

ACUTE HAEMORRHAGIC PANCREATITIS, REPORT OF 3 CASES

วิทยา จารุพูนผล พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์
ฝ่ายศัลยกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี
(ผู้อำนวยการ นายแพทย์รัตน์ ปาลิวนิช)

Acute haemorrhagic pancreatitis เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นรุนแรงของ acute pancreatitis ซึ่งอาจมี necrotic change ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ โดยปกติแล้ว ผู้ป่วย acute pancreatitis ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะมีอันตรายต่ำคือ ประมาณไม่เกิน 5% แต่ ถ้ามี haemorrhagic change แล้ว อัตราตายจะสูงเกือบ 100% ถึงแม้จะทำการผ่าตัดรักษา ก็ยังมีอัตราตายมากกว่า 50%^{(3), (7), (8)} ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลบ้านโป่งได้พบผู้ป่วย acute haemorrhagic pancreatitis 2 ราย ได้ให้การรักษาโดยการผ่าตัดทั้ง 2 ราย ได้พิจารณาว่าเป็นโรคที่น่าสนใจถึงแม้จะพบไม่บ่อย แต่อัตราตายสูงมาก จึงได้ค้นคว้านำเรื่องนี้มาเสนอผู้สนใจ

Type of pancreatitis

ในปี ค.ศ. 1963 ได้มีการประชุมที่เมือง Marseilles ประเทศฝรั่งเศส แบ่งโรคของตับอ่อนอีกแยกออกเป็น 4 ชนิด⁽¹⁾ คือ

1. Acute pancreatitis เมื่อหายแล้วจะไม่มีพยาธิสภาพเหลืออยู่ทั้ง anatomical และ functional

2. Relapsing acute pancreatitis มีการอักเสบเป็นช่วงหลายครั้ง ไม่มีพยาธิสภาพเหลืออยู่ และมีน้อยรายที่จะเปลี่ยนแปลงเป็น chronic pancreatitis ถ้ากำจัดสาเหตุ เช่น โรคของทางเดินน้ำดีแล้วโรคก็หายขาดได้

3. Relapsing chronic pancreatitis มีการเปลี่ยนแปลงทั้ง anatomical และ functional อาการทางคลินิกเกิดขึ้นเป็นระยะ และมักจะรุนแรงมากขึ้น

4. Chronic pancreatitis เหมือนกับข้อ 3 แต่อาการเป็นอยู่ตลอดเวลา
Etiology^{(1), (3)}

มีปัจจัยสำคัญ 2 อย่างในการเกิด acute pancreatitis

1. มี activation ก่อนกำหนด ของ proenzyme ในเนื้อของตับอ่อน
2. มี pancreatic ductal obstruction

สาเหตุที่พบได้

1. Biliary tract disease

เช่น มีนิ่วในท่อน้ำดีร่วม และอุดกั้น ampulla of Vater ทำให้มีการไหลกลับของน้ำดีเข้าสู่ท่อของตับอ่อนได้ ร่วมกับการอักเสบเกิดขึ้นในท่อทางเดินน้ำดี

2. Alcohol

เชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์ มีผล 2 ประการที่สำคัญคือ

2.1 มีการกระตุ้นน้ำย่อยของตับอ่อนเพิ่มขึ้น โดยแอลกอฮอล์ไปกระตุ้นการหลั่งของ gastrin และกรดเกลือ ในกระเพาะ

2.2 โดยการทำให้เยื่อของผนัง duodenum บวมและเกิด obstruction ของ CBD กับ pancreatic duct

3. Post - Op Pancreatitis

โดยมากมักเป็นการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะภายในช่องท้อง เช่น Biliary tract, P.U. เป็นต้น อันตรายต่อตับอ่อนอาจเกิดจากกระเทือนโดยตรงขณะผ่าตัด หรือโดยทางอ้อมจากการไปรบกวน blood supply ของตับอ่อน

4. Hyperlipidemia

พบในผู้ป่วยที่มี lipid สูงมากในร่างกาย

5. External Trauma

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นต่อตับอ่อนนั้นมีทั้งแบบ penetrating และ blunt injury และมักจะร่วมกับอวัยวะภายในช่องท้องด้วย

6. Peptic Ulcer Disease

พบในรายที่มีแผลเรื้อรังอยู่ด้านหลังกระเพาะ แล้วทะลุติดต่อไปถึงตัวตับอ่อน

7. Hyperparathyroid

เป็นโรคที่ทำให้มีภาวะ hypercalcemia ซึ่งจากการทดลองพบว่าภาวะ Hypercalcemia ร่วมกับภาวะกรดต่างที่พอเหมาะ จะช่วยเร่ง activation ของ pancreatic enzyme ได้

การวินิจฉัย

1. ประวัติ

เช่นเคยมีประวัติของโรคทางเดินของน้ำดี หรือเป็นผู้ดื่มสุราจัด เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย ที่สำคัญคือ

2.1 อาการปวดท้องบริเวณ epigastrium และมักจะร้าวไปด้านหลังและหากปวดร้าวไปด้านซ้ายของหลังก็ควรนึกถึงโรคนี้ให้มาก

2.2 อาการกดเจ็บ อาจไม่ชัดเจนในระยะแรก เนื่องจากตับ

อ่อนเป็นอวัยวะที่อยู่ retro-peritoneum ต่อเมื่อการอักเสบมีมากขึ้น การกดเจ็บก็จะชัดเจนบริเวณหน้าท้อง

2.3 อาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องอืด

2.4 Grey Turner's sign พบเมื่อตับอ่อนมีภาวะ haemorrhagic change แล้วมีเลือดเซาะให้เห็นบริเวณสีข้างของผู้ป่วยเป็นสีเขียวคล้ำ

2.5 Cullen's sign เป็นอาการแสดงที่มีสาเหตุเหมือน Grey Turner's sign แต่สีเขียวคล้ำพบที่บริเวณรอบสะดือ

2.6 ผู้ป่วยมักจะกระสับกระส่ายพยายามหาท่านอนเพื่อให้หายเจ็บ จึงผิดกับผู้ป่วยที่มีกระเพาะอาหารทะลุ ซึ่งพยายามนอนนิ่ง ๆ เพื่อให้หายปวด

2.7 ผู้ป่วยบางรายมีอาการมาก ก็จะมาหาแพทย์ด้วยภาวะ hypovolemic shock

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 Enzyme Amylase จะพบสูงในเลือดหลังการอักเสบ 2-3 ชั่วโมง ระดับสูงสุดภายใน 24-48 ชั่วโมง ต่อจากนั้นจะเริ่มลดลงและเป็นปกติภายในเวลา 3-10 วัน ในขณะที่ค่าอาจสูงเกิน 1000 Somogyi unit (ค่าปกติ 100-300 u) amylase ที่สูงนี้สามารถตรวจพบได้ทั้งในเลือด, ปัสสาวะ และน้ำที่เจาะได้จากช่องท้อง ช่องอก แต่ระดับของ serum amylase ไม่จำเป็นต้องบ่งถึง severity ของโรคเสมอไป และค่า serum amylase สูงนี้อาจพบได้ในภาวะ acute abdomen อื่น ๆ ได้

3.2 Enzyme lipase จะสูงแต่ไม่นิยม เพราะตรวจได้ยาก

3.3 Enzyme Elastase จะสูง enzyme นี้จะช่วยบอกว่ามีภาวะ haemorrhagic change หรือไม่

3.4 Bilirubin จะสูง เนื่องจากมี
การบวมของลำไส้บริเวณหัว
ตับอ่อน ไปบีบคั้นน้ำดีร่วม
แต่จะเป็นเพียงชั่วคราวเท่า
นั้น

3.5 Hypocalcemia มี 3 ทฤษฎี
ที่อธิบายถึงภาวะ calcium
ในเลือดต่ำ⁽¹⁾ ดังนี้

3.5.1 เมื่อมีการอักเสบของ
ตับอ่อน จะทำให้
Enzyme lipase
ย่อย Fat ในช่อง
ท้อง Fatty acid +
Ca + Calcium
soaps ทำให้ Ca +
ถูกใช้มากในบริเวณ
ที่มีการอักเสบ เพื่อ
เกิด saponifica-
tion ทฤษฎีนี้มีผู้เชื่อ
ถือกันมานานแล้ว
แต่ปัจจุบันความเชื่อ
ถือได้ลดน้อยลงไป

3.5.2 บางคนเชื่อว่า hyp-
oparathyroid ทำ
ให้เกิดภาวะ hypo-
calcemia เพราะ

เมื่อให้ parathyroid
hormone แล้วผู้
ป่วยดีขึ้นได้

3.5.3 บางคนเชื่อว่า hyp-
ocalcemia เกิดจาก
การมี glucagon
เพิ่มขึ้นในเลือดและ
เป็นต้นเหตุให้ต่อม
thyroid หลั่ง Cal-
citonin เพิ่มขึ้น
และทำให้มี bone
resorption ลดลง

3.6 Serum Methaemalbumin
เมื่อเม็ดเลือดแดงแตกจะเหลือ
hematin ซึ่งร่วมกับ albu-
min แล้วเกิดเป็น Methae-
malbumin ตรวจพบได้ทั้ง
ในเลือดและปัสสาวะถ้าพบ
ค่า Methaemalbumin สูง
ในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเฉียบ
พลัน ให้นึกถึงว่ามี haem-
orrhagic change แล้ว แต่
การพบค่านี้สูงไม่สามารถแยก
จากภาวะ haemoperitone-
um จากสาเหตุอื่นได้

- 3.7 Peritoneal tap จะพบ enzyme amylase สูงในน้ำที่เจาะได้จากช่องท้อง แต่ไม่สามารถแยกจากโรค acute abdomen อื่น ๆ ได้ การสังเกตลักษณะของน้ำที่เจาะจากช่องท้องมีความสำคัญดังนี้
- หากมีสีเหลืองขุ่น = edematous change
 - หากมีสีแดง หรือสนิมเหล็ก = hemaerhagic chnage หรือ strangulated bowel
 - หากมี amylase สูง การจะแยกจาก perforated peptic ulcer ให้ดูสี bile หากมีแสดงว่าเป็น perforated P.U.
- 3.8 Pleural tap ผู้ป่วยบางรายมีน้ำที่ช่องปอด จากภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน จะพบ enzyme amylase สูง
- 3.9 F.B.S จะพบลักษณะของเบาหวานได้ เม็ดโลหิตขาวเพิ่ม และฮีโมโกลบินลด
- 3.10 การเจาะ routine lab จะพบเม็ดโลหิตขาวเพิ่ม และฮีโม

โกลบินลด

4. การเอ็กซเรย์^{(1),(5)}

4.1 Film chest upright

อาจเห็นน้ำในช่องปอดด้านซ้ายเพราะมีการอักเสบไปถึงกระบังลมด้านซ้าย

4.2 Film abdomen

อาจเห็น (4.2.1) Localised paralytic ileus

= Sentinel loop บริเวณของช่องท้องซีกซ้ายบน

(4.2.2) Splenic flexure cut - off sign

= Transverse colon cut - off sign

จะพบว่า มีน้ำและแก๊สในลำไส้ส่วนที่เลี้ยงด้วย superior mesenteric nerve plexus ซึ่งอยู่ข้างหลังตับอ่อน

4.3 Intravenous cholangiography เพื่อช่วยบอกโรคที่พบได้ในทางเดินน้ำดี

การวินิจฉัยแยกโรค

ต้องแยกจากภาวะ acute surgical condition อื่น ๆ ของช่องท้อง เช่น

- Perforated P.U.
- Strangulated bowel
- Cholecystitis
- Ruptured appendicitis

การรักษา

การรักษาโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันนั้น ได้วิวัฒนาการมานานแล้ว นับตั้งแต่ได้มีผู้กล่าวถึงโรคนี้ไว้ในปี ค.ศ. 1889 ดังนี้⁽⁸⁾

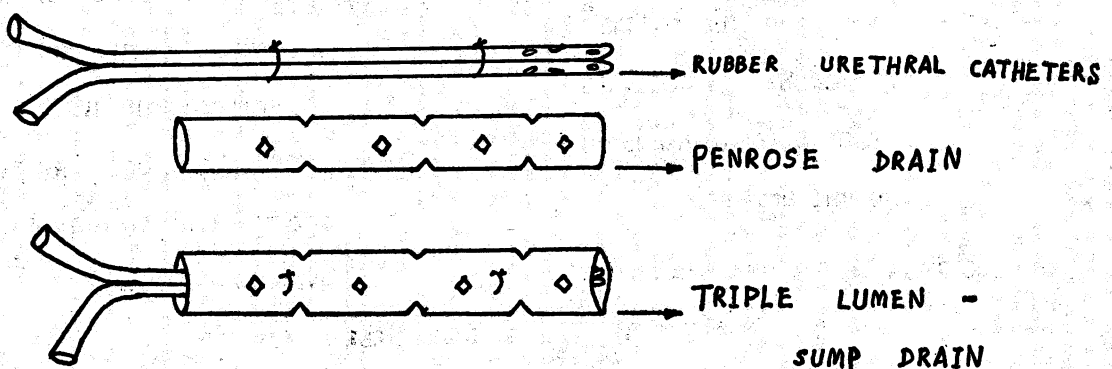
- 1889 Reginald Fitz กล่าวถึงโรคนี้เป็นคนแรก
- 1901 Opie ได้พูดถึง program การรักษาโรคนี้
- 1925 Moynihan กล่าวถึง emergency operation

1932 De Takats แนะนำการรักษาโดยใส่ท่อ drain จาก left flank

แต่การผ่าตัดในสมัยนั้นยังมีอัตราตายสูงมาก เพราะเทคนิคการผ่าตัด, วิสัญญี และยาปฏิชีวนะยังไม่ก้าวหน้า จึงไม่มีคนนิยมรักษาโดยการผ่าตัด แต่พบว่าการรักษาทางอายุรกรรมอย่างเดียวนั้นไม่สามารถลดอัตราตายในผู้ป่วยที่มีอาการหนักได้ จึงมีผู้เริ่มใช้การผ่าตัดรักษาอีกในสมัยต่อมา

1968 Watermen et al⁽¹⁴⁾ แนะนำการใช้ sump drain ที่ lesser sac เขาได้ประดิษฐ์ sump drain เพื่อใช้ได้ดีเรียกว่า Triplelumen sump drain

รูปที่ 1



1968 Hooshang Bolooki et al⁽⁴⁾ แนะนำให้ใช้ Peritoneal dialysis เพื่อ

รักษา acute pancreatitis

1970 Dexter W. Lawson et al⁽⁸⁾ แนะนำให้ใช้ Triple ostomy เพื่อรักษาผู้ป่วย severe acute pancreatitis

1974 Lawrence Norton et al⁽⁹⁾ ใช้การผ่าตัด Near total pancreatectomy ในการรักษา haemorrhagic pancreatitis

ในปัจจุบันนี้เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า acute pancreatitis ส่วนใหญ่สามารถให้การรักษาทางอายุรกรรมได้ผลดี ผู้ป่วยส่วนมากจะหายเป็นปกติ ข้อที่พึงระวังไว้เสมอก็คือ acute pancreatitis ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายระบบของร่างกาย การรักษาในระยะแรกนั้นคล้ายกับผู้ป่วยที่ถูกไฟไหม้ มีแนวทางการรักษาดังนี้

1. Treat shock
2. Treat renal failure
3. Treat respiratory failure
4. Treat and prevent infection

Medical Treatment^{(1),(3),(5)}

1. N - G tube with suction เพื่อแก้ไขภาวะท้องอืด และช่วยลดการกระตุ้นต่อตับอ่อน

2. Fluid and Electrolytes ควรให้จำนวนมากพอกับภาวะของผู้ป่วย โดยพยายามรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่อย่างน้อย 30 ml./

hr. , C V P/8 - 10 cm H₂O, Hct. 36 - 40%
Ca gluconate I.V.

Mg SO₄ (10 ml of 50 % Mg + 200 ml 5 % D/W)

HCl ดูจากระดับ serum electrolytes และ urine output

3. ยาแก้ปวด พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ Morphine เพราะจะมีการหดตัวของ Ampulla of Vater ควรใช้ยา Pethidine หรือบางรายปวดมากอาจต้องใช้ Epidural block

4. Anticholinergic drug เช่น Atropine จะช่วยลดการหลั่งน้ำย่อยของตับอ่อนลงได้

5. Antibiotic มีความจำเป็นเสมอและควรมีฤทธิ์ทำลายเชื้อที่พบบ่อยในท่อทางเดินน้ำดีด้วย

6. Trypsin inhibitor (Trasylol) ใช้ขนาด 2-5 แสนหน่วย I.V. เข้าได้ทุก 4-6 ชั่วโมง จนกว่าระดับ Amylase จะกลับปกติ โดยมากจะใช้ประมาณ 5 วัน ยานี้ราคาแพงจึงไม่ค่อยนิยม

7. Corticosteroid ข้อดีก็คือช่วยรักษาภาวะช็อค และช่วยกันไม่ให้เกิดการ breakdown ของ ductal vascular barrier ของตับอ่อน

8. Acetazolamide

เป็น Carbonic anhydrase inhibitor
แต่ไม่นิยมใช้กัน

9. Glucagon

เชื่อว่าไปช่วยลดการหลั่งน้ำย่อยของตับ
อ่อนลงได้

10. Parenteral hyperalimentation

ใช้ในกรณีที่ต้องอดอาหารผู้ป่วยเป็นเว-
ลานาน ๆ แต่ต้องระวังการอักเสบจากปลายสาย
ท่อที่ใช้ด้วย

Surgical Treatment**ข้อดีของการผ่าตัด** (2), (12)

1. เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดปกติจากการ
วินิจฉัย เพราะมีโรคที่ต้องรักษา โดยการผ่า
ตัดหลายโรคที่มีการตรวจพบคล้ายกับ acute
pancreatitis ดังนั้นหากรักษาแบบอายุรกรรม
แล้วจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

2. เพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนที่อาจเกิด
ได้จาก acute pancreatitis เช่น Pseudocyst
abscess เป็นต้น โดยการผ่าตัดเข้าไปเอา
necrotic tissue และน้ำที่มี enzyme เยะ
ออกจากช่องท้อง

ข้อข้อบ่งของการผ่าตัด (11), (15)

1. ระยะแรก จะทำเมื่อผู้ป่วยไม่ดีขึ้น
หลังจากให้การรักษาทางอายุรกรรมอย่างเต็มที่
แล้ว 24-48 ชั่วโมง

2. ระยะหลัง จะทำต่อเมื่อมีผลแทรก
ซ้อนเกิดขึ้น

วิธีการผ่าตัด

1. Peritoneal lavage (4), (7)

2. Irrigation and sump drain-
age (14)

3. Triple ostomy (8), (13)

3.1 Stomach ทำ gastrostomy
เพื่อลดการหลั่ง gastrin และ
secretin ทำให้ลดการหลั่ง
ของน้ำย่อย ของตับอ่อน และ
เพื่อหลีกเลี่ยงการใส่ N-G
tube นาน ๆ

3.2 G.B. ทำ cholecystostomy
เพื่อ decompress biliary
tree ลดการหลั่งน้ำย่อยของ
ตับอ่อน และเพื่อเป็นการลด
cholangitis

3.3 Jejunum ทำ Jejunostomy
เพื่อช่วย feeding ได้ โดย
เฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการ
บวมของ duodenum หลัง
ผ่าตัดอยู่นาน ๆ เราก็อาศัย
Gastrostomy และ Jejunos-
tomy ได้เป็นอย่างดี

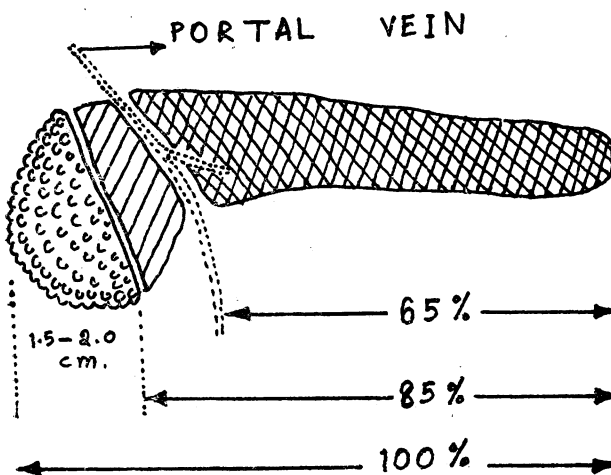
4. Pancreatectomy^{(7), (9)}

เนื่องจากอัตราการตายในผู้ป่วย severe acute pancreatitis ยังคงสูง แม้จะทำการผ่าตัดโดยวิธีต่าง ๆ แล้วก็ตามจึงมีผู้แนะนำให้ทำผ่าตัด pancreatectomy เพื่อเอา necrotic gland ออก การทำผ่าตัดนั้นทำได้เป็น 3 แบบ คือ

4.1 Partial pancreatectomy

ตัดส่วนปลายของตับอ่อนจน

รูปที่ 2



ถึงระดับของ Portal Vein =

65% Pancreatectomy

4.2 Near total pancreatectomy ตัดจนเหลือส่วนหัว ตับอ่อนไว้ 1.5-2 cm. = 85% pancreatectomy

4.3 Total pancreatectomy = ตัดออกทั้งหมด

5. Treatment of Complication

5.1 Pseudocyst

การรักษา Pseudocyst

5.1.1 External drainage

ใช้เมื่อผ่าตัดไปพบผนังของ pseudo-

cyst ยังไม่แข็งแรงคือ ไม่เกิน 2 สัปดาห์

5.1.2 Internal drainage

นิยมทำในช่วงเวลาที่ผนังของ pseudo-cyst แข็งแรงดีแล้ว

คือประมาณ 6 สัปดาห์
อวัยวะที่ใช้ drain
ควรอยู่ชิดกับ pseu-
docyst ได้แก่

(ก) stomach pseudocys-
togastronomy นิยม
ทำมากที่สุด

(ข) Duodenum pseudo-
cystoduodenostomy

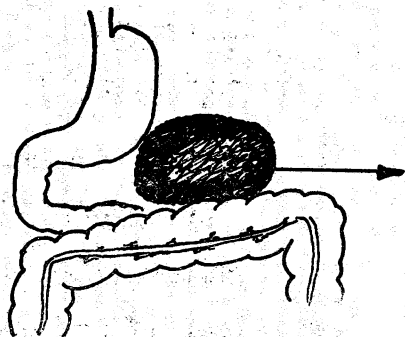
(ค) Jejunum Reux en Y
pseudocystojejunos-
tomy

5.1.3 Distal pancreatic
resection หากทำ
ได้ก็จะเป็นวิธีที่ดีที่สุด

5.2 Pancreatic abscess

รักษาโรคโดยการผ่าตัดเข้าไป
เอาหนองออกพร้อมกับใส่ท่อ
ระบายหนองออก

5.3 Pancreatic fistula



รักษาโดยการผ่าตัดไปแก้ไขรู
รั่วที่ตับอ่อน

5.4 Upper G. I. Haemorrhage

หากรักษาทางอายุรกรรมไม่ดี
ขึ้น จึงพิจารณาผ่าตัด

รายงานผู้ป่วย 2 ราย

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 49 ปี มาโรง
พยาบาลด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลันได้ล้นปี
เป็นเวลา 2 วัน ผู้ป่วยเบื่ออาหารมาหลายวัน
ผู้ป่วยมีประวัติช้อยาแก้ปวดทานเองมานาน
หลายปี และเคยถ่ายอุจจาระดำเป็นครั้งคราว
ผู้ป่วยไม่ดื่มสุรา ตรวจร่างกายพบว่ามีกดเจ็บ
บริเวณ epigastrium
ส่งเอกซเรย์ท้อง (รูปที่ 3).

ตรวจห้องทดลองพบเม็ดเลือดขาว 11400
ต่อ ลบ. ซม. เป็น N 89%, L 11 %, Hct = 46 % ให้การวินิจฉัยว่าเป็น Peptic
ulcer with perforation ผ่าตัดแล้วพบลักษณะ
ตามรูปที่ 4

รูปที่ 4

serosanguinous fluid, odorless 1500 ml.
Mass composed of omentum transverse
colon. retroperitoneum tissue in the
lesser sac.

Post-op diagnosis=Acute haemorrhagic pancreatitis

หลังผ่าตัดตรวจ serum amylase สูง 1021 ยูนิต

serum calcium 8.1 ม.ก. %

ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน คือ มีหนองที่บริเวณ lesser sac ทำให้มี persistent purulent sinus tract

Film sinugram (รูปที่ 5 หน้า 105)

Operation 1. Explor. —lap and drainage (18 พ.ย. 22)
2. Explor. —lap lysis adhesion, remove abscess bowel plication and appendectomy (30 ม.ค. 24)

หลังจากผ่าตัดครั้งที่ 2 แล้ว ผู้ป่วยก็ดีขึ้นโดยลำดับ ติดต่อสม่ำเสมอ 1 ปีหลังผ่าตัดตรวจกระเพาะด้วยแบเรียมก็ปกติ

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 44 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง ร้าวไปด้านหลังและเบื่ออาหารเป็นเวลา 2 วัน ผู้ป่วยดื่มเหล้าจัดเป็นประจำ และก่อนเจ็บป่วยครั้งนี้ 1 วัน ก็ดื่มเหล้าในงานเลี้ยง ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัด

ตัดมดลูก 2 ปีก่อน และเคยผ่าตัดไส้ติ่งเมื่อ 10 ปีก่อน ตรวจร่างกายพบมีบริเวณหน้าท้องด้านซ้ายบน เจ็บลึกๆ ร้าวไปด้านหลัง ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก ท้องอืดแน่น

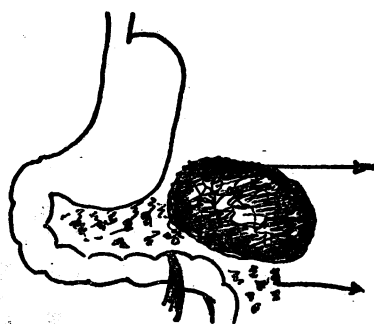
ส่งเอกซเรย์ท้อง (รูปที่ 6 หน้า 106)

ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาว 19450 ต่อ ลบ. ซม. N 94%, L 6% ค่า Hct ลดจาก 36% เหลือ 32% ในเวลา 6 ชั่วโมง

ตรวจภายในช่องคลอด พบว่ามีกุดเจ็บบริเวณ cul de sac ทั่วๆ ไป วินิจฉัยว่าเป็น Peritonitis

Operative finding (รูปที่ 7)

รูปที่ 7



Hemoperitoneum 1500 ml.
Retroperitoneum hematoma at pancreatic region with saponification.

Post-op diagnosis=Acute haemorrhagic

pancreatitis

หลังผ่าตัดตรวจ serum amylase

สูง 295 ยูนิต

serum calcium = 6.3 ม.ก. %

น้ำจากช่องท้องตรวจไม่พบเชื้อ

ผลตรวจทางพยาธิวิทยา

Peritoneum = acute haemorrhagic fat necrosis

พบน้ำในช่องปอดด้านซ้าย (รูป

ที่ 8) ซึ่งหายไปได้เอง ผู้ป่วยมี

ภาวะแทรกซ้อนคือ มี abscess

ทั้ง intraabdominal และ retrope-

ritoneum part ต้องรักษาโดยการ

ผ่าตัดอีก 2 ครั้ง

Operation

1. Explor - lap, remove blood clot and multiple drainage (6 ธ.ค. 23)

2. Incision and drainage retroperitoneal abscess (5 ก.พ. 24)

3. Explor - lap, remove intraabdominal abscess and drainage (28 ก.พ. 24)

หลังการผ่าตัดครั้งที่ 3 ผู้ป่วยดีขึ้นโดย

ลำดับ ตรวจกระเพาะด้วยแบเรียมพบปกติ

วิจารณ์

การวินิจฉัยโรคตับอ่อนอักเสบชนิดเฉียบพลันนั้น ทำได้ค่อนข้างยาก เพราะต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายอย่างช่วยประกอบการวินิจฉัย จึงมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ได้รับการรักษาแบบแผลในกระเพาะอาหารหรือถุงน้ำดีอักเสบ เพราะมีอาการคล้ายกัน ซึ่งยังเป็นโรคที่ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะดีขึ้นได้ แต่เมื่อใดที่ตับอ่อนอักเสบรุนแรง และมี haemorrhagic หรือ necrotic change แล้ว อันตรายจะสูงอย่างมาก และมีบางรายมาหาแพทย์ด้วยภาวะช็อคหรือถึงแก่กรรมไปโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน เป็นที่ทราบกันดีว่าในโรงพยาบาลต่างจังหวัดยังขาดแคลนห้องปฏิบัติการที่ทำงานตลอดเวลา 24 ชั่วโมง จึงเป็นภาระที่แพทย์ทุกท่านที่พบผู้ป่วยจะต้องนึกถึงโรคนี้ไว้ด้วย และตัดสินใจว่าเป็น surgical case ได้เพื่อนำไปสู่การรักษาโรคโดยการผ่าตัด ซึ่งเป็นหนทางที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหนักได้ทันทั่วทั้ง สำหรับผู้ป่วยทั้งสองรายที่รายงานนี้ได้รับการผ่าตัดและวินิจฉัยจากการตรวจพบขณะผ่าตัด ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและลักษณะทางคลินิกทั้งสองรายมีภาวะแทรกซ้อนเหมือนกัน คือ มีหนองในช่องท้อง ต้องผ่าตัดเข้าไปแก้ไขอีกจึงหายเป็นปกติสำหรับสาเหตุของตับอ่อนอักเสบในรายที่ 1 น่าจะเกิด

จากการอักเสบของท่อทางเดินน้ำดี เพราะผู้ป่วยไม่ได้ดื่มเหล้าและการตรวจด้วยแบเรียม กระเพาะอาหารก็ปกติ แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 นั้นมีประวัติดื่มสุราจัดสาเหตุจึงน่าจะเกิดจากอัลกอฮอล์นั้นมีโอกาสเกิด haemorrhagic change ได้มากกว่า และอัตราตายก็สูงกว่าผู้ป่วย ที่มีสาเหตุจากการอักเสบของท่อน้ำดี

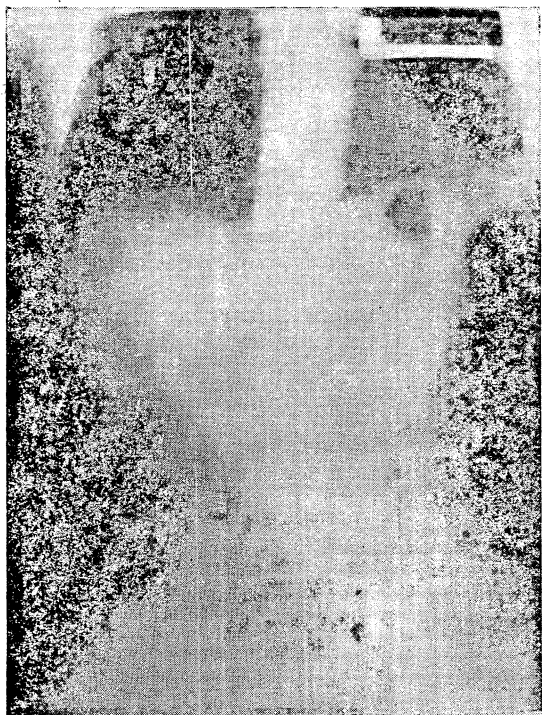
สรุป

— ได้ทบทวนถึงสาเหตุ การวินิจฉัย

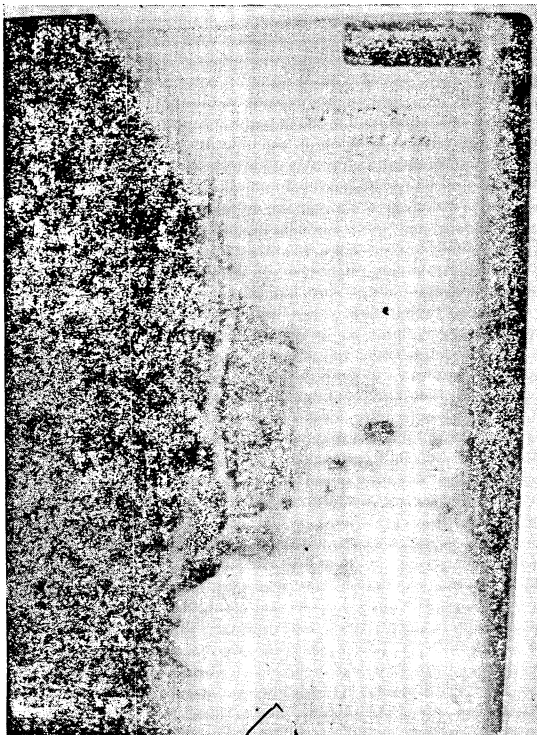
คำขอบคุณ

ขอขอบคุณนายแพทย์ รัตน์ ปาลิวนิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำและสนับสนุนให้นำรายงานนี้มาเสนอ

รูปที่ 3



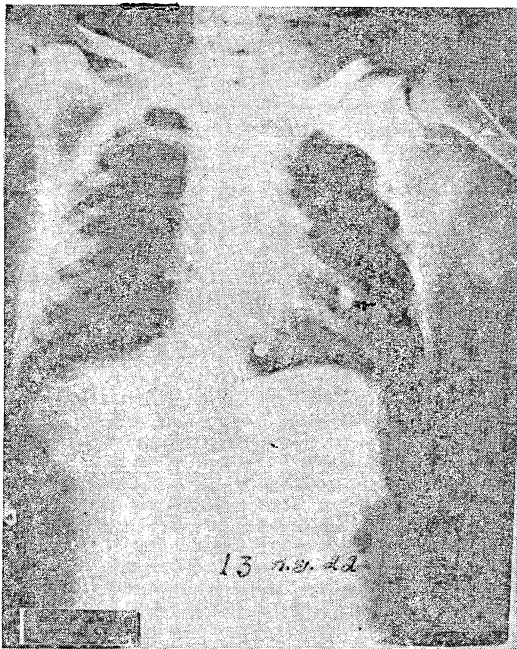
รูปที่ 5



และการรักษาโรคตับอ่อนอักเสบที่มี haemorrhagic change จากตำราและวารสารต่าง ๆ

— ได้รายงานผู้ป่วยสองราย ซึ่งได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี วินิจฉัยหลังผ่าตัดเป็น acute haemorrhagic pancreatitis ทั้งสองรายมีการแทรกซ้อนจากหนองในช่องท้อง ต้องผ่าตัดแก้ไข ผู้ป่วยหายเป็นปกติทั้งสองคน

รูปที่ 6



รูปที่ 8



เอกสารอ้างอิง

1. กิจจา สินธวานนท์. Acute Pancreatitis. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 1, วิทยาลัยสัลยแพทย์แห่งประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักพิมพ์กรงเทพเวชสาร: 1980.
2. Andersen CM. Surgical intervention in acute pancreatitis. Surg Gynecol Obstet 1965; 120: 130-132.
3. Bank PA. Acute pancreatitis. Gastroenterology 1971; 61: 382 - 392
4. Bolooki H, Gliedman ML. Peritoneal dialysis in treatment of acute pancreatitis. Surgery 1968; 64: 466 - 471.
5. Dudley HAF. Acute pancreatitis. Hamilton Bailey's Emergency Surgery, 1 th edition, Great Britain, John Wright and Sons Ltd. Bristol, 1977.

6. Feller JH, Brown RA, Teussaint GP, et al. Changing methods in the treatment of severe pancreatitis. *Amer J Surg* 1974; 127: 196 - 201.
7. Frey CF. Haemorrhagic pancreatitis. *Amer J Surg* 1979; 137: 616 - 623.
8. Lawson DW, Daggett WM, Civetta JM, et al. Surgical treatment of acute necrotising pancreatitis. *Ann Surg* 1970; 172: 605 - 617.
9. Norton L, Eiseman B. Near total pancreatectomy for haemorrhagic pancreatitis. *Amer J Surg* 1974; 127: 191 - 195.
10. Schwartz SI. *Pancreas. Principles of surgery*, 3rd edition, Mc. Graw-Hill Book company, 1979.
11. Stefanini L, Ermini M, Cardoni M, Diagnosis and management of acute pancreatitis. *Amer J Surg* 1965; 110: 866 - 874.
12. Trapnell JE, Anderson MC. Role of early laparotomy in acute pancreatitis. *Ann Surg* 1962; 165: 49 - 55.
13. Warshaw AL, Imbembe AL, Civetta JM. et al. Surgical intervention in acute necrotising pancreatitis. *Amer J Surg* 1974; 127: 484 - 491.
14. Waterman NG, Walsky R, Kasdan ML, et al. The treatment of acute haemorrhagic pancreatitis by sump drainage. *Surg Gynecol Obstet* 1968; 126: 963 - 971.
15. Linbery YH. Pancreatitis, principles of management. *Surg Clin N Amer* 1968 48: 889 - 905.