

รายงานผู้ป่วย

การผ่าตัดเนื้องอกของโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ด้วยการส่องกล้องผ่านทางกระเพาะอาหาร: รายงานผู้ป่วยรายแรกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ชัยพิชิต พุทธิพิทักษ์พงศ์ คามิน ทรินวรธร ธีรนนท์ สรรพจิต และ กฤษณ์ อุปัทมย์

แผนกโรคทางเดินอาหารและตับ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บทคัดย่อ

การเกิดเนื้องอกของตับอ่อนที่เป็นรุนแรงและเป็นนานจนกระทั่งมีผนังมาหุ้มล้อมรอบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันชนิดรุนแรง ถ้ามีการติดเชื้อเข้ามาแทรกซ้อนบริเวณเนื้องอกนั้นจะยิ่งสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูง การผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อนำเนื้องอกออกเป็นการรักษาหลักในอดีต แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดเปิดช่องท้องสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตที่สูง ดังนั้นการรักษาจึงเริ่มมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงจากการผ่าตัดเปิดช่องท้อง กลายมาเป็นการผ่าตัดที่มีการลุกล้ำน้อยผ่านทางการส่องกล้องแทน การผ่าตัดเนื้องอกของตับอ่อนด้วยกล้องส่องตรวจทางเดินอาหารเป็นการรักษาเนื้องอกของตับอ่อนที่มีการทำกันมากขึ้นในปัจจุบัน โดยวิธีดังกล่าวจะมีการสร้างรูเปิดที่เชื่อมกันระหว่างกระเพาะอาหารกับผนังหุ้มของเนื้องอก หลังจากนั้นจะมีการส่องกล้องทางเดินอาหารผ่านทางรูเปิดดังกล่าวเพื่อเข้าไปผ่าตัดเนื้องอกออก รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ ได้แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยรายแรกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดเนื้องอกผ่านทางกระเพาะอาหารด้วยกล้องส่องตรวจทางเดินอาหาร โดยมีที่อธิบายแบบโลหะเป็นรูเชื่อมต่อกันระหว่างกระเพาะอาหารกับผนังของเนื้องอก

คำสำคัญ: ● การติดเชื้อบริเวณเนื้องอกของตับอ่อนที่มีผนังมาหุ้มล้อมรอบ ● ระบาย ● ส่องกล้อง ● ผ่านทางกระเพาะอาหาร ● การผ่าตัดเนื้องอก

เวชสารแพทย์ทหารบก 2561;71:133-40.

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2561 ได้ตีพิมพ์เมื่อ 21 มีนาคม 2561

ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ พ.อ.กฤษณ์ อุปัทมย์ แผนกโรคทางเดินอาหารและตับ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กทม.

10400

Case Report

Endoscopic Transgastric Necrosectomy in Acute Necrotizing Pancreatitis: First Successful Case in Phramongkutklao Hospital

Chaipichit Puttapitakong, Kamin Harinwan, Krit Opuchar and Theeranun Sanpajit

Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Medicine, Phramongkutklao Hospital

Abstract:

Pancreatic necrosis with the formation of walled-off collection is a known complication of severe acute pancreatitis. Infected wall-off necrosis is associated with a high mortality rate. Open necrosectomy and debridement has traditionally been the gold standard for treatment, but it is related with high morbidity and mortality. The approach to pancreatic necrosectomy has evolved from primary open necrosectomy to minimally-invasive radiologic, surgical and endoscopic procedures. Endoscopic transluminal necrosectomy is a minimally-invasive technique that was introduced in recent years for the treatment of infected walled-off necrosis. An opening is created endoscopically between the gastric lumen and the walled-off necrosis. An endoscope is inserted directly into the cavity to perform endoscopic necrosectomy. In this case, we demonstrate the first successful case in Phramongkutklao hospital which was performed endoscopic necrosectomy through a transgastric fully covered metal stent in a patient with infected pancreatic necrosis.

Keywords: ● Infected wall-off necrosis ● Drainage ● Endoscopy ● Transgastric ● Necrosectomy

RTA Med J 2018;71:133-40.

บทนำ

โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน เป็นหนึ่งในโรคของระบบทางเดินอาหารที่ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยพบว่าร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยจะมีการเน่าตายของเนื้อตับอ่อนและ/หรือเนื้อรอบๆ ตับอ่อน (pancreatic/peripancreatic necrosis) ถ้าบริเวณเนื้อตายมีการติดเชื้อร่วมด้วย (infected peri/pancreatic necrosis) พบว่าจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 25-75¹ จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมจากทั้งแพทย์เวชบำบัดวิกฤต อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารและศัลยแพทย์เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตดังกล่าว

แนวทางการรักษาภาวะเนื้อตายของตับอ่อนที่มีการติดเชื้อร่วมด้วยในปัจจุบัน คือ เลือกให้ยาปฏิชีวนะที่สามารถผ่านเข้าเนื้อตายได้ดี ร่วมกับเจาะระบายการติดเชื้อผ่านทางผนังหน้าท้อง (image-guided percutaneous catheter drainage) หรือระบายผ่านทางเดินอาหารด้วยการส่องกล้อง (endoscopic transluminal drainage) ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นจึงค่อยผ่าตัดเนื้อตายด้วยวิธี minimal invasive necrosectomy ผ่านรูที่มีการระบายการติดเชื้อทางผนังหน้าท้อง หรืออีกวิธีที่เริ่มนิยมทำมากขึ้นคือ การผ่าตัดเนื้อตายด้วยการส่องกล้องผ่านทางกระเพาะอาหาร (endoscopic transgastric necrosectomy)^{2,3}

วัตถุประสงค์

ในรายงานฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานผู้ป่วยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันที่มีการเน่าตายของเนื้อตับอ่อน ที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดเนื้อตายด้วยการส่องกล้องผ่านทางกระเพาะอาหาร เป็นรายแรกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 74 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากนิ่วอุดตันที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ โดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องที่สัปดาห์ที่ 2 พบมีการเน่าตายของเนื้อตับอ่อนและเนื้อเยื่อรอบๆ ตับอ่อน ระหว่างที่นอนโรงพยาบาลต่างจังหวัด ผู้ป่วยมีไข้ประมาณ 38-38.5 องศาเซลเซียส มีอาการอึดอัดแน่นท้องและเบื่ออาหาร แต่ไม่พบมีวัยะใดๆ ล้มเหลว ได้รับการรักษาโดยการให้น้ำทางหลอดเลือดดำ ให้รับประทานอาหารทางปากซึ่งรับประทานพอได้บ้างและได้รับยาปฏิชีวนะ meropenem มาตลอด เมื่อเริ่มเข้าสัปดาห์ที่ 4 ของการนอนโรงพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้ได้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องเพื่อติดตาม พบ

ว่าเนื้อตายของตับอ่อนยังคงมีอยู่ แต่พบว่าเริ่มมีผนังมาล้อมรอบเนื้อตาย จึงให้การวินิจฉัยเป็น infected wall-off pancreatic necrosis (infected WON) และได้ส่งตัวผู้ป่วยต่อมาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเพื่อพิจารณาการรักษาต่อ

แผนกโรคทางเดินอาหารและตับ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้รับผู้ป่วยไว้รักษาต่อเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยอาการแสดงและอาการแสดงแรกเริ่มของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดี ระดับสติสัมปชัญญะปกติดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ยกเว้นมีไข้ประมาณ 38 องศาเซลเซียส คลำได้ก้อนขนาดประมาณ 10 เซนติเมตร ที่มี cystic consistency บริเวณลิ้นปี่ เมื่อทบทวนผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องจากโรงพยาบาลต่างจังหวัดพบว่ามี WON บริเวณด้านหลัง (posterior) ต่อกะเพาะอาหาร และมีการกดเบียดกระเพาะอาหาร (Figure 1)

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเจาะระบายเนื้อตายที่มีการติดเชื้อผ่านทางกระเพาะอาหาร (endoscopic transgastric drainage) ด้วยการส่องกล้องอัลตราซาวด์ (linear endoscopic ultrasound, Olympus® GF-UCT180 echoendoscope ร่วมกับ ProSound F75, Aloka®) จากรูปอัลตราซาวด์ (ultrasound view) จะเห็นว่าสิ่งที่ตรวจพบมีลักษณะเป็น cystic lesion ที่มี fluid-fluid level (Figure 2) ซึ่งลักษณะดังกล่าวเข้าได้หนองใน WON โดยมีขั้นตอนในการเจาะระบายหนอง ดังนี้

1. ใช้เข็มขนาด 19G (Expect™ Slimline endoscopic ultrasound aspiration needle, Boston Scientific®) เจาะผ่านกระเพาะอาหารบริเวณรอยต่อระหว่าง body กับ antrum เข้าไปใน WON ร่วมกับการดูด content ที่ได้ส่งเพาะเชื้อ (Figure 3)

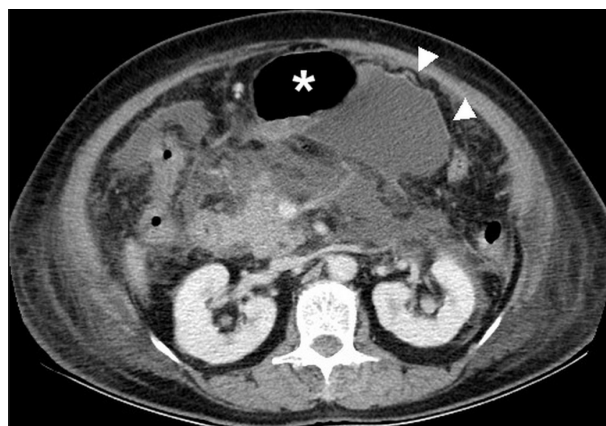


Figure 1 เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบ WON (หัวลูกศร) บริเวณด้านหลังต่อกะเพาะอาหาร (ดอกจันทร์) และมีการกดเบียดกระเพาะอาหาร

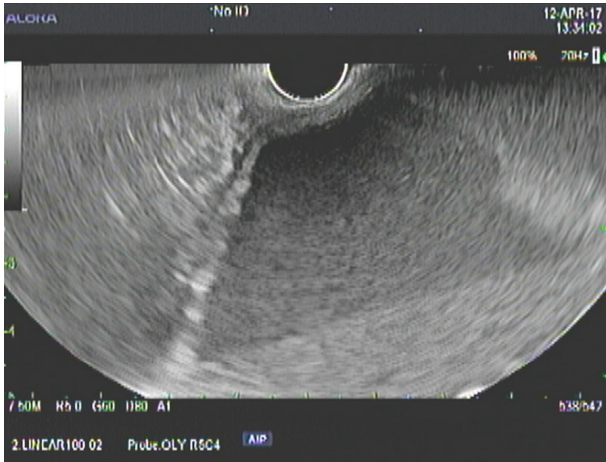


Figure 2 จากการส่องกล้องอัลตราซาวด์พบลักษณะ fluid-fluid level ใน WON ซึ่งลักษณะดังกล่าวเข้าได้กับหนองใน WON

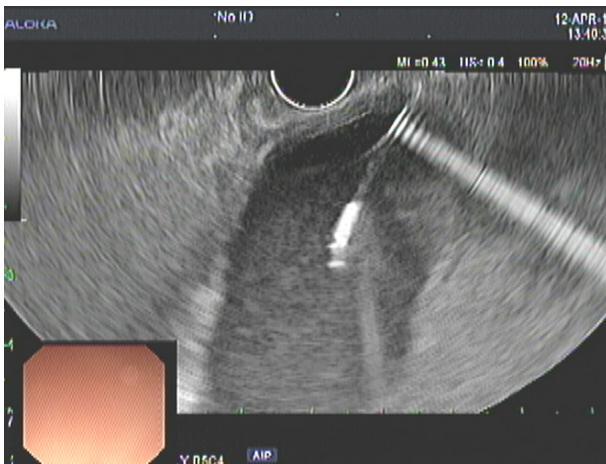


Figure 3 แสดงเข็มที่กำลังเจาะเข้าไปใน WON

2. ใส่ guidewire (Jagwire™ straight tip, Boston Scientific®) เข้าไปใน WON โดยให้เกิดเป็นห่วง (loop) อย่างน้อย 2 รอบ

3. ขยายขนาดของรูที่เจาะ (puncture site) ด้วย sphincterotome catheter (Ultratome™ XL, Boston Scientific®)

4. ขยายขนาดของรูที่เจาะเพิ่มเติมด้วย balloon dilator ขนาด 6 มิลลิเมตร (Hurricane™ balloon dilatation catheter, Boston Scientific®) จากมุมมองในกระเพาะอาหาร (endoscopic view) จะเห็น content ที่ไหลเข้ามาในกระเพาะอาหารเป็นหนองปริมาณมาก (Figure 4)

5. ใส่ท่อระบายแบบพลาสติกจำนวน 2 ชั้น (C-Flex™ biliary double-pigtail plastic stent, เส้นผ่านศูนย์กลาง 10 French, ยาว 5 เซนติเมตร, Boston Scientific®) ผ่านรูที่เจาะระบาย เพื่อระบายหนองที่ยังค้างอยู่ใน WON เข้ามาในกระเพาะอาหาร (Figure 5, 6)

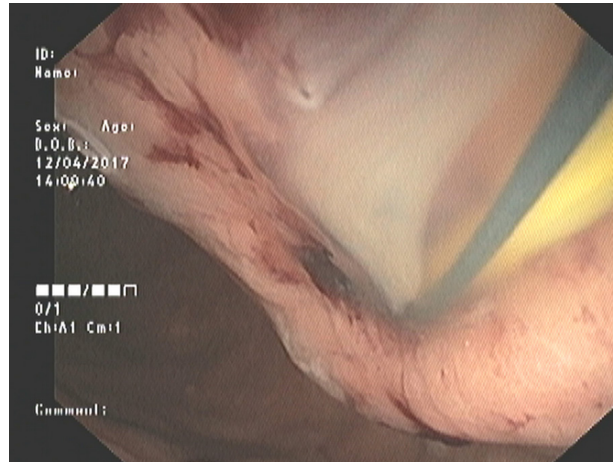


Figure 4 หลังจากขยายรูที่เจาะ จะเห็นหนองปริมาณมากไหลเข้ามาในกระเพาะอาหาร

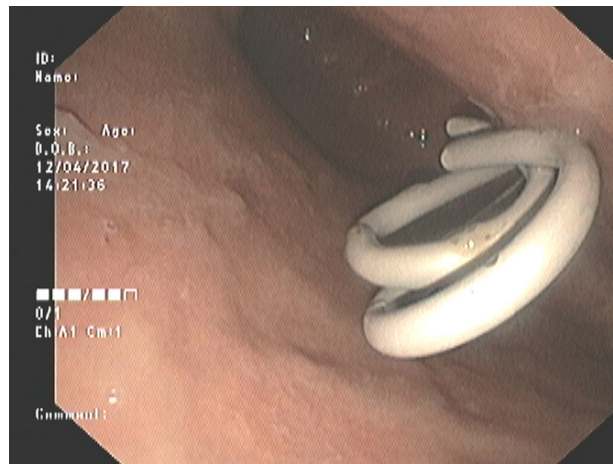


Figure 5 แสดงท่อระบายชนิดพลาสติกจำนวน 2 ชั้นที่ใส่ไว้เพื่อระบายหนองที่ยังเหลือค้างอยู่ โดยปลายข้างหนึ่งอยู่ใน WON และอีกข้างอยู่ในกระเพาะอาหาร



Figure 6 ภาพเอกซเรย์แสดงให้เห็นท่อระบายชนิดพลาสติกจำนวน 2 ชั้นที่ใส่ไว้เพื่อระบายหนอง

หลังจากใส่ท่อระบายแบบพลาสติกประมาณ 7 วัน ผู้ป่วยยังคงมีไข้ต่ำๆ อยู่ตลอด อาการทางคลินิกอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลเพาะเชื้อจากหนองใน WON กลับมาเป็น *Pseudomonas aeruginosa* ซึ่งตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ meropenem ที่ได้มาตลอด แต่เนื่องจากหลังระบายหนองมาประมาณ 7 วัน ผู้ป่วยยังคงมีไข้อยู่ จึงคิดว่าการระบายหนองน่าจะทำได้ไม่เพียงพอ เมื่อส่องกล้องอัลตราซาวด์ซ้ำอีกครั้งยังคงพบว่ามี content ปริมาณมากใน WON จึงระบายหนองผ่านกระเพาะอาหารเพิ่มเติม โดยใช้ท่อระบายแบบโลหะซึ่งมีเส้นผ่านศูนย์กลางขนาด 16 มิลลิเมตรเมื่อขยายเต็มที่ (Niti-S SPAXUS™ self-expandable metallic stent, Tae-Woong®) ซึ่งมีลำดับขั้นตอนการใส่เหมือนกับการใส่ท่อระบายแบบพลาสติกดังที่กล่าวมาขึ้นต้น แต่ตำแหน่งที่เจาะระบายอยู่ที่บริเวณ body ด้านบน จากมุมมองในกระเพาะอาหาร ยังคงเห็นหนองปริมาณมากไหลเข้ามาในกระเพาะอาหาร (Figure 7, 8)

หลังจากนั้นอีกประมาณ 7 วันผู้ป่วยยังคงมีไข้ต่ำอยู่เหมือนเดิม เมื่ออาหารเล็กน้อย เนื่องจากยังคงมีไข้อยู่ จึงคิดว่าการติดเชื้อน่าจะยังไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด สมควรต้องมีการผ่าตัดนำเนื้อตายที่อยู่ใน WON ออก ซึ่งมีหลายวิธี ทางคณะผู้รักษาได้ปรึกษาแนวทางการรักษากับผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้ตัดสินใจร่วมกันที่จะผ่าตัดเนื้อตายด้วยการส่องกล้องผ่านทางกระเพาะอาหาร (endoscopic transgastric necrosectomy) โดยมีขั้นตอนในการผ่าตัดผ่านกล้องดังนี้

1. การผ่าตัดผ่านกล้องในครั้งนี้ ได้ใช้กล้องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นเส้นผ่านศูนย์กลางขนาด 9.8 มิลลิเมตร (Olympus® GIF-H180)
2. เนื่องจากผู้ป่วยมีท่อระบายแบบโลหะ เป็นทางเชื่อมขนาดใหญ่ระหว่างกระเพาะอาหารกับ WON อยู่แล้ว จึงใช้กล้องดังกล่าวสอดผ่านท่อระบายแบบโลหะเข้าไปใน WON โดยลักษณะที่ตรวจพบใน WON คือ ช่องว่างขนาดใหญ่ที่มีผนังล้อมรอบ ในช่องว่างนั้นมีแอ่งหนองค้างอยู่เป็นหย่อมๆ และ 2 ใน 3 ของผนังมีเนื้อตายสีเหลือง ยุ่ยๆ ติดอยู่ ในช่องว่างดังกล่าวนั้น นอกจากนั้นยังมองเห็นท่อระบายแบบพลาสติกที่ใส่ไว้ตั้งแต่แรกอยู่ภายใน WON (Figure 9-11)
3. หนองที่ค้างอยู่ ได้ถูกพยายามกำจัดด้วยการดูดออกผ่านกล้องส่องตรวจทางเดินอาหาร โดยมีการล้างน้ำสะอาดเข้าไปแทนที่
4. เนื้อตายที่ติดอยู่บริเวณผนังของ WON ได้ถูกพยายามกำจัดออกด้วย biopsy forceps, polypectomy snare และ tripod grasper สลับกันไป (Figure 12)



Figure 7 จากมุมมองในกระเพาะอาหารจะเห็นท่อระบายชนิดโลหะที่ใส่เข้าไปเพิ่มเติม และหนองปริมาณมากที่ไหลออกมาจากท่อระบาย

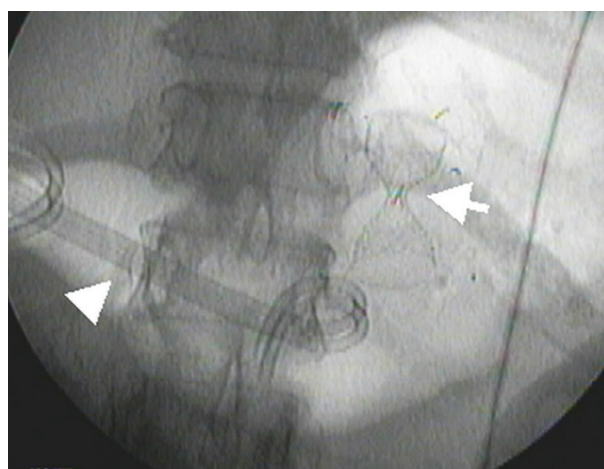


Figure 8 ภาพเอกซเรย์จะเห็นท่อระบายชนิดพลาสติกเดิม (หัวลูกศร) และท่อระบายชนิดโลหะที่ใส่เข้าไปใหม่เพิ่มเติม (ลูกศร)



Figure 9 แสดงมุมมองจากกล้องส่องทางเดินอาหารที่กล้องสอดผ่านท่อระบายชนิดโลหะ เข้าไปใน WON จากภาพจะเห็นเนื้อตายปริมาณมาก (ดอกจันดำ)

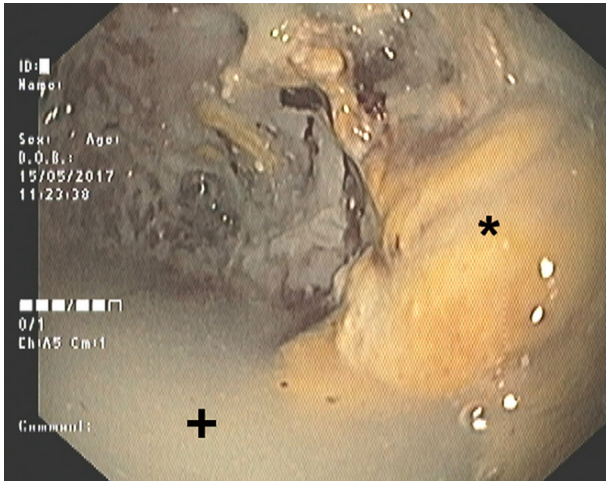


Figure 10 ภายใน WON จะเห็นทั้งเนื้อตายสีเหลือง (ดอกจันทร์) และแองหนอง (เครื่องหมายบวก) ปริมาณมากที่ยังเหลืออยู่



Figure 11 อีกมุมหนึ่งของ WON จะยังเห็นท่อระบายชนิดพลาสติก จำนวน 2 ชิ้น (หัวลูกศร) ที่ใส่ไว้ตั้งแต่แรก



Figure 12 แสดงการผ่าตัดนำเนื้อตายออก โดยใช้ biopsy forceps ค่อยๆ คีบเนื้อตายออกมาทีละชิ้น

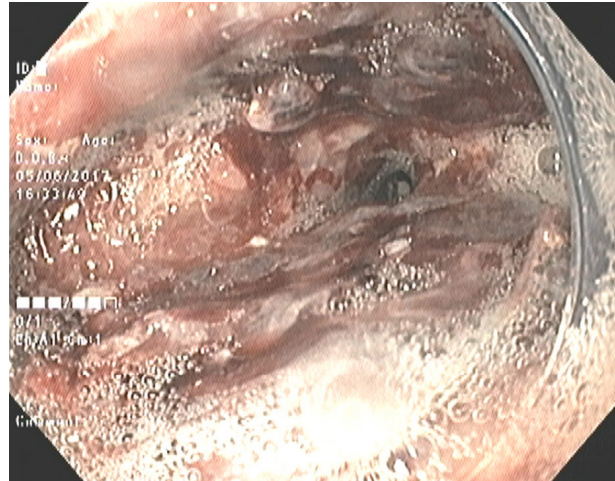


Figure 13 แสดงลักษณะภายใน WON หลังจากที่มีการสวนล้างด้วยไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ครั้งที่ 2 จะเห็นว่าลักษณะเนื้อตายมีเหลืองที่เคยเห็นก่อนหน้านี้เหลือเพียงเล็กน้อย กลายเป็น granulation tissue สีแดงเกิดขึ้นมาแทน

เนื่องจากไม่สามารถกำจัดเนื้อตายออกทั้งหมดได้ในการผ่าตัดเพียงครั้งเดียว เพราะเนื้อตายมีทั้งส่วนที่เหนียวและยุบกันไป จึงมีการทำการผ่าตัดเนื้อตายผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหารทุกประมาณ 4-5 วัน รวมแล้วทั้งหมดประมาณ 4 ครั้ง โดยสองครั้งสุดท้ายได้มีการใช้ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ผสมกับน้ำเกลือออร์มัลในอัตราส่วน 1 ต่อ 1 สวนล้างเข้าไปใน WON เพื่อให้เนื้อตายยุบ หลังจากนั้นจึงดึงเนื้อตายออกมาด้วยอุปกรณ์ต่างๆ ได้ง่ายขึ้น โดยหลังสวนล้างด้วยไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ลักษณะภายใน WON (Figure 13)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อผ่าตัดเนื้อตาย คือ หลังการส่องกล้องครั้งที่ 2 เสร็จ และกำลังถอนกล้องออก พบว่าท่อระบายแบบโลหะเลื่อนหลุดออกมาพร้อมกล้องด้วย (accidental displacement) แต่พบว่าระหว่างกระเพาะอาหารกับ WON นั้นมีความแข็งแรงแล้ว (permanent tract) ไม่มีรอยร้าวอื่นๆ ให้เห็น จึงได้นำท่อระบายแบบโลหะออกจากกระเพาะอาหารออกมาทางปาก

หลังจากทำการผ่าตัดผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหารครั้งที่ 4 ผู้ป่วยมีไข้วันละ 1 ครั้ง อีกประมาณ 2-3 วัน ต่อมาไม่พบว่ามีไข้อีกเลย การรับประทานอาหารดีขึ้นเรื่อยๆ แพทย์รักษาตัวต่อหลังจากส่องกล้องครั้งสุดท้ายอีกประมาณ 9 วัน อาการทางคลินิกต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ดี ได้หยุดยาปฏิชีวนะ และอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน รวมแล้วการรักษาในครั้งผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมดประมาณ 40 วัน โดยระหว่างการรักษาไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงใดๆ เกิดขึ้น

วิจารณ์และสรุป

ในอดีตการผ่าตัดเปิดช่องท้องและเลาะเนื้อตายออก เป็นการรักษาลักษณะการติดเชื้อที่เนื้อตายของตับอ่อนในโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน แต่อย่างไรก็ตามการรักษาดังกล่าวมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่สูง⁴ ทำให้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาการผ่าตัดที่มีการลุกล้ำผู้ป่วยน้อย (minimally invasive surgery) เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตลง การรักษาการติดเชื้อที่เนื้อตายของตับอ่อนจึงเปลี่ยนไปตามการพัฒนาเทคนิคในการผ่าตัดเช่นกัน โดยในปัจจุบันการผ่าตัดเนื้อตายของตับอ่อนจึงกลายเป็น laparotomy หรือ laparoscopy ผ่านทาง retroperitoneum และการผ่าตัดผ่านทางเดินอาหารด้วยกล้องส่องทางเดินอาหารเป็นหลัก

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาส่วนใหญ่^{2,3} แนะนำให้ใช้ยาปฏิชีวนะเป็นการรักษาแรกการติดเชื้อที่เนื้อตายของตับอ่อน แต่ถ้าอาการทางคลินิกยังไม่ดีขึ้นแนะนำให้ให้อาการจนกระทั่งเกิดผนังมาล้อมรอบบริเวณเนื้อตายก่อน (WON) ถึงจะเป็นเวลาที่เหมาะสมกับการทำหัตถการเจาะระบายหรือผ่าตัด (intervention management) ซึ่งโดยส่วนใหญ่การเกิดผนังมาล้อมรอบ มักจะสมบูรณ์หลังจากผ่านไปเป็นเวลา 4 สัปดาห์ตั้งแต่เริ่มมีอาการ

การทำหัตถการแนะนำให้ใช้วิธี step up approach คือ ขั้นแรกใช้การระบายหนองผ่านผนังหน้าท้องด้วยการเอกซเรย์ (image-guided percutaneous catheter drainage) หรือระบายผ่านทางเดินอาหารด้วยการส่องกล้อง (endoscopic luminal drainage) ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นจึงค่อยผ่าตัดเนื้อตายด้วยวิธี minimal invasive necrosectomy หรือ endoscopic necrosectomy เนื่องจากมีการศึกษาที่ชื่อว่า PANTER แสดงให้เห็นชัดเจนว่าวิธี step up approach สามารถลดการเกิดภาวะล้มเหลวเพิ่มเติมลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตได้ เมื่อเทียบกับการผ่าตัดเปิดช่องท้องตั้งแต่ต้น (open necrosectomy)⁵

การผ่าตัดเนื้อตายของตับอ่อนผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหารมีการทำครั้งแรกโดย Seifert H และคณะในปี พ.ศ. 2543⁶ ซึ่งการผ่าตัดดังกล่าวถือเป็นการผ่าตัดแรก ที่เริ่มผ่าตัดผ่านช่องทางธรรมชาติในตัวผู้ป่วย (natural orifice transluminal endoscopic surgery; NOTES) ซึ่งการผ่าตัดด้วยวิธีดังกล่าวเริ่มมีการทำกันอย่างแพร่หลายมากขึ้นใน 10 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในสถาบันที่มีการทำส่องกล้องอัลตราซาวด์ เพราะเป็นอุปกรณ์ที่สำคัญในการเจาะผ่านผนังทางเดินอาหารเข้าไปใน WON

สิ่งที่มีปัญหาในผู้ป่วยรายนี้คือการผ่าตัดนำเนื้อตายออกนั้นยากมาก เนื่องจากเนื้อตายมีทั้งส่วนที่เหนียวและยุ่ย และอีกหนึ่งปัญหาคืออุปกรณ์ที่จะใช้ในการผ่าตัดเนื้อตายออกนั้นมีจำกัด ในผู้ป่วยรายนี้ใช้ biopsy forceps, polypectomy snare และ tripod grasper สลับกันไป ซึ่งแต่ละครั้งสามารถนำเนื้อตายออกมาได้น้อยมาก สุดท้ายจึงต้องมีการใช้ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ผสมกับน้ำเกลืออินทรีย์ในอัตราส่วน 1 ต่อ 1 ส่วนล้างเข้าไปใน WON พบว่าสามารถช่วยให้เนื้อตายยุ่ยหลุดไปเองได้บางส่วน และส่วนที่เหลืออยู่สามารถดึงออกมาด้วยอุปกรณ์ต่างๆ ได้ง่ายขึ้น ซึ่งการใช้ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ส่วนล้างนั้นมีการศึกษาก่อนหน้านี้ว่าสามารถช่วยให้กำจัดเนื้อตายได้ง่ายโดยไม่มีความเสี่ยง⁷

มีการศึกษาขนาดใหญ่ที่ชื่อว่า TENSION ซึ่งเปรียบเทียบการรักษาการติดเชื้อที่เนื้อตายของตับอ่อนด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินอาหาร (endoscopic step-up approach) กับ การผ่าตัดที่มีการลุกล้ำน้อย (surgical step-up approach) พบว่าทั้งสองวิธีมีอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญไม่แตกต่างกัน แต่การรักษาด้วยวิธีส่องกล้องทางเดินอาหารนั้นมีการเกิดรูรั่ว (fistula) น้อยกว่า และใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลที่สั้นกว่า⁸

โดยสรุปการรักษาการติดเชื้อที่เนื้อตายของตับอ่อนนั้นมีข้อดีหลายประการ คือ 1. เป็นการรักษาที่ทำได้ง่าย โดยสามารถทำได้ในผู้ป่วยที่ไม่ต้องสลบสติก็ได้ (conscious sedation) มีแค่เพียงบางรายเท่านั้นที่อาจจำเป็นต้องสลบสติ (general anesthesia) 2. ผู้ป่วยไม่ต้องรับความเสี่ยงที่จะเกิดรูรั่วที่ผิวหนัง (percutaneous fistula) 3. มีความสวยงามกว่าการผ่าตัดผ่านผิวหนัง

แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อจำกัดบางประการที่พบได้ คือ 1. ตำแหน่งของเนื้อตายที่จะเจาะนั้นต้องอยู่ใกล้กับทางเดินอาหาร ถ้าเนื้อตายไปเกิดที่บริเวณอื่นๆ ที่ไกลมากจะไม่สามารถทำได้ 2. ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ การเกิดภาวะเลือดออก และการรั่วแตกเข้าไปในช่องท้อง (perforation) ซึ่งเมื่อเกิดแล้วอาจต้องแก้ไขด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้องซึ่งจะยิ่งมีความเสี่ยงที่มากขึ้นตามไปได้ 3. การผ่าตัดผ่านกล้องทางเดินอาหารนั้น จำเป็นต้องใช้แพทย์ส่องกล้องที่มีประสบการณ์สูง นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ที่มีราคาแพง จึงทำให้การรักษาด้วยวิธีดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายที่สูง

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้แสดงให้เห็นว่า การผ่าตัดเนื้อตายของตับอ่อนสามารถทำได้ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งถือเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับตติยภูมิที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาล

อื่น และยังเป็นโรงเรียนแพทย์ โดยสามารถให้การรักษาได้ตามมาตรฐานสากล และผลการรักษาออกมาในเกณฑ์ดีเยี่ยม โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Pongprasobchai S, Vibhatawata P, Apisanthanarak P. Severity, Treatment, and Outcome of Acute Pancreatitis in Thailand: The First Comprehensive Review Using Revised Atlanta Classification. *Gastroenterol Res Pract.* 2017;2017:3525349.
2. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology.* 2013;13(4 Suppl 2):1-15.
3. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 2013;108:1400-15; 16.
4. Mier J, Leon EL, Castillo A, Robledo F, Blanco R. Early versus late necrosectomy in severe necrotizing pancreatitis. *Am J Surg.* 1997;173:71-5.
5. van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, Hofker HS, Boermeester MA, Dejong CH, et al. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med.* 2010;362:1491-502.
6. Seifert H, Wehrmann T, Schmitt T, Zeuzem S, Caspary WF. Retroperitoneal endoscopic debridement for infected peripancreatic necrosis. *Lancet.* 2000;356(9230):653-5.
7. Othman MO, Elhanafi S, Saadi M, Yu C, Davis BR. Extended Cystogastrostomy with Hydrogen Peroxide Irrigation Facilitates Endoscopic Pancreatic Necrosectomy. *Diagnostic and Therapeutic Endoscopy.* 2017;2017:7145803.
8. van Brunschot S, van Grinsven J, van Santvoort HC, Bakker OJ, Besselink MG, Boermeester MA, et al. Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotising pancreatitis: a multi-centre randomised trial. *Lancet.* 2018;391(10115):51-8.