบาดเจ็บร่วมของอวัยวะในระบบอื่นร่วมด้วย เช่น กระดูก สมอ ทรวงอก ฯลฯ

การตรวจ และการวินิจฉัย

การสอบประวัติถ้าผู้ป่วยสติยังดี การสอบประวัติ

มักจะได้ไม่ค่อยละเอียดนัก เนื่องจากความเจ็บปวด ทรมานจากบาดแผลที่ได้รับ ถ้าเป็นพวกหมดสติ ก็ถามจากญาติหรือผู้นำส่งโรงพยาบาล

ฉะนั้น การตรวจร่างกายจึงนับว่ามีความสำคัญ ทำให้มีการวินิจฉัยได้เร็ว ทันท่วงทีในการที่จะตัดสินใจนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยการผ่าตัดหรือไม่ และเหมาะสมกับการปฏิบัติงานในรพ.ต่างจังหวัด อาการและอาการแสดงที่สำคัญที่พอจะรวมมาจากรายงานนี้ คือ การเจ็บปวดและกดเจ็บ (Pain and tenderness) ผู้บาดเจ็บมักจะปวดที่จุดตรงอวัยวะภายในที่ได้รับอันตราย ถ้าปวดทั่วท้องมักเป็นการแสดงถึงอาการเยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไป บางครั้งการบาดเจ็บของทรวงอกก็ทำให้มีอาการปวดท้องได้เช่นกัน ถ้าผู้ป่วยมีสติดี พูดยาจำเรื่อง การตรวจร่างกายซ้ำบ่อย ๆ จะมีความสำคัญมาก เพราะอาการปวดเจ็บหรือกดเจ็บ ปวดเวลาเคลื่อนไหวพร้อมกับกดเจ็บแบบรีบาว พบมีความแม่นยำถึงร้อยละ 96¹ ตามรายงานนี้มีความแม่นยำร้อยละ 95.59 (คิดจากคนไข้ 204 ราย ผ่าตัดไม่พบอวัยวะบาดเจ็บ 9 ราย) พวกที่มีอาการปวดร้าวไปที่อื่น (Referred pain) ก็อาจจะบ่งบอกถึงพยาธิสภาพภายในได้ เช่น เจ็บร้าวไปบริเวณหัวไหล่ซ้ายมักจะบ่งถึงการมีพยาธิสภาพของกระบังลมแถบซ้าย หรือม้ามแตกมีเลือดตกใน อาการปวดร้าวหัวไหล่ขวาอาจบ่งบอกถึงอาการตับแตกฉีกขาด หรืออาการปวดร้าวไปถึงอวัยวะแสดงถึงดูโอติ่นิ่มที่แตกทะลุไปด้านหลัง หน้าท้องเกร็งแข็งตึง (Guarding and rigidity) ถ้าพบแข็งเกร็งตึงตลอดเวลาเป็นอาการแสดงว่า น่าจะมีอันตรายของอวัยวะภายในช่องท้องได้ การฟังเสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ (Gurgling sound) ในรายที่มีการทะลุของลำไส้ เสียงนี้จะหายไป และมีท้องอืดโป่งตึง (Abdominal distension)

ความสำคัญในการวินิจฉัย เพื่อที่จะทราบว่าคนไข้รายใดสมควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือไม่ แบ่งเป็น 2 แบบ คือ (ข้อบ่งชี้ในการนำคนไข้ไปทำการผ่าตัดของรายงานนี้)

- บาดแผลทะลุเข้าช่องท้อง (Penetrating trauma)

ถ้าพบบาดแผลดังนี้ให้ทำการผ่าตัดได้ทันที

1. บาดแผลทะลุเข้าช่องท้องมองเห็นได้ชัดเจน และเป็นบาดแผลอยู่ระหว่างระดับราวนม 2 ข้าง ลงมาหา ระดับหัวไหล่ และไม่เกินเส้นหน้าของรักแร้ (Anterior axillary lines) 2 ข้าง ถ้าบาดแผลมีรอยทะลุไม่ชัดเจนว่าเข้าภายในช่องท้องหรือไม่ ควรหยังความลึกของบาดแผลได้ แต่ควรทำในท้องผ่าตัดซ้ายขวาเฉพาะที่ เมื่อพบบาดแผลยังเข้าภายในช่องท้องแน่ ก็ควรทำการผ่าตัดสำรวจการบาดเจ็บต่อไป

2. ถ้าบาดแผลอยู่สองข้างของผนังช่องท้อง จากเส้นรักแร้หน้ากับกล้ามเนื้อพาราสไปนัส (Paraspinal muscles) ก็อาจต้องผ่าตัดสำรวจว่ามีการบาดเจ็บของอวัยวะด้านหลังเยื่อช่องท้องหรือไม่

3. บาดแผลถูกยิงเข้าช่องท้อง มักมีความโน้มเอียงที่จะต้องผ่าตัดมากกว่ารอยคูดอกการ เพราะกระสุนปืนมักไม่แล่นตรงไปตรงมาเหมือนกับมีดหรือการแทงกัน

4. บาดแผลที่มีเลือดออกทางทวารหนัก หรือมีเลือดออกจากสายสวนกระเพาะอาหาร สายสวนกระเพาะปัสสาวะตลอดเวลา

5. บาดแผลที่พบน้ำหลังจากกระเพาะอาหารหรือลำไส้ มีเศษอาหาร เศษอุจจาระหรือปัสสาวะไหลออกมาให้พบเห็นได้

- พวkbาดแผลไม่ทะลุเข้าช่องท้อง (Blunt trauma)
มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดอยู่สามประการ ดังนี้

1. มีอาการปวดเจ็บและกดเจ็บ เสียงเคลื่อนไหวของลำไส้เงียบหายไป โดยเฉพาะผนังหน้าท้องเกร็ง แข็งตึงเด่นชัดตลอดเวลา และท้องอืดโป่งตึง

2. คนไข้มีอาการช็อคจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) ความดันโลหิตตกโดยหาสาเหตุไม่ได้ ทั้งที่ไม่มีเลือดออกจกบาดแผลอื่นตามร่างกาย

3. มีการบาดเจ็บของกระดูกเชิงกรานแตกหักร่วมด้วย หรือมีกระดูกซี่โครงสองซี่ล่างตรงชายโครงหักด้วย มักจะพบอวัยวะในช่องเชิงกรานมีการบาดเจ็บเสมอ ถ้าเป็นกระดูกซี่โครงล่างแตกหักอาจพบการบาดเจ็บของตับ ถ้ากระดูกชายโครงแตกหักมักจะมีบาดเจ็บของม้าม ถ้าเป็นพวกมีประวัติอุบัติเหตุจากการขับรถเอง พวkmาลัยจะกระแทกหน้าอกหรือท้อง จะมีการบาดเจ็บของ

ดูโอติ้นมและตับอ่อนได้

การตรวจปัสสาวะ ถ้าผู้ป่วยบาดเจ็บถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้ ควรสวนออกด้วยสายยาง ถ้ามีเลือดออกตลอดเวลาแสดงว่ามีการบาดเจ็บของทางเดินปัสสาวะ อาจเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะหรือไต การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะควรทำ เพราะผู้ป่วยอาจเป็นโรคเบาหวานมาก่อน จำเป็นต้องคุมให้อยู่ระดับปกติในระหว่างการรักษาด้วย

การใส่สายยางสวนลงกระเพาะอาหารมีประโยชน์เพื่อช่วยดูดน้ำและอาหารหรือลมที่ตกค้างในกระเพาะอาหารออก ป้องกันท้องอืด และถ้าพบเลือดปนออกมาแสดงว่ามีบาดเจ็บเลือดออกของกระเพาะอาหาร

บางรายการตรวจร่างกายทั่วไปอาจไม่พบอะไรทั้งที่มีเลือดตกภายใน นอกจากอาการแสดงของท้องอืด โป่งตึง (Abdominal distension) ซึ่งพอจะเชื่อถือว่าเป็นอาการของอวัยวะภายในบาดเจ็บ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นการตรวจซีเรียล-เฮมาโตคริต ซีเรียลเซลล์เค้นต์ การตรวจเอมัยเลส (Serial hematocrit, serial cell count, amylase determination) มีผลไม่แน่นอน ใช้เป็นเครื่องช่วยวินิจฉัยอย่างหนึ่งในรายที่คนไข้มีอาการไม่หนัก และรอได้

การตรวจทางรังสี ไม่ควรทำทุกราย ถ้าพบผู้ป่วยมีอาการหนักและสมควรได้รับการผ่าตัดด่วน อาจมีผลร้ายทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในขณะที่เคลื่อนย้ายมาถ่ายภาพเอ็กซเรย์ได้ ในรายที่รอได้ควรถ่ายภาพเอ็กซเรย์ทรวงอกเพิ่มเติมด้วยในท่านั่ง ทำยืนหรือนอนตะแคงแล้วแต่สภาพผู้ป่วย เพื่อดูลมที่ออกจากกระเพาะหรือลำไส้ที่แตกทะลุมาข้างใต้ กระบังลม หรือมีวัตถุแปลกปลอมอื่น ๆ เช่นลูกปืน สก๊อตระเบิด อยู่ตรงตำแหน่งใดของช่องท้อง แต่ยังไม่สามารถบอกได้ว่าอวัยวะใดบาดเจ็บได้แน่นอน ลมที่ขังใต้กระบังลมอาจเป็นลมจากภายนอก เข้าทางแผลทะลุเข้าช่องท้องก็ได้ อาการบาดเจ็บของทรวงอกก็ทำอาการได้เหมือนกันกับการบาดเจ็บของช่องท้อง การถ่ายภาพทรวงอกควรทำด้วยทุกราย ถ้าพบมีลมจากถุงลมในปอดแตกหรือมีเลือดในช่องปอด จำเป็นต้องรักษาก่อนการบาดเจ็บของช่องท้อง ด้วยการเจาะปอดระบายออกเพื่อให้เนื้อปอดขยายได้ ไม่ถูก

อัดโดยลมหรือเลือด หายใจได้โล่งสะดวก ในคนไข้ที่มีเลือดออกปนมมาในปัสสาวะหรือจากสายสวนคา หรือมีบาดเจ็บของกระดุกเชิงกรานหักร่วมด้วย ควรส่งทำรีโทรเกรด ยูเรโทรแกรม (Retrograde urethrogram) และถ่ายภาพการใส่สารทึบแสงลงในกระเพาะปัสสาวะด้านหน้าและด้านข้าง (Cystogram A.P. & lateral) ถ้าภาพยังออกมาเป็นปกติ แต่ผู้ป่วยบาดเจ็บยังถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดอยู่ก็ทำการถ่ายภาพฉีดสารทึบแสงเข้าเส้นเลือดดำ (Intravenous pyelogram) คนไข้ที่มีประวัติถูกกระแทกแถวลิ้นปี่ ก็ควรทำการถ่ายภาพใส่สารทึบแสงลงกระเพาะอาหาร (Gastrography) เพื่อตรวจดูการบาดเจ็บของอุ้งท้องหรือตับอ่อน

การตรวจพิเศษ คือการสวนล้างช่องท้อง (Peritoneal lavage) Roct นำวิธีนี้มาใช้เมื่อปี 2506 เพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บของช่องท้องและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายจนถึงทุกวันนี้ ตามรายงานกล่าวว่าให้ผลแม่นยำถึงร้อยละ 95-98² อาจมีประโยชน์ในการวินิจฉัยคนไข้ที่หมดสติ มีอัมพาต หรือ ในรายที่ไม่ร่วมมือในการตรวจร่างกาย ไม่ได้ประวัติผู้ป่วย และรอได้ ในรายอาการหนักไม่ควรทำให้เสียเวลา การแปลผลอาจมีปัญหาบ้างเพราะเลือดที่ออกอาจเป็นเลือดที่หยุดแล้วหรืออาจเป็นเลือดที่ออกจากการทำสวนล้างช่องท้องก็ได้ Soderstrom และ Honyark จะทำการผ่าตัดเปิดช่องท้องทุกครั้งที่น่าระบายนอกจากการสวนล้างช่องท้องมีสีแดงเร็ว ๆ และน้ำที่ออกมาไม่ใส^{3, 4} สำหรับการตรวจโดยการเจาะช่องท้อง (Tapping of abdomen)⁵ การผ่านน้ำเข้าช่องท้อง (Peritoneal irrigation)⁶ และการฉีดสารทึบแสงเข้าทางบาดแผล (Sinugraphy)⁷ ไม่นิยมทำกัน

ฟอสเตอร์ ได้เตือนว่า⁸ การทำสวนล้างช่องท้องในการวินิจฉัยการบาดเจ็บของช่องท้อง มีการนิยมทำกันอย่างกว้างขวางมากขึ้น แต่อาจทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดได้โดยคนไข้อาจได้รับการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นเพราะการพบเลือดออกเพียงเล็กน้อยจากช่องท้องในการทำนี้ โดยปกติแล้วแพทย์ทั่วไปไม่ได้กระทำทุกราย เพียงแต่ถือว่าเป็นวิธีการอันหนึ่งในการวินิจฉัยที่เป็นประโยชน์เท่านั้น

การถ่ายภาพหลอดเลือดโดยใช้สารทึบแสง อาจมีประโยชน์ในระหว่างผ่าตัดเพื่อเข้าไปจับจุดเลือดออกและซ่อมแซมได้ เช่นในรายที่มีกระดุกเชิงกรานหักร่วมหรือมีเลือดออกมากหลังเย็บช่องท้อง สำหรับ computerized axial tomography อาจมีบทบาทในอนาคต เช่นการวินิจฉัยบาดเจ็บของตับ ตับอ่อน และม้าม ซึ่งทำให้ลดการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นลงได้

วัตถุประสงค์และวิธีการ

รายงานนี้ เป็นการศึกษาจากผู้ป่วยในฝ่ายศัลยกรรมของโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช สุพรรณบุรี ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยจาก เดือนมิถุนายน 2524 ถึงเดือนพฤษภาคม 2527 รวมระยะเวลา 3 ปี เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจากการบาดเจ็บของช่องท้องโดยแยกจำนวนผู้ป่วยเป็นรายปี ประเภทและสาเหตุของการบาดเจ็บของช่องท้อง อายุ เพศ อาชีพ การบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง การบาดเจ็บรวมของระบบอื่นของร่างกาย การรักษาจำนวนวันที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผลแทรกซ้อนและอัตราการตายของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บทั้งสองชนิดดังกล่าว

ผล

พบว่าจำนวนคนไข้เพิ่มขึ้นแต่ละปีประมาณร้อยละ 10 ต่อปี เป็นแนวโน้มแสดงว่าช่องท้องบาดเจ็บ จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากความไม่เคารพกฎหมาย การจราจรที่คับคั่งและความแออัดของพลเมืองที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนเศรษฐกิจที่ตกต่ำ ดังตารางที่ 1

พบจำนวนผู้บาดเจ็บจากการถูกแทงและการถูกปืนยิงหรือระเบิด ได้รับการผ่าตัดแล้วมีจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 41.18 และร้อยละ 42.16 สาเหตุจากการทะเลาะวิวาท แยกที่ทำกินและอาชญากรรม สำหรับบาดแผลไม่ทะลุเข้าช่องท้องมีจำนวนน้อยกว่าเพียงร้อยละ 16.66 ซึ่งส่วนมากเป็นอุบัติเหตุจากการจราจรที่นับวันจะเพิ่มขึ้นจากจำนวนรถยนต์พาหนะ และถนนหนทางที่มีการสัญจรไปมาสะดวกเพิ่มขึ้นทุกปี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนคนไข้ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี

เดือน - ปี	จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ ทางช่องท้อง	ร้อยละ
1 มิถุนายน 2524 - 31 พฤษภาคม 2525	46	22.5
1 มิถุนายน 2525 - 31 พฤษภาคม 2526	70	30.31
1 มิถุนายน 2526 - 31 พฤษภาคม 2527	88	43.14
รวม	204	100

ตารางที่ 2 ประเภทของก้นตราบช่องท้อง 204 ราย ใน 3 ปี

ประเภทบาดเจ็บ	จำนวน	ร้อยละ
ถูกแทง	84	41.18
ถูกยิง หรือระเบิด	86	42.16
บาดแผลไม่ทะลุเข้าช่องท้อง	34	16.16
รวม	204	100

ตารางที่ 3 อายุและเพศ

อายุ	บาดแผลทะลุ เข้าช่องท้อง	ร้อยละ	บาดแผลไม่ทะลุ เข้าช่องท้อง	ร้อยละ
0-15	6	3.53	6	17.65
16-30	97	57.06	16	47.06
31-40	37	21.76	6	27.65
41-50	16	9.41	3	8.82
50 ขึ้นไป	14	3.23	3	8.82
รวม	170	100	34	100

ตารางที่ 4 แยกตามอาชีพ

อาชีพ	บาดแผลทะลุ เข้าช่องท้อง	ร้อยละ	บาดแผลไม่ทะลุ เข้าช่องท้อง	ร้อยละ
ทำนา	81	47.64	10	29.41
รับจ้าง	34	20	12	35.29
ทำไร่	27	15.88	2	5.88
ค้าขาย	14	8.24	2	5.88
เด็ก-นักเรียน	7	4.29	8	23.53
รับราชการ	7	4.29	—	—
ภิกษุ-สามเณร	—	—	—	—
รวม	170	100	34	100

ตารางที่ 5 จำนวนของอวัยวะที่ได้รับอันตรายภายในช่องท้อง

จำนวนของอวัยวะที่บาดเจ็บ ภายในช่องท้อง	บาดแผลทะลุเข้าช่องท้อง			ร้อยละ	บาดแผลไม่ทะลุ เข้าช่องท้อง	ร้อยละ
	ถูกแทง	ถูกยิง	รวม			
บาดเจ็บอวัยวะเดียว	86	48	128	62.75	23	11.27
บาดเจ็บมากกว่าหนึ่งอวัยวะ	12	22	34	16.66	10	4.9
ไม่พบการบาดเจ็บของ- อวัยวะภายในช่องท้อง	6	2	8	3.92	1	0.5
รวม	98	72	170	83.33	34	16.67

มีจำนวนผู้บาดเจ็บที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจาก รพ.นี้ มีอายุระหว่าง 16-30 ปี เป็นอัตราสูงถึง ร้อยละ 47.06 เพราะประชาชนในวัยนี้เป็นวัยทำงาน ต้องออกนอกบ้านไปทำการเกษตร มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทุกชนิด และพบว่าเพศชายมีการบาดเจ็บ 174 ราย เพศหญิงพบ 30 ราย (อัตราส่วนชาย : หญิง = 5.8 : 1) เพราะฝ่ายชายมักเป็นผู้ออกทำงานหาเลี้ยงครอบครัวจึงพบการบาดเจ็บนี้ในชายมากกว่าหญิง ดังตารางที่ 3

ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดจากการบาดเจ็บของช่องท้อง ในประเภทบาดแผลทะลุช่องท้อง คือพวกอาชีพทำนามากที่สุด ส่วนในประเภทบาดแผลไม่ทะลุ พบพวกอาชีพรับจ้างได้รับการผ่าตัดสูงสุดคือ ร้อยละ 35.29 ทั้งนี้เนื่องจากในฤดูเก็บเกี่ยวพืชไร่ หรือฤดูหว่านพืชผล จำเป็นต้องใช้ลูกจ้างมาช่วยเป็นจำนวนมากและลูกจ้างเหล่านี้ ก็คือพวกมีอาชีพทำนาทำไร่จากตำบล อำเภออื่น หมุนเวียนมารับจ้าง ส่วนมากมักจะต้องอาศัยรถยนต์

เป็นยานพาหนะไป จึงเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรเป็น ส่วนมาก ดังตารางที่ 4

จากตารางที่ 5 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บและ ผ่าตัดเข้าไปพบมีอันตรายแก่อวัยวะเดียวสูงสุด ไม่ว่า จะมีสาเหตุจากการถูกแทง ถูกยิง มีร้อยละ 62.75 หรือ บาดเจ็บพวกไม่ทะลุเข้าช่องท้องร้อยละ 11.27 และมีการ บาดเจ็บมากกว่าหนึ่งอวัยวะรองลงมา และผ่าตัดแล้ว ไม่พบการบาดเจ็บของช่องท้องเลย อีก 9 ราย หรือร้อยละ 4.42 เนื่องจากการตัดสินใจทำการผ่าตัดที่ดำเนินไป ก่อนช้าเร็ว ตามข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดดังกล่าวมาแล้วใน การวินิจฉัย แต่ไม่มีอัตราการตายและไม่มีโรคแทรกซ้อน

ในตารางที่ 6 เป็นการแยกประเภทการบาดเจ็บที่ ทะลุเข้าช่องท้อง และบาดเจ็บที่ไม่ทะลุเข้าช่องท้อง พบว่า มีจำนวนไม่แตกต่างกันมาก คือ ร้อยละ 6.86 และร้อยละ 5.39 เพราะในการต่อสู้ทำร้ายร่างกายกันมักเป็นการ แทะหลายครั้ง หรือการยิงหลายนัด และยังเป็นการบาดเจ็บ จากพวกแรงกระแทกของการจราจรในบาดแผลไม่ทะลุ เข้าช่องท้อง มักพบมีการบาดเจ็บของทรวงอก กระโหลก ศีรษะ หรือกระดูกหัก ฯลฯ ร่วมด้วยเสมอ

ในตารางที่ 7 แสดงถึงการผ่าตัดไปพบอวัยวะ ในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ มี ลำไส้เล็ก กระเพาะอาหาร ตับ และลำไส้ใหญ่ เรียงตามลำดับในประเภทบาดเจ็บ ทะลุเข้าช่องท้องคือร้อยละ 27.4 17.79 16.83 และ

14.9 มากกว่าอวัยวะอื่น ในประเภทบาดเจ็บไม่ทะลุเข้า ช่องท้อง พบ ม้าม ลำไส้เล็ก และกระเพาะอาหารมากกว่า อวัยวะอื่นคือร้อยละ 29.55 15.9 และ 13.64

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด นอนอยู่ ในรพ.ระหว่าง 7-14 วัน พบสูงสุดทั้งพวกบาดแผลที่ ทะลุและบาดแผลไม่ทะลุเข้าช่องท้อง มีร้อยละ 81.86 และร้อยละ 11.76 ทั้งนี้แล้วแต่โรคแทรกหลังผ่าตัดว่า จะมีมากน้อยต่างกันเพียงไร ดังตารางที่ 8

พบว่าโรคแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในประเภทบาดเจ็บ ทะลุเข้าช่องท้อง มีมากกว่าประเภทบาดเจ็บไม่ทะลุเข้า ช่องท้อง คือร้อยละ 17.15 และร้อยละ 5.39 อาจเป็น เพราะเทคนิคการรักษาความสะอาดไม่ดีพอ หรือการใช้ ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมก็เป็นได้ สำหรับพวกบาดแผล ไม่ทะลุ พบข้อด้อยหลังการผ่าตัดสูง เพราะส่วนใหญ่ ผู้บาดเจ็บมีการบาดเจ็บร่วมกันหลายอวัยวะภายในช่องท้อง หรือมีการบาดเจ็บของอวัยวะในระบบอื่นร่วมด้วย คือ พวกบาดเจ็บของกระโหลกศีรษะและสมอง กระดูก เชิงกรานหักร่วมซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนักมากขึ้น ดัง ตารางที่ 9

พบว่ามียัตราตาย 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.86 จาก จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 204 ราย แยกเป็นประเภท บาดเจ็บทะลุเข้าช่องท้องร้อยละ 4.41 และบาดเจ็บที่ ไม่ทะลุเข้าช่องท้องร้อยละ 2.45 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 6 แสดงถึงการบาดเจ็บของช่องท้องที่มีร่วมกับระบบอื่น (หมายถึงระบบที่ไม่ใช่อวัยวะในช่องท้อง)

การบาดเจ็บร่วมของระบบอื่น	บาดแผลทะลุ	ร้อยละ	บาดแผลไม่ทะลุ	ร้อยละ
				เข้าช่องท้อง
- ศีรษะ-สมอง ทรวงอก กระดูกแขนขา	14	6.86	-	-
สันหลัง และเชิงกราน				
- ทรวงอก กระดูกแขนขา สันหลัง	-	-	11	5.39
และเชิงกราน				

ตารางที่ 7 อวัยวะภายในช่องท้องที่ได้รับการบาดเจ็บ

อวัยวะ	มีบาดแผลทะลุเข้าช่องท้อง		ไม่มีบาดแผลทะลุเข้าช่องท้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระบังลม	7	3.37	5	6.82
ตับ	35	16.83	5	11.36
ม้าม	14	6.73	13	29.55
กระเพาะอาหาร	37	17.79	6	13.64
ดูโอดีนัม	3	1.44	1	0.02
ตับอ่อน	2	0.96	1	0.02
ลำไส้เล็ก	57	27.4	7	15.9
ลำไส้ใหญ่	31	14.9	4	9.09
หลอดเลือดในช่องท้อง	3	1.44	—	—
มีเซนเทอรีและโอเมนที่ตัม	11	5.29	3	6.82
ไต	3	1.44	1	0.02
ท่อไต	1	0.48	—	—
กระเพาะปัสสาวะ	4	1.92	—	—
มดลูก	—	—	—	—
รวม	208	100.00	46	100.00

ตารางที่ 8 ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

ชนิดของบาดแผล	น้อยกว่า 7 วัน	ร้อยละ	7-14 วัน	ร้อยละ	มากกว่า 14 วัน	ร้อยละ
บาดแผลทะลุ- เข้าช่องท้อง	10	4.9	144	70.59	16	7.84
บาดแผลไม่ทะลุ- เข้าช่องท้อง	3	1.47	23	11.27	8	3.92
รวม	13	6.37	167	81.86	24	11.76

ตารางที่ 9 ผลแทรกซ้อน

ผลแทรกซ้อน	บาดแผลทะลุ เข้าช่องท้อง	ร้อยละ	ไม่มีบาดแผลทะลุ เข้าช่องท้อง	ร้อยละ
ช็อค ไม่ฟื้นหลังการผ่าตัด	2	0.98	5	2.45
ตกเลือดซ้ำหลังการผ่าตัด	2	0.98	1	0.49
ลำไส้เน่า	1	0.49	—	—
เยื่อช่องท้องอักเสบ	3	1.47	—	—
ไข้สูง และมีการติดเชื้อในกระแสเลือด	5	2.45	—	—
ท้องอืด ลำไส้ไม่ทำงาน	5	2.45	1	0.49
แผลเย็บไม่ติด จากแผลติดเชื้อ	8	3.92	2	0.98
มีเลือด ลม หนอง ในช่องปอด	5	2.45	1	0.49
ปอดอักเสบ	4	1.96	1	0.49
รวม	35	17.15	11	5.39

ตารางที่ 10 อัตราตาย

สาเหตุ	บาดแผลทะลุ เข้าช่องท้อง	ร้อยละ	บาดแผลไม่ทะลุ เข้าช่องท้อง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
ไม่ฟื้นหลังผ่าตัด	2	0.98	1	2.45	3	1.47
ช็อค จากการเสีย- เลือดมาก	1	0.49	—	—	1	0.49
เลือดติดเชื้อ	3	1.47	—	—	3	1.47
บาดเจ็บสาหัสจาก- หลายระบบ	3	1.47	4	—	7	3.43
รวม	9	4.41	5	2.45	14	6.86

การรักษา แบ่งออกเป็นสองกลุ่มด้วยกัน

กลุ่มแรก เป็นการรักษาแบบประคับประคอง (Conservative treatment) ถ้าไม่มีอันตรายต่ออวัยวะภายในช่องท้อง เลือดออกจากบาดแผลน้อย เป็นบาดแผลบนผนังช่องท้อง ก็ตัดขอบแผลที่กระรุ่งกระริ่ง หรือส่วนที่เป็นเนื้อตายออกทิ้งให้ขอบเรียบ ล้างบาดแผลด้วยน้ำกลั่นผสมยาปฏิชีวนะ หรือน้ำเกลือสะอาด เพื่อเอาสิ่งแปลกปลอม เศษหิน ดิน ทราช เศษเสื้อผ้าออกให้สะอาด แล้วเย็บตักแต่งบาดแผล ผู้ป่วยประเภทนี้เพียงระวังรักษาบาดแผลไม่ให้ติดเชื้อก็เป็นการพอเพียงแล้ว สำหรับจำนวนผู้บาดเจ็บในการรักษาแบบนี้ ไม่มีรวมอยู่ในรายงานนี้ และเป็นผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางผ่าตัดไม่เพียงพอ

กลุ่มที่สอง เป็นการรักษาด้วยการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าอวัยวะภายในแตก มีการฉีกขาด ทะลุ มีเลือดออกชัดเจน หรือสงสัยว่าจะมีบาดเจ็บดังกล่าวและอาการหนัก ไม่ควรรีรอในการนำผู้ป่วยไปผ่าตัดด่วนเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพนั้นเพราะการรอคอยมักจะทำให้เสียผู้ป่วยไป

ตามตารางที่ 7 ชนิดบาดแผลทะลุเข้าช่องท้อง รวมจากอวัยวะที่บาดเจ็บภายใน 208 อวัยวะ ชนิดบาดแผลไม่ทะลุเข้าช่องท้องคิดจากยอดรวม 46 อวัยวะ เพราะคนไข้ที่บาดเจ็บคนหนึ่ง ๆ มีการบาดเจ็บเพียงอวัยวะเดียว หรือหลายอวัยวะก็ได้ อวัยวะข้างเคียงมักได้รับผลของการบาดเจ็บไปด้วยไม่มากนัก และอาจมีการบาดเจ็บของอวัยวะในระบบอื่นนอกช่องท้องร่วมไปด้วย ฉะนั้นในการผ่าตัดดูแลรักษาให้ทั่วถึง ทำให้ลดอันตรายและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระหว่างการรักษาไปได้มาก

กระบังลมบาดเจ็บ (Diaphragmatic injuries)

ตามรายงานพบไม่มาก ในแผลทะลุเข้าช่องท้องพบร้อยละ 3.37 แผลไม่ทะลุพบมากกว่าคือร้อยละ 6.82 มักถูกมองข้ามไปในระหว่างการวินิจฉัยโรคบ่อย ๆ ฉะนั้นถ้าพบบาดแผลระหว่างห้วงมลงมาไ้ระดับชายโครง ควรนึกถึงการบาดเจ็บของกระบังลมด้วยเสมอ ถ้ามีแผลทะลุให้เย็บปิด ไม่ว่าจะเป็นแผลเล็กหรือใหญ่ ถ้าเป็นแผลจากถูกยิงหรือระเบิด จะมีความเสียหายมาก อาจต้อง

ทำศัลยกรรมตบแต่งด้วย Malex mesh ในบาดแผลของกระบังลมเมื่อเย็บแล้วไม่ต้องใส่ท่อระบาย

ตับบาดเจ็บ (Liver injuries)

พบมากเป็นอันดับ 3 ของบาดแผลทะลุ มีร้อยละ 16.33 และแผลไม่ทะลุมีร้อยละ 11.36 มากเป็นลำดับที่ 4 มีหลักในการรักษาอยู่ 3 ประการคือ ห้ามเลือด ตัดเนื้อตายออกให้หมด และให้มีการไหลของท่อน้ำดีได้ตามปกติ

ถ้าแผลไม่โตหรือลึกมาก ก็เย็บขอบเข้าหากัน บาดแผลเล็กน้อยเลือดหยุดไหลแล้วไม่ต้องเย็บเพราะอาจไปรบกวนให้เลือดออกมาอีก แล้วใส่ท่อระบายน้ำที่ค้างรั่วอยู่ออกให้หมด ถ้าบาดแผลลึก เย็บแผลแล้ว จัดด้วยเครื่องจีไฟฟ้าแล้ว ยังไม่ยอมหยุด จำเป็นต้องเลาะส่วนทางเข้าเส้นเลือดและท่อน้ำดี (Porta hepatis) เพื่อจับเส้นเลือดดำเฮปatica หรือเส้นเลือดแดงเฮปaticaไว้ชั่วคราวเพื่อหาจุดเลือดออก แล้วเย็บผูกต่อไป

ในกรณีที่ตับแตกและถูกทำลายจนรุ่งริ่ง เลือดออกไม่หยุด จำเป็นต้องตัดเนื้อตับออกไปบางส่วนหรือตัดออกทั้งกลีบ ก็แล้วแต่พยาธิสภาพและตำแหน่งของการบาดเจ็บ และเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่า เนื้อตับงอกใหม่ได้รวดเร็ว ถึงแม้เนื้อตับจะเหลือน้อยเพียง 20% ก็สามารถทำหน้าที่ให้ชีวิตดำรงอยู่โดยปกติได้ ฉะนั้นการตัดเนื้อตับที่ถูกทำลายหมดออกแล้วเย็บเนื้อตับที่เหลือเข้าหากันจะง่ายต่อการห้ามเลือด และไม่ต้องไปกังวลต่อการจัดระบบถ่ายเทของน้ำดีภายในตับด้วย แล้วใส่ท่อระบายแบบเพนโรสร่วมกับสายยางไว้หลาย ๆ อัน เพื่อระบายน้ำดีออกภายหลัง ถ้าเนื้อตับเสียหายมากและเป็นทั้งสองกลีบมีเลือดออกมากเหลือความสามารถ หรือโรงพยาบาลจัดเลือดได้ไม่พอเพียง ควรใช้วิธีแพ็ค (Packing) ห้ามเลือดด้วยผ้าซับเลือดมีหางไว้ก่อน เพื่อส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นที่พร้อมและสามารถผ่าตัดตับออกได้

ม้ามบาดเจ็บ (Splenic injuries)

ในบาดแผลทะลุพบน้อยเพียงร้อยละ 6.73 แต่แผลไม่ทะลุพบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งพบร้อยละ 29.55 ม้ามเป็นอวัยวะทรงตัน มีหน้าที่สำคัญของร่างกาย การตัดม้ามออกจำเป็นต้องนึกถึงคุณค่าของหน้าที่ม้ามไว้เสมอ ใน

ปัจจุบันอัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดเกี่ยวกับม้ามมีอัตราตายต่ำมาก ถ้าเป็นบาดแผลไม่ลึก แค่เปลือกหุ้มและลึกไม่มาก ใช้วิธีเย็บขอบเข้าหากัน หรือจี้ด้วยเครื่องไฟฟ้า หรือใช้ทั้งสองอย่าง ถ้าเส้นเลือดของขั้วม้ามบาดเจ็บก็ควรจับผูกเฉพาะเส้นที่เป็นสาเหตุของการเลือดออก ถ้าเนื้อม้ามเสียหายเป็นบางส่วนก็ตัดส่วนนั้นออกทิ้ง และเย็บขอบเข้าหากันได้ การพิจารณาตัดเนื้อม้ามออกควรให้เหลือเนื้อม้ามประมาณ ร้อยละ 40 เป็นอย่างน้อยเพื่อให้คงหน้าที่สำคัญของม้ามไว้ การตัดม้ามออกทั้งหมดทำเป็นทางสุดท้าย เมื่อจำเป็นต้องรักษาชีวิตคนไข้ให้รอดปลอดภัย หรือเห็นว่าม้ามมีเนื้อเยื่อตายเสียหายมาก และมีบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย หรือคนไข้อยู่ระหว่างช็อค ซึ่งผิดกับสมัยก่อนที่เชื่อว่าม้ามที่แตกหรือปริไม่ว่าตำแหน่งใด การรักษาที่ถูกต้องคือตัดเอาออก เพราะวิธีอื่นไม่สามารถจะระงับเลือดออกได้สำเร็จ

ตับอ่อนบาดเจ็บ (Pancreatic injuries)

พบน้อยมาก ตามรายงานมีร้อยละ 0.96 ของแผลทะลุเข้าช่องท้อง และแผลไม่ทะลุพบร้อยละ 0.02 ถ้าการวินิจฉัยผิดพลาดหรือถูกมองข้ามไป คนไข้ไม่ได้รับการรักษาผ่าตัดภายใน 24 ชม. คนไข้จะถึงแก่กรรมได้ ดังนั้นควรเปิด lesser sac ดูในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องทุกราย ถ้าพบเพียงรอยช้ำบวม ใส่ท่อระบายไว้ก็เพียงพอแล้ว ถ้ามีรอยฉีกขาดเพียงเล็กน้อยและเลือดออกน้อย ให้เย็บเข้าหากันแล้วใส่ท่อระบาย การเย็บควรระวังอย่าให้เข็มตัดผ่านท่อนตับอ่อน เพราะจะทำให้เกิดรูรั่วภายหลัง ควรดูว่าการบาดเจ็บเกิดตรงส่วนไหนของตับอ่อน ในรายที่ท่อของตับอ่อนถูกตัดขาดจากกันหรือเนื้อของตับอ่อนเสียหายมาก ถ้าเป็นส่วนลำตัวหรือส่วนหาง ควรเลาะเอาเนื้อท่อนปลายที่บาดเจ็บออก เหลือเพียงท่อนหัวไว้ หรือผูกเย็บตรงปลายทั้งสองข้างที่ถูกตัดขาดออกจากกัน รวมทั้งท่อและเนื้อของตับอ่อน แม้ส่วนปลายจะฝ่อไปบ้างก็ไม่ทำให้หน้าที่ของตับอ่อนเสียไป น้ำหลังที่ค้างจากการรั่วของตับอ่อนพบได้น้อย และจะปิดได้เองภายใน 4-6 สัปดาห์ ในกรณีที่ส่วนหัวของตับอ่อนได้รับอันตราย และท่อนตับอ่อนฉีกขาดหรือดูโอเดียนัมบาดเจ็บ อาจต้องตัดออกทั้งทั้งหมด หรือทำการเปลี่ยนทางเดินของน้ำหลัง

(Diverticulization) โดยทำการต่อกระเพาะกับลำไส้เล็ก (Gastrojejunostomy) เย็บปิดดูโอเดียนัม ใส่ท่ออย่างลงในดูโอเดียนัม และใส่ท่อระบายชนิด sump drain ออกนอกช่องท้อง

กระเพาะอาหารบาดเจ็บ (Stomach injuries)

ตามรายงานพบบ่อยเป็นอันดับที่สอง มีร้อยละ 17.79 ในบาดแผลทะลุเข้าช่องท้อง ส่วนในบาดแผลไม่ทะลุพบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 มีร้อยละ 13.64 เพราะกระเพาะอาหารเป็นอวัยวะใหญ่ อยู่ก่อนมาทางหน้าท้อง เป็นเป้าในการบาดเจ็บได้อย่างดี มีอาการหลังบาดเจ็บได้เร็วจากการรั่วของน้ำหลังที่มีฤทธิ์เป็นกรดและเศษอาหาร

การรักษาด้วยการผ่าตัด ถ้าเป็นรอยทะลุจากของมีคม เย็บปิดได้ทันที ถ้าเป็นแผลจากลูกปืนควรตัดขอบรอยช้ำให้เรียบก่อนเย็บปิด บาดแผลจากการถูกแทงลึก หรือถูกยิงควรตรวจด้านหลังของกระเพาะด้วย เพราะแผลมักจะเป็นคู่-ด้านหน้าและด้านหลัง ควรตรวจโดยละเอียดว่ามีอวัยวะอื่นใกล้เคียงอีกหรือไม่ที่ได้รับอันตราย ถ้าเป็นแผลจากพวกแผลไม่ทะลุช่องท้อง มักพบแผลแตกเป็นหลายเสี่ยง ขอบแผลรุ่งริ่ง ควรตัดออกบางส่วนหรือตัดขอบให้เรียบแล้วเย็บขอบแผลเข้าหากัน ล้างช่องท้องให้สะอาดด้วยน้ำกลั่นหรือน้ำเกลือจำนวนมากแล้วดูดออกเพื่อป้องกันการเกิดฝีได้กระบังลม หรือฝีใต้ตับภายหลัง

ลำไส้เล็กบาดเจ็บ (Intestinal injuries)

เป็นอวัยวะส่วนใหญ่ในช่องท้อง เป็นเป้าของการบาดเจ็บมากที่สุด จึงพบเป็นอันดับหนึ่งของบาดแผลทะลุเข้าช่องท้อง มีร้อยละ 27.4 และพบบ่อยเป็นอันดับสองในพวกแผลไม่ทะลุ มีร้อยละ 15.90 มักมีอวัยวะอื่นที่อยู่ใกล้เคียงได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย เช่น ดูโอเดียนัมและซีกัม

เมื่อเปิดหน้าท้องเข้าไป พบเพียงรอยช้ำตื้น ๆ ไม่ต้องทำอะไรหายเองได้ ถ้ารอยช้ำกินลึกเย็บชั้นเดียวได้ รอยทะลุเป็นรูกลมจากถูกแทงอาจเย็บปิดแบบ purse string suture ถ้ารูกลมจากปืนตัดขอบแผลให้เป็นรูปรี แล้วเย็บปิดตามขวาง หากมีรอยทะลุหลายรูรวมเป็นกลุ่มใกล้เคียงกันไม่ควรเย็บปิดทีละรู ให้ตัดออกในส่วนที่เสียหายและต่อกันใหม่ที่ปลายทั้งสองจะทำให้เรียบร้อยและรวดเร็วกว่า ลำไส้

เล็กเป็นอวัยวะที่ยาวที่สุดของช่องท้อง ฉะนั้นการตัดออกเสียบ้างดีกว่าจะปล่อยให้ลำไส้ส่วนที่มีเนื้อตายเน่าหลงเหลืออยู่

คูโอดินัมบาดเจ็บ (Duodenal injuries)

พบน้อยมาก ในแผลทะลุช่องท้องมีร้อยละ 1.44 บาดแผลไม่ทะลุมีเพียงร้อยละ 0.02 เท่านั้น การรักษาด้วยการผ่าตัดสำรวจ ควรเปิดเลาะอวัยวะส่วนนี้ให้เห็นด้วยตาเปล่าได้ทุกส่วน ควรเลาะสำรวจตามวิธีของ โค้คเกอร์ (Kocher's maneuver) ถ้าจำเป็นต้องตลบคูโอดินัมผ่านกระดูกสันหลังไปทางซ้ายโดยตัดเอ็นของ ไทร์ชเลย์ก็ได้ (Ligament of Treitz) ตับอ่อนและหลอดเลือดอินฟีเลีย เวนาคาวา (Inferior vena cava) จะมองเห็นได้และจะตรวจตราได้ละเอียด ในพวกบาดแผลทะลุเข้าช่องท้องไม่ว่าจะเป็นการถูกแทงหรือถูกยิง มีปัญหาน้อยถ้าบาดแผลสะอาดไม่มีรอยชำเล็ดมากและไม่มีอวัยวะอื่นบาดเจ็บรุนแรง เย็บแผลเข้าหากันได้ผลดี เนื่องจากน้ำดีและน้ำหลังของตับอ่อนมีมากกว่า 2000 ลบ.ซ.ม. ต่อวันในคนปกติ จึงทำให้ความดันตึงตัวสูงในลำไส้ส่วนนี้ ฉะนั้นหลักในการรักษาคือลดความดันของคูโอดินัม ควรใส่สายยางดูดลงในกระเพาะอาหารหลังเย็บบาดแผลแล้ว ถ้าบาดแผลกว้าง การปิดแผลเกิดความตึงมากหรือแผลขาดหรือขาดออกจากกัน ก็เย็บปลายที่ขาดสองข้างปิดแล้วทำการต่อลำไส้เล็กเข้ากับกระเพาะ (Gastro-jejunostomy) หรือทำวายรูป (Roux-en-y) เอาขาข้างหนึ่งของวายรูปมาหุ้มปากแผลของคูโอดินัม เย็บติดกัน แล้วใส่ท่อระบายแบบซัมป์ ร่วมกับท่อระบายแบบเพนโรส (Sump drain & penrose drain) ออกนอกช่องท้อง ถ้าสงสัยว่ามีรอยเย็บรั่วให้ต่อเครื่องดูดกับท่อระบายแบบซัมป์ทันที เพื่อกันมิให้น้ำหลังแพร่ไปเกิดการอักเสบบริเวณอื่น แผลที่รั่วอาจปิดได้เองเร็วกว่า

พวกบาดแผลไม่ทะลุ รักษายากกว่า เพราะแรงกระแทกมักรุนแรงมาก มักจะมีการบาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียงร่วมด้วย เช่น ตับอ่อน และม้าม เนื้อเยื่อชอกช้ำมากกว่า การวินิจฉัยก็ยาก มักจะถูกมองข้ามไป การผ่าตัดก็ทำเหมือนกับพวกแผลทะลุช่องท้อง โรคแทรกคือรอยรั่วของแผลที่เย็บปิดไม่ค่อยดี ตามมาด้วยภาวะขาดน้ำ

ทุโภชนาการ โรคติดเชื้อ และมักได้รับการผ่าตัดหลายครั้ง อยู่โรงพยาบาลนาน

ข้าวล้าไส้บาดเจ็บ (Mesentery injuries)

ถ้าพบมีการฉีกขาดโดยไม่มีเลือดออก ให้เย็บปิดเสียเพื่อป้องกันการเกิดไส้เลื่อนในช่องท้อง ถ้าพบจุดเลือดออกหรือก้อนเลือดอยู่ให้จับผูกเสีย เมื่อพบเลือดออกจากเส้นเลือดใหญ่ภายในข้าวล้าไส้ เช่น เส้นเลือดดำมีเซนเทอริกอันบน หรือเส้นเลือดแดง ควรเย็บแบบต่อหลอดเลือด แผลที่ขอบข้าวล้าไส้มักทำลายเส้นเลือดที่เลี้ยงลำไส้ ควรตัดออกแล้วต่อใหม่จะปลอดภัยกว่าเย็บไว้เฉย ๆ พบไม่บ่อยในบาดแผลทะลุคือพบร้อยละ 5.29 และบาดแผลไม่ทะลุพบร้อยละ 6.82

ลำไส้ใหญ่บาดเจ็บ (Colon injuries)

ในบาดแผลทะลุช่องท้อง พบบ่อยเป็นอันดับที่ 4 มีร้อยละ 14.9 และพบเป็นอันดับที่ 5 ในบาดแผลไม่ทะลุคือมีร้อยละ 9.09 บาดเจ็บของลำไส้ใหญ่มีอัตราตายสูงถ้าให้การรักษาไม่ถูกต้อง อัตราตายมีถึงร้อยละ 70-79 ในสงครามกลางเมืองของอเมริกาและสงครามโลกครั้งแรก ต่อมาในสงครามโลกครั้งที่ 2 อัตราตายลดลงเป็นร้อยละ 30-95 พอมาถึงสงครามเกาหลี เวียดนามอัตราตายลดลงเหลือร้อยละ 13⁹ มีรายงานถึงความสำเร็จของการเย็บซ่อมแผลทะลุในลำไส้ใหญ่อยู่เนื่อง ๆ^{10,11} แต่ผลยังมีผลแตกต่างกันไม่สมบูรณ์ ฉะนั้นการเย็บแผลอย่างเดียวควรเลือกทำในรายที่ไม่มีอาการช็อค ไม่มีอุจจาระไหลปนเปื้อนในช่องท้อง และไม่มีอวัยวะใกล้เคียงบาดเจ็บร่วมด้วย แต่การบาดเจ็บร่วมกับอวัยวะใกล้เคียง มักพบบ่อยในบาดเจ็บชนิดนี้ การตัดต่อและการเย็บซ่อมลำไส้ใหญ่ส่วนขวาเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป^{12,13} แต่ไม่นิยมทำในลำไส้ ส่วนขวางและส่วนซ้าย เพราะเกิดโรคแทรกและแผลเย็บรั่ว เกิดโรคติดเชื้อได้สูง ตามรายงานนี้มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ทำผ่าตัดด้วยการเย็บปิดอย่างเดียวหรือตัดลำไส้ส่วนขวาออกและต่อกับลำไส้เล็ก (Right half colectomy) ส่วนใหญ่อีกร้อยละ 80 ต้องทำผ่าตัดโดยยกลำไส้ใหญ่ที่มีบาดแผลออกบนหน้าท้อง (Exteriorization) แล้วเปิดรูให้อุจจาระไหลออกในส่วนต้นของลำไส้ใหญ่ก่อนถึงบาดแผล (Proximal colostomy)

และเมื่อแผลที่เย็บซ่อมไว้ติดดีก็ปิดแผลโคลอสโตมี และนำกลับเข้าช่องท้องอย่างเดิม การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ควรใส่ท่อระบายออกด้วย

สำหรับบาดแผลของเรคตัม ส่วนที่อยู่เหนือเยื่ออุ้งท้อง รักษาแบบเดียวกับลำไส้ใหญ่ ส่วนที่อยู่ต่ำกว่าเยื่ออุ้งท้องควรเย็บปิด ใส่ท่อระบายออกทางด้านหลังเรคตัม ถ้าแผลอยู่ลึกควรเปิดเข้าทางด้านข้างของค็อกซิกซ์ ถ้าจำเป็นก็ตัดกระดูกค็อกซิกซ์ออกได้ ถ้าบาดแผลใหญ่ให้ตัดส่วนที่เสียหายทิ้งไปเหนือเอนัล สฟิงคเตอร์ (Anal sphincter) แล้วนำส่วนที่ติดต่อกับเอนัลคาแนล บาดเจ็บของเรคตัมควรทำโคลอสโตมีทุกราย นอกจากบาดแผลเล็กน้อยที่เย็บซ่อมไว้

วิจารณ์

การเสนอรายงานนี้เป็นแนวทางอันหนึ่งให้แพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนนำไปใช้ปฏิบัติ เมื่อพบผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของช่องท้อง การบาดเจ็บดังกล่าวมักเกี่ยวกับอุบัติเหตุ การทำร้ายร่างกายกันด้วยอาวุธชนิดต่าง ๆ ซึ่งนับวันจะมีมากยิ่งขึ้นทุกปี จากจำนวนของพลเมืองที่เพิ่มขึ้น การก่อสร้างมากขึ้น การทำถนนหนทางเพื่อการจราจรเพิ่มขึ้น ประกอบกับในโรงพยาบาลต่างจังหวัดยังขาดแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญอีกหลายสาขา เช่น แพทย์ทางกระดูกและข้อ วิทยุแพทย์ ศัลยแพทย์ ทางประสาทและสมอง ฯลฯ เครื่องมือแพทย์ ห้องปฏิบัติการทางแพทย์ รวมทั้งเทคโนโลยีดีด้อยกว่าโรงพยาบาลในส่วนกลาง โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลของเอกชนในกรุงเทพฯ เป็นอย่างมาก ซึ่งไม่ทำความอบอุ่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติมากนัก เมื่อรับทราบจากแพทย์ผู้รักษาว่าผู้ป่วยบาดเจ็บมีอากาการหนัก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่หมดสติหรือเอะอะโวยวาย หรือมีการบาดเจ็บร่วมกันหลายระบบ ญาติมักจะขอนำผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลของกรุงเทพฯ ดังกล่าว

เนื่องจากการศึกษาทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ มีน้อยและไม่แน่นอนในการวินิจฉัย ความกดดันจากผู้ป่วยและญาติที่รีบร้อนถึงอาการผู้ป่วยตลอดเวลา การวินิจฉัยที่พึงพาได้มากที่สุดคือการตรวจร่างกายอย่าง

ละเอียด การถ่ายภาพเอ็กซเรย์ การตรวจร่างกายซ้ำบ่อย ๆ จึงนับว่ามีความสำคัญโดยอาศัยอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย นอกจากนั้นก็อาศัยประวัติและตำแหน่งการบาดเจ็บ และบาดเจ็บร่วม เพื่อมิให้การวินิจฉัยถูกมองข้ามไป เช่น การบาดเจ็บของดูโอเดนิ่ม ตับอ่อน ฯลฯ ดังกล่าวมาแล้ว เหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ในการตัดสินใจนำผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดที่ค่อนข้างเร็วตามรายงานนี้ เพราะอาศัยหลักว่าการผ่าตัดเข้าไปสำรวจดูอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้องเกือบทุกรายที่สงสัยว่าจะมีบาดเจ็บของอวัยวะภายใน และการผ่าตัดผู้บาดเจ็บได้เร็วจะมีผลการรักษาที่ดีกว่า อันตรายน้อยกว่า โรคแทรกซ้อนพบน้อย โอกาสที่ผู้ป่วยจะรอดชีวิตมีได้มากกว่า การรื้อและเผ่าสังเกตาการด้วยการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น การสวนล้างช่องท้อง การตรวจซีเรียลเฮมาโตคริต การตรวจซีลัมเอมัยเลส ซีทีสแกน แองจิโอแกรม ฯลฯ ถ้ามีเวลาพอ มีเครื่องมือครบ และคนไข้มีอาการไม่หนักมาก ญาติให้ความร่วมมือดี ก็กระทำได้และถือเป็นเครื่องช่วยในการวินิจฉัยอันหนึ่งเท่านั้น

ในคนไข้ที่มีการบาดเจ็บหลายระบบของอวัยวะ การเลือกทำอะไรก่อนหลังก็มีความสำคัญมาก เช่น การบาดเจ็บของประสาทสมอง กระดูกหัก ฯลฯ การบาดเจ็บของทรวงอกจากถุงลมแตกหรือการแตกเลือดภายในช่องปอด เบียดจนเนื้อปอดแฟบไป ถ้าพบควรเจาะปอดใส่ท่อคาไว้ภายในเพื่อระบายเอาน้ำเลือดและลมออก ทำให้ผู้บาดเจ็บหายใจสะดวกเสียก่อนแล้วจึงค่อยพิจารณาถึงการบาดเจ็บของช่องท้องต่อไป ถ้ามีกระดูกหักร่วมด้วยควรใส่เฝือกไว้ชั่วคราวเพื่อป้องกันเลือดที่ออกจากกระดูกหักมากเกินไป และลดความเจ็บปวดจากกระดูกหัก ควรทำได้ก่อนการผ่าตัดช่องท้อง การเจาะคอมีประโยชน์มากในผู้ป่วยที่หายใจไม่ออก มีเสมหะมากซึ่งพบเสมอในคนไข้ที่มีการบาดเจ็บแถวศีรษะ สมองและลำคอ ผู้บาดเจ็บเหล่านั้นจะมีโอกาสติดเชื้อง่าย บาดแผลมักสกปรก จึงควรให้ยาปฏิชีวนะแต่เริ่มแรกของการรักษาได้ ในรายที่เกิดเยื่ออุ้งท้องอักเสบ ควรแก้ไขการสูญเสียน้ำหรือแร่ธาตุเสียก่อน แล้วจึงนำผู้ป่วยไปผ่าตัดต่อไป

บางครั้งอาจนำผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บของสมอง

ไปทำผ่าตัดพร้อมกับการบาดเจ็บร่วมในช่องท้องได้ โดยแบ่งผู้ผ่าตัดเป็นสองทีม ทีมหนึ่งผ่าตัดลดความดันภายในกระโหลกศีรษะ และอีกทีมทำการผ่าตัดสำรวจช่องท้อง แต่ถ้าคนไข้มีอาการหนักและมีการบาดเจ็บของช่องท้องอย่างรุนแรง มีเลือดออกภายในมาก ควรนำผู้ป่วยไปผ่าตัดช่องท้อง เพื่อซ่อมแซมและจับผูกเส้นเลือดภายในช่องท้องก่อน

แผลที่ผนังหน้าท้อง ถ้าพบบาดแผลกระรุ่งกระริ่ง ควรตกแต่งบาดแผล ตัดเนื้อรุ่งริ่งออก แต่งขอบให้เรียบ ล้างชะด้วยน้ำกลั่น น้ำเกลือ เอาสิ่งแปลกปลอม เช่น หิน ดิน ทราบ เศษผ้า ชิ้นเนื้อตายที่หลุดคาออกให้หมด แล้วค่อยเย็บบาดแผลเข้าหากัน ควรเย็บให้ขอบแผลห่างกันพอสมควร เมื่อแผลสะอาดดีค่อยเย็บเข้ามาหากันภายหลังเพื่อป้องกันไม่ให้แผลเป็นหนอง ถ้าเนื้อหนึ่งของส่วนหน้าท้องขาดหายไปมาก ไม่สามารถเย็บเข้าหากันได้ อาจต้องทำศัลยกรรมตกแต่งภายหลัง

เมื่อเปิดช่องท้องเข้าไป พบเลือดไหลเอ่อในช่องท้องเป็นจำนวนมาก อาจใช้เครื่องดูดช่วยถ้าเลือดออกไม่มากเกินไป ถ้าเลือดออกมากดูดไม่ทัน ควรใช้ผ้าซับเลือดมีทางอัดเข้าสี่พื้นที่ของช่องท้อง คือบนสองผืนซ้ายและขวา และล่างซ้ายขวาแห่งละผืน และใช้เครื่องดูดช่วยด้วย พอเลือดออกน้อยหรือหยุด เอาสองชิ้นล่างออกก่อนพบเลือดออกจุดใด ก็จับเส้นเลือดและผูกให้หยุด แล้วเอาชิ้นบนแถบซ้ายออกเพื่อดูแหล่งเลือดออกจากม้ามที่พบได้บ่อยและออกมาก ชิ้นบนแถบขวาเอาออกเป็นชิ้นสุดท้ายเพื่อสำรวจดูความเสียหายของตับหรือเลือดที่ออกจากบริเวณนี้ โดยเฉพาะจากหลอดเลือดดำเฮปาทิค (Hepatic vein) ถ้าซ่อมแซมหรือจับผูกแล้วเลือดยังออกอยู่อีกก็ควรหนีถึงเลือดออกจากเส้นเลือดแดง อาจต้องเลาะแสทางเข้าเส้นเลือดของตับ (Porta hepatis) เพื่อจับไว้ชั่วคราวและค้นหาจุดเลือดออก เพื่อทำการซ่อมแซมต่อไป ถ้ามีเลือดออกด้านหลังนอกเยื่อช่องท้อง (Retroperitoneal hematoma) ควรเลาะเยื่อช่องท้องทางด้านขวาของลำไส้ใหญ่ ตลบมุมโค้งตับ (Hepatic flexure) ของลำไส้ใหญ่และส่วนหนึ่งของส่วนทอดขวางไปหาแนวกลางลำตัว และทำตามวิธีของโค็กเกอร์ (Kocher's

maneuver) จะเห็นเส้นเลือดใหญ่ เออร์ต้า วินาคาวา และแขนงของมันได้ชัดเจน ทำการซ่อมแซมหลอดเลือดได้สะดวก ถึงแม้การบาดเจ็บของหลอดเลือดที่เลี้ยงไตก็มองเห็นและสามารถซ่อมแซมได้ ถ้าพบว่ามีเลือดออกในรีโทรเพอริโตเนียมที่เกิดจากการแตกหักของกระดูกเชิงกราน และไม่มีการเปลี่ยนแปลงต่อไปมาก ก็ไม่ควรไปยุ่งกับจุดเลือดออก เพราะจะทำให้มีการเสียเลือดเพิ่มมากขึ้น และเป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้วย การตรึงกระดูกไม่ให้เคลื่อนไหวหรือใส่เฝือก (Hip spica) ควรทำเป็นการป้องกันมิให้เลือดออกมากและความเจ็บปวดลดลง

ในกรณีที่ไม่มียืดออก หรือมีแต่ห้ามเลือดได้แล้ว ในการผ่าตัดช่องท้องควรสำรวจการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องเป็นขั้น ๆ เริ่มที่พื้นผิวของกระบังลม ลงมาดูกระเพาะอาหารทั้งหน้าและหลัง ดูโอดินัม ม้าม ส่วนโค้ง ม้ามของลำไส้ใหญ่ ลำไส้ใหญ่ส่วนลง ลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (Sigmoid colon) อวัยวะของช่องเชิงกราน (Pelvic organ) แล้วมาสำรวจลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น ตับ ถุงน้ำดี เปิดเลสเซอร์แซค (Lesser sac) ตามวิธีของโค็กเกอร์ เพื่อดูตับอ่อนส่วนกลางและส่วนปลายและดูโอดินัม ลงไปหาเอ็นของลำไส้เล็ก (Ligament of Trietz) ดูบาดแผลของลำไส้เล็กทั้งหมดรวมทั้งอวัยวะของช่องท้อง เมื่อพบพยาธิสภาพ การบาดเจ็บก็แก้ไขซ่อมแซมเป็นลำดับไป ควรสำรวจซ้ำราว 3 ครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีบาดแผลทะลุหลงเหลืออยู่ สุดท้ายควรดูที่ขั้วยึดลำไส้เล็ก (Root of mesentery) และขั้วยึดลำไส้ใหญ่ (Mesocolon) ว่ามีเลือดออกที่จุดใดอีก เพราะแผลที่ถูกแทงลึก ๆ หรือถูกยิง แม้จะแทงเพียงครั้งเดียวหรือนัดเดียวแผลมักจะเป็นคู่เสมอ เมื่อเย็บแผลซ่อมภายในและห้ามเลือดเรียบร้อยแล้ว ควรล้างด้วยน้ำกลั่น น้ำเกลือสะอาด จัดเรียงลำไส้ให้เข้าที่เข้าทางไม่ให้พันกัน คลุมด้วยแผ่นโอเมนต์ดีมอีกที แล้วจึงปิดหน้าท้อง ใส่ท่อระบายคาไว้ตามความจำเป็น

การดูแลรักษามีแตกต่างกันออกไปในผู้ป่วยแต่ละคน มีการรักษาหลายแบบ แต่ละแบบก็เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนแต่ละสภาวะเท่านั้น ไม่มีการผ่าตัดชนิดใดชนิดหนึ่งที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกคน การเลือกแบบแผนการรักษาที่ถูกต้องโดยมีจุดหมายให้ผู้ป่วยหายพ้นจาก

ความทุกข์ทรมานคือความมุ่งหมายที่สำคัญในการรักษา การบาดเจ็บทุกชนิด

ตามตารางที่ 5 มีผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัด 204 ราย มีผู้ป่วยบาดเจ็บจำนวนหนึ่งได้รับการผ่าตัดสำรวจดูไม่พบการบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง มีแค่ช้ำบวมเล็กน้อย หรือเลือดที่ออกหยุดแล้วจากแผล ตื่น ๆ เพียง 9 ราย หรือร้อยละ 4.42 แต่ทุกรายไม่พบโรคแทรกซ้อนและอัตราการตายหลังผ่าตัดเลย จึงพอจะยืนยันได้ว่าการผ่าตัดสำรวจดูการบาดเจ็บของช่องท้องไม่ทำอันตรายแก่คนไข้ แต่การรื้อหน้าคนไข้ไปผ่าตัดจะมีโรคแทรกซ้อนและอัตราการตายสูงกว่ามาก Coke¹⁴ และ Roman¹⁵ เคยรายงานไว้ว่าการผ่าตัดถ้าทำหลังการบาดเจ็บเกินกว่า 24 ชม. อัตราตายจะมีถึงร้อยละ 63 ถ้าวินิจฉัยได้เร็วและทำการผ่าตัดทันทีจะมีอัตราการตายเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น การตัดสินใจนำผู้ป่วยไปผ่าตัดค่อนข้างเร็วตามข้อบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัยดังกล่าวมาแล้ว อาจจะพบว่าการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น แต่ก็มีจำนวนต่ำ พอจะกล่าวได้ว่ามีความแม่นยำสูงพอที่จะใช้เป็นหลักในการวินิจฉัยได้ เพราะในตารางที่ 10 แสดงอัตราการตายค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 6.86) ซึ่งน้อยกว่ารายงานของ Williams และ Zollinger ซึ่งมีอัตราการตายร้อยละ 13.5¹⁶ จากจำนวนผ่าตัดผู้ป่วยทั้งหมด 200 ราย และรายงานของจอมจักร จันทรสกุลและคณะซึ่งมีอัตราการตายร้อยละ 7.2 จากจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมด 642 ราย

มีจำนวนผู้ป่วยอีกมากมายที่ไม่ได้รวมอยู่ในรายงานนี้ ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เพราะข้อบ่งชี้ในการ

ผ่าตัดไม่ชัดเจนพอ ไม่ต้องทำการผ่าตัดและให้กลับบ้านได้โดยปลอดภัยหลังจากเก็บผู้ป่วยไว้สังเกตดูอาการเป็นเวลา 48 ชม.

สรุป

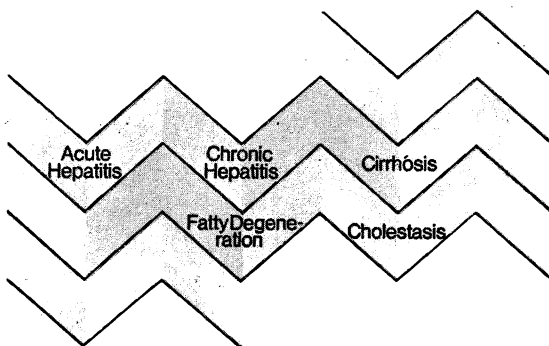
ได้รายงานผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของช่องท้อง รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวนทั้งหมด 204 ราย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2524 ถึงเดือนพฤษภาคม 2527 รวมระยะเวลา 3 ปี พบว่ามีอัตราที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี อัตราส่วนของบาดแผลทะลุเข้าช่องท้องต่อชนิดไม่มีแผลทะลุเข้าช่องท้องเป็น 5 : 1 พบมากในพวกมีอายุระหว่าง 10-30 ปี คือร้อยละ 57.06 อาชีพทำนาพบมากที่สุด ร้อยละ 47.64 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นอัตรา 5.67 : 1 ลำไส้เล็กคืออวัยวะที่รับบาดเจ็บมากที่สุดของพวกบาดแผลทะลุเข้าช่องท้องคิดเป็นร้อยละ 27.4 และในพวกบาดเจ็บไม่มีแผลทะลุเข้าช่องท้องคือม้าม คิดเป็นร้อยละ 29.55 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลมี 7-14 วัน โรคแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมีร้อยละ 22.54

การวินิจฉัยยึดถือการตรวจร่างกายบ่อย ๆ เป็นหลักสำคัญ รวมทั้งข้อบ่งชี้ในการนำผู้ป่วยไปผ่าตัด 7 ประการ และจะทำการผ่าตัดทุกรายที่สงสัย เพราะเหตุว่าการทำผ่าตัดที่เร็วไม่รีรอ จะปลอดภัยกว่า โรคแทรกซ้อนน้อยกว่าและอัตราการตายต่ำ จากรายงานพบเพียง 9 รายที่ไม่พบการบาดเจ็บของอวัยวะภายในหรือร้อยละ 4.42 และอัตราการตายร้อยละ 6.86

เอกสารอ้างอิง

1. Ahmand W, Polk CH. Blunt abdominal trauma. Arch Surg 1976 ; 111 : 487.
2. Root HD, Hauser CW, Mckinley CR et al. Diagnostic peritoneal lavage. Surgery 1975 ; 57 : 633-637.
3. Honyark SW, Shaftan GW. Value of inconclusive lavage in abdominal trauma management. J Trauma 1975 ; 19 : 329-333.
4. Soderstrom CA, Priest RW, Cowley RA. Pitfalls of peritoneal lavage in blunt abdominal trauma. Surg Gynecol Obstet 1980 ; 151 : 513-518.
5. Giacobine JW, Sileri VE. Evaluation of diagnostic abdominal paracentesis with experimental and clinical studies. Surg Gynecol Obstet 1960 ; 110 : 676.
6. Sloop RD. The dominant role of the paracentesis technics in the early diagnosis of blunt abdominal trauma. Am J Surg 1978 ; 136 : 145-150.
7. Aragon GE, Eisman B. Abdominal stab wounds : Evaluation of sinugraphy. J Trauma 1976 ; 10 : 792.
8. Foster JH. Peritoneal lavage in patient with trauma. Surg Gynecol Obstet 1983 ; 156 : 656.
9. Okies JE, Bricker FJ, Jordan GL. et al. Exteriorized primary repair of colon injuries. Am J Surg 1972 ; 122 : 807.
10. Patrick JR, Rafpal SG. The injured colon : Therapeutic considerations. Am J Surg 1975 ; 129 : 187.
11. Scherock TR, Christensen N. Management of penetrating injuries of colon. Surg Gynecol Obstet 1972 ; 135 : 65.
12. Mulherin JL, Suwers JL. Evaluation of methods for managing penetrating colon injuries. J Trauma 1975 ; 15 : 580.
13. Debase HT, Thomas FB. A critical review of colectomy with anastomosis. Surg Gynecol Obstet 1972 ; 135 : 747.
14. Coke WM, Meyer KK. Retroperitoneal duodenal rupture. Am J Surg 1964 ; 108 : 834.
15. Roman EY, Silva J, Lucas C. Management of blunt duodenal injury. Surg Gynecol Obstet 1971 ; 133 : 7-16.
16. Williams RD, Zollinger RM. Diagnostic and prognostic factors in abdominal trauma. Am J Surg 1959 ; 97 : 575.
17. จอมจักร จันทรสกุล, ปิยะสกล สกลสัตยาทร, วัชรพงษ์ พุทธิสวัสดิ์. บาดเจ็บของช่องท้อง. สารคดี 2521 ; 30 : 1481.

Essentiale®



**For Liver Diseases of
Every Origin**



NATTERMANN

Cologne - West-Germany

Essentiale Capsules. Contents: Essential phospholipid substance (175 mg/cap.), vits. B₁, B₂, B₆, B₁₂, nicotinamide, E. **Essentiale i.v. injection. Contents:** Essential phospholipid substance (250 mg/amp.), vits. B₁, B₂, nicotinamide, sodium pantothenate. **Indications:** Cap., Inj.: Liver diseases of any origin: acute, subacute and chronic hepatitis; liver cirrhosis, toxic metabolic liver diseases; intoxications (e.g. from drugs); infections; fatty degeneration of the liver due to alcohol, hypernutrition, diabetes mellitus, kwashiorkor, pregnancy; cholestasis; pre- and postoperative care, especially in liver/gallbladder surgery. Inj.: Precoma and coma. **Dosage:** Cap.: 1-2 caps. t.i.d. with meals. Inj.: 1-4 amps. daily, depending on severity of case. Non-poison.