โรคลำไส้กลืนกันในเด็ก

เดชา กิจประยูร

กฤษดา สินธวานนท์

เรื่องย่อ

ได้รายงานผู้ป่วยโรคลำไส้กลืนกันในเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 14 ปี รวม 17 รายในฝ่ายศัลยกรรมโรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างปี 2521 2524 เป็นเพศชาย 11 ราย เพศหญิง 6 ราย อายุที่พบตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 13 ปี อายุที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 2—12 เดือน ซึ่งมีจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 94.1) ชนิดที่พบมากที่สุดคือ ileo-colic รวม 15 ราย (ร้อยละ 88.2) อาการและสิ่งตรวจพบที่สำคัญคือ อาเจียร ร้อยละ 93.0 อุจจาระมีเลือดปนร้อยละ 74.0 อาการปวดท้อง ร้อยละ 74.5 อาการไข้พบร้อยละ 75.5 และคลำพบก้อนทางหน้าท้องร้อยละ 62.0 ผู้รายงานและคณะได้ให้การรักษาทางศัลยกรรม ผลการรักษาหาย 15 ราย ถึงแก่กรรม 2 ราย

เดชา กิจประยูร พ.บ., Dr. med., F.I.C.S., อ.ว. กุมารศัลยศาสตร์ หน่วยศัลยกรรมเด็ก ฝ่ายศัลยกรรม โรงพยาบาลราชบุรี

กฤษดา สินธวานนท์ พ.บ., F.I.C.S., อ.ว. ศัลยศาสตร์ ฝ่ายศัลยกรรม โรงพยาบาลราชบุรี

บทนำ

โรคลำไส้กลืนกันพบในวัยเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ ในกลางศวรรษที่ 19 ผู้ป่วยด้วยโรคลำไส้กลืนกันมักจะถึงแก่กรรมแทบทุกราย[1] การผ่าตัดรักษาประสพผลสำเร็จเป็นรายแรกโดย Jonathan Hutchinson[2] ในปี 1871 Hipsley[3] ประเทศออสเตรเลียได้รายงานการรักษาโรคโดย Hydrostatic saline pressure ในปี 1927 G.M. Retan[4] ในสหรัฐอเมริกาได้รายงานการรักษาลำไส้กลืนกันโดย contrast enema ผู้ป่วยโรคลำไส้กลืนกันมักจะเป็นเด็กที่สมบูรณ์แข็งแรงมาก่อน มีอาการปวดท้องโดยเฉียบพลันและอาเจียรหลังจากปวดท้อง เด็กอาจถ่ายอุจจาระปกติอีก 1 ครั้งหลังจากนั้นมักจะถ่ายมีแต่มูกปนเลือดมีอาการขาดน้ำและอาการลำไส้อุดตันตามมา ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องมักถึงแก่กรรมใน 2—5 วัน

เพศ

พบในเด็กชาย: เด็กหญิง อัตราส่วนประมาณ 2:1

อายุในผู้ป่วยเด็ก

65% จะพบในเด็กอายุไม่เกิน 12 เดือน[2] ช่วงอายุที่พบได้บ่อยคือ อายุ 4 ถึง 10 เดือน

สภาพร่างกาย

มักพบในเด็กที่อ้วนท้วนแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่ค่อยพบในเด็กที่ผอม ขาดอาหาร และอาการป่วยมักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และมีอาการอ่อนเพลียเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

อาการ

1) อาการปวดท้อง มักปวดแบบโคลิค ขณะปวดตัวงอและยกขาทั้ง 2 ข้าง มักปวดเป็นพัก ๆ พร้อมกับร้อง พอหายปวดจะหยุดร้องเป็นปกติ หยุดปวด 15—20 นาทีก็จะเริ่มปวดอีก

2) อาการอาเจียร มักพบในผู้ป่วยเกือบทุกราย โดยในระยะแรกอาเจียรเนื่องจากรีเฟ่ลกซ์ อาการอาเจียรเนื่องจากลำไส้อุดตันเป็นอาการที่แสดงในระยะหลัง

3) อาการถ่ายมีเลือดปน พบในเด็กเล็กถึง 95% ในเด็กโตอาจพบเพียง 65%[5] เลือดที่พบมักมีมูกปน หลังจากเริ่มเกิดการกลืนกันของลำไส้แล้วมักถ่ายอุจจาระส่วนที่อยู่เลยจากบริเวณที่เกิดการอุดตันอีกเพียงครั้งเดียว หลังจากนั้นมักจะถ่ายมีแต่มูกปนเลือดไม่มีเนื้ออุจจาระปน

การตรวจร่างกาย

1) เด็กมักจะมีอาการอ่อนเพลีย ซีด เหงื่อออก กระสับกระส่าย ร้องไห้เป็นพักๆ

2) ก้อนของลำไส้ที่กลืนมักคลำได้ทางหน้าท้องประมาณ 85% และบางรายคลำได้ทางทวารหนัก ระยะแรกหน้าท้องจะไม่แข็งและกดบริเวณที่คลำก้อนได้มักจะมีอาการเจ็บ ก้อนที่คลำได้มักจะเป็นลำยาวคล้ายไส้กรอกหรือเป็นรูปไข่

3) Dance's sign คลำช่องท้องด้านล่างขวาไม่รู้สึกว่ามีแรงต้านของลำไส้ใหญ่ส่วนต้นกดหน้าท้องบริเวณดังกล่าว ยุบได้ง่ายกว่าธรรมดาเรียกว่า Dance's sign ให้ผลบวก

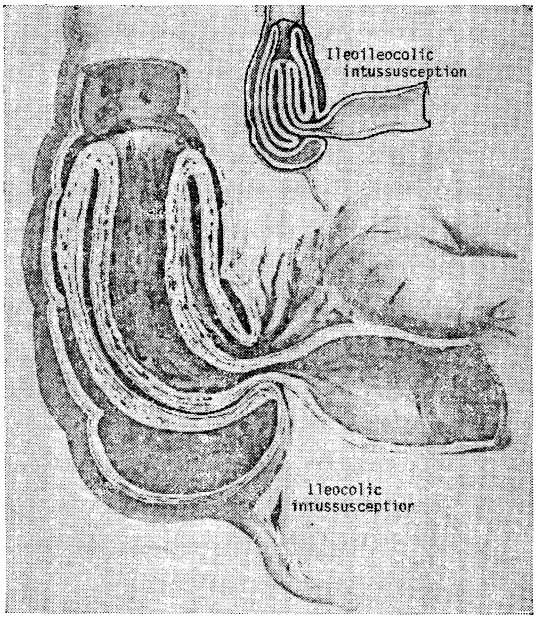
4) ไข้ เด็กที่ป่วยเป็นโรคลำไส้กลืนกันมักจะมีไข้ นอกจากในระยะที่เริ่มมีอาการในระยะแรก ในระยะท้ายโดยเฉพาะในวันที่จะถึงแก่กรรมไข้มักขึ้นสูง

5) การตรวจทางทวารหนักมักจะมีมูกเลือดติดปลายนิ้ว บางรายอาจคลำพบลำไส้ที่ถูกกลืนได้ทางทวารหนัก

สาเหตุ

สาเหตุของลำไส้กลืนกันยังไม่ทราบแน่ชัด จากสถิติที่พบว่าโรคนี้พบบ่อยในช่วงอายุ 4-10 เดือนซึ่งเป็นช่วงอายุที่เริ่มให้อาหารเสริมซึ่งมีส่วนกระตุ้นลำไส้ให้มี peristalsis มากขึ้น อาจเป็นสาเหตุหนึ่ง การอักเสบของลำไส้อย่างเฉียบพลันซึ่งทำให้เกิด hypermotility ของลำไส้ก็อาจมีผลทำให้เกิดการกลืนกันของลำไส้ได้

ในเด็กอาจพบส่วนที่ทำให้เกิดการกลืนกันของลำไส้ประมาณ 7.8% เช่น Meckel's diverticulum, polyp, small mesetenric cyst



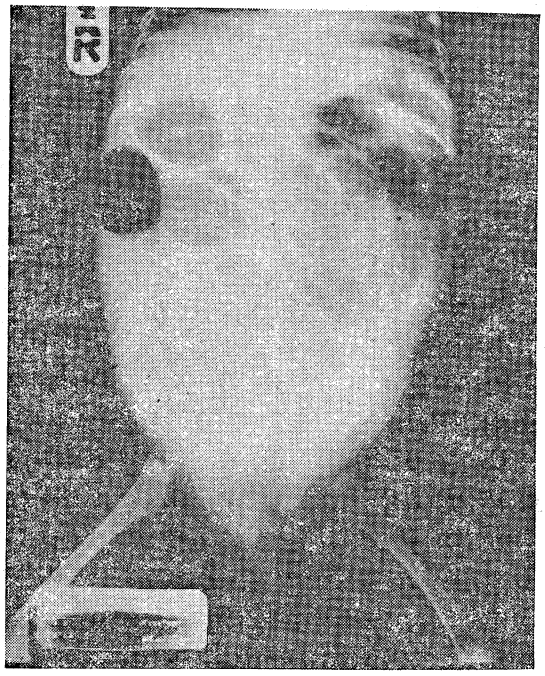
ชนิดของโรคลำไส้กลืนกัน

อาจเรียกชื่อตามส่วนของลำไส้ส่วนที่ถูกกลืนและลำไส้ส่วนที่กลืนเช่น

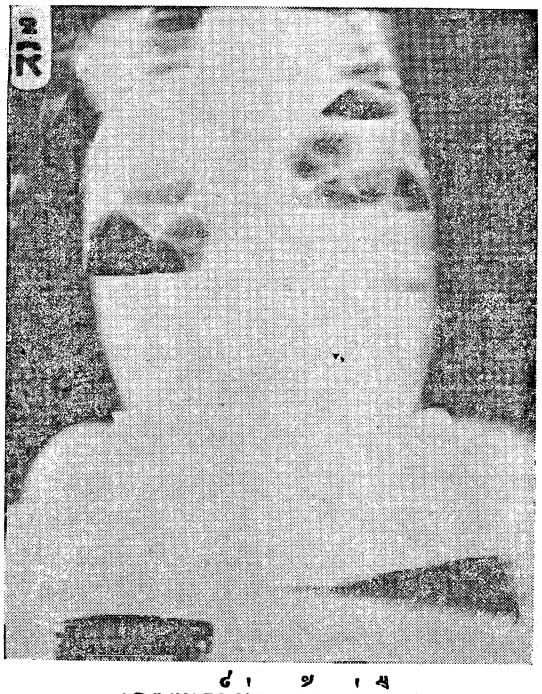
Jejuno - jejunal, Jejuno - ileal, Ileo clic, ileo - Ileocolic, Colo - colic เป็นต้น

พยาธิสภาพ

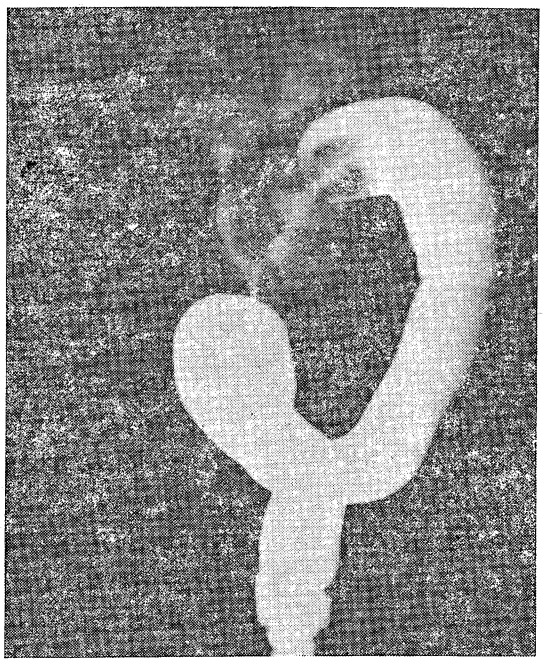
เมื่อเกิดลำไส้กลืนกันขึ้นจะเกิดการคั่งของเส้นโลหิตดำ และเกิดการบวมเซลล์ผนังลำไส้



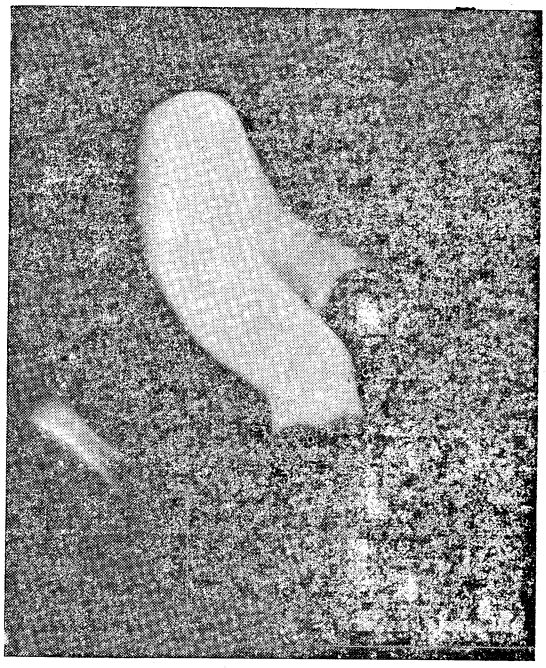
เอกซเรย์ช่องท้องท่านอน



เอกซเรย์ช่องท้องท่ายืน



persistent convex filling
of the transverse colon



persistent convex filling defect
of the sigmoid colon

ไปผสมกับเลือดซึ่งซึมออกมาจากผนังลำไส้เกิดมูกปนเลือดเมื่อการบวมเพิ่มขึ้นถึงขีดหนึ่ง การไหลเวียนของเลือดในเส้นโลหิตแดงจะหยุดลงด้วย เกิดการตาย (Gangrene) ของผนังลำไส้

การตรวจทางรังสีวิทยา[6]

ในระยะแรกภาพเอ็กซเรย์อาจยังปกติระยะต่อมาแก๊สในลำไส้ใหญ่จะหายไปเกือบหมด และลำไส้เล็กเริ่มพองตัวเมื่อนานขึ้นเงาของแก๊สในลำไส้ใหญ่หายไปหมด ลำไส้เล็กส่วนปลายพองตัวมากขึ้นในระยะเป็นมานานจะมีลักษณะการอุดตันของลำไส้เล็ก เห็นมีระดับของน้ำและลมในลำไส้เล็กชัดเจนในผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคลำไส้กลืนกัน การเอกซเรย์ควรเริ่มโดยเอกซเรย์ธรรมดาในท่านอนและนั่งหรือยืนก่อน ถ้าพบว่ามีการทะลุของลำไส้ห้ามทำการสวนด้วยแบเรี่ยม ถ้าพบว่ามีลักษณะการอุดตันของลำไส้เล็กและระยะที่ผู้ป่วยเป็นมานานไม่ควรสวนเพื่อรักษาด้วยแบเรี่ยม แต่อาจทำเพียงเพื่อการวินิจฉัยด้วยความระมัดระวังได้ ลักษณะตรวจพบทางเอกซเรย์ที่สำคัญคือ pensistent convex filling defect ใน lumen ลำไส้ใหญ่

การรักษา

โรงพยาบาลซึ่งมีรังสีแพทย์ทางกุมาร ที่มีประสบการมักจะเริ่มให้การรักษาโดยสวนด้วยแบเรี่ยม จากรายงานของ Du[7] ในปี 1978 ประสบผลสำเร็จในการรักษาโดยสวนด้วยแบเรี่ยมถึง 89.6% บางโรงพยาบาลก็ยังนิยมรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่าโดยมีเหตุผลดังนี้

ผลเสียของการรักษาโดยการสวนด้วยแบเรี่ยม

1) ไม่แน่ว่าจะทำให้ลำไส้คลายตัวได้ทุกราย

2) ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการกลืนกันของลำไส้ในบางรายเช่น polyp เนื้องอกที่ผนังลำไส้

3) ผนังลำไส้อาจทะลุ

4) ลำไส้ที่คลายตัวได้อาจเป็นลำไส้ที่ตายแล้ว

การรักษาโรคโดยสวนด้วยแบเรี่ยม

รังสีแพทย์สามารถให้ทั้งการวินิจฉัยและการรักษาโรคลำไส้กลืนกันได้ การรักษาโดยการสวนด้วยแบเรี่ยมควรทำโดยรังสีแพทย์หรือศัลยแพทย์เองและมีศัลยแพทย์พร้อมที่จะทำผ่าตัดได้ถ้าการรักษาโดยการสวนไม่สำเร็จหรือมีอาการแทรกซ้อนเช่น ลำไส้ทะลุ Swenson[9] ไม่แนะนำให้รักษาโดยสวนด้วยแบเรี่ยมถ้ามีอาการเกิน 24 ชั่วโมง เพราะมีโอกาสที่ลำไส้จะทะลุได้

จากการถ่ายภาพเอกซเรย์ปกติของช่องท้อง ใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจได้ว่าจะใช้รักษาโดยสวนด้วยแบเรี่ยมได้หรือไม่

1. ถ้าไม่มีหรือมีลักษณะของการอุดตันของลำไส้เพียงเล็กน้อย ใช้รักษาโดยสวนด้วยแบเรี่ยมได้

2. ถ้ามีลักษณะของการอุดตันของลำไส้ปานกลาง มีการขยายของลำไส้เล็กส่วนปลายและมีปริมาณของแก๊สในลำไส้ใหญ่ลดลง

3. ถ้ามี ลักษณะอุดตันของลำไส้ชัดเจน และมีการโป่งพองของลำไส้เล็กส่วนปลายควรหลีกเลี่ยงการรักษาโดยสวนด้วยแบเรี่ยม

4. ถ้ามีอาการของเยื่อบุช่องท้องอักเสบ ก็ไม่ควรทำการวินิจฉัยด้วยการสวนด้วยแบเรี่ยม เพราะจะทำให้ลำไส้ทะลุได้

นอกจากนี้อายุของผู้ป่วยก็มีความสำคัญที่จะใช้ตัดสินใจว่าจะทำการรักษาโดยสวนด้วยแบเรี่ยมหรือไม่

1. ในเด็กเล็ก ๆ (ต่ำกว่า 2 ปี) สาเหตุของลำไส้กลืนกันมักไม่ทราบ จึงนิยมทำการรักษาโดยสวนด้วยแบเรี่ยมมากกว่าในเด็กโตหรือผู้ใหญ่

2. ในเด็กโต ผู้ใหญ่ สาเหตุของการกลืนกันของลำไส้ใหญ่มาจาก Meckel's diverticulum หรือเนื้องอกของลำไส้เป็นต้น จึงไม่ค่อยนิยมทำการรักษาโดยสวนแบเรี่ยม เพราะไม่ได้เอาสาเหตุออกไป

เทคนิคการรักษาโดยสวนด้วยแบเรี่ยม

เริ่มแรกควรให้ยาเพื่อสงบผู้ป่วยก่อนด้วยยาพวกบาร์บิตูเรตทางเส้นโลหิตหรือฉีด เพททีดีน หรือมอร์พีนเข้ากล้าม แล้วจึงใส่ dry balloon catheter เข้าทางทวารหนักโดยไม่ทาสีงหล่อลื่นเพื่อกันหลุด แล้วฉีดลมเข้าในกระเปาะยางของสายสวนแล้วตรึงสายสวนไว้กับก้นเด็ก หลังจากนั้นจับสะโพกเด็กหนีบเข้าหากันปิดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยแผ่นตะกั่วแล้วยกภาชนะที่ใส่แบเรี่ยมขึ้นสูงเหนือโต๊ะที่เด็กนอนอยู่ประมาณ 3 ฟุตแต่ไม่เกิน $3\frac{1}{2}$ ฟุต แบเรี่ยมจะไหลเข้าไปในลำไส้ถ้ามีการกลืนกันของลำไส้ จะเห็นเงาผิดปกติ เป็นรูปโค้งนูน (Convex meniscus) แบเรี่ยมจะค่อย ๆ ดันลำไส้ที่ถูกกลืนให้ค่อย ๆ คลายตัวออก การคลายตัวนี้จะช้าที่บริเวณ hepatic flexure และ caecum การไหลของแบเรี่ยมบริเวณ ileocaecal region จะต้องรอจนแบเรี่ยมเข้าไปในไส้ตึงและผ่านลำไส้เล็กส่วนปลาย ไปส่วนหนึ่งเพื่อจะได้แน่ใจว่าการกลืนกันของลำไส้คลายตัวสมบูรณ์แล้ว ถ้าเกิดการกลืนกันของลำไส้ขึ้นอีกหลังจากทำการสวนด้วยแบ-

เรียมแล้วไม่ควรทำการรักษาโดยสวนด้วยแบเรียมอีกเพราะมักจะมีพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดลำไส้กลืนกันอยู่ด้วยในรายเช่นนี้ควรทำการรักษาโดยผ่าตัดพร้อมทั้งกำจัดสาเหตุออกไปด้วย

ข้อบ่งชี้ว่าการสวนแบเรียมได้ผลคือ

1. แบเรียมไหลเข้าในลำไส้เล็กได้อย่างสะดวก
2. ผู้ป่วยถ่ายแบเรียมออกมามีเนื้ออุจจาระปน
3. ก้อนที่คลำได้หายไป
4. อาการผู้ป่วยดีขึ้น
5. ตรวจพบผงถ่านซึ่งให้โดยใส่ทางสายยางเข้ากระเพาะอาหารไว้ก่อนหน้า

การรักษาโดยการผ่าตัด

ก่อนการผ่าตัดควรพิจารณาแก้ไขภาวะขาดน้ำให้ดีเสียก่อน โดยให้สารละลายทางเส้นเลือด มิฉะนั้นเด็กอาจทนการผ่าตัดไม่ได้และถึงแก่กรรม การผ่าตัดมักลงตามแนวพาราเมเดียนข้างขวาใช้มือยกลำไส้ที่กลืนกันมาไว้บนหน้าท้อง ใช้มือบีบรีดลำไส้ให้ส่วนที่ถูกกลืนค่อย ๆ หลุดออกมาการบีบรีดต้องใช้ความระมัดระวัง เพราะลำไส้บวมอาจแตกได้ง่าย ไม่ใช้วิธีดึงออก เพราะลำไส้มักเปื่อยได้ง่าย เมื่อสามารถคลายได้จะต้องตรวจอย่างระมัดระวังว่าลำไส้ส่วนนั้นยังดีอยู่หรือไม่ ถ้าพยายามบีบรัดลำไส้ให้หลุดไม่สำเร็จ หรือลำไส้ส่วนนั้นตายแล้วควรพิจารณาตัดออกและต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกัน[10] การผ่าตัดอย่างอื่นไม่ควรทำโดยไม่จำเป็นนอกจากรายที่มีเม็คเคลไดเวอร์-ติคิวลัม โปลิป หรือไส้ตึงที่อักเสบเน่าแล้ว จำเป็นต้องตัดออก[10]

วัตถุและวิธีการ

ได้ศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ฝ่ายกุมารเวชกรรม และฝ่ายศัลยกรรมโรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่ปี 2521–2524 โดยการศึกษารายงานผู้ป่วย ทบทวนภาพถ่ายรังสีเอกซ์ และรายงานการผ่าตัดในผู้ป่วยอายุ 2 เดือน ถึง 14 ปี ได้รายงานที่สมบูรณ์ รวม 17 ราย

ตารางที่ 1

อุบัติการตามอายุ ในโรคลำไส้กลืนกันในเด็ก

อายุ	โรงพยาบาลราชบุรี พ.ศ. 2521-2524 รวม 4 ปี 17 ราย		โรงพยาบาลศิริราช (11) พ.ศ. 2494-2498 รวม 5 ปี 23 ราย		โรงพยาบาลจุฬา (12) พ.ศ. 2499-2509 รวม 5 ปี 17 ราย	
	ราย	%	ราย	%	ราย	%
2-6 เดือน	13	76	16	70	17	35
7-12 เดือน	3	18			11	22
1-2 ปี	-	-	3	13	5	10
2-14 ปี	1	6	4	17	16	33
รวม	17	100	23	100	49	100
ช่วงอายุที่พบบ่อย	3-6 เดือน		4-12 เดือน		3-7 เดือน	
จำนวนที่พบเฉลี่ย	4 ราย/ปี		5 ราย/ปี		5 ราย/ปี	

ตารางที่ 2

อุบัติการตามเพศในโรคลำไส้กลืนกันในเด็ก

ผู้รายงาน	จำนวนราย	ชาย		หญิง	
		ราย	%	ราย	%
โรงพยาบาลศิริราช (11) (2494-2498)	23	16	70	7	30
โรงพยาบาลจุฬาฯ (12) (2499-2509)	49	31	63	18	37
โรงพยาบาลราชบุรี	17	11	65	6	35
รวม	89	58	65	31	35

ชาย : หญิง = 58:31
= 2:1

ตารางที่ 3

อาการและสิ่งตรวจพบ

อาการและสิ่งตรวจพบ	โรงพยาบาลราชบุรี (2521–2524) %	โรงพยาบาลจุฬาฯ[12] (2499-2509) %
อาการอาเจียร	93.0	92.3
อุจจาระมีเลือดปนมูก	74.0	76.9
อาการปวดท้อง	74.5	58.3
การคลำพบก้อนในท้อง	62.0	62.5
ไข้	75.5	87.5

ตารางที่ 4

ชนิดของการกลืนกันของลำไส้

ชนิด	โรงพยาบาลราชบุรี (2521-2524)		โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์[12] (2499-2509)	
	ราย	%	ราย	%
ileo – colic	15	88	42	85
Jejuno – ileal or ileo-ileal	2	12	1	2
Colo – colic	—	—	3	7
Appendico — caecal	—	—	1	2
Type not stated	—	—	2	4
รวม	17	100	49	100

ตารางที่ 5
สาเหตุที่เป็นจุดนำที่ตรวจพบ

สาเหตุ	โรงพยาบาลจุฬาฯ [12] (2499-2509) 49 ราย ระยะเวลา 10 ปี	โรงพยาบาลราชบุรี (2521-2524) 17 ราย (ระยะเวลา 4 ปี)
Meckel's Diverticulum	1	2
Malignant Lymphoma	3	—
Duplication of ileum	1	—
Appendiceal Polyp	1	—
Polyp of ileum	—	1
รวม	6	3

ตารางที่ 6
ผลการรักษาโดยวิธีผ่าตัดลำไส้กลืนกันในเด็ก
(โรงพยาบาลราชบุรี พ.ศ. 2521-2524)

Simple Reduction			Gut resection with end to end anastomsis			รวม		
ราย	ถึงแก่กรรม		ราย	ถึงแก่กรรม		ราย	ถึงแก่กรรม	
	ราย	%		ราย	%		ราย	%
8	1	12.5	9	1	11.1	17	2	11.7

ผลการรักษา

ดังที่ได้กล่าวไว้ตอนต้นว่าในกลางศตวรรษที่ 19 ผู้ป่วยโรคลำไส้กลืนกันมักถึงแก่กรรมเกือบทุกราย ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาผลการรักษาโรคนี้ดีขึ้นมากเพราะผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วขึ้นและแพทย์มักนึกถึงโรคนี้ด้วยเสมอ เมื่อเด็กมีอาการปวดท้องอย่างเฉียบพลันพร้อมกับอาการอาเจียร และต่อมามีอาการถ่ายเป็นมูกเลือดแม้บางรายจะยังไม่สามารถคลำก้อนในท้องได้ ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้รวดเร็วขึ้น ประกอบกับความรู้ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยก่อนและผ่าตัดดีขึ้น จึงทำให้อัตราตายจากโรคนี้ลดลง ผู้ป่วยเด็กในรายงานนี้รวม 17 ราย รักษาโดยการผ่าตัดทั้ง 17 ราย ถึงแก่กรรม 2 ราย หาย 15 ราย หรือประมาณ 88.2% และยังไม่มีผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นซ้ำอีกทั้ง 15 ราย

วิจารณ์

ระยะเวลาที่เด็กป่วยเป็นโรคลำไส้กลืนกันในเด็ก จนถึงเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย และรักษาที่ถูกต้องมีผลต่อการพยากรณ์โรคมาก ข้อมูลที่สำคัญ 3 ประการในการวินิจฉัยโรคนี้คือ

1. อาการปวดท้อง
2. อุจจาระมีมูกปนเลือดหรือเลือดสด
3. คลำก้อนได้ในท้อง

ข้อมูลดังกล่าวแม้จะพบเพียง 1 หรือ 2 ประการ ก็ควรนึกถึงโรคนี้ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ดังจะเห็นได้จากรายงานผู้ป่วย 17 รายนี้ พบข้อมูลสำคัญดังกล่าวครบ 3 ประการ เพียง 3 ราย ที่เหลือพบเพียง 1 หรือ 2 ประการเท่านั้น

การรักษายังมีความเห็นแตกต่างกัน โรงพยาบาลที่มีรังสีแพทย์ทางกุมาร เช่นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมักเริ่มให้การรักษาโดยสวนด้วยแบเรี่ยม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ใน 24 ชั่วโมงแรก เมื่อรักษาโดยสวนด้วยแบเรี่ยมไม่ได้ผลจึงรักษาทางศัลยกรรม แต่ในโรงพยาบาลภูมิภาคมักจะยังไม่มีรังสีแพทย์การรักษาจึงมักจะเป็นการรักษาทางศัลยกรรม

สรุป

คณะผู้รายงานได้รายงานผู้ป่วยโรคลำไส้กลืนกันในเด็กจำนวน 17 ราย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2521 – 2524 พบว่าเป็นเพศชาย 11 ราย เพศหญิง 6 ราย ข้อมูลที่สำคัญในการวิจัยที่พบ 3 ประการ คือ อาการปวดท้อง การถ่ายอุจจาระมีเลือดปนมูก หรือเลือดสด และการคลำพบก้อนทางหน้าท้อง รายงานนี้ส่วนมากพบข้อมูลสำคัญดังกล่าวเพียง 1–2 ประการได้ให้การรักษาทางศัลยกรรมทั้ง 17 ราย ผลการรักษาหาย 15 ราย ถึงแก่กรรม 2 ราย

เอกสารอ้างอิง

1. Mitchell S Intussusception in children. Lancet ; i: 1837 - 1838
2. Hutchinson J. A successful case of abdominal section for intussusception. Proc Roy Med Chir 1873 :196
3. Hipsley JL Intussusception and it's treatment by hydrostatic pressure. Med J Australia 1926;2:201.
4. Retan GM. Nonoperative treatment of intussusception. Am J Dis Child 1927;33; 765.
5. Benson CD. Pediatric surgery, vol 2. Year Book Medical Publishet rs Inc Chicago 1962: 751–768
6. Margulis AR. Alimentary tract roentgenology, vol 2. The C V Mosby 1967: 1068 – 1091.
7. Du JHN. C M A J 1978;119 1075-1076.
8. Akira M. Intussusception in chidren, hydrostatic reduction. Am J Dis Child 1975; 129; 346-348.
9. Swenson 0 The operative treatment of acute intussusception in infants and young children. Am J Surg 1962; 103: 599–605.
10. เสนอ อินทรสุขศรี พลภัทร ตาละลักษณ์. ศัลยกรรมเด็ก 2508:111 - 112.
11. กวี ทังสุบุตร. ลำไส้กลืนตัวในเด็กและผู้ใหญ่. สารศิริราช 1957; 9: 201-202.
12. พิทยา จนทรกมล. Intussusception in infancy and childhood in Chulalongkorn Hospital. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2510; 12: 28 – 43.

❋ ❋ ❋