กรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กหญิงที่มีภาวะไส้เลื่อนของรังไข่บริเวณขาหนีบติดค้าง ร่วมกับการบิดขั้วของรังไข่

Incarcerated Torsion Ovarian Inguinal Hernia in a 4 Month-old Infant

อรวรรณ ภู่ระย้า, พ.บ.
ว.ว. รังสีวิทยาทั่วไป
กลุ่มงานรังสีวิทยา
โรงพยาบาลกระทุ่มแบน
จังหวัดสมุทรสาคร

Orawan Puraya, M.D.
Thai board of General Radiologist
Division of Radiology
Krathumbaen Hospital,
Samutsakorn

บทคัดย่อ

ภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ เป็นภาวะที่พบได้ค่อนข้างบ่อยในทารกแรกเกิดและเด็กเล็ก จากรายงานพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดตั้งแต่ร้อยละ 1-13 และอาจพบสูงขึ้นได้ถึงร้อยละ 30 ในทารกคลอดก่อนกำหนด โดยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดสูงสุดในช่วงขวบปีแรกและหนึ่งในสามของผู้ป่วยเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต มักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง อัตราส่วนอยู่ที่ประมาณ 3:1 ถึง 10:1

ในผู้หญิง round ligament จะเกาะกับมดลูกบริเวณใกล้กับจุดเริ่มต้นของท่อนำไข่ ส่วนอีกข้างจะผ่านช่องขาหนีบ (inguinal canal) ไปยังอวัยวะเพศ (labia majora) ทำให้เยื่อบุช่องท้องบริเวณนี้เกิดเป็นรอยหว่ำเข้าไปเรียกว่า Canal of Nuck ซึ่งเทียบเท่ากับ processus vaginalis ในเพศชาย การไม่หดหายไปของ processus vaginalis จะทำให้เกิดภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบหรือเกิดถุงน้ำอัณฑะ (hydrocele) ตรงบริเวณนี้ได้ เป็นภาวะที่พบได้น้อยในเพศหญิง แต่หากเกิดภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบในเด็กหญิงขึ้นมานั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวินิจฉัยแยกโรคให้ได้ว่าภายในถุงไส้เลื่อนนั้นมีรังไข่เป็นส่วนประกอบอยู่หรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะไส้เลื่อนของรังไข่บริเวณขาหนีบจะพบว่าเกิดการติดค้าง (incarceration) ได้บ่อยถึงร้อยละ 43 ของผู้ป่วย และยังพบว่ามีโอกาสเกิดการบิดขั้วของรังไข่ได้มากถึงร้อยละ 2-33 ซึ่งหากสามารถตรวจพบได้ว่าเป็นภาวะไส้เลื่อนของรังไข่บริเวณขาหนีบติดค้างได้อย่างรวดเร็ว ก็จะสามารถทำการผ่าตัดรักษาได้อย่างทันท่วงที โดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (high frequency ultrasonography) นับเป็นเครื่องมือช่วยตรวจวินิจฉัยลำดับต้นๆ ที่เหมาะสมในการประเมินรอยโรคบริเวณขาหนีบ

เนื่องจากภาวะดังกล่าวพบได้ไม่มากนัก หากไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ และเลือกการส่งตรวจเพิ่มเติมที่ไม่เหมาะสมหรือล่าช้า จะทำให้วินิจฉัยโรคล่าช้าและเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นนอกจากการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียดแล้ว การมีความรู้ถึงภาวะนี้ จะทำให้สามารถเลือกการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาที่เหมาะสมและทันท่วงที เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยช่วยให้วินิจฉัยแยกโรคได้ถูกต้อง และลดอันตรายที่อาจเกิดจากการวินิจฉัยผิดพลาดหรือล่าช้าได้

บทความนี้ได้นำเสนอกรณีศึกษาภาวะไส้เลื่อนของรังไข่บริเวณขาหนีบติดค้างร่วมกับการบิดขั้วของรังไข่ในผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 4 เดือน ที่มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องก้อนบวมกดเจ็บบริเวณขาหนีบซ้าย และผลการผ่าตัดพบเป็น

ไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบของรังไข่ซ้ายร่วมกับการบิดขั้วของรังไข่ ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยนัก ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจเพิ่มเติมด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง บทความนี้ได้บรรยายถึงลักษณะของไส้เลื่อนรังไข่บริเวณขาหนีบที่ตรวจพบจากเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงและความสำคัญของภาวะดังกล่าว

คำสำคัญ: ไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ รังไข่ อัลตราซาวด์
วารสารแพทย์เขต 4-5 2561 ; 37(4) : 336-343.

ABSTRACT

Inguinal hernias are common in infants and children. The reported frequency ranges between 1% and 13% and increases to about 30% in preterm infants. The incidence is highest during the first year of life, with more than one-third of cases occurring in infants aged less than six months. Inguinal hernias tend to affect male infants more often than female infants, with documented ratios ranging between 3:1 and 10:1.

In women, the round ligament is attached to the uterus near the origin of the fallopian tube, and a small evagination of parietal peritoneum accompanies the round ligament through the inguinal canal to the labium majorum. This small evagination of parietal peritoneum, named the Canal of Nuck in women, is the equivalent of processus vaginalis in men. Incomplete obliteration of the processus vaginalis causes indirect inguinal hernia or hydrocele of the Canal of Nuck, a very rare condition in women. In the case of a hernia of the Canal of Nuck in female infants, early diagnosis is important when the hernia contains an ovary, because incarceration of the ovary is common and has been reported in upto 43% of case. The reported frequency of torsion in various case series ranges between 2% and 33%. Early surgical intervention for the irreducible ovary is mainly guided by large retrospective chart reviews and case report recommendations, which document high rates of torsion or strangulation among patients with irreducible ovaries. High frequency ultrasonography is the first line diagnostic examination for the evaluation of inguinal lesions.

Due to rarity of ovarian inguinal hernia. If there is no knowledge about the disease and choosing inappropriate or inadequate or delayed investigation, will lead to delayed diagnosis causing increase risk of complication. Therefore thoroughly history taking and physical examination, combined with the knowledge to realize this condition for appropriate and timely medical imaging that would be useful to help diagnose correctly and reduce potential harm from wrong or delayed diagnosis.

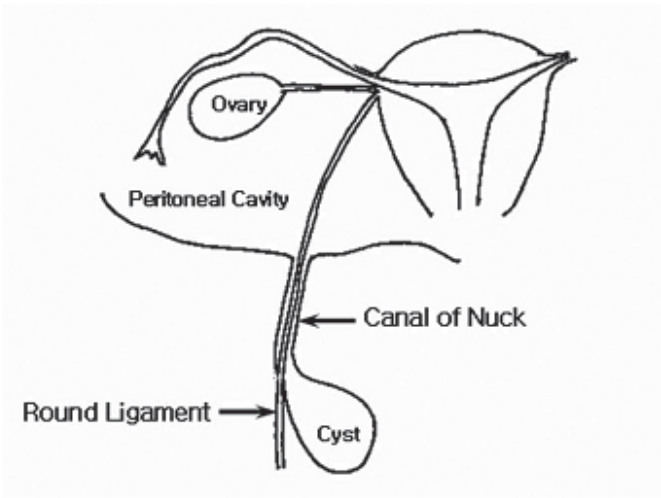
Here I report on unusual contents within a hernia sac in a 4 month-old female infant who presented with a painful left inguinal mass and the torsion of left ovary was found in the sac. I report this case to describe the sonographic finding of ovary-containing hernia of the Canal of Nuck and its importance.

Keywords: Inguinal hernia, Canal of Nuck, ovary, incarceration, ultrasonography
Reg 4-5 Med J 2018 ; 37(4) : 336-343.

บทนำ

ภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ เป็นภาวะที่พบได้ค่อนข้างบ่อยในทารกแรกเกิดและเด็กเล็ก จากรายงานพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดตั้งแต่ร้อยละ 1-13 และอาจพบสูงขึ้นได้ถึงร้อยละ 30 ในทารกคลอดก่อนกำหนด โดยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดสูงสุดในช่วงขวบปีแรกและหนึ่งในสามของผู้ป่วยเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต มักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง อัตราส่วนอยู่ที่ประมาณ 3:1 ถึง 10:1[1,2]

ในผู้หญิง round ligament จะเกาะกับมดลูกบริเวณใกล้กับจุดเริ่มต้นของท่อนำไข่ ส่วนอีกข้างจะผ่านช่องขาหนีบ (inguinal canal) ไปยังอวัยวะเพศ (labia majora) ทำให้เยื่อบุช่องท้องบริเวณนี้เกิดเป็นรอยหว่ำเข้าไป เรียกว่า Canal of Nuck (รูปที่ 1)[3] ซึ่งเทียบเท่ากับ processus vaginalis ในเพศชาย[4]



รูปที่ 1 Canal of Nuck[3]

ในภาวะปกติของการเจริญเติบโตและพัฒนาการของตัวอ่อนเพศหญิงในครรภ์พบว่า Canal of Nuck จะหดหายไปเมื่ออายุครรภ์ได้ 8 เดือน แต่หากเกิดความผิดปกติขึ้นจนเป็นเหตุให้ Canal of Nuck ไม่หายไปจะทำให้เกิดภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบตรงตำแหน่งนี้ได้[5,6] ซึ่งในผู้ป่วยเด็กหญิงที่เกิดภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าภายในไส้เลื่อนนั้นมีรังไข่เลื่อนลงมาหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะไส้เลื่อนของรังไข่บริเวณขาหนีบนั้นพบว่าเกิดการติดค้างของรังไข่ได้บ่อยถึงร้อยละ 43 ของผู้ป่วย[7] และยังพบว่ามีโอกาสเกิดการบิดขั้วของรังไข่ได้มากถึงร้อยละ 2-33[8] ดังนั้นหากสามารถตรวจพบภาวะไส้เลื่อนของรังไข่บริเวณขาหนีบติดค้างได้อย่างรวดเร็ว ก็จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดรักษาอย่างเร่งด่วนได้ทันท่วงที เพื่อที่จะสามารถเก็บรักษารังไข่เอาไว้ได้

ดังนั้นในกรณีของผู้ป่วยเด็กหญิงที่มาด้วยก้อนบริเวณขาหนีบและสงสัยว่าอาจจะเป็นไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ นอกจากการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียดแล้ว การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมว่าอวัยวะภายในถุงไส้เลื่อนนั้นมีรังไข่เป็นส่วนประกอบหรือไม่ นับว่ามีความจำเป็นอย่างมาก โดยการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (high frequency ultrasonography)

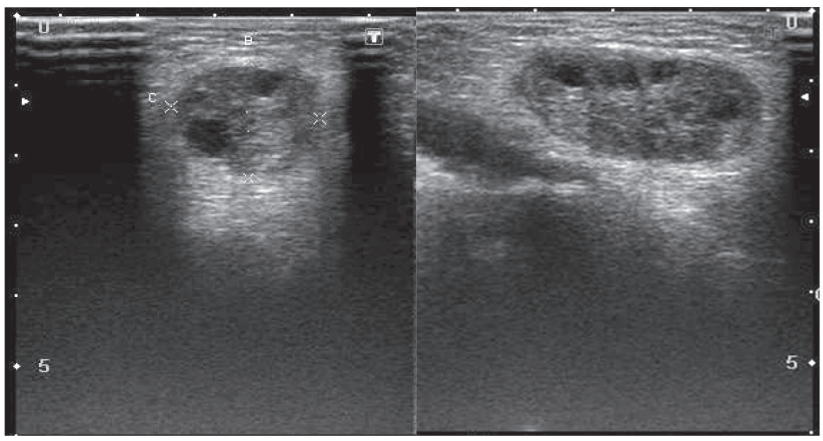
ถือเป็นเครื่องมือช่วยตรวจวินิจฉัยลำดับต้นๆ ที่เหมาะสมในการประเมินรอยโรคบริเวณขาหนีบดังกล่าว

รายงานนี้นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 4 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการ มารดาสังเกตเห็นและคลำได้ก้อนบวมแดงนูนที่บริเวณขาหนีบด้านซ้าย ใกล้ๆ กับอวัยวะเพศ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับมารดาสังเกตว่าเด็กมีอาการร้องกวนเมื่อสัมผัสที่ก้อน เบื้องต้นแพทย์วินิจฉัยแยกโรคระหว่างโรคต่อมน้ำเหลืองอักเสบเฉียบพลัน (acute lymphadenitis) การอักเสบของเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณขาหนีบ (cellulitis) และภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (inguinal hernia) จึงได้ส่งตรวจทางรังสีวิทยาเพิ่มเติมด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (high frequency ultrasonography) เพื่อวินิจฉัยแยกโรคภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบจากภาวะอื่นๆ ดังกล่าว

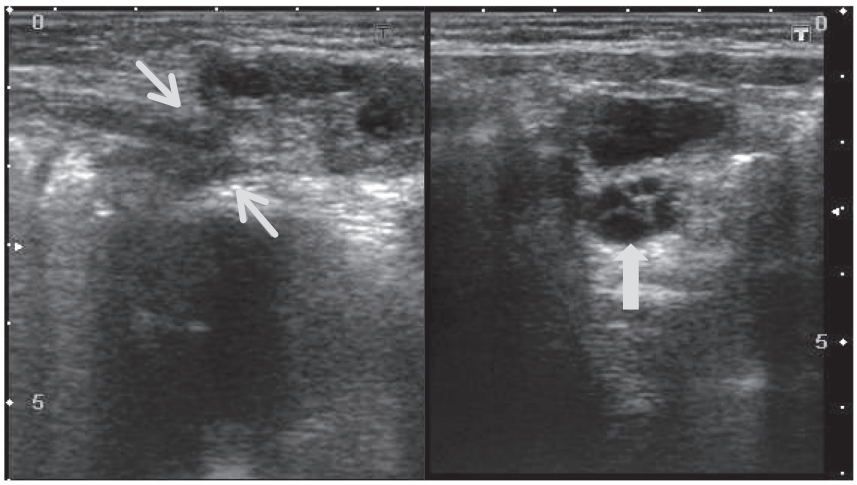
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 4 เดือน คลอดครบกำหนดตามปกติ แรกคลอดแข็งแรงดี มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ มาโรงพยาบาลด้วยอาการมารดาสังเกตเห็นและคลำได้ก้อนบวมแดงนูนที่บริเวณขาหนีบด้านซ้าย ใกล้ๆ กับอวัยวะเพศ 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับมารดาสังเกตว่าเด็กมีอาการร้องกวนเมื่อสัมผัสที่ก้อน ตรวจร่างกาย คลำพบก้อนบวมแดงนูน ขอบเขตไม่ชัดเจนที่บริเวณขาหนีบด้านซ้าย ใกล้ๆ กับอวัยวะเพศ ผิวหนังบริเวณก้อนมีสีแดงและอุ่นเล็กน้อย เวลาสัมผัสที่ก้อนเด็กจะมีอาการร้องกวน ชีพจร 130 ครั้ง/นาที หายใจ 50 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ฮีมาโตคริต 31% เม็ดเลือดขาวมีปริมาณสูงขึ้นเล็กน้อย เม็ดเลือดแดงและเกร็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (high frequency ultrasonography) เพื่อประเมินรอยโรคบริเวณขาหนีบดังกล่าว ตรวจพบความผิดปกติ คือ พบก้อนเนื้อรูปร่างกลมรีอยู่ตรงบริเวณขาหนีบข้างซ้ายใกล้กับอวัยวะเพศ ขอบเขตชัดเจน ขนาด 1.7x1.9x3.2 เซนติเมตร ร่วมกับมีลักษณะของถุงน้ำขนาดเล็กกระจายอยู่บริเวณขอบๆ โดยรอบของก้อนเนื้อดังกล่าว (รูปที่ 2) ส่วนบริเวณด้านบนของก้อนมีเนื้อเยื่อส่วนยื่นเข้าไปในช่องท้องร่วมด้วย และเมื่อเทียบขนาดกับรังไข่ปกติด้านขวาจะพบว่ามีขนาดใหญ่กว่าถึงสองเท่า (รูปที่ 3)



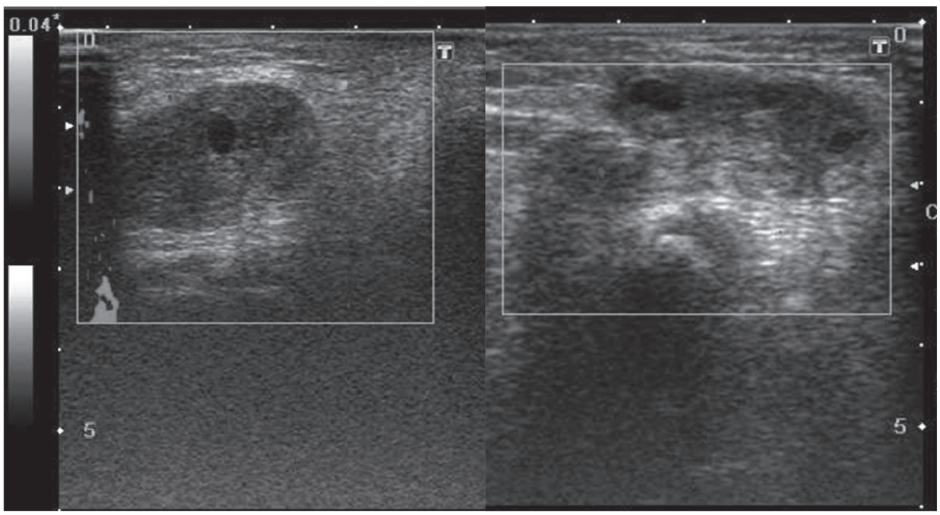
รูปที่ 2 ภาพจากเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง พบลักษณะก้อนเนื้อรูปร่างกลมรี ขอบเขตชัดเจนอยู่ที่บริเวณขาหนีบด้านซ้าย ขนาด 1.7x1.9x3.2 เซนติเมตร ร่วมกับมีลักษณะของถุงน้ำขนาดเล็กกระจายอยู่บริเวณขอบๆ โดยรอบ



ก. ข.

รูปที่ 3 ภาพจากเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (high frequency ultrasonography)
ก. ภาพแสดงลักษณะเนื้อเยื่อส่วนขั้วด้านบนของก้อนยื่นเข้าไปในบริเวณช่องท้อง
ข. ภาพรังไข่ปกติด้านขวาของผู้ป่วยรายนี้ ขนาด 1.0 x 1.5 เซนติเมตร

Color doppler ultrasonography (CDUS) แสดงให้เห็นว่า ไม่พบการไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงที่บริเวณก้อนเนื้อดังกล่าว (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ภาพจากเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงไม่พบการไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงที่บริเวณก้อนเนื้อดังกล่าว ภาพแสดงทั้งแบบ color doppler ultrasonography (ด้านขวา) และแบบ power doppler ultrasonography (ด้านซ้าย)

หลังจากส่งตรวจด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อยืนยันการวินิจฉัย พบลักษณะของก้อนเนื้อรูปร่างกลมรีที่บริเวณขาหนีบด้านซ้ายใกล้กับอวัยวะเพศ ก้อนมีขอบเขตชัดเจน ขนาด 1.7x1.9x3.2 เซนติเมตร ร่วมกับมีลักษณะของถุงน้ำขนาดเล็กกระจายอยู่บริเวณขอบโดยรอบของก้อนเนื้อ ก้อนไม่มีการเคลื่อนไหว ภาพ CDUS ไม่พบการไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงยังบริเวณก้อนเนื้อดังกล่าว และเมื่อเทียบกับขนาดของรังไข่ปกติด้านขวาของผู้ป่วยก็พบว่าก้อนที่ขาหนีบด้านซ้ายนี้ มีขนาดใหญ่กว่าถึง 2 เท่า ประกอบกับอาการของผู้ป่วยที่มีลักษณะบวมแดงของผิวหนังบริเวณก้อนและร้องกวนเมื่อสัมผัสที่ก้อน จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไส้เลื่อนของรังไข่บริเวณขาหนีบติดค้าง (incarcerated ovarian inguinal hernia) ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการผ่าตัดต่อไป ผลการผ่าตัดพบว่าเป็นโรคไส้เลื่อนของรังไข่บริเวณขาหนีบติดค้างร่วมกับมีการบิดขั้วของรังไข่ และทำให้เกิดการขาดเลือดของรังไข่ด้านซ้าย (incarcerated left indirect inguinal hernia with torsion of left ovary) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซ่อมบริเวณขาหนีบซ้ายและตัดรังไข่ด้านซ้ายออกไป (left herniotomy with left oophorectomy)

วิจารณ์

Canal of Nuck ได้ถูกบรรยายไว้ครั้งแรกโดย Anton Nuck ในปี ค.ศ. 1691[9] Canal of Nuck เป็นกระเปาะของเยื่อบุช่องท้องที่หลงเหลืออยู่ยื่นไปยังอวัยวะเพศหญิงตรงบริเวณขาหนีบ (รูปที่ 1) เทียบเท่ากับ processus vaginalis ในผู้ชาย โดยปกติจะเกิดขึ้นในช่วงอายุครรภ์ประมาณ 6 เดือน และจะหดหายไปเมื่ออายุครรภ์ได้ 8 เดือน แต่หากไม่หดหายไปจะสามารถทำให้เกิดภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (inguinal hernia) หรือเกิดถุงน้ำอัณฑะ (hydrocele) ได้[5,10]

ภาวะไส้เลื่อนในเด็ก เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิดและเด็กเล็ก จากรายงานพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดตั้งแต่ร้อยละ 1-13 และอาจพบสูงขึ้นได้ถึงร้อยละ 30 ในทารกคลอดก่อนกำหนด โดยพบว่ามีอุบัติการณ์ การเกิดสูงสุดในช่วงขวบปีแรกและหนึ่งในสามของผู้ป่วยเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต จะพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง อัตราส่วนอยู่ที่ประมาณ 3:1 ถึง 10:1[1,2] อวัยวะที่พบในถุงไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบในเด็กสามารถพบได้หลายอย่าง เช่น ไขมันในช่องท้อง (omental fat) ลำไส้ (bowel) กระเพาะปัสสาวะ (urinary bladder) และรังไข่ (ovary)[5] เป็นต้น

โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยเด็กมาด้วยก้อนที่บริเวณขาหนีบ การวินิจฉัยแยกโรคนั้นมีได้หลายโรค โรคที่พบบ่อยทั้งในเด็กชายและหญิง คือ ไส้เลื่อนขาหนีบ ตามมาด้วยโรคต่อมน้ำเหลืองอักเสบ (lymphadenitis) นอกจากนี้ในเด็กชายยังมีภาวะอัณฑะค้าง (undescended testes) ถุงน้ำอัณฑะ (hydrocele) อัณฑะบิดขั้ว (testicular torsion) และเนื้องอกอัณฑะ (testicular tumor) ส่วนในผู้ป่วยเด็กหญิงพบว่ามี โรคไส้เลื่อนของรังไข่ (ovarian inguinal hernia) และถุงน้ำที่บริเวณอวัยวะเพศ (labial hydrocele) (ตารางที่ 1)[10,11]

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยแยกโรคในเด็กที่มาด้วยเรื่องก้อนที่บริเวณขาหนีบ

Differential diagnosis for inguinal mass in infants[10,11]
• Inguinal hernia (with or without involvement of the bowel, bladder, appendix, ovary, fallopian tube of uterus)
• Hydrocele (labia or spermatic cord)
• Lymphadenopathy
• Lymphadenitis
• Abscess
• Rhabodomyosarcoma

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยแยกโรคในเด็กที่มาด้วยเรื่องก้อนที่บริเวณขาหนีบ (ต่อ)

Differential diagnosis for inguinal mass in infants[10,11]
• Metastases
• Epidermal inclusion cyst
• Cystic lymphangioma
• Femoral hernia
• Ovarian torsion
• Undescended testes
• Testicular tumour
• Testicular torsion or testicular appendage

ภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบในเด็กผู้หญิงถือเป็นภาวะที่ควรได้รับการตรวจประเมินอย่างเร่งด่วนว่าภายในไส้เลื่อนนั้นมีรังไข่เป็นส่วนประกอบอยู่หรือไม่ เนื่องจากภาวะไส้เลื่อนของรังไข่มักพบมีการติดค้างของรังไข่เกิดขึ้นได้บ่อย โดยมีรายงานถึงร้อยละ 43 ของผู้ป่วย[7] นอกจากนี้ยังพบรายงานการบิดขั้วของรังไข่ถึงร้อยละ 2-33[8] โดยลักษณะที่สงสัยว่าอาจมีภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบติดค้าง ได้แก่ อาการปวด บวมแดงบริเวณก้อน ร้องกวน ทานอาหารลดลง ท้องอืด หรือ อาเจียน เป็นต้น[3]

การรักษาภาวะไส้เลื่อนของรังไข่บริเวณขาหนีบนั้น หากเป็นชนิดที่ไม่มีการติดค้างและสามารถดันกลับได้อย่างปลอดภัย สามารถที่จะทำการผ่าตัดในภายหลังได้ แต่ควรรีบทำภายใน 1-2 สัปดาห์ หลังตรวจพบ[12] และหากเป็นชนิดที่มีการติดค้างของรังไข่ที่ไม่สามารถดันกลับได้นั้น จะต้องระวังว่าอาจมีการบิดขั้วหรือการขาดเลือดของรังไข่ร่วมด้วย โดยอาการที่บ่งชี้ว่ามีการบิดขั้วหรือการขาดเลือดของรังไข่ เช่น มีอาการปวดที่ก้อน ซึ่งถือเป็นภาวะที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนเพื่อรักษารังไข่เอาไว้

การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (high frequency ultrasonography) นับเป็นเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยในลำดับต้นๆ ที่เหมาะสมในการตรวจวินิจฉัยแยกโรคของก้อนบริเวณขาหนีบ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความสะดวก ราคาถูก มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัย และไม่มีอันตรายจากรังสี

ลักษณะของภาวะไส้เลื่อนรังไข่บริเวณขาหนีบที่พบจากการตรวจด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงคือ

- เป็นก้อนเนื้อรูปวงรี (an ovoid solid mass) มีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร
- มีถุงน้ำเล็กๆ ขนาด 1-7 มิลลิเมตร อยู่บริเวณขอบๆ โดยรอบของก้อน (peripherally-located hypo-echoic cysts) ซึ่งถุงน้ำขนาดเล็กเหล่านี้ คือ เซลล์ไข่ (follicles) ของรังไข่
- ไม่พบว่ามีการเคลื่อนไหวของก้อน (absent of peristalsis)
- หากก้อนมีภาวะขาดเลือด อาจพบว่ามีขนาดใหญ่ขึ้นและมีสีภายในก้อนไม่สม่ำเสมอ (enlarged and heterogeneous echo)[3]

Color doppler ultrasonography เป็นอีกเทคนิคที่สามารถช่วยประเมินการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้ ในภาวะปกติจะพบว่าเส้นเลือดที่มาเลี้ยงรังไข่นั้นจะมีลักษณะเป็นแบบ low-resistance arterial waveforms แต่หากเกิดการบิดขั้วของรังไข่จะไม่พบการไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงบริเวณรังไข่นั้น[3]

สรุป

ภาวะไส้เลื่อนของรังไข่บริเวณขาหนีบ ถือเป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยในเด็กหญิงที่มาด้วยอาการของก้อนที่บริเวณขาหนีบ แต่เป็นภาวะที่มีความสำคัญมากในการวินิจฉัยแยกโรค เนื่องจากหากตรวจพบว่ามีไส้เลื่อนของรังไข่อยู่ภายในถุงไส้เลื่อนดังกล่าว จะต้องระวังการเกิดการติดค้างและบิดขั้วของรังไข่ ซึ่งพบได้บ่อย และเมื่อตรวจพบภาวะดังกล่าว ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนเพื่อเก็บรักษารังไข่เอาไว้ ซึ่งการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (high frequency ultrasonography) นับเป็นเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยที่มีความเหมาะสมเป็นลำดับต้นๆ ในการวินิจฉัยแยกรอยโรคดังกล่าว โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยเด็กหญิงที่มาด้วยเรื่องของก้อนที่บริเวณขาหนีบ

เอกสารอ้างอิง

1. Ravi K, Hamer DB. Surgical treatment of inguinal herniae in children. Hernia 2003;7:137-40.
2. Okada T, Sasaki S, Honda S, et al. Irreducible indirect inguinal hernia containing uterus, ovaries, and Fallopian tubes. Hernia 2012;16:471-3.
3. Rekha KP, Abdullah S, Amin MB. Diagnosis of ovary-containing indirect inguinal hernia of the canal of Nuck by ultrasound. J Enam Med Col 2017;7:39-41.
4. Yigit H, Tuncbilek I, Fitoz S, et al. Cyst of the canal of Nuck with demonstration of the proximal canal: the role of the compression technique in sonographic diagnosis. J Ultrasound Med 2006;25:123-5.
5. Yang DM, Kim HC, Kim SW, et al. Ultrasonographic diagnosis of ovary-containing hernias of the canal of Nuck. Ultrasonography 2014;33:178–83.
6. Park SJ, Lee HK, Hong HS, et al. Hydrocele of the canal of Nuck in a girl: ultrasound and MR appearance. Br J Radiol 2004;77:243-4.
7. Bronsther B, Abrams MW, Elboim C. Inguinal hernias in children: a study of 1,000 cases and a review of the literature. J Am Med Womens Assoc 1972;27:522-5.
8. Ein SH, Njere I, Ein A. Six thousand three hundred sixty-one pediatric inguinal hernias: a 35-year review. J Pediatr Surg 2006;41:980-6.
9. Whonamedit? : A dictionary of medical eponyms. Anton Nuck [internet]. [n.d.] [cited 2018 Sep 10]. Available from: URL: http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2293.html
10. Kapur P, Caty MG, Glick PL. Pediatric hernias and hydroceles. Pediatr Clin North Am 1998;45:773-89.
11. Hennelly K, Shannon M. A 3-month-old female with an inguinal mass. J Emerg Med 2011;40:33-6.
12. Palmer LS. Hernias and hydroceles. Pediatr Rev 2013;34:457-64.