

บาดเจ็บบริเวณท้องจากแรงกระแทก

Abdominal Trauma from Blunt Injuries.

ประเสริฐ สุวรรณพานิช พ.บ.

บาดเจ็บบริเวณท้องที่เกิดจากแรงกระแทกนั้น เกิดได้บ่อยมากในสภาวะการปัจจุบัน ทั้งนี้ เนื่องจากการจราจรที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกวัน ประชาชนทั่วไปก็ยังไม่เข้าใจในกฎจราจรที่ถูกต้องนัก อีกประการหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงครามมีอาชีพทำน้ำตาลมะพร้าว ก็ยังเป็นอาชีพหลักอันหนึ่งของชาวสวน การตกต้นมะพร้าวเป็นสาเหตุอันหนึ่งที่พบได้บ่อยที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณท้องจากแรงกระแทก

ปัญหาการบาดเจ็บบริเวณท้องจากแรงกระแทก เมื่อเกิดขึ้นแล้วการตรวจและวินิจฉัยโรคทำได้ค่อนข้างยาก ซึ่งบางครั้งจะพบว่าบริเวณหน้าท้องไม่มีบาดแผลอะไรเลยถ้าเกิดร่วมกับอาการทางสมองที่ได้รับการบาดเจ็บ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ส หรืออยู่ในสภาพช็อค หรือเมาสุราด้วยแล้ว จะทำให้การตรวจวินิจฉัยโรคลำบากยิ่งขึ้น ดังนั้น เพื่อป้องกันการผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น แพทย์ควรทำการตรวจและเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิด ซึ่งก็จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้

การบาดเจ็บบริเวณท้องเกิดได้ตั้งแต่ชั้นผิวหนังเรื่อยลงไป จนถึงอวัยวะภายในช่องท้อง การบาดเจ็บอาจกระทบกระแทกต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น กระดูกซี่โครง กระดูกเชิงกราน ปอด หัวใจ ได้ในผู้ป่วยบางราย นอกจากการบาดเจ็บบริเวณท้องแล้ว อาจพบว่าการบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่นร่วมด้วย เป็นต้นว่า สรีระได้รับบาดเจ็บ กระดูกแขน ขาหัก โดยเฉพาะผู้ป่วยมีอาการทางสมองร่วมด้วย จะพบว่าเมื่ออัตราการตายค่อนข้างสูง การบาดเจ็บบริเวณท้องจากแรงกระแทกนั้น เกิดได้ตั้งแต่เล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น พลกษัตริย์บริเวณผิวหนังท้องไปจนถึงการบาดเจ็บที่รุนแรง มีการฉีกขาดของอวัยวะภายในช่องท้อง มีเลือดออกภายในช่องท้อง กระดูกหัก หรือมีเลือดออกภายในช่องปอด เหล่านี้เป็นต้น

กลไกของการบาดเจ็บบริเวณหน้าท้องจากแรงกระแทก อาจแบ่งได้ดังนี้

1. จากของแข็งกระแทกโดยตรงต่อหน้าท้องทำให้อวัยวะภายในช่องท้องถูกกระแทกกับกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดการฉีกขาดได้

2. จากการบิดหรือการทำให้ตึงของอวัยวะภายในช่องท้อง เช่น ลำไส้ทำให้เกิดการฉีกขาดได้

จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณท้องจากแรงกระแทก ระยะเวลา 5 ปี (2522-2526) ของโรงพยาบาลสมุทรสงคราม ได้รับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องจากแรงกระแทก เฉพาะที่บาดเจ็บรุนแรง 38 ราย แบ่งแยกรายละเอียดได้ดังนี้

สาเหตุ	การจราจร	25 ราย
	ตกจากที่สูง	13 ราย
เพศ	ชาย	28 ราย
	หญิง	10 ราย
อายุ	ตั้งแต่ 1-10 ปี	2 ราย
	11-30 ปี	20 ราย
	31-50 ปี	10 ราย
	51 ปีขึ้นไป	6 ราย

อวัยวะต่างๆ ในช่องท้องที่ได้รับบาดเจ็บ
อวัยวะ จำนวน (ราย) คิดเป็นร้อยละ

ลำไส้เล็ก	10	25
ม้าม	9	22.5
ตับ	5	12.5
ไต	3	7.5
กระเพาะปัสสาวะ	3	7.5
มิเซนเตอร์	3	7.5

กะบังลม	2	5
เลือดออกหลังผนังช่องท้อง	2	5
ดูโอดีนัม	1	2.5
กระเพาะอาหาร	1	2.5
ถุงน้ำดี	1	2.5

หมายเหตุ ผู้ป่วยบางรายมีการบาดเจ็บอวัยวะหลาย ๆ อย่างในคราวเดียวกัน
อวัยวะอื่น ๆ ที่ได้รับบาดเจ็บร่วมกับการบาดเจ็บช่องท้องจากแรงกระแทก

บาดเจ็บที่ศีรษะ	5 ราย
กระดูกสันหลังหัก	4 ราย
กระดูกขาหัก	3 ราย
กระดูกเชิงกรานหัก	3 ราย
กระดูกแขนหัก	2 ราย
เลือดออกในช่องปอด	2 ราย
กระดูกซี่โครงหัก	2 ราย
กระดูกบริเวณหน้าหัก	1 ราย
กระดูกขาส่วนล่างหัก	1 ราย
กระดูกสะบ้าเข้าแตก	1 ราย

การตรวจวินิจฉัยโรค

ประวัติผู้ป่วย ควรได้ละเอียดพอสมควรซึ่งมีความสำคัญมาก ทั้งนี้เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้ถูกต้อง แต่โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บมาโรงพยาบาล มักจะได้รับบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย บาง

ครึ่งมีอาการหมดสติ หรือช็อค หรือมีอาการเจ็บปวดมาก ทำให้ได้ประวัติไม่ค่อยละเอียดนัก ในรายที่มีอาการมาก แพทย์ไม่ควรเสียเวลากับการซักถามประวัติมากนัก ควรมุ่งที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ก่อน ส่วนประวัติต่าง ๆ อาจติดตามได้ในภายหลัง

การตรวจร่างกาย ควรทำพร้อมกับการปฐมพยาบาลช่วยชีวิต โดยมุ่งไปที่อวัยวะสำคัญ ๆ เป็นต้นว่า ทางเดินหายใจ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนของโลหิต ซึ่งมักจะพบร่วมเสมอกับการบาดเจ็บช่องท้องจากแรงกระแทก อาการและอาการแสดงของการบาดเจ็บช่องท้องจากแรงกระแทกที่สำคัญคือ อาการของการฉีกขาดของอวัยวะภายในช่องท้อง มีการเสียเลือดภายในช่องท้อง อาการจะมากหรือน้อยแล้วแต่จำนวนและความเร็วของเลือดที่ออกมา ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของภาวะเสียเลือด (Hypovolemia) เริ่มต้นจากมีอาการเป็นลม ใจสั่น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตแดงค่อย ๆ ลดลง ต่อจากนั้นเริ่มมีอาการของการระคายเคืองเยื่อช่องท้อง ซึ่งจะมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน (ในรายที่มีม้ามแตกอาจพบอาการปวดร้าวไปยังไหล่ซ้าย (Kehr's Sign) ซึ่งพบได้ประมาณ 20%) หน้าท้องเริ่มมีอาการตึง แข็ง กดเจ็บเมื่อผู้ป่วยเสียเลือดมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือด (Hypovolemic

Shock) ได้ตามลำดับบางครั้งอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยไม่ชัดเจน ต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการและเฝ้าดูอาการต่อไป

Investigation ที่สำคัญ ๆ มีดังนี้

1. ตรวจดูเลือดใช้เวลาเป็นระยะ ๆ ไป (Serial Hematocrit) ในรายเสียเลือดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จำนวน Hematocrit จะค่อย ๆ ลดลงตามลำดับ เป็นข้อบ่งชี้หนึ่งในการวินิจฉัยโรค

2. ตรวจความดันเลือดดำส่วนกลาง (C.V.P.) ซึ่งทำให้สามารถพอดการณ์ถึงจำนวนเลือดที่เสียไป และจำนวนเลือดหรือน้ำเกลือที่จะต้องให้ทดแทน

3. สวนบัสสาวะ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยการบาดเจ็บของระบบทางเดินปัสสาวะ

4. เอ็กซเรย์ — ทรวงอก

— หน้าท้องทำยืน และทำนอน ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัย กระดูกซี่โครงหัก การบาดเจ็บภายในช่องปอด ภายในช่องท้อง โดยเฉพาะมีการฉีกขาดของอวัยวะกลาง เช่น ลำไส้ กระเพาะอาหาร

— ฉีดสีเข้าทางเส้นเลือด (I.V.P) ในรายสงสัยว่ามีบาดเจ็บของระบบทางเดินปัสสาวะ

— การทำ Cystogram ช่วยวินิจฉัยในรายที่บาดเจ็บกระเพาะปัสสาวะ

5. Abdominal Paracentesis เป็นวิธีตรวจเลือดที่ออกในช่องท้อง ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้สึกตัวจากสาเหตุใดก็ตาม ซึ่งการตรวจร่างกายทั่วไปอาจจะได้ไม่ละเอียดเท่าที่ควร การตรวจนี้ให้ผลถูกต้องถึง 95% แต่ถ้าให้ผลลบก็ไม่ได้แสดงว่าจะไม่มีภัยอันตรายในช่องท้อง แพทย์จึงต้องเฝ้าดูอาการต่อไป (ในสตรี อาจใช้การเจาะ Cal de sac แทน ซึ่งบางครั้งอาจให้ผลบวกได้ในกรณีที่การเจาะท้องให้ผลลบ) การทำก็ไม่มีอันตรายอย่างใด อาจแบ่งเป็นวิธีต่าง ๆ ได้ดังนี้

5.1 Needle Tapping วิธีการแนะนำโดย Drapanas และ McDonald โดยใช้เข็มเบอร์ 18 ความยาวพอสมควรใส่กระบอกฉีดยา เจาะลงไปบนผนังหน้าท้อง ซึ่งได้ทำ ความสะอาดและฉีดยาชาแล้ว ตำแหน่งที่เจาะ ห่างจากขอบของกล้ามเนื้อ Rectus Abdominis ทางด้านข้างไปประมาณ 2-3 นิ้ว ระดับสะดือหรือต่ำกว่าเล็กน้อย เจาะเข็มเข้าไปในช่องท้องและดูดออกมา ถ้าได้เลือดแสดงว่าให้ผลบวก ถ้าไม่ได้แสดงว่าให้ผลลบ จำเป็นต้องตรวจวินิจฉัย และเฝ้าดูอาการต่อไป

ข้อสังเกต

- 1) ไม่ควรทำบริเวณที่เป็นแผลเป็น หรือ

บางจุดที่ไม่แน่ใจว่าลำไส้จะติดกับผนังช่องท้อง

- 2) ทิศทางของปลายเข็มควรเปลี่ยนไปมา และจากการศึกษาพบว่าใช้เข็มเบอร์ 18 จะทำอันตรายต่อลำไส้น้อยที่สุด
- 3) ไม่ควรใช้วิธีนี้ ในรายที่ลำไส้ขยายตัวมาก เช่น ท้องอืด เป็นต้น

5.2 Peritoneal Lavage วิธีนี้ Root และคณะ (ปี 1965) กล่าวว่าให้ผลถูกต้องถึง 96% การทำก็ไม่มีอันตรายแต่อย่างใด

ข้อบ่งชี้ในการทำ

- 1) การบาดเจ็บเกิดร่วมกับภัยอันตรายทางศีรษะ, ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวจากสาเหตุใดก็ตาม
- 2) การบาดเจ็บเกิดร่วมกับการบาดเจ็บของไขสันหลัง
- 3) ในรายที่ Needle Tapping ให้ผลลบ

วิธีทำ

Perry และคณะแนะนำดังนี้ หลังจากเตรียมความสะอาดหน้าท้อง และฉีดยาชาเรียบร้อยแล้วลงมีดบนผิวหนังยาวประมาณ 1 ซม. โดยใช้ Lower Midline Incision ต่ำกว่าระดับสะดือประมาณ 1 นิ้ว ใช้ Trocar

แทงผ่านเข้าไปในช่องท้องใส่สาย Peritoneal dialysis หรือสายยางเล็กๆ ที่ Sterile เข้าไปในช่องท้องบริเวณเชิงกราน (Pelvic cavity) ดึงเอา Trocar ออกแล้วเย็บ Skin ปิดให้เรียบร้อย จากนั้นลองใช้ Syringe ดูดู ถ้ามีเลือดก็ถือว่าให้ผลบวก ถ้าไม่มีให้ผ่านน้ำยา Ringer lactate Solution 1000 ซีซี. เข้าไปทางสายยางในเวลา 5-10 นาที แล้วพลิกตัวผู้ป่วยไปมา หลังจากนั้นปล่อยน้ำในช่องท้องให้ไหลลงขวดซึ่งวางไว้ระดับต่ำกว่าระดับเตียงผู้ป่วย แล้วนำน้ำในช่องท้องที่ได้นั้นไปตรวจ R.B.C, W.B.C, Serum Amylase และ Bile การแปลผล ผลบวกให้ถือจากน้ำที่ออกมามีเลือดปน R.B.C. ต้องมากกว่า 100, 000 cell/mm³ W.B.C. ต้องมากกว่า 500 cell/mm³ อาจพบ Amylase และ Bile ได้

5.3 Peritoneal wash Through Technique เป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยว่า มีเลือดในช่องท้องอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งบางครั้งอาจใช้แทน Peritoneal Lavage หลักการคล้าย Peritoneal Lavage เพียงแต่ใช้น้ำที่ผ่านเข้าไปในช่องท้องจำนวนน้อยกว่า วิธีทำโดยใช้ท่อ Teflon 2 เส้น ติดเข็มขนาดเบอร์ 15 แทงผ่านเข้าไปในช่องท้อง ระดับสะดือบริเวณขอบนอกของกล้ามเนื้อ Rectus Abdominis ลองใช้ Syringe ดูดู ถ้าได้เลือดก็แสดงว่ามี

เลือดในช่องท้อง ถ้าดูออกมาไม่ได้ก็ผ่านน้ำเกลือลงไปทางท่อ Teflon ข้างหนึ่งและคอยสังเกตท่อ Teflon อีกข้างหนึ่ง ว่ามีน้ำอะไรออกมา

การแปลผล - ถ้ามีน้ำปนเลือดออกมาทางท่อ Teflon อีกข้างหนึ่งจนสามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ก็ถือว่าให้ผลบวก

ถ้ามีน้ำที่ไหลออกมาใส แสดงว่าให้ผลลบ

ถ้ามีน้ำที่ไหลออกปนเลือดจางๆ ให้ถือว่าให้ผลกึ่งบวก ซึ่งจะต้องเฝ้าดูอาการต่อไป

6. Computerize Tomogram (C.T.) ซึ่งสามารถช่วยวินิจฉัยในรายที่สงสัยว่าจะมีบาดเจ็บที่ ตับ ม้าม ไต และตับอ่อนได้ ตัวอย่างเช่นในรายที่ Rupture Kidney และมีเลือดออกอยู่ภายใน Capsule การตรวจอย่างอื่นอาจตรวจไม่พบได้ เหล่านี้เป็นต้น

หลักการรักษา การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องที่เกิดจากแรงกระแทก

Antony A Meyer และ Richard A Crass แนะนำหลักการรักษา ดังนี้

1. Stop bleeding.
2. Debridement of devitalized tissue
3. Effective repair injure tissues
4. Peritoneal toilet in contaminate cases.

การรักษาอวัยวะในช่องท้องที่ได้รับบาดเจ็บที่พบได้บ่อย ๆ ขอรวบรวมมากล่าวย่อ ๆ ดังนี้

กระเพาะอาหาร ซึ่งปกติเป็นอวัยวะที่ไม่ค่อยเกิดบาดเจ็บจากแรงกระแทกเพราะเป็นอวัยวะที่เคลื่อนไหวได้ง่าย ถ้ามีบาดแผลขึ้นการรักษาส่วนใหญ่ทำการ Repair โดยการเย็บ และถ้าบาดแผลมีผลต่อทางเดินอาหารซึ่งอาจต้องทำ Gastrojejunostomy ร่วมด้วย

ลำไส้ดูโอดีนัม ถ้าเป็นไม่มากนัก เช่น ข้ำและมีเลือดออก การรักษาเพียงแต่เอาก้อนเลือดที่ค้างออก ถ้าบาดแผลมาก มีการฉีกขาดของลำไส้ อาจทำการรักษาได้ดังนี้

1. Primary Suture Repair ใช้ในรายที่ฉีกขาดไม่มากนัก

2. Jejunal Patch Repair ใช้ในรายที่แผลค่อนข้างใหญ่ซึ่งถ้าเย็บธรรมดา อาจทำให้อุดตันได้

3. Duodenal Diverticulization ประกอบด้วย Antrectomy, Gastrojejunostomy Vagotomy, Tube Duodenostomy, จะทำในรายที่ดูโอดีนัมฉีกขาดมาก และมีการบาดเจ็บของตับอ่อนแต่ไม่มากนักร่วมด้วย

4. ในรายที่มีการบาดเจ็บของตับอ่อนรุนแรงร่วมด้วย การผ่าตัดอาจต้องทำ Pancreaticoduodenectomy ซึ่งสำคัญในการทำผ่าตัดต้องมีการ Drainage มากพอ นอกจากนั้น

อาจต้องทำ Jejunostomy ร่วมด้วย

ลำไส้เล็ก การรักษาทำได้ดังนี้

1. ในรายที่ข้ำไม่มีเลือดออกไม่ต้องการอะไรเลย

2. ในรายที่มีการฉีกขาด แต่ไม่มากนัก การทำ Primary Suture Repair ซึ่งให้ผลดี

3. ในรายที่ขาดกระรุ่งกระริ่งมาก มี Hematoma ใหญ่ ๆ ไม่แน่ใจว่าระยะต่อไปจะ Gangrene หรือไม่ควรถือการตัดต่อลำไส้ใหม่จะปลอดภัยกว่า

ลำไส้ใหญ่ การรักษาทำได้ดังนี้

1. Primary Repair ในรายที่เป็นไม่มากนัก

2. Colostomy ในรายที่เป็นมากอาจทำ Repair และทำ Colostomy ส่วนที่ Proximal กว่า หรืออาจนำลำไส้ที่บาดเจ็บมาเปิดเป็น Colostomy ทั้ง 2 ทาง

3. Exteriorize Primary Repair เป็นวิธีที่นำ Colon มา Repair แล้วนำส่วนที่ Repair แล้วมาไว้นอกช่องท้อง ประมาณ 7 วัน คอยดูเมื่อแผลติดดีแล้ว ค่อยนำกลับคืนลงไปในช่องท้อง

การรักษาการบาดเจ็บของตับ มีหลักสำคัญดังนี้

1. Stop Bleeding
2. Remove Devitalized Liver tissue
3. Adequate drainage

การผ่าตัดทำได้ตั้งแต่

1. วิธีการเย็บหนีตับเพื่อ Stop Bleeding ในรายที่ได้รับบาดเจ็บไม่มากนัก
2. การ Clamp Porta hepatis ในรายที่มีเลือดออกมาก ๆ ไม่ควร Clamp เกิน 15 นาที
3. การผูก Hepatic Artery อาจผูกแขนงของ Hepatic Artery ได้เมื่อส่วนนั้น ๆ ได้รับบาดเจ็บ
4. การทำ Liver resection แล้วแต่กรณี ๆ ไป

ม้าม

การรักษาทำได้โดย

1. ในรายที่การบาดเจ็บที่ม้ามมาก การทำ Splenectomy ยังเป็นการรักษาที่ได้ผลดี
2. ในรายที่บาดเจ็บเล็กน้อยที่ม้าม การ Repair ในบางรายจะสามารถช่วย Stop bleeding ได้

ไต

การรักษาทำได้โดย

1. Conservative โดยให้ผู้ป่วยนอนพัก ให้ Fluid พอเพียง ให้อารมณ์สงบ

และคอยดูแลอาการ ซึ่งเราใช้ในรายที่ไตได้รับบาดเจ็บไม่มาก

2. Surgery ซึ่งมีตั้งแต่ Partial Nephrectomy ไปจนถึง Nephrectomy หรือเพียง Repair และ Drain เลือดและปัสสาวะเท่านั้น ทั้งนี้แล้วแต่กรณี ๆ ไป

กระเพาะปัสสาวะ

การรักษาทำได้โดย

1. ในกรณีที่เป็นเพียง Contusion เราให้การรักษาแบบ Conservative โดยใส่สายยางสวนปัสสาวะคาไว้ชั่วคราว จนกว่าปัสสาวะจะใส
2. ในรายที่มี Rupture ของ Bladder ซึ่งอาจพบได้ทั้ง Intraperitoneal rupture และ Extraperitoneal Rupture การรักษาเราทำ Debridement รอบ ๆ แผล ทำ Primary Suture Repair แล้วสวนคาท่อปัสสาวะไว้ บางรายอาจต้องทำ Suprapubic Cystostomy

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางช่องท้องจากแรงกระแทก 38 ราย ในโรงพยาบาลสมุทรสงคราม

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในวัย Active

Life คืออายุระหว่าง 10-50 ปี

2. ในผู้ป่วยที่ได้รับแรงกระแทกบริเวณหน้าท้อง ทำให้เกิดบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในช่องท้องนั้นแพทย์สามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้ประมาณ 90% ถ้าได้ทำการตรวจ, เผาดูแลอาการ และตรวจโดยวิธีพิเศษต่าง ๆ อย่างละเอียดและถูกต้องเป็นต้นว่า

2.1 พบ Free Gas ได้ Dome Diaphragm จาก Plane Film Abdomen ทำ Upright ในผู้ป่วยที่มีการฉีกขาดของอวัยวะกลวง (Hallow Organ) เช่นลำไส้เล็ก (พบทั้ง 10 ราย)

2.2 จากการศึกษา Serial Hematocrit ในกรณีที่ค่อย ๆ ลดลง และทำ Abdominal Paracentesis ให้ผลบวก ทำให้วินิจฉัยโรคที่มีอวัยวะตัน (Solid organ) ฉีกขาด และมีเลือดออกในช่องท้องได้

2.3 ในรายที่ตรวจพบว่า Serial Hematocrit ค่อย ๆ ลดลง แต่ผลของ Abdominal Paracentesis เป็นลบ อาการของผู้ป่วยเลวลง การแก้ไขโดย Explore Laporatory เข้าไปดูบางรายพบว่า อวัยวะในช่องท้องไม่ได้รับ

การบาดเจ็บ แต่อวัยวะนอกช่องท้องได้รับบาดเจ็บ เช่น กระเพาะปัสสาวะฉีกขาด กระดูกเชิงกรานหัก มีเลือดออกเป็น Retroperitoneal Hematoma ซึ่งพบได้หลายราย หรือบางรายอวัยวะในช่องท้องหรืออวัยวะข้างเคียงไม่ได้รับบาดเจ็บเลย มีเพียงบริเวณหน้าท้องได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย แต่ที่ Hamatocrit ลดลง เกิดจากสาเหตุอื่น เช่น Fracture ของกระดูกส่วนอื่น ๆ เหล่านี้ เป็นต้น

3. Blunt Trauma ของบริเวณท้องที่พบร่วมกับการบาดเจ็บอย่างอื่น เช่น บาดเจ็บของกระดูกแขน ขา จะเป็น Simple หรือ Compound Fracture ก็ตาม หรือมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งอาการของกระดูกหัก หรืออาการของการบาดเจ็บที่ศีรษะเห็นได้ชัดเจนว่าแพทย์มักพุ่งความสนใจไปในอาการเหล่านี้ ทำให้การวินิจฉัยการบาดเจ็บบริเวณท้องอาจผิดพลาดไปได้

4. ในกรณีที่ Blunt Truma ของบริเวณท้องเกิดร่วมกับ กระดูกสันหลังหัก แต่ไม่มีอาการทางระบบประสาท แพทย์อาจมุ่งรักษาการบาดเจ็บของช่องท้อง ไม่ได้สนใจการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังที่หักทำให้ผู้ป่วยได้รับ

การรักษาที่ไม่ค่อยถูกต้องนัก (ในโรงพยาบาลสมุทรสงคราม พบผู้ป่วยในภาวะนี้ในระยะเวลาใกล้เคียงกัน 4 ราย และเราก็ตัดพลาดไป 1 ราย)

5. ในกรณี Blunt Trauma ของหน้า

ท้อง ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทุกอย่างเรียบร้อยแต่ผลการตรวจยังกำกวม อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น การ Explore Laporatomy เข้าไปดู จะช่วยการวินิจฉัยและสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ในอัตราที่สูงขึ้น

Summary

The evaluation of the patient with blunt abdominal trauma is one of the most difficult assesment in surgery. Although the history and physical examination have been shown to be error in many percent of cases, changes noted in subsequent examination and vital sign are often the first evidence to give a correct diagnosis. Serial blood studies and needle paracentesis are being used more frequently to evaluate blunt trauma. Many hospitals recomend peritoneal lavage as a standard test in the evaluation of blunt abdominal trauma.

Blunt injuries of abdomen is one of the major causes of death, but it

will be minimized by a rapid resuscitation, good evaluation, and effective treatments.

เอกสารอ้างอิง

1. เกษียร ภักดานนท์ และคณะ บาดเจ็บที่ท้อง โครงการตำรา-ศิริราช 2522.
2. Robert N. McClelland, Ronald C. Jones, Malcolm o. Perry, G. Tom shires and Erwin R. thal, Abdominal Trauma in Principles of Surgery, Schwart, S I., et al. (Editor), Mc Graw Hill Book Company, New, york, 1979, 246-273.
3. Shaftan W Gerald; Abdominal Trauma, Quick Reference to Surgical Emergencies, 1974, 157-175.
4. Anthony A Meyer and Richard A Crass. Abdominal Trauma. The Surgical clinic of North America, 1982, 62: 105-109.
5. Drapanas T. McDonald, J.; Peritoneal Tap in Abdominal Trauma, Surgery, 1960, 100:22.
6. Root H.D., Hauser C.W., La Fave, J.W., Mendiola R.P. and Mckineley C.R. Jr: Diagnostic Peritoneal lavage, Surgery 1965, 57, 633.
7. Perry, J.F, Jr., DeMeules J.E., and Root H.D., Diagnostic Peritoneal lavage in Blunt Abdominal Trauma, Surg Gynecol Obstet, 1970, 131: 742-743.
8. พงษ์เทพ สิงห์พันธุ์ Peritoneal wash through Technique. บรรยายในที่ประชุม วิชาการสมาคมวิทยาลัยสัตยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย พ.ย. 2525.

9. เจตนา ศลากรกุล Management of Abdominal Injuries ศัลยกรรมอุบัติเหตุและ ออร์โธปิดิกส์ 2521, 66-75.

10. กิจจา สีนวามนท์ บาดเจ็บที่กระเพาะอาหาร และคอไค่น้ำ แข่งปฏิบัติการบาดเจ็บ วิทยาลัย

สัตย์แพทย์แห่งประเทศไทย 2520, 70-72.

11. จินดา สุวรรณรักษ์ บาดเจ็บที่ตับ แข่งปฏิบัติการบาดเจ็บ วิทยาลัยสัตย์แพทย์แห่งประเทศไทย 2520, 56-59.

