

ย่อเอกสาร

ทวีศักดิ์ ดีขจร
บุษกร บรรจงมณี
ชาญชัย สังจอสิริวุฒิ
ประเสริฐ ศรีแสงทรัพย์

Adhesive Small Bowel Obstruction

Tanphiphat C, Chittmittrapap S, Prasopsunti K.
Am J Surg 1987 ; 154 : 223 - 287.

ทำการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็น adhesive small bowel obstruction จำนวน 321 ราย ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลา 8 ปี พบว่า appendectomy เป็นการผ่าตัดที่เป็นสาเหตุของการเกิด adhesive small bowel obstruction มากที่สุด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตั้งแต่ระยะแรก (โดยเฉลี่ย 3 ชั่วโมง หลังจาก admit) มี 54 ราย ตาย 2 ราย พบ nonviable กับ borderline bowel 30.2% ผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาโดย conservative treatment ด้วย nasogastric decompression มี 267 ราย ตาย 1 ราย รักษาได้ผล 126 ราย แต่อีก 141 ราย รักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือกลับเลวลงและต้องนำผู้ป่วยไปผ่าตัดในภายหลัง ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในภายหลังนี้ไม่พบว่ามีกรตายเลย และพบ nonviable กับ borderline bowel 22.8% อุบัติการณ์ของ nonviable กับ borderline bowel ไม่ได้เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ delay การผ่าตัดไป แต่จะพบมากขึ้นถ้าสภาพของผู้ป่วยหลังจากได้รับ conservative treatment แล้วเลวลง สิ่งที่มีผลช่วยในการตัดสินใจของแพทย์ที่จะนำผู้ป่วยไปผ่าตัดตั้งแต่วะแรกได้แก่ การปวดท้องติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน การกดเจ็บทั่วทั้งท้อง ภาวะ guarding

ของหน้าท้อง และ abdominal distension ไม่มี pre-operative factor ใดที่เชื่อถือได้ที่จะสามารถทำนายว่าเกิด bowel strangulation ขึ้นแล้วหรือยัง ผลของการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้ป่วย adhesive bowel obstruction ที่ไม่มี clinical evidence ของ strangulation หรือ abdominal distension อย่างมาก ควรเริ่มให้การรักษาด้วย conservative treatment และการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเสียก่อน

ทวีศักดิ์ ดีขจร

นักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ

Clinical Indication for Cervical Spines Radiographs in Traumatized Patient

Bachulis BL, Long WB, Hynes Gd, Johnson MC.
Am J Surg 1987 ; 153 : 473-478.

ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บต่อไขสันหลังส่วนคอ อาจเกิดอัมพาตของแขน ขา (quadriplegia) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ แต่การถ่ายภาพรังสีคอในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทุกคนย่อมเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมาก จึงควรมีข้อบ่งชี้ในการส่งถ่ายภาพรังสีคอในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ

ผู้รายงานได้รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยอุบัติเหตุที่

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่าง ค.ศ. 1981 - 1985 รวม 4½ ปี จากผู้ป่วย 4,941 ราย มี 182 ราย (38%) ได้ถ่ายภาพรังสีคอ ในจำนวนนี้ 94 ราย (5%) ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกคอ คิดเป็น 2% ของผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด เป็นชาย 69 ราย หญิง 25 ราย อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุรถยนต์ (73%) ในจำนวน 94 ราย มีผู้ป่วยอยู่ 65 ราย ที่มีภาวะการรับรู้สติที่ดี แต่ทั้งหมดมีอาการที่แสดงว่าได้รับบาดเจ็บที่กระดูกคอคือ เจ็บคอ 61 ราย กดเจ็บบริเวณคอ 4 ราย

ผู้เขียนแนะนำให้ถ่ายภาพรังสีคอด้านข้างโดยตั้งไหล่ทั้งสองข้างลง จะช่วยให้เห็นกระดูกคอชั้นที่ 6 และ 7 ได้ หรือถ่ายในท่า swimmer's view ในผู้ป่วยที่อ้วนและคอสั้น

โดยสรุปแนะนำให้ส่งถ่ายภาพรังสีคอ ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะรู้สึกตัวดีถ้าไม่มีการเจ็บคอหรือกดเจ็บไม่จำเป็นต้องถ่ายภาพรังสี ถ้ามีอาการดังกล่าวหรือมีอัมพาตของแขน ขา มีภาวะการรู้สึกตัวลดลง และถ้า vital sign ดีให้ถ่ายภาพรังสีในท่า lateral anteroposterior odontoid กับ right และ left oblique ถ้ายังวินิจฉัยไม่ได้ ให้พิจารณาทำ CT scan หรือ tomography หรือถ่ายภาพรังสีในท่า flexion และ extension ถ้าผู้ป่วย vital sign ไม่ดี ให้ถ่ายภาพรังสีในท่า lateral ถ้าไม่พบสิ่งผิดปกติให้แก้ไข vital sign จนดีก่อนแล้วถ่ายภาพรังสีท่าอื่น ๆ ต่อไป ระหว่างนี้ให้ใส่ปลอกคอไว้ก่อน

บุษกร บรรจงมณี

นักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ

Urgent & Early Cholecystectomy for Acute Gall Bladder Disease

Addison NV, Finan PJ.

Br J Surg 1988 ; 25 (2) : 141-143.

แพทย์ส่วนใหญ่จะให้การรักษาโรค acute cholecystitis ด้วยวิธี conservative โดยจะให้สารน้ำทาง

หลอดเลือดและยาแก้ปวด บางคนจะให้ยาปฏิชีวนะและจะทำ delay cholecystectomy หลังจากที่ได้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลใหม่อีกครั้งเมื่ออาการครั้งแรกหายไปแล้ว

การศึกษาจากสวีเดนพบว่า มีผู้ป่วยถึง 81% ที่ได้รับการทำ delay operation และใน 15 ปีที่ผ่านมา มีรายงานที่สนับสนุนทั้งการทำ early operation และ delay operation เช่น รายงานของ Ganeg พบว่า early operation มีอัตราตายเพียง 0.5% เท่านั้น ดังนั้น วัตถุประสงค์ของรายงานนี้คือ การเปรียบเทียบระหว่าง early และ delay cholecystectomy

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่ทำ cholecystectomy 645 ราย ในเวลา 10 ปี (ค.ศ. 1975-1984) มีผู้ป่วย 236 ราย ที่ทำ early operation โดยที่ 195 รายเป็น acute cholecystitis 41 รายเป็น gall stone pancreatitis พบว่าในกลุ่ม early operation มีผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปี มากกว่ากลุ่ม delay operation ในผู้ป่วยสูงอายุจะพบมีโรคแทรกซ้อนได้บ่อย อัตราตายของกลุ่ม early operation ต่อ elective operation เท่ากับ 0.5% ต่อ 4.7% ในกลุ่ม early operation เอง พบว่าถ้าอายุมากกว่า 70 ปี อัตราตายจะเพิ่มขึ้นอีก 1 เท่าตัว จะเห็นได้ว่า อัตราตายและโรคแทรกซ้อนจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

รายงานนี้พบว่า ultrasound สามารถตรวจพบ gall stone ได้ถูกต้องถึง 83% ใน acute cholecystitis จะมี serum alkaline phosphatase ขึ้นสูงถึง 76% bilirubin ขึ้นสูง 84% การ culture bile ไม่พบเชื้อถึง 51% วิธีทำผ่าตัดที่ปลอดภัยจากการเกิดอันตรายต่อท่อน้ำดีร่วมคือการผ่าตัดแบบ fundus first ซึ่งในรายงานนี้ไม่พบว่ามีอันตรายต่อท่อน้ำดีร่วมเลย การผ่าตัดในระยะ early จะทำได้ง่ายกว่าในระยะหลังซึ่งมี fibrous tissue มาก สำหรับโรคแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดพบได้พอกัน รวมทั้งระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลก็เท่า ๆ กัน และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ conservative จนหายดี และรับเข้าโรงพยาบาลใหม่เพื่อทำ elective operation นั้น มีถึง 22 - 27% ที่ต้องรีบรับไว้ในโรงพยาบาลเพราะเกิด acute attack ขึ้น

รายงานนี้สรุปว่า การทำ early cholecystectomy เป็นการผ่าตัดที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี และในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จะพบมีโรคแทรกซ้อนได้บ่อยกว่า ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำ urgent cholecystectomy ด้วย

ชาญชัย สัจจอิสริยาวุฒิ

นักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ

Conservative Management of Perforated Duodenal Ulcer

Keane TE, Dillon B, Afolhal NH, McCormack CJ.
Br J Surg 1988 ; 75 : 583 - 584.

ปกติการรักษา perforated duodenal ulcer ที่ยอมรับกัน ทำโดยการผ่าตัดเย็บปิดรูรั่ว แต่สำหรับคนไข้ที่เจ็บป่วยมากไม่สามารถผ่าตัดได้ การรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) ย่อมเป็นสิ่งจำเป็น จึงได้มีการศึกษาเรื่องนี้ขึ้น

การศึกษาทำในคนไข้ทั้งหมด 49 คน ที่มี perforated duodenal ulcer ในช่วงเวลา 17 ปี การรักษาทำโดยศัลยแพทย์ 1 คน โดยมีข้อแม้ในการรักษาแบบประคับประคองนี้คือ

1. วินิจฉัยทางคลินิกว่าเป็น perforated duodenal ulcer ในช่วงระยะเวลาน้อยกว่า 9 ชั่วโมง
2. มีภาวะการไหลเวียนเลือดปกติ (stable

haemodynamic condition)

การรักษาแบบนี้ทำโดยให้ 1. ยาระงับปวดเข้าเส้นเลือดดำ 2. ยาปฏิชีวนะ 3. แก้ไขภาวะการสูญเสีย น้ำของร่างกาย 4. ใส่ nasogastric tube ดูดสิ่งเหลือค้างออกจากกระเพาะอาหารจนหมด เพื่อให้เกิดการติดของรูรั่ว ดังนั้นการทำ nasogastric suction จึงเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาแบบนี้

ผลการศึกษาพบว่า มี 42 คน เท่านั้นที่อยู่ในข้อแม้ และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้ประสบผลสำเร็จ 34 คน (81%) ไม่ประสบผลสำเร็จ 8 คน ซึ่งต้องนำไปผ่าตัดต่อ โดยทั้งสองกลุ่มนี้ไม่มีความแตกต่างกันทั้งในแง่อายุ ระยะเวลาของการรั่ว การใช้ยารักษา และระยะเวลาของการเป็นแผลที่ duodenum การรักษาแบบประคับประคองนี้ไม่ได้ทำให้อยู่ ร.พ. นานขึ้น (โดยเฉลี่ยประมาณ 4 วัน) ผลข้างเคียงเกิด 14% อัตราตาย 2-4% เปรียบเทียบกับอัตราตายจากการผ่าตัดแล้วเป็นที่น่าสนใจ

สรุปผลการใช้การรักษาแบบประคับประคองเป็นที่น่าสนใจ ความสำเร็จอันนี้ขึ้นอยู่กับ 1. การเลือกคนไข้ 2. การประเมินผลคนไข้อย่างสม่ำเสมอ การทำ nasogastric suction นับว่าเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาแบบนี้

ประเสริฐ ศรีแสงทรัพย์

นักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ